

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
LINHA DE PESQUISA: FAMÍLIA, INTERAÇÃO SOCIAL E SAÚDE

BRUNO GILBERTO DE MELO E SILVA

**A CINESIOFOBIA E SUA RELAÇÃO COM AS LESÕES
ESPORTIVAS E COM A AUTOEFICÁCIA EM ATLETAS DE
ALTO RENDIMENTO**

RECIFE

2019

BRUNO GILBERTO DE MELO E SILVA

**A CINESIOFOBIA E SUA RELAÇÃO COM AS LESÕES
ESPORTIVAS E COM A AUTOEFICÁCIA EM ATLETAS DE
ALTO RENDIMENTO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Psicologia Clínica da Universidade Católica de
Pernambuco como parte dos requisitos para obtenção
do grau de doutor em Psicologia.

Área de Concentração: Família, Interação Social e
Saúde

Orientadora: Prof^a. Dra. Suely de Melo Santana

RECIFE

2019

S586c

Silva, Bruno Gilberto de Melo e

A Cinesiofobia e sua relação com as lesões esportivas e com a autoeficácia em atletas de alto rendimento / Bruno Gilberto de Melo e Silva, 2019.

84 f. : il.

Orientadora: Suely de Melo Santana.

Tese (Doutorado) - Universidade Católica de Pernambuco. Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica. Doutorado em Psicologia Clínica, 2019.

1. Cinesiofobia. 2. Autoeficácia. 3. Traumatismos em Atletas. 4. Psicologia aplicada. I. Título.

CDU 159.938

Ficha catalográfica elaborada por Mércia Maria R. do Nascimento – CRB-4/788

BRUNO GILBERTO DE MELO E SILVA

**A CINESIOFOBIA E SUA RELAÇÃO COM AS LESÕES ESPORTIVAS E COM
A AUTOEFICÁCIA EM ATLETAS DE ALTO RENDIMENTO**

Aprovada em 26/04/2019

BANCA EXAMINADORA:

Profª. Dra. Suely de Melo Santana
Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP

Profª. Dr. Paulo Henrique Altran Veiga- 1º examinador interno
Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP

Profª. Dra. Érica Patricia Borba Lira Uchoa- 2º examinadora interna
Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP

Profª. Dr. Rodrigo Ribeiro de Oliveira- 1º examinador externo
Universidade Federal do Ceará - UFC

Profª. Dra. - Juliana Netto Maia- 2º examinadora externo
Universidade Federal de Pernambuco- UFPE

Recife, 26 de abril de 2019

Paciência (...)

Entender que tudo tem seu tempo. Que tudo vem a seu tempo. Dar o tempo necessário para crescer, brotar, florescer, aceitar o ciclo vital, respeitar o fluxo do tempo. Observar o tempo passar, esperar o tempo certo pra plantar, pra colher, pra agir, pra seguir e pra aprender.

Autor desconhecido

DEDICATÓRIA

Aos meus queridos pais Marcos e Graça, no qual tenho todo respeito e admiração, por todos os ensinamentos, dedicação e amor incondicional na minha formação e construção de vida humana.

A minha esposa Mariana e aos meus filhos Maria, João, Helena e Beatriz (in memoriam), que são as razões de tudo que acontece em minha vida, por todo amor, paciência, compreensão e apoio incondicional. Por eles e com eles até o fim....

Aos meus irmãos Rodrigo e Miguel. Que apesar da distância, tenho profundo carinho e respeito.

Aos meus amados e eternos avós Robério (in memoriam) e Helena, Clodoaldo (in memoriam) e Cleonice (in memoriam), Alberto (in memoriam) e Helena, fundamentais para minha formação.

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, toda honra e toda glória. Sempre está presente em minha vida, em todas as conquistas, iluminando e abençoando meu caminho com clareza, saúde, fé e força, para que eu possa sempre seguir em frente e vencer todas as etapas da vida.

À minha **orientadora**, professora **Suely de Melo Santana** pelo interesse, solidariedade e principalmente paciência na elaboração deste trabalho. Meu profundo respeito e gratidão.

Aos meus **amigos e professores** da UNICAP: Érica Uchoa, Marina Barros, Paulo Veiga, Ana Karolina, Valéria Passos, Teresa Vieira, Cristiane Brito, Cristiana Machado, Francisca Mota, Flávio Maciel, Silvana Uchoa, Valdecir Galindo, Marcio Botelho, Glívia, Nelson Henrique e Cláudia Fonseca. Vocês foram fundamentais para essa conquista.

A minha **querida amiga** Érica Uchoa, que desde a época da FISIOTONE (2001), vem me orientando, ajudando e colaborando para a minha formação, minha eterna gratidão.

Aos **fiéis amigos** Glaucon Lira, Dayvsson Marques, Júlio Lima e Hugo Padilha e a tantos outros amigos que deveriam ser aqui citados, minha gratidão.

Aos **amigos e médicos** Marcelo Capela e Cleber Maciel por me darem a oportunidade e a autonomia para a pesquisa no Sport Club do Recife.

Aos **amigos e fisioterapeutas** do Sport Club do Recife Ernesto Baroni e Marcio Caldas por toda compreensão e solidariedade nos momentos em que precisei me ausentar.

Aos **atletas**, que disponibilizaram tempo e boa vontade para colaborarem com a pesquisa.

A meus alunos **Julia Lins, Leticia Veloso, Lucas Ribeiro, Adria Araújo e Glízia Sousa** que acreditaram em nosso projeto e encararam comigo esse desafio. Gratidão e respeito a tudo que vivemos juntos.

À **Banca Examinadora**, Professor Paulo Veiga, Professora Érica, Professor Rodrigo Oliveira, Professora Juliana Netto e aos suplentes, a Professora Cristina Brito e o Professor Leopoldo Nelson, a todos minha gratidão.

A todos os meus **alunos**, que colaboraram, respeitaram e entenderam a falta de tempo a falta de paciência, obrigado pela amizade, carinho e compreensão.

À **Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP)**, pelo apoio e oportunidade fundamental para realização deste sonho.

A **TODOS** citados ou não, mas que de alguma forma contribuíram para realização desta pesquisa, minha eterna gratidão.

RESUMO

Introdução: O esporte de alto rendimento (EAR) é definido como uma atividade física extenuante e prolongada, na qual os atletas, em geral, enfrentam numerosas circunstâncias estressantes para aprimorar seu rendimento, a partir de dimensões técnicas, táticas, físicas, sociais e emocionais. A cinesiofobia consiste em um debilitante e excessivo medo de realizar movimentos e atividades esportivas, para impedir recaídas ou uma nova lesão. A autoeficácia, por sua vez, refere-se às crenças que uma pessoa tem acerca da sua capacidade de organizar e executar ações requeridas, no intuito de alcançar determinados níveis de desempenho. **Objetivo:** O objetivo da tese foi analisar a relação da Cinesiofobia com as lesões esportivas e com a percepção de autoeficácia dos atletas de alto rendimento e partiu do pressuposto de que a limitação do rendimento de um atleta lesionado, provocada pela dor, é um fator estressor que afeta o seu desempenho. **Método:** O estudo teve um delineamento de caráter quantitativo, observacional, descritivo-analítico e de corte transversal. Para coleta de dados foram utilizados um questionário socioclínico, elaborado pelo pesquisador responsável, contendo dados, como: nome, idade, sexo, modalidade esportiva, tempo de prática e posição na equipe; os instrumentos utilizados foram a Escala de Tampa para Cinesiofobia (ETC), o Questionário Nórdico de sintomas osteomusculares (QNSO) e a escala de autoeficácia geral percebida (EAGP). **Resultados:** A população do estudo foi composta por 105 atletas, sendo 75,2% (n=79) do sexo masculino e 24,8% (n=26) do sexo feminino. A média de idade dos participantes foi de $25,16 \pm 5,32$ anos e o tempo médio de prática esportiva por atleta foi de $10,34 \pm 5,99$ anos. A modalidade esportiva mais prevalente foi o Futebol (33,3%, n=35) e os sintomas osteomusculares predominantes foram na região do joelho (55,2%, n=58), seguido da região lombar (49,5%, n=52). O futebol americano foi a modalidade na qual mais se relataram sintomas osteomusculares, em todas as regiões avaliadas, sendo, portanto, a que têm a maior concentração de dor. Ademais, um percentual de 39,05% (n= 41) da amostra apresentou cinesiofobia alta, enquanto que 41% (n= 43) apresentou autoeficácia alta. Observou-se uma relação entre a ETC e o QNSO, de onde se verificou diferenças estatisticamente significativas quanto ao aparecimento de sintomas durante os últimos sete dias. Os indivíduos com cinesiofobia baixa foram os mesmos que apresentaram autoeficácia alta, enquanto que os atletas que tiveram lesão muscular apresentaram cinesiofobia. **Considerações finais:** Nesta pesquisa, demonstrou-se que o risco à cinesiofobia, diretamente proporcional à incidência de baixa autoeficácia, pode servir de

empecilho à capacidade de um atleta profissional de executar as ações exigidas em níveis de alto rendimento. Esta condição influencia na forma de agir e na forma de enfrentar e superar situações desafiantes de maneira mais segura.

Palavras-Chave: Cinesiofobia, Autoeficácia, Lesões esportivas.

ABSTRACT

Introduction: High-performance sport (RAS) is defined as a strenuous and prolonged physical activity, in which athletes, in general, face numerous stressful circumstances to improve their performance, from technical, tactical, physical, social and emotional dimensions. Kinesiophobia consists of a debilitating and excessive fear of performing movements and sports activities, to prevent relapses or a new injury. Self-efficacy, in turn, refers to a person's beliefs about their ability to organize and perform required actions in order to achieve certain levels of performance.

Objective: The objective of this thesis was to analyze the relationship between kinesiophobia and sports injuries and the perception of self-efficacy of high-performance athletes, and based on the assumption that the limitation of the performance of an injured athlete caused by pain is a stressor which affects your performance.

Methods: The study had a quantitative, observational, descriptive-analytical and cross-sectional design. For data collection, a socioclinic questionnaire was developed by the leading researcher containing data such as: name, age, sex, sports modality, practice time and position in the team; The instruments used were: the Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK), the Nordic Musculoskeletal Symptom Questionnaire (QNSO) and the Perceived General Self Efficacy Scale (EAGP).

Results: The study population was composed of 105 athletes, with 75.2% (n = 79) males and 24.8% (n = 26) females. The mean age of the participants was 25.16 ± 5.32 years and the mean time of athletic practice per athlete was 10.34 ± 5.99 years. The most prevalent sporting modality was football (33.3%, n = 35) and the predominant musculoskeletal symptoms were in the knee region (55.2%, n = 58), followed by the lumbar region (49.5%, n = 52). American football was the modality in which most musculoskeletal symptoms were reported in all the regions evaluated and, therefore, they have the highest concentration of pain. In addition, a percentage of 39.05% (n = 41) from the sample presented high kinesiophobia, while 41% (n = 43) presented high self-efficacy. There was a relationship between TSK and QNSO, from which there were statistically significant differences in the appearance of symptoms during the last seven days. The individuals with low kinesiophobia were the same ones who presented high self-efficacy, while the athletes who had muscle injury presented kinesiophobia.

Last Considerations: In this research, the risk of kinesiophobia, directly proportional to the incidence of low self-efficacy, has been shown to be a hindrance to the ability of a professional athlete to

perform the required actions at high performance levels. This condition influences how to act and how to deal with and overcome challenging situations more safely.

Keywords: kinesiophobia, self-efficacy, sports injuries

RESUMEN

Introducción: El deporte de alto rendimiento (EAR) se define como una actividad física extenuante y prolongada, en la cual los atletas, en general, enfrentan numerosas circunstancias estresantes para perfeccionar su rendimiento, a partir de dimensiones técnicas, tácticas, físicas, sociales y emocionales. La cinesiofobia consiste en un debilitante y excesivo miedo de realizar movimientos y actividades deportivas, para impedir recaídas o una nueva lesión. La autoeficacia, a su vez, se refiere a las creencias que una persona tiene acerca de su capacidad para organizar y ejecutar acciones requeridas, con el fin de alcanzar determinados niveles de desempeño. **Objetivo:** El objetivo de la tesis fue analizar la relación de la Cinesiofobia con las lesiones deportivas y con la percepción de autoeficacia de los atletas de alto rendimiento y partió del supuesto de que la limitación del rendimiento de un atleta lesionado, provocada por el dolor, es un factor estresante que afecta su rendimiento. **Métodos:** El estudio tuvo un delineamiento de carácter cuantitativo, observacional, descriptivo-analítico y de corte transversal. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario socioclínico, elaborado por el investigador responsable, conteniendo datos como: nombre, edad, sexo, modalidad deportiva, tiempo de práctica y posición en el equipo; los instrumentos empleados fueron la Escala de Tampa para Cinesiofobia (ETC), el Cuestionario Nórdico de Síntomas Osteomusculares (QNSO) y la Escala de Autoeficacia General Percibida (EAGP). **Resultados:** La población del estudio fue compuesta por 105 atletas, siendo el 75,2% (n = 79) del sexo masculino y el 24,8% (n = 26) del sexo femenino. El promedio de edad de los participantes fue de $25,16 \pm 5,32$ años y el tiempo promedio de práctica deportiva por atleta fue de $10,34 \pm 5,99$ años. La modalidad deportiva más prevalente fue el Fútbol (33,3%, n = 35) y los síntomas osteomusculares predominantes fueron en la región de la rodilla (55,2%, n = 58), seguido de la región lumbar (49,5%, n = 52). El fútbol americano fue la modalidad en la que más se relataron síntomas osteomusculares, en todas las regiones evaluadas, siendo, por lo tanto, la que tienen la mayor concentración de dolor. Además, un porcentaje del 39,05% (n = 41) de la muestra presentó cinesiofobia alta, mientras que el 41% (n = 43) presentó autoeficacia alta. Se observó una relación entre la ETC y el QNSO, de donde se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la aparición de síntomas durante los últimos siete días. Los individuos con cinesiofobia baja fueron los mismos que presentaron autoeficacia alta, mientras que los atletas que tuvieron lesión muscular presentaron cinesiofobia. **Consideraciones finales:** En esta

investigación, se demostró que el riesgo a la cinesiofobia, directamente proporcional a la incidencia de baja autoeficacia, puede servir de impedimento en la capacidad de un atleta profesional, de ejecutar las acciones exigidas en niveles de alto rendimiento. Esta condición influye en la forma de actuar y en la forma de enfrentar y superar situaciones desafiantes de manera más segura.

Palabras clave: cinesiofobia, autoeficacia, lesiones deportivas

LISTA DE ABREVIATURAS

ETC- ESCALA DE TAMPAS PARA CINESIOFOBIA

TSK-TAMPA SCALE FOR KINESIOPHOBIA

QNSO- QUESTIONÁRIO NÓRDICO DE SINTOMAS OSTEOMUSCULARES

NMQ- NORDIC MUSCULOSKELETAL QUESTIONNAIRE

EAGP- ESCALA DE AUTOEFICÁCIA GERAL PERCEBIDA

GSE- ESCALA GERAL DE AUTOEFICÁCIA

AEP-AUTOEFICÁCIA PERCEBIDA

OMS- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

IASP- INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN

AAR- ATLETA DE ALTO RENDIMENTO

EAR- ESPORTE DE ALTO RENDIMENTO

LE- LESÕES ESPORTIVAS

SO- SINTOMAS OSTEOMUSCULARES

LM- LESÃO MUSCULAR

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Modelo de medo e evitação	23
Figura 2- Modelo de medo e evitação da dor atualizado	24

SUMÁRIO

RESUMO	i
ABSTRACT	iii
RESUMEN	v
LISTA DE ABREVIATURAS	vii
LISTA DE FIGURAS	viii
I- APRESENTAÇÃO	9
II- INTRODUÇÃO	11
III - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
III. 1 Capítulo I	15
Lesões esportivas e as implicações no esporte de alto rendimento	15
1.1. Introdução	15
1.2. Lesões esportivas e fatores estressantes	17
III. 2 Capítulo II	23
Cinesiofobia e percepção de autoeficácia em atletas de alto rendimento	23
2.1. Cinesiofobia	23
2.2. Autoeficácia percebida	30
2.2.1. Crença e Autoeficácia	30
2.2.2. Motivação	35
IV- OBJETIVOS	38
IV.1 Objetivo Geral	38
IV.2 Objetivos Específicos	38
V- MÉTODO	39
V.1 Delineamento e local do estudo	39
V.2 Participantes	39
V.3 Instrumentos da pesquisa	39
V.3.1 Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares (QNSO)	40
V.3.2 Escala de Tampa para Cinesiofobia (ETC)	41
V.3.3 Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP)	41
V.4 Procedimento para a coleta dos dados	42
V.5. Procedimento para análise dos dados	43

VI- RESULTADOS	45
VII- DISCUSSÃO	53
VIII - CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
IX - REFERÊNCIAS	63
APÊNDICES	82
APÊNDICE A - Questionário Socioclinico	
APÊNDICE B: Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)	
ANEXOS	83
ANEXO 1 – Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares (QNSO)	
ANEXO 2 – Escala de Tampa para Cinesiofobia (ETC)	
ANEXO 3 – Escala de Auto eficácia Geral Percebida (EAGP)	
ANEXO 4: Carta de Aceite	
ANEXO 5: Carta de Anuência	
ANEXO 6: Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa	

I. APRESENTAÇÃO

Esta tese foi idealizada a partir da minha prática clínica como fisioterapeuta esportivo, no atendimento a atletas de alto rendimento. Nesse tempo tenho observado as influências das lesões esportivas sobre o rendimento dos atletas, associados aos sintomas osteomusculares diários, em decorrência aos treinos e jogos.

A minha preferência pelo **Doutorado em Psicologia Clínica** é fundamentada na necessidade de um melhor entendimento das reações físicas e psíquicas de atletas de alto rendimento, relacionadas a dor e o medo de movimentar, que por muitas vezes, interferem diretamente na percepção dos atletas de como lidar com um problema. Com o processo de globalização atual e a velocidade os avanços científicos, a busca pela atualização educacional tornou-se uma necessidade para o profissional de saúde e educador.

Tomando como referência que o esporte de alto rendimento relaciona-se a sobrecargas físicas e emocionais para os atletas e que as lesões podem causar transtornos importantes aos esportistas, no que diz respeito ao afastamento das competições, a incerteza de retorno ao esporte e o processo de recuperação após lesão, surge o interesse em realizar um estudo que analise a cinesiofobia e a sua relação com as lesões esportivas e com a autoeficácia em atletas.

Partimos do pressuposto de que existe uma relação entre a cinesiofobia com as lesões esportivas e com a percepção de autoeficácia em atletas que sofreram uma lesão e que apresentam sintomas osteomusculares, levando há uma dificuldade de enfrentamento ao problema e com isso interferindo nos movimentos para execução dos gestos esportivos e conseqüentemente, no rendimento do atleta.

A partir daí emergiram os seguintes questionamentos que irão nortear o estudo:

Existe relação entre a cinesiofobia com as lesões esportivas e com sintomas osteomusculares, gerando medo e insegurança ao atleta para realizar movimento?

Será que a ocorrência das lesões esportivas provoca alterações na percepção de autoeficácia contribuindo para o desenvolvimento da cinesiofobia?

Dessa forma, o doutorado em Psicologia Clínica me propiciou uma avaliação mais aprofundada das relações físicas e psicológicas que norteiam um atleta de alto rendimento. Avaliar as formas de como os atletas enfrentam uma lesão esportiva e como lidam diariamente com os

sintomas osteomusculares, é imprescindível para o entendimento de todo processo que envolve o atleta, o fisioterapeuta e o psicólogo no esporte de alto rendimento.

II. INTRODUÇÃO

Um atleta de alto rendimento (AAR) deve ter preparo físico adequado e perícia na técnica do esporte que desempenha. Além disso, dentre as características de um desportista de alta capacidade, é fundamental a saúde psicológica, já que os indivíduos que sabem lidar com suas emoções têm maior probabilidade de liderar competições.

Para Samulski (2009), o esporte competitivo e as ações esportivas têm regras, estruturas e princípios próprios. Sendo necessário que a psicologia do esporte aplique seus métodos e conhecimentos sobre os fatores psicofisiológicos nas situações específicas do esporte.

Durante a prática esportiva, o atleta é envolvido em diversos estímulos cognitivos e fisiológicos, apresentando respostas diferenciadas ao lidar com situações de pressão. Tais circunstâncias podem ocasionar uma lesão esportiva. (Samulski, 2009). Além disso, outros fatores podem contribuir para elevar o risco de ocorrência dessas contusões, por exemplo: exercícios realizados de maneira extenuante, sem medidas preventivas; exaustão competitiva; treino inadvertido ou inapropriado; características de personalidade; volúpia atlética e psicossomatismos (Pastre, Filho, Monteiro, Júnior & Padovani, 2005; Weinberg & Gould, 2008).

Diversos autores concordam que a Lesão Esportiva, doravante LE, é uma adversidade física e psicológica a ser enfrentada pelo atleta (Heil, 1993; Pargman, 2007; Samulski, 2009; Weinberg & Gould, 2008). Para isso, é importante que os profissionais de saúde responsáveis pela sua recuperação física compreendam que tal processo de reabilitação envolve componentes clínicos, psicológicos e sociais (Costa & Silva, 2013).

As LE podem causar dor física e outros inconvenientes, que resultam na utilização de recursos de saúde e absenteísmo das atividades esportivas (Janda 1997; Bahr & Bahr 1997). Nesse sentido, assinala-se a importância das variáveis psicológicas no rendimento de um atleta. Essa relevância já vem sendo reconhecida pela maioria dos profissionais de saúde no esporte. Há, entretanto, necessidade de evolução no conhecimento de tais profissionais acerca da frequência das lesões e de outros efeitos adversos na prática de atividades físicas, sejam elas profissionais ou de pessoas que apenas almejam qualidade de vida. (Lasmar, Camanho & Lasmar, 2002).

A prática de atividades físicas, ou de modalidades esportivas competitivas, está associada ao incremento da incidência de lesões esportivas (Costa & Silva, 2013). No entanto, atualmente, essas injúrias deixaram de ser apenas mérito das ciências de saúde no esporte, configurando-se uma questão de saúde pública (Gonçalves & Vilarta, 2004), em virtude da expansão de sua

incidência na população geral e da gravidade com a qual impactam um esportista, tornando-o excessivamente fragilizado.

O receio de uma nova lesão poderá constituir grave limitação à função cinética do indivíduo, sendo um obstáculo à sua retomada dos estados funcionais de movimento, segurança e força, apresentados antes da lesão (Kvist, 2004; Lee, Karim, & Chang, 2008; Hsu, Meierbachtol, George & Chmielewski, 2017). O debilitante e excessivo medo de realizar movimentos e atividades esportivas, para impedir recaídas ou uma nova lesão, é designado por *cinesiofobia* (Kori & Todd, 1990). Segundo Samulski (2009), uma vez ocorrida a LE, compete à psicologia do esporte o estudo da reação do atleta durante todo o processo de recuperação, para que medidas efetivas sejam tomadas a fim de se evitar danos psicológicos ao atleta.

Vários fatores podem estar associados à incapacidade funcional e à cinesiofobia, tais como os neurobiológicos, os psicológicos e cronicidade da dor, podendo esta última resultar em sensação de vulnerabilidade à dor ou em medo de reincidência de lesão (Vlaeyen & Boeren 1995; Crombez, Vlaeyen, Heuts & Lysens, 1999; Clark, Kori & Broeckel, 1996; Vlaeyen & Linton 2000; Peters, Vlaeyen & Kunner, 2002). Esses fatores estressantes, se não forem suficientemente sanados, podem gerar pensamentos negativos; diminuição de autoconfiança; aumento dos níveis de ansiedade e comprometimento do rendimento esportivo, da carreira, da sua saúde e da qualidade de vida do atleta (Interdonato & Greguol, 2010).

Segundo Ribeiro, Oliveira e Silva (2013), a tendência é que após uma lesão, inicialmente, sejam maiores os componentes mal adaptativos, tais como dor e fadiga, além da dificuldade de enfrentá-los. Dessa forma, são necessárias adaptações de natureza física e psicológica, implementadas pela equipe de saúde, para que o atleta possa evoluir satisfatoriamente e vencer sentimentos de perda, sintomas depressivos, frustração e diminuição de autoestima (Carson & Polman, 2010; Grindstaff, Wrisberg & Ross 2010).

Não obstante, o esporte de alto rendimento (EAR) é definido como uma atividade física extenuante e prolongada, na qual os atletas, em geral, enfrentam numerosas circunstâncias estressantes para aprimorar seu rendimento, a partir de dimensões técnicas, táticas, físicas, sociais e emocionais (Gonçalves & Vilarta, 2004; Cruz, 2011).

No EAR, a capacidade do atleta de executar tarefas de forma segura o torna mais confiante para alcançar resultados e é considerada um dos fatores psicológicos mais relevantes para o desempenho esportivo. A ação e o funcionamento atlético do esportista são determinados pelas

influências dos estados seus fisiológicos, das condições do meio ambiente e de suas capacidades cognitivas (Balaguer, 1994).

Atletas com baixa autoestima, pessimistas, com baixo vigor ou níveis elevados de ansiedade sofrem mais lesões esportivas ou demoram mais tempo na sua recuperação. Há diversas razões que podem explicar esse fenômeno, entre elas, cita-se elementos da personalidade e variáveis sociais (Ford, Shallcross, Mauss, Floerke & Gruber, 2014).

O mecanismo motivacional de um atleta de alto rendimento é a valorização de suas próprias capacidades na execução de uma tarefa, em um determinado nível, em um contexto de ganho valioso para o esportista. Ou seja, o indivíduo se motiva a partir da sua força e do quanto ele é capaz de fazer determinado exercício para alcançar seu objetivo (Bandura, 2004).

Assim, a autoeficácia geral percebida (AEP) é definida como a capacidade de influenciar tanto a forma de pensar, de verbalizar e de se conduzir aos objetivos almejados, como a intensidade do esforço despendido, a resistência diante de dificuldades e a natureza dos padrões de pensamento e das reações afetivas. Conforme relatam Ferreira, Gaspar, Campos & Serra, (2011), a AEP não é relativa ao número de habilidades que se tem, mas ao modo que se julga o que fazer com o que se tem.

Para Bandura (2005), a autoeficácia refere-se às crenças que uma pessoa tem acerca da sua capacidade de organizar e executar ações requeridas, no intuito de alcançar determinados níveis de desempenho. Por sua vez, a autoeficácia percebida é definida como o julgamento ou a avaliação de si próprio acerca de seu potencial para levar a cabo uma determinada tarefa específica, em vez de uma avaliação de sua efetividade, que traduza em que medida se um indivíduo é ou não capaz de executar essa mesma tarefa.

Considerando que ao EAR subjazem sobrecargas físicas e emocionais para os atletas e que as LE podem causar transtornos relevantes para os estes, notadamente no que diz respeito ao afastamento de competições, à incerteza de retorno ao esporte e ao processo de recuperação após lesão, é fundamental que os profissionais de saúde no esporte compreendam os fatores físicos e psíquicos concernentes à recuperação de uma lesão, para a melhor condução desse processo.

Diante do exposto, esta pesquisa estabelece um diálogo entre os ramos de conhecimento Saúde no Esporte e Psicologia, analisando, a partir da observação da incidência das lesões esportivas, as nuances da autoeficácia percebida e da cinesiofobia como fatores psicológicos decisivos para o desempenho esportivo de um atleta de alto rendimento.

Para expor o desenvolvimento do estudo, o presente trabalho apresenta a seguinte estrutura: uma introdução contendo notas preliminares acerca da cinesiofobia e da autoeficácia no contexto dos esportes de alto rendimento, seguida de uma sessão que compreende a fundamentação teórica da pesquisa, o qual é dividido em dois capítulos: as implicações das lesões atléticas no esporte de alto rendimento e cinesiofobia e percepção de autoeficácia em atletas de alto rendimento.

Posteriormente, apresenta-se uma sessão com o objetivo geral e os objetivos específicos da pesquisa. Após, há uma sessão que descreve o método utilizado na pesquisa e outra demonstrando os resultados. Por último, apresenta-se as discussões e considerações finais do presente estudo.

III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

CAPÍTULO 1- LESÕES ESPORTIVAS E SUAS IMPLICAÇÕES NO ESPORTE DE ALTO RENDIMENTO

1.1. INTRODUÇÃO

O Esporte de Alto Rendimento (EAR) caracteriza-se pela busca constante da melhor performance, em que os atletas são submetidos a atividades físicas extenuantes e prolongadas, devendo estar preparados para enfrentar várias circunstâncias estressantes, além de aprimorarem seus rendimentos nas dimensões técnicas, táticas, sociais e emocionais. Cumpre observar que cada esporte tem suas características e particularidades, de modo que o atleta está susceptível a sofrer lesões esportivas (LE) ou Sintomas Osteomusculares (SO) peculiares a cada modalidade (Gonçalves & Vilarta, 2004; Dario, Barquilha & Marques 2010; Silva, Foch, Guimarães & Enumo, 2014).

Para Neto (2007), considera-se uma LE qualquer queixa física causada por uma transferência de energia que excedeu a capacidade do corpo de manter a sua integridade estrutural e/ou funcional, sofrida por um atleta durante uma competição ou treino, independentemente da necessidade médica ou afastamento das atividades. Tais SO, quando implicam averiguação clínica de incapacidade para participar da totalidade de um treino ou de jogos futuros, são caracterizados como uma lesão esportiva (Fuller, Molloy, Bagate, Bahr, Brooks, Donson, Kemp, McCrory, McIntosh, Meeuwisse, Quarrie, Raftery & Wiley 2007).

As LE são consideradas doenças ocupacionais oriundas da prática de atividade esportiva, tanto por atletas profissionais que se dedicam ao esporte competitivo, como por pessoas que praticam esporte e exercício físico para promoção de bem-estar físico e mental (Ribeiro, Vilaça, Oliveira, Vieira, & Silva, 2007).

Os exercícios realizados durante a prática esportiva são específicos de cada modalidade. Os gestos são repetitivos, com velocidades e durações de movimentos variadas e submetem o atleta a grandes impactos mecânicos, principalmente em esportes que requerem muitos saltos, deslocamentos e aterrissagens. Contudo, é necessário que o atleta tenha flexibilidade, potência, agilidade e resistência para garantir a realização perfeita do gesto e a manutenção da postura durante a execução do mesmo (Ferreira & Paula, 2006).

A ocorrência dessas lesões pode suceder-se, principalmente, por exercícios físicos realizados de maneira desgastante, sem medidas preventivas, por exaustão competitiva e por treino inapropriado (Bertorello, 2003). Esses movimentos, combinados aos gestos esportivos realizados durante o jogo, estão associados a princípios físicos, como força de reação do solo, força da gravidade, aceleração, força de parada, deslocamento do centro de massa, atrito e princípios de alavanca, ensejando ao atleta exposição a lesões por trauma e por sobrecarga (Cohen & Abdalla 2015).

Contudo, as causas e a natureza das lesões musculoesqueléticas relacionadas às práticas de atividades esportivas ainda não estão completamente esclarecidas. Acredita-se que o tempo de exposição a jogos e treinos, volumes e intensidades de treinamento, além dos impactos repetitivos, possam causar danos estruturais graves nos tecidos osteomioarticulares. Para Sacco, Takahasi, Vasconcellos, Suda, Bacarin, Pereira, Battistella, Kavamoto, Lopes, & Vasconcelos, (2004), os esportes de contato e modalidades com práticas e técnicas que exigem o impacto ou movimentos repetitivos tornam o atleta mais susceptível aos danos teciduais, tanto em virtude do movimento *overuse* (uso excessivo), como em consequência dos traumas diretos resultantes do gesto esportivo.

Além do *overuse* (uso excessivo) e *overload* (sobrecarga), são fatores significativos capazes de desencadear o surgimento das LE: as modalidades de contato físico com outros atletas, com materiais ou com equipamentos; o baixo condicionamento físico e calendário esportivo de competição mal distribuído (Fortes, Sanaiote & Padula, 2004). Acrescenta-se que os SO decorrentes da prática esportiva não são raros e geram inconvenientes para o atleta e para os membros da comissão técnica, implicando o afastamento das atividades esportivas e cotidianas do atleta.

Essas exigências de treinamento, sobrecarga e pressão, somadas ao tempo de exposição do atleta nos treinamentos (*overtraining/overuse*), resultam em adaptações musculoesqueléticas ao exercício no corpo do atleta. Quando essas mudanças fisiológicas ocorrem de maneiras inadequadas ocasionam desequilíbrio muscular, sobrecarga e alterações posturais, que, se mantidas durante um período maior de tempo, acarretam o surgimento dos SO (Benetti, Schneider & Meyer, 2005).

A incidência de algum tipo de lesão, decorrente da prática esportiva, pode levar os atletas a desenvolverem distúrbios físicos e/ou psicológicos, estes últimos fundamentados na

consternação extrema em passar por outro dano novamente. A cinesiofobia é um desses distúrbios e caracteriza-se por um medo excessivo, irracional e debilitante de realizar algum movimento físico, resultante de um sentimento de vulnerabilidade (Picavet, Vlaeyen & Schouten 2002; Svensson, Lundberg, Östgaard & Wendt, 2011).

1.2. LESÕES ESPORTIVAS E FATORES ESTRESSANTES

O conceito de saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1958, traduzia-se por “um status de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidades”. Esse conceito, todavia, fora fortemente criticado por diversos autores, que o consideravam utópico (Segre & Ferraz, 1997; Carvalho & Dias, 2012). A partir dessas críticas, a OMS (2013) tem aprimorado sua concepção, focalizando na influência dos determinantes da saúde que incluem o ambiente físico, social e econômico, para além das características comportamentais dos indivíduos.

A psicologia do esporte deve ter como uma de suas finalidades o estudo e a compreensão da reação do atleta, durante todo o processo de recuperação de uma LE, a fim de aplicar tratamentos que permitam sua reabilitação plena, na dimensão emocional e psicológica, além de elaborar estratégias para minimizar o risco de reincidência de lesões. Concebe-se que, no EAR, a preparação física, técnica e tática dos atletas são equivalentes nas diversas modalidades, o que determina a diferença entre o vencedor e o perdedor é o estado emocional do atleta, ou de toda a equipe, diante das situações do confronto competitivo (Augustini, 2008)

Para Rubio (2015), diariamente, o atleta se confronta com situações de ansiedade e estresse no esporte. Esses sentimentos não são necessariamente negativos ou prejudiciais ao esportista. Em certas situações, o estresse pode ser experimentado positivamente e a ansiedade, em si mesma, é capaz de elevar o potencial de concentração do esportista. É comum que um atleta conviva com a ansiedade ao longo de sua carreira e, na medida em que vai adquirindo experiência, geralmente, aprende a dominá-la.

Por outro lado, a ansiedade neurótica é o resultado de tentativas que um indivíduo emprega para escapar da ansiedade normal. A fim de evitar mudanças em seu cotidiano, a pessoa utiliza estratégias psicológicas e comportamento fugaz para não se expor a atividades e/ou situações ameaçadoras (Gosling & Rodrigues, 2018; Rubio 2015).

Para Augustini (2008), o estado psicológico do atleta é um fator determinante para o seu máximo rendimento na prática esportiva, uma vez que as ações mecânicas se relacionam diretamente com estado emocional de uma pessoa. Essa relação entre o gestual esportivo e o estado emocional deve ser considerada para a otimização dos processos de treinamento.

Assim, o sucesso no esporte não depende exclusivamente da preparação dos aspectos físicos (força, velocidade, resistência, flexibilidade, coordenação), mas também dos aspectos psíquicos (concentração, autoestima, motivação, ansiedade). As reações de natureza fisiológica e psicológica ocorrem de forma inter-relacionada entre si, ou seja, psicofisiologicamente (Augustini, 2008).

Augustini (2008) acrescenta que se houverem alterações no estado psicofisiológico de esportista as chances de ocorrer uma lesão se elevam. Isto acontece por meio de três processos: aumento da tensão muscular geral, que reduz sua flexibilidade, baixa coordenação motora e baixa eficiência neuromuscular, predispondo o atleta a uma série de danos, como estiramento muscular, entorses articulares e fraturas. Tais alterações podem constituir-se como embargos aos atletas durante as atividades esportivas, tornando-os mais suscetíveis às lesões.

Além disso, a diminuição da concentração interfere na atenção do atleta sobre a tarefa a ser realizada, agravando os riscos de uma execução incorreta do movimento e, conseqüentemente, aumentar o risco de lesão. De acordo com essa perspectiva psicofisiológica, a baixa concentração e o movimento incorreto são potenciais causadores de estresse, que podem causar mudanças psicológicas, déficits de atenção, limitação e diminuição do campo visual e, por conseguinte, criar condições para a ocorrência de lesões esportivas (Velo & Pires, 2007).

Outra variante psicofisiológica no desempenho esportista é o estresse. Neto (2007) aduz que há três fatores principais determinantes dos níveis de manifestação de estresse em um atleta: a personalidade; a história dos fatores de estresse e o potencial de superação do atleta, que é a percepção de si e de como enfrenta essas situações. Na existência destes fatores, a constatação de uma situação potencialmente estressante pode deixar o atleta mais vulnerável e, conseqüentemente, gerar a lesão.

Os acontecimentos positivos ou negativos da vida do atleta (ex.: problemas de relacionamento diários, lesões pregressas, perdas financeiras, perdas familiares, insatisfação profissional, entre outros) representam fatores de estresse importantes e podem criar condições para um estado de lesão (Samulski, 2009; Neto, 2007).

Acrescenta-se que situações de natureza estressante podem aumentar o estado de ansiedade do atleta, acarretando alterações no seu nível de tensão muscular e de seu campo de atenção. Assim, o aumento da tensão muscular pode gerar redução da mobilidade articular, da flexibilidade muscular, da coordenação de movimento e da eficiência muscular, predispondo a fadiga central e periférica e mantendo o atleta mais exposto à ocorrência de lesões.

Veloso & Pires (2007) constataram que os recursos de confronto (concentração, pensamentos positivos, atitudes de enfrentamento) são aptidões e estratégias que permitem aos atletas lidarem com situações potencialmente estressantes, reduzindo a possibilidade de incidência de lesão.

Complementarmente, Zafra (2008) considera que existe uma relação múltipla de fatores psicossociais; como autoconfiança, ansiedade, concentração e apoio social; que podem contribuir para a vulnerabilidade à lesões esportivas. No esporte competitivo, a autoconfiança é um dos fatores psicológicos considerados mais influentes sobre o rendimento esportivo. A conduta e o funcionamento humano estão determinados pelas influências inter-relacionadas dos seus estados fisiológicos, comportamentais, cognitivos e ambientais (Gouvêa, 2003).

Além disso, o EAR é exercido mediante treinamentos rotineiros e exaustivos, com a finalidade de propiciar aprimoramento constante no desempenho dos atletas. Essa necessidade de treinamentos em demasia, além das constantes competições, contribui para o aumento da probabilidade de ocorrência de lesões.

Atenta-se para o fato de que as consequências de uma lesão na carreira de um atleta podem ser funestas, já que ela provoca suspensão de suas atividades profissionais, em decorrência da perda temporária da capacidade de exposição às atividades de alto rendimento. Brandão, Silva, Bragança, Magnani, Polito, & Zanetti (2015) afirmam que, a partir de tal fato, é possível surgir no esportista um expressivo temor em continuar e ter sucesso em sua atividade profissional esportiva.

Esses autores asseveram que numerosas reações emocionais negativas podem surgir em um atleta vítima de lesão, como medo de sofrer nova lesão e de não adquirir o mesmo rendimento anterior a ela, e verificaram que suas as reações emocionais negativas geralmente são: depressão, ansiedade e frustração. Em razão dessas reações, muitos atletas apresentam isolamento, evasão e tendem a se afastar do convívio com pessoas relacionadas ao contexto esportivo.

De acordo com Rebutini & Machado,

[...] em qualquer tipo de esporte é importante o trabalho de uma equipe multidisciplinar com o atleta em suas diversas especificidades. Muitas variáveis influenciam na reabilitação do atleta depois de instalada a lesão. Com isso, altos indícios de estresse competitivo e de treinamentos a reações negativas podem predominar sobre o estado psicológico do atleta, acarretando em oscilações na reabilitação (Rebutini & Machado, 2018, p.3/4).

As repercussões psicológicas das lesões esportivas na vida de um atleta não dependem apenas da sua gravidade física e funcional, mas também de vários outros fatores que envolvem a história de vida do esportista. É indispensável que esses fatores sejam identificados, pois podem influenciar no processo de recuperação pós-lesão, tanto no seguimento do processo fisioterapêutico recomendado, quanto na eficácia do tratamento para resolução do problema.

Em alguns casos, o processo de reabilitação física da lesão faz com que o atleta se afaste da equipe para se dedicar intensamente aos exercícios fisioterapêuticos. Para Brandão, Silva, Bragança, Magnani, Polito & Zanetti (2015), percebe-se que, nesse contexto, os esportistas demonstram sentimentos e pensamentos negativos, sendo sumariamente recomendável um trabalho de reabilitação psicológica em conjunto com a reabilitação fisioterapêutica.

Rubio (2015) afirma que é possível observar variações de personalidade pré-lesão no atleta a partir da sua resposta psicológica à lesão e às suas consequências. As relações entre resposta emocional à lesão, estratégias para lidar com ela e vulnerabilidades cognitivas podem resultar em padrões cognitivos de desconfiança e abandono, manifestando um estilo de conduta que se baseia em medo ou evitamento.

Segundo Rubio (2015) esportistas que temem a falta de aceitação de sua condição física e o isolamento social se sentem mais estressados quando estão lesionados. Já aqueles que se preocupam com lesões recorrentes tendem a demonstrar maiores dificuldades, após uma reabilitação bem-sucedida, para retornar aos treinos.

Em lesões severas, os atletas podem apresentar muitas alterações de comportamentos psicológicos, o que favorece ao desenvolvimento de distúrbios como ansiedade, baixa autoestima e medo, além de sintomas depressivos e incidência no uso de substâncias entorpecentes.

Em razão das lesões, alguns distúrbios psicossomáticos podem ser acentuados, sobretudo em atletas cujas identidades estão ligadas a sua participação no esporte. Ainda que alguns autores

divirjam quanto às formas mais apropriadas de tratamento do atleta lesionado, as observações são unânimes no sentido de reconhecer que uma lesão pode afetar capacidades psicológicas do esportista (Rubio, 2015).

A relevância dos fatores psicológicos no desempenho esportivo emerge com evidência no momento da lesão e no seu processo de recuperação. As lesões nos treinos de rendimento devem ser compreendidas em sua plenitude, isto é, devem ser levadas em consideração as causas de origem física e de origem emocional.

Nas lesões de origem emocional, em um primeiro momento, os esportistas podem vivenciar episódios de raiva, medo, frustração e confusão. Posteriormente, alguns esportistas entram em choque após se tornarem conscientes da dimensão da lesão e passam a apresentar sentimentos de medo e incerteza, julgando que o incidente os tornou mais vulneráveis e que correm o risco de perder a competição e o lugar ocupado na equipe (Raposo, Carvalho, Teixeira & Neto, 2014).

Esse choque foi experimentado por Laís Souza que, em 27 de janeiro de 2014, sofreu um acidente grave, sendo excluída da competição de esqui aéreo nos Jogos Olímpicos de Inverno, em Sochi, que ocorria naquele mesmo ano (Sordi, 2018). Em seu discurso, Laís afirmou:

Até hoje ainda estou esperando a ficha cair. Sigo fazendo terapia sempre que possível para trabalhar a mente. Preencho meu tempo com o trabalho, faço palestras e eventos, minha principal fonte de renda. E também comecei, recentemente, a cursar graduação em Psicologia. Imagino que, com minha carreira de atleta, posso passar adiante meus conhecimentos. Senti muito a falta de um psicólogo enquanto treinava. Acho que pode fazer a diferença um acompanhamento como esse para subir de um quarto ou terceiro lugar para o posto mais alto do pódio. Então imagino que posso ajudar outras pessoas e também continuar, assim, no meio do esporte (Laís Souza, 2018).

Raposo, Carvalho, Teixeira & Neto (2014) afirmam que a dimensão psicológica das lesões é percebida pelos medos e receios relativos às suas consequências, que estão diretamente associados à gravidade da lesão e variam de atleta para atleta. Os atletas com maior comprometimento psicológico, segundo os autores, são aqueles que dão mais importância ao momento do incidente e à localização do trauma no corpo do que propriamente à gravidade física desta.

As consequências negativas da lesão comprometem a saúde mental dos esportistas e seu bem-estar. Muitos não conseguem aderir ao tratamento por frustração, impaciência e medo. Para os profissionais da saúde responsáveis pela recuperação dos atletas, como fisioterapeutas e psicólogos, a lesão representa um desafio que precisa ser superado por meio de suas habilidades técnicas e científicas.

Trata-se de um desafio complexo que requer que sejam levadas em consideração as dificuldades físicas e psicológicas que os lesionados precisam enfrentar para retornar às competições ou para se afastar das atividades esportivas (Raposo, Carvalho, Teixeira & Neto, 2014). As LE podem prejudicar os efeitos benéficos proporcionados pela prática esportiva. A ausência de uma atleta na rotina esportiva, provocada pelas lesões, causa prejuízos à competição, à equipe e, principalmente, ao atleta. Percebe-se, portanto, a necessidade de programas para minimizar o risco e prevenir lesões musculoesqueléticas em atletas (Longo, Loppini, Berton, Marinozzi, Maffulli & Denaro, 2012).

Além da necessidade de compreender o aspecto biomecânico da lesão, é imperativo que os profissionais de saúde no esporte reconheçam os fatores psicossomáticos a ela atrelados. Assim, considerando que o estado psicológico de um atleta é chave fundamental na recuperação de uma lesão que tenha sofrido, é patente ponderar-se os fatores que lhes são intrínsecos ao comportamento, como baixa autoestima, pessimismo, medo, ansiedade, para que sejam tomadas as medidas estratégicas necessárias a fim de se alcançar a plena recuperação do esportista.

III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

CAPÍTULO 2 - CINESIOFOBIA E PERCEPÇÃO DE AUTOEFICÁCIA EM ATLESTAS DE ALTO RENDIMENTO

2.1. CINESIOFOBIA

Durante as atividades esportivas, sejam elas recreacionais ou competitivas, os atletas estão propensos a sofrer alguma lesão musculoesquelética, o que pode impossibilitá-los de participar das competições. As ciências do esporte vem evoluindo técnica e cientificamente, tendo um papel fundamental para que os praticantes de atividade física possam treinar e competir com riscos menores de lesões significativas. No entanto, as lesões esportivas (LE) são frequentes e demandam cuidados físicos e psicológicos no processo de reabilitação funcional do atleta, para garantir-lhe o retorno regular aos treinamentos (Bredeweg, Klitenberg, Bessem, & Buist, 2010).

A alta demanda de exercícios modernos e competitivos aumentou em demasia os riscos de lesões musculoesqueléticas, acarretando consequências deletérias ao atleta de alto rendimento (AAR), como afastamento em treinamentos e competições, perda de capacidades físicas treináveis e insegurança emocional no retorno ao esporte.

Por esta razão, treinadores, membros da comissão de saúde e os atletas de todos os níveis de rendimento tem buscado recursos e estratégias para a minimização de risco e diminuição do número de lesões (Kettunen, Kujala, Kaprio, Koskenvuo, & Sarna, 2001; Miranda, Lemes, Castrillón, Vanderlei, Linares, Christofaro, Pastre & Júnior, 2018; Van Beijsterveldt, van der Horst, van de Port, & Backx, 2013; Lauersen, Bertelsen & Andersen, 2014; Krist, Van Beijsterveldt, Backx, & De Wit, 2013).

As LE são causadas, possivelmente, por falta de controle na carga de trabalho, exercícios realizados de maneira extenuante, sem medidas preventivas, exaustão competitiva, treino inadvertido ou inapropriado, volúpia atlética e psicossomatismos. Essas são frequentemente acompanhadas por condições psicológicas persistentes, que podem afetar o bem-estar dos atletas e seu retorno ao EAR (Pastre, Filho, Monteiro, Júnior & Padovani, 2005).

Apesar dos esforços para reduzir a prevalência de lesões, com avanços tecnológicos em equipamentos de treinamento esportivos, qualificação dos profissionais, técnicas de treinamento e

condicionamento específico para as modalidades esportivas, as LE e recreativas continuam recorrentes e aumentando sua incidência com o passar do tempo (Tripp, Stanish, Ebel-Lam, Brewer, & Birchard, 2011).

Para Clement, Arvinen-Barrow & Fetty (2015), quando os atletas sofrem lesões podem experimentar sensações novas ou recorrentes de um processo já vivido, o que geralmente é mais debilitante e estressante se exigir um processo de reabilitação mais prolongado.

Muitos atletas, desde o nível iniciante até o profissional, que já tenham sofrido lesões e apresentam SO, podem apresentar alguma angústia psicológica, incluindo ansiedade, sintomas depressivos ou perda de identidade atlética por conta do tempo em inatividade. Ainda que já se encontrem há tempo recuperados física e funcionalmente (Kvist, Ek, Sporrstedt & Good, 2005; Mainwaring, Bisschop, Comper, Hutchison & Richards, 2010).

Contudo, para Bredeweg, Klitenberg, Bessem & Buist (2010), a ansiedade ou o medo de lesão recorrente são sensações irracionais e debilitantes para um atleta, baseadas em percepções distorcidas de que os movimentos físicos/funcionais do esporte resultarão em sintomas dolorosos e, conseqüentemente, uma nova lesão. Esse estado psicológico pode constituir uma grave limitação da função do atleta, sendo um obstáculo à retomada do estado funcional anterior à lesão (Kvist, 2004; Lee, Karim, & Chang, 2008).

A ansiedade e o medo estão associados às mudanças psicológicas que o atleta pode sofrer, incluindo falta de concentração para execução de um gesto, autoconfiança diminuída, falta de atenção e persistência do sintoma doloroso (Poulsen, Fabrin, Carstensen, Ulnits, & Lausten, 2003; Tripp, Ebel-Lam, Stanish, Brewer, & Birchard, 2007).

Além disso, podem ocorrer outras alterações psicofisiológicas, como excitabilidade aumentada (evidenciada através de aumento da frequência cardíaca), aumento da tensão muscular e superproteção do local lesionado (Walker, Thatcher, & Lavalley, 2009). Assim, um atleta que teme a reincidência da lesão tende a apresentar insegurança quanto ao segmento lesionado, tornando-se hesitante nas atividades do processo de reabilitação e no retorno ao treinamento e à competição.

A percepção dos atletas de que seu desempenho esteja abaixo do padrão pode levá-los à redução da coordenação motora, sobrecarga articular e muscular e diminuição ou perda de mobilidade, que são fatores reais capazes de aumentar a ocorrência de lesão recorrente (Walker, Thatcher & Lavalley, 2009).

Podlog & Eklund (2009) relatam que, no geral, as respostas psicológicas e fisiológicas ao medo de reincidência de lesão contribuem para que os atletas caiam em um ciclo de inatividade, coassinando-lhes reduções na força e flexibilidade do corpo, o que resulta em SO dolorosos nos atletas ativos, reforçando nestes a ansiedade de re-injúria, que perpetua a evitação continuada ao movimento.

Segundo a *International Association for the Study of Pain* (IASP), dor é uma sensação ou experiência emocional desagradável, associada à lesão tecidual real ou potencial (Ministério da Saúde, 2012), e dor crônica é aquela sem aparente valor biológico, que persiste além do tempo esperado para a recuperação tecidual, usualmente estimado em três meses (Carr, 2003).

O modelo de avaliação baseado em sinais e sintomas clínicos indica que a dor é proporcional a extensão da lesão tecidual. Entretanto, há evidências de que a persistência dos sintomas de dor não pode ser explicada apenas por achados clínicos objetivos, o que indica que esse modelo de análise se tornou insuficiente (Vlaeyen, Kole-Snijders, Boeren & Eek, 1995).

Crombez, Vlaeyen, Heuts & Lysens (1999) demonstraram existir fraca correlação entre os sintomas musculoesqueléticos e o grau de incapacidade funcional, sugerindo que uma abordagem biopsicossocial possa oferecer melhor compressão sobre a dor crônica.

Com base no modelo cognitivo-comportamental, que envolve medo, evitação, ansiedade e dor relacionado ao movimento, resultado dos estudos de Asmundson, Vlayen & Crombez (2004), o atleta pode percorrer caminhos que podem ou não levar a um ciclo vicioso. A partir de experiências de dor vividas no EAR, que não produz medo e se o atleta tem estratégias de enfrentamento da dor e/ou lesão, consegue, então, confrontar o problema e se recuperar.

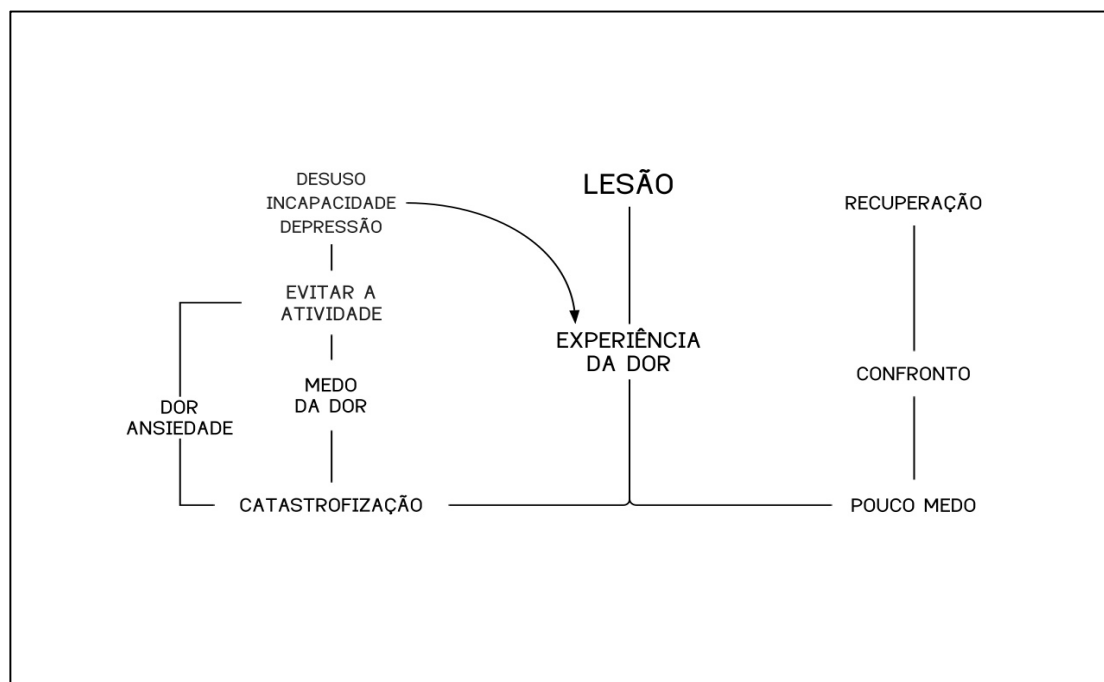


Figura 1- Modelo de medo e evitação.

Fonte: Asmundson, Vlayen & Crombez (2004)

Desse modo, fatores cognitivos, afetivos, ambientais e sociais apresentam influência sobre a persistência da dor (Silva, Abreu, & Suassuna, 2016). Um estudo de Siqueira, Teixeira-Salmela & Magalhães, (2007) propôs um “modelo cognitivo de medo de movimento e reincidência de lesão”, no qual se espera duas possibilidades de respostas à dor: a crença de que movimentos/atividades poderiam agravar a dor, sendo por isso evitados, e o enfrentamento, que está associado a melhores desfechos.

O medo da dor impede o movimento, sendo esse um dos fatores psicossociais mais importantes que contribuem para que o atleta diminua gradativamente suas atividades funcionais, limitando, dessa forma, suas funções e restringindo sua participação em atividades esportivas (Kori, Miller & Todd, 1990; Trocoli & Botelho, 2016).

Pesquisas apontam que alterações e impactos negativos nas dimensões cognitivas e comportamentais do atleta, que evoluem para o medo de movimento e cinesiofobia, dependem de uma série de fatores biopsicossociais (Vlaeyen, Crombez & Linton 2016). Sendo assim, adquire-se medo de realizar movimento quando este é interpretado como algo potencialmente lesivo e/ou doloroso para o atleta (Meujders, Vanteenwegen & Vlaeyen, 2011).

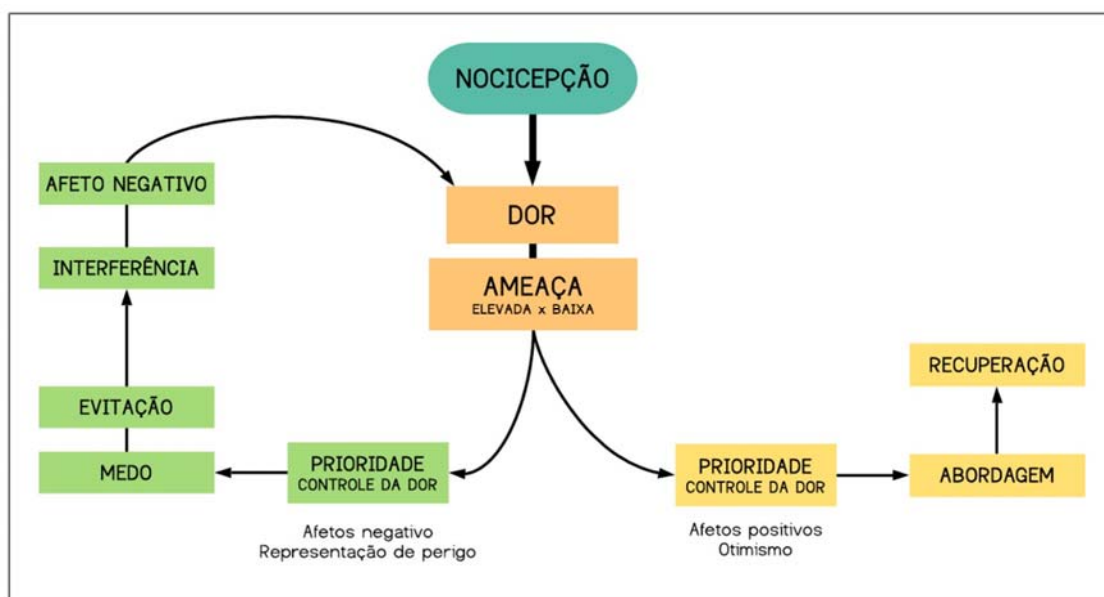


Figura 2- Modelo de medo e evitação da dor atualizado.
Fonte: Adaptado por Vlaeyen, Crombez & Linton (2016).

O termo *cinesiofobia* designa o “medo irracional, excessivo e limitante aos movimentos e atividades físicas, resultante de uma sensação de vulnerabilidade a uma possível lesão física” (Siqueira, Teixeira-Salmela & Magalhães, 2007). Em médio prazo, o medo e a evitação de movimento em antecipação à dor podem trazer consequências físicas (perda de mobilidade, de força e de condicionamento) e psicossociais (perda de autoestima, depressão e isolamento) (Vlaeyen, Kole-Snijders, Boeren & Eek, 1995).

Nesse sentido, a aplicação de processos adequados de avaliação, mensuração e tratamento da dor deve ser empregada em diversas populações, a fim de se detectar fatores associados à deterioração de sua capacidade funcional e de sua qualidade de vida (Andrade, Pereira & Sousa, 2006).

Diversos fatores, como os neurobiológicos e psicológicos, podem estar associados à incapacidade funcional e à cinesiofobia, além da cronicidade da dor, que pode resultar em sensação de vulnerabilidade à dor ou em medo de reincidência de lesão (Vlaeyen, Kole-Snijders, Boeren & Van Eek, 1995; Vlaeyen, 1999; Clark, Kori & Broeckel, 1996; Vlaeyen, 2000; Peters, Vlaeyen & Kunner, 2002). Esses fatores, se não forem adequadamente superados, podem gerar pensamentos negativos, diminuição de autoconfiança, aumento dos níveis de ansiedade e comprometimento do

rendimento esportivo, da carreira do atleta, da sua saúde e de sua qualidade de vida (Interdonato & Greguol, 2010).

Após sofrer uma lesão, o atleta experimenta uma série de sintomas físicos e psicológicos que poderão dificultar sua recuperação. Nesse contexto, a dor e o medo estão muitas vezes ligados ao à preocupação com a reincidência da lesão, podendo evoluir com um quadro de diminuição de movimentos, agravado pelo receio em realizar atividade (Lustosa, Goulart & Silvério, 2011; Ribeiro, Oliveira, & Silva 2013).

Os sintomas cinesiofóbicos também podem propiciar outro fator psicológico, que é o medo/ansiedade do retorno ao esporte. Quando um atleta se lesiona, o tempo de afastamento é um momento de grande incerteza, já que tempo em reabilitação pode influenciar na perda do seu espaço na equipe, elevando seu nível de insegurança e estresse para recuperar seu lugar novamente (Maronesi, Malysz & Guedes, 2018).

Para Ossola (2011), os atletas que, antes de sofrer uma lesão, relatam sintomas psicossomáticos (por exemplo, dores físicas e dores associadas a sofrimento psicológico) tornam-se mais suscetíveis a processos depressivos, o que pode afetar diretamente o tempo de recuperação e retorno ao esporte. A disposição dos atletas para se comprometerem em enfrentar a lesão, valorizando o processo de reabilitação física e psicológica, influencia suas reações cognitivas, emocionais e comportamentais na reabilitação de lesões (Johnston & Carroll, 1998; Podlog & Eklund, 2009).

Para Antunes, Macedo, Amaral, Gomes, Pereira, & Rocha (2013), a forma como os atletas percebem sua lesão e não o fato de que a lesão ocorreu, tem um papel fundamental na manifestação das suas respostas emocionais, como depressão, ansiedade de lesão recorrente e luto pós-trauma. Os autores observaram que atletas que relataram alto medo de rescindiva, também apresentaram certas respostas comportamentais, sendo mais hesitantes, se esforçando menos e sendo cautelosos com situações de enfrentamento aos movimentos capazes de provocar as lesões.

Visando à superação desse momento pós trauma, é necessário compreender integralmente o comportamento do atleta, pois suas dificuldades enfrentá-lo, por razões de baixa autoestima, pessimismo, ansiedade e sintomas de depressão, manifestadas durante a reabilitação, ou já anteriormente, poderão implicar uma recuperação mais lenta e dolorosa ou serem um fator de predisposição a mais lesões esportivas. (Ford, Eklund & Gordon, 2000; Antunes, Macedo, Amaral, Gomes, Pereira & Rocha, 2013)

Portanto, além da necessidade de compreender profundamente a parte biomecânica da disfunção lesiva, é imprescindível o reconhecimento dos fatores psicológicos a ela associados. Uma equipe interdisciplinar, que possibilite entendimento global do caso, terá como resultados a recuperação físico-funcional de excelência e a capacidade de prevenir novas lesões. (Lustosa, Goulart & Silvério, 2011; Ribeiro, Oliveira & Silva 2013).

2.2. AUTOEFICÁCIA PERCEBIDA (AEP)

O aspecto emocional, a motivação, a confiança e a autoeficácia são de grande importância para o desenvolvimento do atleta, uma vez que, havendo desequilíbrio entre sua saúde física e sua saúde mental, o rendimento esportivo será afetado. A seguir, descrever-se-ão os elementos psicológicos fundamentais para um bom desempenho de um atleta nos EAR.

2.2.1. Crença e Autoeficácia

A teoria social cognitiva demonstra que o comportamento humano é definido pela interação entre os fatores pessoais, comportamentais e o meio ambiente (Weinberg & Gould, 2008). A teoria da autoeficácia foi elaborada por Bandura (1977), dentro de sua teoria social cognitiva, e é utilizada para investigar a confiança na área do esporte e do rendimento motor. No esporte, a autoconfiança é considerada um dos fatores psicológicos mais influentes no rendimento esportivo, mas não é sinônimo de AEP. Segundo Machado, Paes, Berbetz & Stefanelo (2014), enquanto autoconfiança traduz-se no grau de firmeza e convicção em determinada atividade, não especificando a situação, a AEP é a crença em realizar determinada atividade.

Bandura & Polydoro (2005) afirmam que a autoeficácia refere-se aos julgamentos que os indivíduos fazem de suas próprias capacidades para executar ações dirigidas à consecução de algum rendimento ou comportamento necessário para a obtenção de um resultado. São crenças e pensamentos de um indivíduo acerca de suas capacidades para realizar uma ou um conjunto de tarefas. Segundo os autores, a teoria da autoeficácia tem sido a mais utilizada na área de investigação dos temas relacionados à motivação no esporte e exercícios.

A AEP é um dos principais instrumentos que exercem influência nas ações e motivações para transformação de uma pessoa. Antes de executada uma ação, a projeção antecipada de seu resultado depende da crença de seu executor na capacidade de realizá-la. Isto é, pessoas que se julgam suficientemente aptas esperam melhores resultados de suas ações do que pessoas que não se julgam eficientes. Os indivíduos se baseiam em seus julgamentos do quanto são capazes de executar uma tarefa específica para decidirem a respeito de quais ações irão projetar, quanto esforço será dispensado e qual será a persistência a empregada diante de obstáculos (Ferreira, Bakos, & Habigzang, 2015).

O sentimento de autoeficácia é capaz de influenciar o decurso de ações voltadas ao alcance de um objetivo, a intensidade do esforço empregado, a resistência às dificuldades e a natureza dos padrões de pensamento e das reações afetivas. Já a autoeficácia geral percebida é definida como a avaliação pessoal da própria capacidade de executar uma determinada tarefa específica, em vez de uma avaliação de efetividade, feita por terceiros, que traduza em que medida o indivíduo é ou não capaz de realizar essa mesma tarefa (Bandura, 1977; Bandura 1986).

Segundo Ferreira, Bakos, & Habigzang (2015) a origem da autoeficácia são os aspectos do autoconceito do indivíduo. Esses aspectos surgem das noções de competências, capacidades e características que um indivíduo tem de si. Avaliar a estabilidade da autoeficácia é uma tarefa difícil porque as noções podem modificar de acordo com o que deve ser executado. Assim, é possível que um indivíduo se sinta bastante eficaz para dirigir um veículo, por exemplo, mas ineficaz para cozinhar. Portanto, a noção de competência é relativa e variável.

Ferreira, Bakos, & Habigzang (2015) defendem que aqueles que apresentam alto nível de autoeficácia manifestam bons desempenhos, sendo o oposto também verdadeiro. Assim, é possível concluir que a AEP é uma variável de desempenho em futuras atividades. Sendo que seu objetivo, em uma tarefa específica, está condicionado a contextos, eventos e funções específicas. Indivíduos com baixo senso de AEP podem esquivar-se de certas tarefas e de certos ambientes difíceis, por se sentirem incapazes de lidar com mesmos, concentrando-se somente nas suas deficiências.

No argumento de Prisco, Martins & Nunes (2013) a crença de autoeficácia, que é a confiança na capacidade pessoal para organizar e executar certas tarefas, representa um dos instrumentos mais relevantes pelo qual o indivíduo exerce influência sobre os seus atos. Assim, a tendência das pessoas é se envolverem em tarefas que acreditam ter a capacidade de executar e obter resultados positivos.

As crenças de autoeficácia podem vir de experiências pessoais, que fragilizam-na ou fortalecem-na; aprendizagem substituta, que é a comparação de si com a experiência alheia; persuasão verbal, que é a influência social/feedback avaliativo e indicadores fisiológicos, isto é, o estado emocional como, por exemplo, estado de humor positivo ou ansiedade. No geral, essas fontes tendem a influenciarem-se mutuamente, mas a fonte de experiência pessoal exerce maior influência na formação da autoeficácia, pois é baseada em uma experiência autêntica de fracasso ou sucesso (Prisco, Martins & Nunes, 2013).

Na Psicologia, Silva, Luz, Afonso, Araújo, Bittencourt, Carvalho & Enumo (2015) ressaltam que a autoeficácia é um conceito já consolidado, havendo sido apresentado pela primeira vez por Bandura em 1977. Na psicologia do esporte, a aplicação da autoeficácia é bastante difundida, sendo um dos precursores da adesão às atividades físicas e do desempenho esportivo. Segundo Weinberg e Gould (2017, p.310),

A teoria de autoeficácia de Bandura foi adaptada para explicar o comportamento em diversas disciplinas da psicologia, e formou a base teórica adotada para a maioria das pesquisas voltadas ao desempenho em autoconfiança e esporte. A teoria foi originalmente desenvolvida dentro da estrutura de uma abordagem sociocognitiva à mudança de comportamento que reconhecia a autoeficácia como um mecanismo cognitivo comum para mediar a motivação e o comportamento. Essa teoria adota uma abordagem interativa, por meio da qual a autoeficácia (um fator pessoal) e determinantes ambientais interagem para produzir mudança de comportamento de maneira recíproca (Weinberg; Gould, 2017, p.310).

Nesta perspectiva, Silva, Luz, Afonso, Araújo, Bittencourt, Carvalho & Enumo (2015) asseveram que as crenças da autoeficácia contribuem para as escolhas das atividades esportivas de um atleta e para a forma como ele alcançará suas metas, como empregará esforços, a dimensão de sua persistência na atividade e as suas reações emocionais diante de obstáculos. Desse modo, a confiança do atleta em sua capacidade de executar com sucesso uma determinada tarefa ou um conjunto de tarefas incidirá na decisão iniciar, persistir e triunfar em seu desempenho. O sucesso desse desempenho tenderá a aumentar as crenças em si mesmo e nos resultados, estimulando os interesses e os objetivos do atleta no domínio do seu desempenho.

O estudo da Percepção e Autoeficácia no esporte tem a finalidade de identificar o que influencia um atleta na execução de uma tarefa, especificamente a prática esportiva (Kyrillos, 2016). No contexto esportivo a Autoeficácia Percebida faz referência ao desempenho atlético, ao rendimento, a adesão e manutenção de atividades físicas e exercícios sendo fundamental ser entendida como ferramenta importante aplicada no universo esportivo, pois auxilia no processo de ensino-aprendizagem, no gerenciamento da ansiedade e melhora significativa no desempenho dos atletas. Sem dúvidas isso se reflete sobre as condutas perante determinadas situações e pode ser

considerado um fator que influencia e afeta diretamente a vidas dos atletas (Pesca, Cruz & Filho, 2011).

A autoeficácia tem relação direta e positiva com o esforço, ajuda na dinâmica de decisão em situações de pressão, a persistência e outros comportamentos adaptativos. Em sessões de treinamento de força, por exemplo, Silva, Luz, Afonso, Araújo, Bittencourt, Carvalho & Enumo (2015) constataram que a autoeficácia foi um fator positivo, estando significativamente associada ao esforço contínuo de atletas que praticaram quatro diferentes modalidades esportivas. Além disso, a autoeficácia também é um fator positivo para a melhoria do desempenho e para o aprendizado de habilidades motoras

Prisco, Martins & Nunes, (2013) relatam que pessoas com maiores graus de autoeficácia, geralmente, são mais concentradas em melhores desempenhos e dedicam todos os seus esforços a alcançá-los, sendo comum aumentarem suas habilidades motoras com sucesso. A autoeficácia no desempenho esportivo dos atletas não substitui o talento físico, mas é vista como um co-determinante do desempenho.

A maioria dos praticantes de esportes conhece seu potencial, o que determina, em parte, a sua visão de eficácia pessoal. Experiências de sucesso numa modalidade esportiva contribuem para o aumento da estimativa de eficácia. Em contrapartida, os frequentes fracassos tendem a diminuí-la. No cenário esportivo, não é suficiente que um atleta seja capaz de conquistar um bom rendimento, além disso, é necessário que acredite em sua capacidade (Silva, Luz, Afonso, Araújo, Bittencourt, Carvalho & Enumo, 2015).

A autoeficácia é, pois, um fator relevante no desempenho dos atletas quanto aos próprios desafios inerentes ao EAR. Mais além, a autoeficácia exerce um papel importante quando se considera os riscos acidentais de um esporte de tal natureza.

Como a prática esportiva está associada à melhora significativa do desenvolvimento corporal, admite-se que cada esporte tem suas exigências físicas, passíveis de resultar em lesões (Dario, Barquilha & Marques, 2010). Tais danos afastam o atleta de suas atividades ou o colocam em desvantagem competitiva, tendo em vista as limitações que provocam.

Sendo assim, independente do local da lesão, os atletas podem sofrer influências negativas (físicas e psicológicas) com esse trauma, o que irá comprometer todos os gestos executados no esporte (Nunes, Jaques, Almeida & Heineck, 2015). Ao exigir movimentos rápidos e repetitivos, a prática de um esporte pode ser associada a fortes impactos, que submetem o atleta a diversos

comprometimentos no sistema musculoesquelético, como contusões, fraturas, estiramentos musculares, luxações e entorse, podendo causar o afastamento temporário ou definitivo do atleta (Silva, Brandão, Bragança, Magnani, Polito & Callegari, 2015; Raso, 2018).

A capacidade de superação de obstáculos impostos pela prática esportiva é um desafio físico e psicológico para o esportista, cuja superação não se dá apenas pelo nível de habilidades técnicas, mas também pela soma dos aspectos psicossomáticos que a acompanha. Entretanto, com frequência, para se alcançar esse resultado, os atletas são submetidos a uma rotina exaustiva, que podem ocasionar lesões atléticas, fazendo com que seu desempenho seja limitado por diversos SO, como a dor (Silva, Rabelo & Rubio, 2010).

Os SO podem ser considerados fatores negativos que atingem os atletas em qualquer circunstância e modalidade esportiva e podem desencadear reações emocionais negativas, como o medo de se lesionar novamente, levando o esportista à queda do rendimento atlético, situação de estresse e até mesmo sintomas depressivos (Silva, Brandão, Bragança, Magnani, Polito & Callegari, 2015).

A queda no rendimento modifica o sentimento e as emoções do atleta devido às exigências que sofrem para apresentarem resultados. Portanto, além de um preparo físico e técnico, é necessário dispensar-lhe suporte psicológico, tanto em competições como em todo processo de reabilitação de lesões (Pesca & Cruz, 2011; Ferreira, Gaspar, Campos & Senra 2011).

As influências psicológicas no desempenho de um atleta precisam ser compreendidas para que possam ser trabalhadas individualmente. Nesse contexto, a percepção de crenças de autoeficácia permite o entendimento da capacidade que cada indivíduo tem para organizar e executar ações e alcançar determinados padrões de desempenho (Lavoura, Castellani & Machado, 2006). A percepção de autoeficácia permite a avaliação individual do desempenho de cada um na execução dos objetivos quando enfrentam dificuldades, e a natureza dos padrões de pensamento e das reações afetivas (Bandura & Polydoro, 2005; Gomes, Miranda, Bara & Brandão, 2012).

Os AAR que passam por situações de incertezas na carreira, por conta das lesões esportivas, precisam buscar meios para enfrentar essas crenças negativas e conseqüentemente as dificuldades para retorno ao esporte. É fundamental o trabalho da equipe de saúde no esporte para motivar e fazer com o atleta possa superar as adversidades e incertezas que uma LE pode causar ao atleta.

2.2.2. Motivação

Há muito tempo a motivação constitui um dos temas centrais nos estudos da Psicologia sobre o ser humano porque desempenha um papel notório na vida dos indivíduos em diferentes contextos (educação, esportes, recuperação pós-trauma), porém, é um fenômeno pouco entendido no aspecto prático (Gouvêa, 2000).

Bandura (1986) entende a motivação como um comportamento dirigido a um objetivo, ativado e sustentado através das expectativas acerca dos resultados antecipados das ações de cada pessoa e da percepção de autoeficácia para executá-las.

A motivação propulsiona os indivíduos à ação. Para Marques (2018), a teoria da motivação parte do princípio de que há um ou vários motivos que levam um indivíduo a manter e/ou realizar uma ação, para alcançar um objetivo e finalizá-lo. A motivação impulsiona uma ação ativamente, de forma intencional e direcionada a uma meta. Assim, é possível afirmar que direcionar-se a um objetivo é estar motivado, existindo para este ideal um ou vários motivos que demonstrem a intenção do indivíduo.

Segundo o autor, quando uma pessoa não tem interesse em determinada atividade, ela não sente o desejo de executá-la e tampouco expressa algum prazer ou vontade ao realizá-la. Mas, quando a situação se inverte e seu sentimento muda, ela se sente bem nessa execução, havendo uma satisfação traduzida em emoções positivas e de bem-estar. Esse é o instrumento da motivação: a procura pela satisfação das necessidades individuais. Por meio deste processo, é possível compreender os fatores e as razões que influenciam a escolha por realizar atividades físicas ou esportivas (Marques, 2018).

Embora existam diferentes pontos de vistas sobre a motivação, há um consenso de que o motivo é um sentimento interno que deflagra, integra e dirige o comportamento humano e, mesmo não sendo observado de forma direta, interfere no comportamento, cuja explicação, conforme Marques (2018), deve ser buscada. Esse autor aduz que a motivação se diferencia de outros elementos, que também influenciam no comportamento, como as experiências passadas, as habilidades físicas e o ambiente onde a pessoa se encontra, embora tais elementos possam influenciar a motivação.

Weinberg & Gould (2017) asseveram que alguns profissionais de psicologia defendem que a motivação também inclui a vontade de obter algo. Isto é, uma carência ou um desejo pode ter relação com a função seletiva de intenções que compete aos motivos. Um indivíduo é motivado

em qualquer circunstância, por vários fatores externos e internos. O padrão de motivos e a força de cada um deles influem na forma como se percebe o mundo, nas coisas em que se pensa e nas ações empenhadas. Ou seja, a motivação está envolvida em todos os tipos de comportamento que envolve o desempenho, a aprendizagem, a atenção, a percepção, o esquecimento, a recordação, o sentimento, a criatividade e o pensamento.

Weinberg & Gould (2017) acrescentam que em alguns momentos pode ser complexa a relação entre a motivação e o comportamento, principalmente quando motivos contraditórios se chocam. Existem motivos que podem ser inconscientes, o que agrava a dificuldade de seu entendimento. Dessa forma, é somente após um estudo mais aprofundado dos complexos efeitos da motivação que se pode compreender o comportamento de uma pessoa.

Para referidos autores, entender a motivação do comportamento de uma pessoa implica conhecer as necessidades humanas, que são um dos aspectos íntimos mais importantes na orientação do desenvolvimento e do comportamento de um indivíduo. De acordo com esses autores, existe uma unanimidade na opinião de pesquisadores de que motivos e necessidades são forças inconscientes e conscientes, que conduzem a pessoa a apresentar um típico comportamento. Desse modo, a motivação é o comportamento provocado por necessidades íntimas da pessoa, que se dirige às suas metas, satisfazendo suas necessidades.

Já no esporte, Oliveira, Vissoci, Nascimento, Ferreira, Vieira, Silva, Cheuczuk, & Vieira (2015) afirmam que resultados inconsistentes da relação entre a motivação e o perfeccionismo sugerem que há um processo psicológico que precisa de investigações.

Mesmo que existam estudos sobre motivação e perfeccionismo, novas análises investigativas devem ser feitas, uma vez que o perfeccionismo pode ser uma característica de personalidade que propulsiona a motivação dos atletas a obterem bons desempenhos. Os resultados dessas investigações são importantes para fornecer parâmetros sobre as relações entre a motivação de atletas profissionais, ou não profissionais, e o perfeccionismo adaptativo e mal-adaptativo (Oliveira, Vissoci, Nascimento, Ferreira, Vieira, Silva, Cheuczuk, & Vieira, 2015).

Para Siqueira & Ticianelli (2013), a motivação na prática do esporte é concebida como um agente impulsionador, pois determina os motivos para a orientação, manutenção, iniciação e abandono da prática esportiva, podendo ser oriunda de razões sociais, individuais, culturais e ambientais. Desta forma, supõe-se que a motivação na prática de atividades físicas e esportes tem

uma função importante, tanto nos fatores que estabelecem a opção por uma prática esportiva, quanto nos fatores que envolvem o processo de abandono da prática.

Logo, para a prática de atividades físicas e esportes, a motivação é um dos aportes da psicologia do esporte que contribui na organização e planejamento dos treinamentos, sendo uma variável fundamental para facilitar a aprendizagem e melhorar o desempenho dos atletas (Siqueira & Ticianelli, 2013).

Neste sentido, para compreender a motivação, Siqueira & Ticianelli (2013) elucidam que é preciso levar em consideração a pessoa, a situação e a forma como elas interagem. Isto é, a intensidade, a permanência e os resultados que um indivíduo manifesta estão associados à sua motivação, estando ou não no EAR.

Do ponto de vista da teoria cognitiva social, a motivação também é influenciada pelo ambiente, sobretudo através AEP. Esta, por sua vez, afeta o nível do objetivo, o desempenho e a escolha quantitativa específica da finalidade a alcançar.

A motivação e AEP do atleta são fundamentais em sua capacidade de desempenhar com sucesso determinada a tarefa ou conjunto de tarefas. Com isso, ele tenderá a aumentar capacidade de seus resultados, fortalecendo seus interesses e seus nesse domínio de desempenho. Ainda que haja influência de fatores ambientais, a prática de atividades físicas está bastante associada ao prazer que produz no indivíduo. Esse prazer relaciona-se com a motivação intrínseca, sendo o principal agente motivador para o início e a permanência em uma modalidade.

IV. OBJETIVOS

IV.1. OBJETIVO GERAL

Analisar a relação da Cinesiofobia com as lesões esportivas e com a percepção de autoeficácia dos atletas de alto rendimento.

IV.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

Avaliar e mensurar o grau de cinesiofobia e a percepção de autoeficácia em atletas de alto rendimento.

Identificar e caracterizar os sintomas osteomusculares prevalentes nos atletas.

Caracterizar as lesões esportivas mais relacionadas aos quadros de cinesiofobia em atletas de alto rendimento.

Correlacionar os sintomas osteomusculares com os quadros de cinesiofobia.

Avaliar a relação entre a cinesiofobia com a percepção de autoeficácia em atletas de alto rendimento.

V - MÉTODO

V.1.Delineamento e local do estudo

O presente estudo teve um delineamento de caráter quantitativo, observacional, descritivo-analítico e de corte transversal, envolvendo uma estratégia de ação em que todos os participantes foram submetidos às mesmas tarefas. A pesquisa foi realizada em cinco associações atléticas esportivas, localizadas na cidade do Recife-PE, que continham atletas de alto rendimento em seus quadros, vinculados às federações esportivas. Essas instituições foram escolhidas por conveniência do pesquisador.

V.2.Participantes

A população do estudo foi constituída por 105 atletas profissionais, de ambos os sexos, com idade entre 18 e 35 anos, nas seguintes modalidades: Futebol, Futebol Americano, Handebol, Basquete e Jiu-Jitsu.

Como critério de inclusão foram definidas as seguintes condições: 1) ser atleta profissional com 18 anos ou mais, 2) já ter sofrido lesões, 3) estar com SO, 4) estar disputando competições oficiais. Foram excluídos da amostra os atletas que, no momento da coleta de dados, estivessem apresentando lesões musculoesqueléticas e, portanto, encontravam-se afastados das atividades laborais esportivas para tratamento.

V.3.Instrumentos da Pesquisa (anexos)

Para a realização da coleta de dados, foi desenvolvido pelo pesquisador responsável um questionário socioclínico contendo os seguintes dados: nome, idade, sexo, modalidade esportiva, tempo de prática e posição na equipe (Anexo 1). Além disso, foram utilizados outros três questionários já validados no Brasil: O Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares (QNSO), o questionário *Tampa Scale for Kinesiophobia* (TSK) e a Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP).

O primeiro é composto de questões de escolhas múltiplas ou binárias quanto à ocorrência de sintomas nas diversas regiões anatômicas do corpo, nos doze últimos meses e nos últimos sete dias, bem como o afastamento das atividades normais (Pinheiro, Tróccoli, & Carvalho, 2002).

O segundo, traduzido para a versão brasileira como Escala de Tampa para Cinesiofobia (ETC) e validado internacionalmente (Kori, 1990; Siqueira, Salmela, & Magalhães, 2007), é uma escala que consiste em um questionário auto-aplicável para avaliar cinesiofobia, composto de 17 questões que abordam a dor e a intensidade dos sintomas (Vlaeyen, Kole-Snijders, Boeren, & Van Eek, 1995; Crombez, Vlaeyen, Heuts & Lysens, 1999), instrumento.

O último questionário, a Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP), é composto por 10 itens, com validação transcultural entre Brasil e Portugal (Schwarzer & Jerusalém, 1995; adaptado por Leme, Coimbra, Gato, Fontaine & Del Prette, 2013).

V.3.1. Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares (QNSO)

O *Nordic Musculoskeletal Questionnaire* (NMQ) (Kuorinka, Jonsson, Kilbom, Vinterberg, Biering- Sorensen & Andersson, 1987) foi desenvolvido com a proposta de padronizar a mensuração dos relatos de sintomas osteomusculares, para facilitar a comparação dos resultados entre os estudos. O questionário não é indicado para base de diagnóstico clínico, mas para a identificação de sintomas osteomusculares, constituindo-se como ferramenta adequada para diagnosticar queixas laborais.

Esse instrumento é composto por duas partes: um questionário geral, que contém o esboço de uma figura humana em posição posterior, dividida em nove regiões anatômicas, e um questionário específico, ambos utilizados no presente estudo. O questionário geral refere-se a relatos de desconforto osteomuscular relacionado ao trabalho nas regiões anatômicas indicadas, considerando os 12 meses e sete dias precedentes ao seu preenchimento, e questiona se, em decorrência dessas dores, houve a impossibilidade ou o afastamento das atividades diárias, ou se o informante procurou um serviço médico nos últimos 12 meses.

O Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares (QNSO), foi reconhecido internacionalmente como padrão para investigações de mensuração dos sintomas osteomusculares (Pinheiro, Tróccoli & Carvalho 2002), havendo sido validado e adaptado à cultura brasileira por Barros & Alexandre (2003). A versão brasileira foi chamada QNSO e incluiu uma seção para permitir a medida de variáveis demográficas (gênero, idade, peso, altura, número de dependentes menores, estado civil), ocupacionais (função, tempo de exercício da atividade, duração da jornada de trabalho) e hábitos e estilo de vida (tabagismo, exercício de atividade física, exercício de outra atividade profissional) (Pinheiro, Tróccoli & Carvalho, 2002).

Apesar das limitações presentes em instrumentos de auto-avaliação, a facilidade e os bons índices de confiabilidade desse questionário o tornaram recomendável para pesquisas epidemiológicas e estudos que mensuram a prevalência auto-relatada de queixas dos sinais ou sintomas musculoesqueléticos, o que possibilitou vários estudos empíricos (Bergqvist, Wolgast, Nilsson & Voos, 1995; Toomingas, Theorell, Michesen & Nordemar, 1997).

Tal ferramenta consiste em perguntas de respostas múltiplas ou binárias quanto à ocorrência de sintomas em diversas regiões anatómicas. As regiões do corpo avaliadas neste questionário geral são: pescoço, ombros, parte superior das costas, cotovelos, parte inferior das costas, punhos e mãos, quadril e coxa, joelhos, tornozelos e pés. O participante assinala “sim” ou “não”, conforme a presença ou ausência de problemas como dor, formigamento/dormência ou parestesia (Martarello, 2005). (Anexo 2)

V.3.2 Escala de Tampa para Cinesiofobia (ETC)

A *Tampa Scale for Kinesiophobia* (TSK) foi traduzida e adaptada à língua portuguesa, em versão brasileira, como Escala de Tampa para Cinesiofobia (ETC). É um instrumento que tem sido amplamente utilizado para mensurar o medo de realizar movimento ou o medo de reincidência de lesão (Kori, 1990; Siqueira, Teixeira-Salmela & Magalhães, 2007).

A Escala consiste em um questionário autoaplicável, composto de 17 questões que abordam a dor e a intensidade dos sintomas (Vlaeyen et al, 1995; Crombez et al, 1999). A pontuação total é calculada após a inversão dos itens 4, 8, 12 e 16, e varia entre 17 e 68 pontos. Quanto maior a pontuação total, maior a cinesiofobia (Siqueira, Teixeira-Salmela & Magalhães, 2007). Um total de até 37 pontos sugere baixo nível de cinesiofobia, enquanto que pontuações acima de 37 pontos sugerem altos níveis de cinesiofobia (Vlaeyen et al, 1995; Crombez et al, 1999).

De acordo com as instruções indicadas para a versão brasileira da escala, as afirmativas foram lidas e, quando necessário, explicadas aos participantes. Essa escala é amplamente empregada na mensuração da cinesiofobia, com alta consistência interna e adequada confiabilidade teste-reteste (Siqueira, Teixeira-Salmela & Magalhães, 2007). (Anexo 3)

V.3.3. Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP)

A Escala Geral de Autoeficácia (GSE) é um instrumento desenvolvido por Schwarzer e Jerusalém (1995) para avaliar, de forma criteriosa e generalizada, as crenças e a AEP de indivíduos submetidos à situação de estresse induzido. Esse instrumento apresenta perguntas relevantes para a análise do impacto das crenças de autoeficácia, de forma generalista, e possibilita a transferência de julgamentos pessoais de autoeficácia entre tarefas ou atividades de diferentes domínios (Bandura, 1997; Maddux, 1995; Zimmerman & Cleary, 2006).

Para Bandura (1997, 2006 b), medidas muito globais podem comprometer a validade preditiva do instrumento ou a definição de autoeficácia quando comparado a outros instrumentos menos abrangentes. O autor define três níveis gerais de crenças de autoeficácia: um nível mais específico, para medir a percepção de autoeficácia em um desempenho estipulado, dentro de um conjunto de ações específicas; um nível intermediário, para uma classe de desempenho em domínios de atividade semelhantes, em um conjunto de situações similares e um nível mais geral, que mede crenças de autoeficácia pessoal, sem especificar as atividades ou ações nas quais elas serão realizadas (Bandura, 1997).

O Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP), adaptada e validada para versão brasileira por Leme, Coimbra, Gato, Fontaine & Del Prette (2013), consiste em um questionário autoaplicável, composto de 10 itens, com uma escala Likert de 4 pontos, variando de 1 (Discordo Completamente) a 4 (Concordo Totalmente), que visa identificar crenças de autoeficácia diante de situações de estresse. A pontuação total varia de 10 a 40 pontos. A fim de reduzir o viés de desajustabilidade social, os itens originais 4, 6 e 7 foram redigidos de forma invertida. Quanto maior a pontuação total, maior a AEP. (Anexo 4)

V.4. Procedimento para a coleta dos dados

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em seres humanos, com número de CAAE: 60176516.9.0000.5206 e número do protocolo de aprovação: 1.993.546.

Inicialmente, realizou-se um mapeamento dos atletas, na faixa etária entre 18 e 35 anos, dos clubes e associações atléticas esportivas da cidade do Recife, em Pernambuco. Este recorte baseou-se em dois critérios: 1) maioria e 2) estar na faixa etária próxima ao período de aposentadoria no esporte.

Após esse levantamento, o pesquisador estabeleceu contato inicial com os diretores dos clubes, informando-lhes a respeito do projeto de pesquisa, enfatizando importância de sua adesão ao estudo. Caso houvesse permissão para a pesquisa, os voluntários assinariam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Posteriormente, agendou-se, diretamente com os clubes escolhidos, uma visita para a explicação da pesquisa e seleção da amostra. Os atletas que se enquadravam nos critérios de inclusão, dentro da faixa etária analisada, foram orientados a preencher os questionários. Após a apresentação, todos os participantes assinaram o TCLE. Também houve uma exposição, em vocabulário acessível, da justificativa e dos objetivos do projeto, dos procedimentos na coleta dos dados, de possíveis desconfortos, riscos e benefícios esperados.

V.5. Procedimento para análise dos dados

Inicialmente, os dados foram tabulados em planilha do Excel 2010, para a análise descritiva dos dados, posteriormente foram encaminhados para análise estatística. Para essa análise, foram utilizados o Software STATA/SE 12. Todos os testes foram aplicados com 95% de confiança. Os resultados foram apresentados através de tabelas, com suas respectivas frequências absoluta e relativa. As variáveis numéricas foram representadas pelas medidas de tendência central e medidas de dispersão.

A fim de distribuírem-se uniformemente entre os níveis de classificação baixo, moderado e alto os intervalos foram separados de acordo com os resultados finais dos questionários que avaliam a cinesiofobia e percepção de autoeficácia, como apresentado na Tabela abaixo. Foram usados os percentis 33% e 66%, a partir das medidas dos escores dos questionários, com a pontuação das escalas obtidas no ETC e no EAGP.

Distribuição das métricas para marcação dos intervalos propostos

Variáveis	Percentil 33 %	Percentil 66 %
ETC	35,0	40,0
EAGP	26,0	29,0

Como visto, o questionário ETC classifica como baixa cinesiofobia o resultado menor que 35 pontos, cinesiofobia moderada entre 35 e 39 pontos e alta cinesiofobia quando maior ou igual

a 40 pontos. De acordo com essa variação, quanto maior o valor da pontuação, maior será o risco de o atleta ter medo e insegurança, sintomas característicos da cinesiofobia.

Além do supracitado, o questionário EAGP classificou como baixa autoeficácia a pontuação menor que 26, moderada autoeficácia a pontuação entre 26 a 29 e alta autoeficácia a pontuação superior a 29. De acordo com essa variação, quanto maior o valor da pontuação, maior será a percepção do atleta de sua autoeficácia.

Para verificar o grau de associação existente entre os escores das dimensões do ETC e EAGP foram utilizados os seguintes testes: Teste Qui-Quadrado de Pearson e o Teste Exato de Fisher. Também foram correlacionados os domínios do ETC e EAGP com as variáveis que definem o perfil Socioclínico dos atletas.

Foram usados Teste de Normalidade de Kolmogorov-Smirnov para variáveis quantitativas e comparação entre mais de 2 grupos: ANOVA (Distribuição Normal) e Kruskal-Wallis (Não Normal), para saber se um grupo tende a ter valores maiores do que o outro, ou se os grupos têm a mesma mediana, em relação aos domínios que descrevem a percepção de autoeficácia e os níveis de cinesiofobia.

Para a avaliação da consistência interna dos questionários QNSO, ETC e EAGP foram calculados os valores do coeficiente alpha de Cronbach, que variam de zero a um, sendo que quanto mais próximo de um, maior será a consistência interna. Como regra geral, recomenda-se valor de Alfa acima de 0,80 para uma escala amplamente utilizada, embora valores acima de 0,60 já indiquem consistência (Cronbach, 1951).

VI - RESULTADOS

O trabalho buscou o analisar a cinesiofobia e a autoeficácia suas relações com as lesões esportivas em atletas de alto rendimento. A população do estudo foi composta por 105 atletas, de ambos os sexos, distribuídos em 75,2% (n=79) do sexo masculino e 24,8% (n=26) do sexo feminino. A idade variou entre 18 e 35 anos, com média de idade de $25,16 \pm 5,32$ anos. O tempo médio de prática esportiva por atleta foi de $10,34 \pm 5,99$ anos e 41,9% (n=44) realiza a prática de atividade física por 6 a 10 anos. Em relação ao tipo de modalidade esportiva, a mais praticada foi o Futebol (33,3%, n=35), seguido do Handebol (25,7%, n=27), conforme verifica-se na Tabela 1.

Tabela 1- Distribuição do perfil socioclínico dos atletas

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	79	75.2
Feminino	26	24.8
Idade		
< 19 anos	17	16.2
20 - 24 anos	42	40
25 - 29 anos	27	25.7
> 30 anos	19	18.1
Modalidade		
Futebol americano	19	18.1
Futebol	35	33.3
Jiu-Jítsu	8	7.6
Handebol	27	25.7
Basquete	16	15.2
Tempo de prática		
< 5 anos	28	26.7
6 - 10 anos	44	41.9
> 10 anos	33	31.4

Na tabela 2 estão distribuídos os perfis dos sintomas osteomusculares predominantes nos atletas. Nessa classificação, verificou-se a predominância de lesões nas regiões dos joelhos (55,2%, n=58), da lombar (49,5%, n=52) tornozelos e pés (42,9%, n=45), dorsal (29,5%, n=31) e pescoço (28,6%, n=30) as maiores queixas osteomusculares.

Tabela 2 – Distribuição do perfil do Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares

Regiões de Sintomas osteomusculares	n	%
Pescoço	30	28.6%
Ombros	11	10.5%
Cotovelos	5	4.8%
Antebraços	1	1.0%
Punho, Mão e Dedos	10	9.5%
Região Dorsal	31	29.5%
Região Lombar	52	49.5%
Quadris e coxas	23	21.9%
Joelhos	58	55.2%
Tornozelos e pés	45	42.9%

Os atletas de futebol americano apresentaram maior concentração de dor, sendo a modalidade na qual se relatou SO em todas as regiões avaliadas. As regiões do joelho (17,6%, n=12), lombar (16,2%, n=11) e pescoço (14,7%, n=10) foram as regiões mais assinaladas. Na região lombar, a maior evidência de SO está na modalidade handebol, com 24,2% dos casos (n=16). Já em jogadores de futebol, os SO predominantes foram na região dos joelhos (26,4%, n=19), tornozelos/pés (22,2%, n=19) e região lombar (19,4%, n=14), conforme descrito na tabela 3.

Tabela 3 – Cruzamento das regiões de sintomas Osteomusculares com a modalidade esportiva

Regiões de dor	Modalidade				
	Futebol americano	Futebol	Jiu-Jítsu	Handebol	Basquete
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Pescoço	10 (14.7)	5 (6.9)	3 (18.8)	8 (12.1)	4 (9.1)
Ombros	5 (7.4)	2 (2.8)	1 (6.3)	2 (3)	1 (2.3)
Cotovelos	3 (4.4)	1 (1.4)	0 (0)	1 (1.5)	0 (0)

Antebraços	1 (1.5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Punho Mão Dedos	4 (5.9)	3 (4.2)	2 (12.5)	1 (1.5)	0 (0)
Região Dorsal	9 (13.2)	6 (8.3)	0 (0)	11 (16.7)	5 (11.4)
Região lombar	11 (16.2)	14 (19.4)	2 (12.5)	16 (24.2)	9 (20.5)
Quadril coxas	4 (5.9)	6 (8.3)	1 (6.3)	6 (9.1)	6 (13.6)
Joelhos	12 (17.6)	19 (26.4)	4 (25)	11 (16.7)	12 (27.3)
Tornozelos pés	9 (13.2)	16 (22.2)	3 (18.8)	10 (15.2)	7 (15.9)

Na tabela 4 estão distribuídas as frequências dos questionários ETC e EAGP. Observa-se que 39,05% (n= 41) da amostra apresenta alta cinesiofobia, enquanto que 41% (n= 43) apresenta alto grau de percepção de autoeficácia. Isto significa que mesmo quando os atletas apresentavam medo ou receio de realizar movimento, não apresentavam perda de confiança ou de autoeficácia para realizar alguma atividade.

Tabela 4 – Distribuição de frequências das Escala de Tampa para Cinesiofobia (ETC) e Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP)

Variáveis	N	%
ETC		
< 35	33	31,43%
35 - 39	31	29,52%
40 ou mais	41	39,05%
EAGP		
< 26	20	19.0%
26 - 28	42	40.0%
29 ou mais	43	41.0%

O coeficiente alpha de Cronbach para os questionários ETC e EAGP foi maior que 0,60, o que indica que existe uma confiabilidade moderada na consistência do questionário aplicado. Já o QNSO apresentou o coeficiente alpha de Cronbach de 0,78, o que implica uma confiabilidade eficiente na consistência do questionário. O índice de consistência interna e confiabilidade da amostra não foi satisfatório (alfa de Cronbach > 0,80), o que pode ter ocorrido devido ao fato de o número de participantes não ter sido suficiente. Esses resultados estão apresentados na tabela 5.

Tabela 5– Confiabilidade dos questionários através do índice Alpha de Cronbach.

Variáveis	Cronbach's alpha
ETC	0.66
EAGP	0.62
QNSO	0.78

As medidas descritivas das variáveis idade, tempo de prática esportiva e a comparação entre QNSO e o questionário ETC e o p-valor para o teste da ANOVA e Kruskal-Wallis, para identificar diferença na distribuição (média) entre os grupos comparados, estão indicados na Tabela 6. Houve diferença estatisticamente significativa apenas na distribuição dos dados da variável “**Geral Sintomas - Dor 7 dias**” do QNSO. Logo, há indícios para afirmar que os participantes que sentiram algum dos sintomas durante a avaliação nos últimos 7 dias, têm mesma variância, mas médias de sintomas significativamente diferentes entre os grupos da ETC (Tabela 6).

Tabela 6 – Medidas descritivas das variáveis versus a Escala de Tampa para Cinesiofobia e teste ANOVA e Kruskal-Wallis

Variáveis	ETC			p-valor
	< 35 Média ± DP	35 - 39 Média ± DP	40 ou mais Média ± DP	
Idade	25,16 ± 5,32	24,55 ± 5,51	24,30 ± 4,09	0,761 *
Tempo de Prática (anos)	10,34 ± 5,99	7,97 ± 5,15	9,13 ± 4,47	0,187 *
Geral Sintomas - Dor 12 m	3,03 ± 2,51	3,91 ± 3,16	4,10 ± 2,90	0,150 **
Geral Sintomas - Dor 7 dias	1,78 ± 1,75	2,61 ± 1,82	2,83 ± 2,15	0,037 **
GERAL Sintomas -				
Médico/Atividade	1,03 ± 1,12	1,79 ± 1,75	1,40 ± 1,35	0,241 **
Total de Lesões	1,50 ± 0,76	1,61 ± 0,70	1,60 ± 1,10	0,650 **

(*) ANOVA (**) Kruskal-Wallis

A tabela 7 demonstra a relação da presença da cinesiofobia com o decurso do tempo, considerando como balizas os dias, meses e anos. Observou-se que esta relação é inversamente proporcional: quanto maior a quantidade de dias decorridos, menor o grau de incidência da cinesiofobia e, ao inverso, quanto menores a quantidades de dias, meses e anos, decorridos a partir da lesão, maior o grau de cinesiofobia.

Tabela 7- Resultado das correlações entre os resultados da ETC e tempo de lesão (dias/meses/anos)

Cinesiofobia	DIAS (1-30) r-Pearson	MESES (1-11) r-Pearson	ANOS (> 1) r-Pearson
Cinesiofobia Alta	-0,2311	-0,1088	-0,3792
Cinesiofobia Moderada	0,2374	-0,1426	0,3664
Cinesiofobia Baixa	0,6233	-0,2081	-0,1276

DP=desvio padrão

r-Pearson = teste de correlação de Pearson para medida de populações normais

Correlação significativa (two-tailed), $p \leq 0,005\%$ *

A tabela 8 demonstra que os indivíduos com os menores escores de cinesiofobia foram os que apresentaram os maiores níveis de AEGP. Nos demais resultados, não foram identificadas semelhanças entre os grupos.

Tabela 8 - Discriminação das diferenças entre os resultados dos participantes do estudo, quanto a presença de Cinesiofobia e EAGP.

Cinesiofobia	EAGP	Dif.		ANOVA
		Média	95% IC	Valor de p
Cinesiofobia Alta	EAGP Baixa	19,97	17.06 - 22.89	$\leq 0,001^*$
	EAGP Moderada	59,18	14.75 to 20.01	$\leq 0,001^*$
	EAGP Alta	17,38	9.847 to 14.52	$\leq 0,001^*$
Cinesiofobia Moderada	EAGP Baixa	13,43	10.42 to 16.45	$\leq 0,001^*$
	EAGP Moderada	10,84	8.096 to 13.59	$\leq 0,0001^*$
	EAGP Alta	5,64	3.180 to 8.109	$\leq 0,0001^*$
Cinesiofobia Baixa	EAGP Baixa	6,99	4.007 to 9.975	$\leq 0,001^*$
	EAGP Moderada	4,39	1.692 to 7.105	$\leq 0,001^*$
	EAGP Alta	-0,79	-3.220 to 1.624	$> 0,05$

IC = Intervalo de confiança

ANOVA One-Way

Teste de Comparações Múltiplas de Tukey

Diferença estatisticamente significativa p-valor $\leq 0,05\%$ *

Quanto à análise de correlação, os dados apresentaram-na de forma negativa em todas as relações, exceto entre cinesiofobia alta e AEP alta, e cinesiofobia baixa e AEP baixa, que apresentaram correlações positivas. Contudo, observou-se que os únicos grupos que apresentaram

semelhança entre si foram os dos atletas que têm cinesiofobia alta e EAP moderada, e os dos atletas que têm cinesiofobia moderada e EAP baixa (Tabela 9).

Tabela 9– Resultado das correlações ente os resultados Cinesiofobia e EAGP.

Cinesiofobia		Média ± DP	r-Pearson
Cinesiofobia Alta	EAGP Baixa	43,10 ±2,23	-0,1193
	EAGP Moderada	44,54±3,25	-0,6763*
	EAGP Alta	44,28±5,49	0,2724
Cinesiofobia Moderada	EAGP Baixa	36,75±1,58	-0,7308*
	EAGP Moderada	36,67±1,30	-0,2784
	EAGP Alta	36,75±1,58	-0,1993
Cinesiofobia Baixa	EAGP Baixa	30,13±3,68	0,0871
	EAGP Moderada	31,33±2,42	-0,0747
	EAGP Alta	31,58±1,92	-0,1261

DP=desvio padrão

r-Pearson = teste de correlação de Pearson para medida de populações normais

Correlação significativa (two-tailed), $p \leq 0,005$ %*

No cruzamento entre os dados cinesiofobia, sexo, modalidade e lesão, observou-se que há semelhanças entre todas as variáveis. Os atletas do sexo masculino que apresentaram cinesiofobia tiveram lesões musculares. Esse resultado é semelhante em todos os demais cruzamentos (Tabela 10).

Tabela10-Discriminação dos resultados que tiveram semelhanças estatísticas, quanto à Cinesiofobia, com o sexo, modalidade esportiva e lesão associada.

CINESIOFOBIA	Dif. Média	95% IC	ANOVA Valor de p
Masculino vs Lesão Muscular	7,33	-0.2994 to 14.97	$\geq 0,05$
Feminino vs Futebol	-3,00	-10.63 to 4.633	$\geq 0,05$
Feminino vs Futebol Americano	2,33	-5.299 to 9.966	$\geq 0,05$
Feminino vs Jiu-Jítsu	6,00	-1.633 to 13.63	$\geq 0,05$
Feminino vs Handebol	-0,33	-7.966 to 7.299	$\geq 0,05$
Feminino vs Basquete	3,33	-4.299 to 10.97	$\geq 0,05$

Feminino vs Ligamentar	-1,33	-8.966 to 6.299	$\geq 0,05$
Feminino vs Tendinosa	1,33	-6.299 to 8.966	$\geq 0,05$

IC = Intervalo de confiança ANOVA One-Way

Teste de Comparações Múltiplas de Tukey

Diferença estatisticamente significativa p-valor $\leq 0,05\%$.

Na tabela 11, observa-se o cruzamento entre cinesiofobia (independentemente do seu grau de incidência), prática esportiva (modalidade) e lesões mais frequentes. Não se verificou diferenças significativas nesses cruzamentos. Por exemplo: todos os praticantes de futebol americano, têm algum nível de cinesiofobia e apresentam lesão ligamentar, tendinosa e nervosa.

Tabela 11 - Discriminação dos resultados que tiveram semelhanças estatísticas com a modalidade esportiva e o tipo de lesão, quanto à presença de Cinesiofobia.

Cinesiofobia x Modalidade Esportiva	Tipo de Lesão	Dif. Média	95% IC	ANOVA
				Valor de p
Futebol Americano	Ligamentar	-3,66	-11.30 to 3.966	$\geq 0,05$
	Tendinosa	-1	-8.966 to 6.299	$\geq 0,05$
	Nervosa	5,33	-2.299 to 12.97	$\geq 0,05$
Futebol	Articular	-6	-13.63 to 1.633	$\geq 0,05$
	Ligamentar	1,66	-5.966 to 9.299	$\geq 0,05$
	Muscular	-7,33	-14.97 to 0.2994	$\geq 0,05$
	Tendinosa	4,33	-3.299 to 11.97	$\geq 0,05$
Jiu-Jítsu	Ligamentar	-7,33	-14.97 to 0.2994	$\geq 0,05$
	Tendinosa	-4,66	-12.30 to 2.966	$\geq 0,05$
	Nervosa	1,66	-5.966 to 9.299	$\geq 0,05$
Handebol	Ligamentar	-1	-8.633 to 6.633	$\geq 0,05$
	Tendinosa	1,66	-5.966 to 9.299	$\geq 0,05$
		-4,66	-12.30 to 2.966	$\geq 0,05$

		Ligamentar		
Basquete	Tendinosa	-2	-9.633 to 5.633	$\geq 0,05$
	Nervosa	4,33	-3.299 to 11.97	$\geq 0,05$

IC = Intervalo de confiança ANOVA One-Way.

Teste de Comparações Múltiplas de Tukey.

Diferença estatisticamente significativa p-valor $\leq 0,05\%*$.

VII - DISCUSSÃO

É notório que os fatores neuropsicológicos podem influenciar na ocorrência de lesões. Os fatores desequilíbrio emocional, estresse, ansiedade, depressão e cinesiofobia podem ocasionar déficit de orientação no campo espaço-visual e diminuição no tempo de reação a determinado obstáculo. Tais alterações podem reduzir a atividade muscular e a coordenação dos movimentos, tornando-se, por sua vez, causas de uma nova lesão ou de sua reincidência (Johnson & Ivarsson, 2011; Carvalho, 2009; Nunes, Jaques, Almeida & Heineck, 2010).

A forma com a qual o atleta percebe e enfrenta o surgimento de fatores estressantes, SO e LE pode afetar sua conduta, tanto de forma desejável, conduzindo-o à superação de um problema e elevando seu desempenho esportivo, quanto de forma prejudicial, aumentando sua ansiedade, diminuindo o seu desempenho e interferindo na sua recuperação e retorno ao esporte (Akamine, Passos, Pizzo, & Costa, 2016).

Considerando a variável sexo, a população analisada foi composta por atletas de ambos os sexos, na qual 75,2%(n=79) era do sexo masculino e 24,8% (n=26) do sexo feminino. Em consonância com o trabalho de Silva, Brandão, Bragança, Magnani, Polito, & Callegari (2015), que avaliaram atletas de judô, de ambos os sexos, a fim de avaliar as implicações psicológicas em atletas judocas.

Analisando a faixa etária dos participantes desta pesquisa, constatou-se que a idade dos entrevistados variou entre 18 e 35 anos (média= 25,16 anos). Em conformidade com os estudos de Coimbra, Filho, Andrade & Miranda (2013), nesta investigação observou-se que os atletas mais novos e menos experientes apresentaram maiores níveis de autoexigência e de estresse, apresentando 70% a mais de riscos de sofrerem lesões esportivas, principalmente devido aos conflitos de conciliação entre vida pessoal (mudanças repentinas de escola, faculdade, família) e o esporte.

As modalidades presentes no estudo por ordem de prevalência foram futebol, handebol, futebol americano, basquete e jiu-jitsu. Sabe-se que a realização de esportes promove grandes benefícios a saúde, pois a participação em um esporte fisicamente exigente pode resultar em aumento de sintomas osteomusculares e aumento de risco de lesões (Borowski, Yard, Fields & Comstock, 2005; Maffulli, Longo, Gougoulas, Loppini & Denaro, 2010).

Segundo Soligard, Myklebust, Steffen, Silvers, Bizzini, Holme, Dvorak, Andersen & Bahr, (2008) e Steffen, Myklebust, Olsen, Holme & Bahr (2008), os esportes coletivos apresentam contato corporal direto entre os atletas, pode resultar aumento no número de lesões traumáticas, principalmente de membros inferiores e, conseqüentemente, do aumento de fatores psicológicos a elas associados. E, pode ser justificado devido ao aumento da popularidade do atleta no esporte e, também, ao preparo inadequado dos mesmos para as competições (Souza, Silva & Picoli, 2015).

Akamine, Passos, Pizzo, & Costa, 2016 avaliaram 14 atletas, 78,6% possuíam 21 ou mais meses de prática, 14,3% dos atletas tinham entre 11 a 15 meses e 7,1% dos atletas entre 6 a 10 meses de prática. Os atletas avaliados neste estudo, em relação ao tempo de atividade esportiva, em sua maioria, eram mais experientes e praticavam-na de 6 a 10 anos (41,9%, n=44), o que é considerado favorável à forma com a qual o atleta lida com os SO e as LE. No que tange à experiência, o tempo de prática do atleta nas atividades esportivas é inversamente proporcional incidência de estresse, após a vasta leitura da literatura, acredita-se que é um dos fatores determinantes para a ocorrência de traumas e lesões esportivas.

Watkins & Green (1995); Longo, Loppini, Berton, Marinozzi, Maffulli & Denaro (2012) afirmam que a maioria das lesões dos atletas acontecem durante os treinamentos. Neste estudo, optou-se por utilizar o QNSO (Pinheiro, Tróccoli & Carvalho 2002, adaptada por Barros & Alexandre, 2003) que, embora possa ser considerado subjetivo quanto à gravidade das queixas e se não associe diretamente com lesões osteomioarticulares, permite observar a evolução dos sintomas ao longo do tempo (dias e semanas) e das atividades praticadas pelo atleta. Dessa forma, é possível estabelecer uma associação dos sintomas musculoesqueléticos com as lesões osteomioarticulares decorrentes da prática esportiva (Anza, Denis & Silva, 2013).

O presente estudo avaliou 105 atletas em pratica esportiva, que apresentavam SO, durante o período de treinamento e jogos. As maiores queixas osteomusculares foram denunciadas nas regiões dos joelhos (55,2%, n=58), lombar (49,5%, n=52) tornozelos e pés (42,9%, n=45), seguidos das regiões dorsal (29,5%, n=31) e pescoço (28,6%, n=30).

No estudo de Akamine, Passos, Pizzo, & Costa, 2016 e Silva, Abdalla & Fisberg (2007), as partes do corpo acometidas por lesões foram variadas, como ombros, pescoço, tornozelo e joelhos, por exemplo, sendo o joelho o local mais frequente (50% e 27,3%, respectivamente). Semelhantemente, na presente pesquisa 55,2% (n=58) dos atletas tiveram sintomas no joelho. Quanto aos membros superiores, naquele estudo o ombro foi o local onde os atletas mais se

lesionaram, também com 50% de incidência, o que não foi encontrado neste estudo, cuja população pesquisada apresentou apenas um percentual de 10,5% (n=11) de incidência de SO no ombro.

Os sintomas osteomusculares são consequências de microtraumas teciduais, em decorrência das alterações biomecânicas e da sobrecarga de movimentos durante a realização dos gestos esportivos ou nas posturas sustentadas que, por sua vez, findam por gerar macrotraumas, com lesões musculoesqueléticas mais graves (Anza, Denis & Silva, 2013).

No presente estudo, a prevalência de SO e lesões nos membros inferiores em jogadores de futebol foi na região dos joelhos (26,4%, n= 19) e tornozelos/pés (22,2%, n=19). Esses dados também são demonstrados nos resultados de outros estudos, como no de Nascimento, Borges, De Souza, Júnior & Júnior (2015), no de Costa, Costa & Vargas (2019), no de Santos & Sandoval (2011) e no de Pedrinelli, Da Cunha Filho, Thiele & Kullak (2013), que avaliaram as lesões ocorridas em jogadores de futebol, e verificaram os maiores índices de lesões nas regiões da coxa, joelho e tornozelo.

Uma parte da população pesquisada apresentou dor lombar (49,5%, n=52), estudos enfatizam que o medo de realizar movimento deve ser identificado e tratado precocemente em pacientes com lombalgia crônica, pois este sintoma é preditor de pior evolução (Vieira, Salvetti, Damiani & Pimenta, 2013; Bergsten, Lundberg, Lindberg, Elfving, 2012).

Para Antunes, Macedo, Amaral, Gomes, Pereira & Rocha, (2013), a cronicidade da dor pode provocar o comportamento evitador e gerar ou agravar os distúrbios físicos e psicológicos. A literatura também retrata que indivíduos com dor lombar crônica são mais temerosos em realizar movimentos, atividades físicas e exercícios, sendo mais sensíveis à dor e a reincidência da lesão (Silva & Martins, 2014).

Mendonça, Bittencourt, Anjos, Silva & Fonseca (2010) relataram que o voleibol exige uma demanda excessiva dos ombros, de maneira que os rotadores laterais têm maior predisposição à fadiga, o que pode levar ao surgimento da sintomatologia do complexo do ombro e à queda do desempenho. Os esportes analisados no presente estudo, como o basquete, futebol americano e handebol, também apresentam movimento do membro superior similar ao do voleibol, levando às mesmas adaptações da musculatura do ombro, e apesar deste fato, os atletas não apresentaram presença importante de sintomas no complexo do ombro (10,50%, n=11).

Ao se tratar de uma LE, há ainda, difundida entre a população, a crença inverossímil de que as atividades que exercitam movimentos causadores de dor podem agravar as lesões e,

portanto, devem ser evitadas. Esse medo de sentir ou agravar a dor, durante a realização de algum movimento que já tenha causado lesão previamente, é característico da cinesiofobia e pode influenciar diretamente na recuperação e, inclusive, ser um fator causador de nova lesão (Galambos, Terry, Moyle & Locke, 2005).

A importância de uma classificação adequada (baixa, moderada ou alta) e da ciência do nível de risco à cinesiofobia em que cada atleta se encontra são abordadas nos estudos de Siqueira, Teixeira-Salmela & Magalhães (2007), Vlaeyen, Kole-Snijders & Boeren (1995), Braga & Côrrea (2012) e Nunes, Jaques, Almeida & Heineck (2010), nos quais os autores relatam que indivíduos que apresentam elevados escores de riscos à cinesiofobia, obtêm pior desempenho em testes físicos em comparação com aqueles apresentam baixos escores. Relata-se, ademais, que altos escores do risco à cinesiofobia incidem em maior incapacidade do indivíduo decorrente dos sinais e sintomas clínicos como intensidade da dor, tempo de duração da dor e ansiedade (Braga & Côrrea, 2012; Raposo, Carvalho, Teixeira & Neto, 2014).

A conduta pautada em evitação e medo levam a um ciclo vicioso de eventos que os atletas julgam ameaçadores e aflitivos, prejudicando suas funções física, afetiva, cognitiva e social (Asmundson, Vlaeyen & Crombez, 2004). A ocorrência de cinesiofobia alta encontrada neste estudo (39,05%, n=41) aponta para a importância de se estudar tal fenômeno, especialmente na população de atletas, que está, provavelmente, mais vulnerável às morbidades advindas da dor e do medo do movimento. A dor é considerada um fator de piora do desempenho físico e o medo de movimento é associado à incapacidade, acompanhado da redução da força muscular e da mobilidade (Siqueira, Teixeira-Salmela & Magalhães, 2007; Rusu, Kreddig, Hallner, Hülsebusch & Hasenbring, 2014).

Não obstante, Atalay, Arslan, Dinçer, 2001; Boersma & Linton (2006) sustentam que pouco se conhece sobre o mecanismo exato e os fatores que influenciam a cronicidade da dor e relatam que o modelo baseado em sinais e sintomas clínicos indica que a dor é proporcional à extensão da lesão tecidual. Entretanto, há evidências de que a persistência dos sintomas de dor não pode ser explicada apenas por achados clínicos objetivos e, para essa condição, uma abordagem baseada puramente no modelo clínico pode se mostrar insuficiente.

Vlaeyen, Kole-Snijders, Boeren & Van Eek (1995); Osterwijk, Nijs, Meeus, Truijen, Craps & Keybus (2011) relatam que alguns indivíduos com dor musculoesquelética desenvolvem a síndrome da dor crônica, que se fundamenta no medo da dor e, mais especificamente, no medo

de que a atividade física possa causar dor e/ou reincidência da lesão. Nessa pesquisa, duas respostas comportamentais opostas foram postuladas: a primeira é aquela em que os indivíduos confrontadores enfrentam a dor na tentativa de melhora e acreditam que a presença da dor não justifica a limitação de suas atividades funcionais, na segunda os indivíduos evitadores têm medo do movimento e acreditam que a atividade está diretamente relacionada com a presença da dor.

A autoeficácia traduz as capacidades e habilidades próprias de um indivíduo. Para Vlaeyen, Crombez & Linton (2016), as pessoas com autoeficácia elevada são melhores sucedidas ao enfrentarem situações desafiadoras. Quanto aos tipos de LE, observou-se que estes não foram fatores que influenciaram diretamente a AEP. No estudo atual, os atletas apresentaram percepção de autoeficácia alta (41,0%, n=43), o que pode ser um determinante para o bom desempenho esportivo, já que, nas situações cotidianas, os atletas precisam superar pressões internas e externas, principalmente em períodos de competições que, geralmente, ampliam a carga de estresse de um esportista profissional.

Correlacionando os dados do ETC com o Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares (QSNO) e com uma parte do questionário socioclínico modificado, respectivos às variáveis sexo e tempo de prática esportiva, constatou-se uma relevância significativa nos sintomas relatados nos últimos 7 dias ($p=0,037^{**}$), o que demonstra que essa população apresenta memória de dor aguda, um comportamento adaptativo e protetor do corpo.

Nesta pesquisa, não se constatou diferença entre o ETC e o tempo de prática esportiva. Porém, outros autores defendem que “o aumento do tempo de prática esportiva também provoca no aumento considerável na incidência de lesões nos atletas” que pode ser justificado devido ao desgaste físico e mental de várias lesões consecutivas ao decorrer do tempo gerando a dor crônica (Carvalho, 2009).

A dor crônica repercute direta e negativamente na socialização, no lazer e na capacidade laborativa do esportista, gerando, frequentemente, a sensação de dúvida quanto ao seu futuro no esporte. Os sinais e sintomas das dores acarretam incapacidade e afastamentos por determinado período e são agravados por sintomas de baixa autoestima, perda da confiança, ansiedade e depressão (Magalhães, Lima, Silva, Porto, Costa-Black & Araújo, 2016).

Nos estudos de Flanigan, Joshua, Everhart, Pedroza, Smith, Christopher & Kaeding (2013) e Papadopoulos, Tishukov, Stamou, Totlis & Natsis (2018) foram feitas relações entre os critérios de retorno ao esporte no nível de atividade pré-lesão, medo de re-lesão e a cinesiofobia em atletas

de 6 a 12 meses após reconstrução de ligamento cruzado anterior. Os autores concluíram que a maioria dos atletas que não retornam às suas atividades pré-lesão citam sintomas persistentes do joelho, particularmente dor, como um fator contribuinte e o medo de re-lesão foi citado por metade dos atletas (52%) que não retornaram ao esporte. No presente estudo, a cinesiofobia alta apresentou-se inversamente proporcional ao tempo de lesão (dias, meses e anos), significando dizer que quanto menor o tempo decorrido da lesão maiores serão os sintomas cinesiofóbicos. Assim, deve ser considerado como um fator de risco real, independente do tempo da lesão, os indivíduos com cinesiofobia alta devem ter uma maior atenção, uma vez o medo de re-lesão prejudica o retorno ao esporte em alto rendimento.

O comportamento de esquiva às atividades dolorosas pode afetar diretamente a cinesiofobia e a AEP, aumentando sintomas depressivos, incapacidade funcional e dor. Essas assertivas corroboram com os resultados encontrados neste estudo, no qual os indivíduos que apresentaram cinesiofobia alta foram os mesmos que apresentaram AEP baixa. Isto corrobora com o estudo de Salvetti, Pimenta, Braga & Corrêa (2012), que relata que a incapacidade relacionada com dor provoca sofrimento, isolamento social, redução das atividades laborais e afastamento do esporte.

Em decorrência disto, os torna mais propensos a lesões, já que estão expostos a ambientes competitivos, permeado de criticismo. De maneira consoante, o estudo de Cos, Cos, Buenaventura, Pruna, & Ekstrand (2010) demonstrou que situações de demanda física e psicológica, perturbação e risco de trauma físico são percebidas de maneira mais debilitante pelos atletas lesionados.

Vasconcelos-Raposo, Carvalho, Teixeira, & Neto, (2014), reforçaram que o estresse psicológico desponta como a variável psicossocial mais determinante para a predisposição de atletas a sofrerem lesões. Os autores destacaram a importância de intervenções terapêuticas na recuperação de atletas lesionados e que estas devem ser realizadas pelo psicólogo do esporte, com o auxílio de equipe técnica multidisciplinar.

Na inferência do estudo, pode-se demonstrar que os atletas que apresentam cinesiofobia baixa tem AEP alta ($p > 0,05$), e conseqüentemente têm mais capacidade de enfrentamento a lesão. Portanto, torna-se possível afirmar que se o atleta tem menor medo de realizar sua atividade esportiva, mais percepção de autoeficácia ele apresentará. Esses dados não foram possíveis ser comparados com a literatura, pois não foi observada esta relação.

Correlacionando o questionário ETC com a variável sexo, percebeu-se semelhança estatisticamente significativa: os atletas de sexo masculino com lesão muscular apresentaram cinesiofobia, assim como as atletas do sexo feminino, que sofreram lesão ligamentar e tendinosa. Essa ilação converge para estudo de Galambos, Terry, Moyle & Locke (2005), que revelou que sinais e sintomas como medo, depressão, fadiga e tensão podem ser preditores de lesões, porém não são diferentes entre o sexo feminino e masculino. Um outro artigo relata que a maior predisposição a lesões entre os sexos vai depender do tipo de situação que o atleta irá enfrentar, se ele está sob pressão e se exige muita concentração (Magalhães, Lima, Silva, Porto, Costa-Black & Araújo, 2016).

Contrariamente, o estudo de Vieira, Teixeira, Vieira & Oliveira Filho, (2011), apresentou que o sexo masculino obteve melhor desempenho em relação ao sexo feminino, nas diferentes modalidades esportivas, haja vista que as mulheres apresentaram maior grau de ansiedade quando comparados aos homens.

Tratando-se do paralelo entre o questionário de ETC e as LE, constatou-se que os atletas de sexo masculino com lesão muscular apresentaram cinesiofobia, em concordância com Cordeiro (2013) e Miranda, Lemes, Castrillón, Vanderlei, Linares, Christofaro, Pastre & Júnior, (2018), que relataram que a lesão muscular é uma das mais frequentes, variando entre 10 e 30% e 30,9%, respectivamente. Do mesmo modo, Ekstrand, Hagglund & Walden (2011) investigaram lesão muscular em 51 equipes do futebol europeu, entre 2001 e 2009, e demonstraram que 92% das lesões musculares ocorrem sobre os membros inferiores: 37% em isquiotibiais, 23% complexo adutor, 19% quadríceps e 13% sobre a musculatura tríceps sural.

Quanto à análise das modalidades esportivas no questionário ETC, foram analisadas: o futebol americano, o futebol em campo, o handebol, o basquetebol e jiu-jítsu. A prática do futebol de campo foi predominante entre as demais, seguida da prática de handebol. Não se observou diferenças significativas entre as variáveis, cinesiofobia, modalidade esportiva e tipo de lesão. Mas se verificou que todos os atletas tiveram algum nível de cinesiofobia e apresentam lesões ligamentares, tendinosas e nervosas. E, essas lesões podem acarretar comprometimento na execução do gesto esportivo, diminuindo o rendimento do atleta.

Tais inferências corroboram com os estudos de Coimbra, Filho, Andrade & Miranda (2013); Mannrich (2007) e Torres (2004) que observaram as lesões de um modo geral, relacionando-as com os fatores psicológicos. Os autores indicaram que os atletas mais acometidos

por lesões tinham tendência a apresentar maiores traços de ansiedade, e em suas vidas pessoais ocorreram eventos estressores, como: o afastamento de casa, a pressão dos pais para uma boa conciliação entre a escola e o esporte e a construção de relacionamentos pessoais. Segundo os autores, essas condições poderiam propiciar a lesão por gerarem distração ao realizar a prática esportiva.

Por fim, os estudos de Cazorla, Hernández, Garrido, Sánchez (2015) relatam que o sucesso na competição está mais relacionado com o perfil psicológico do atleta, incluindo motivação, autoconfiança e controle emocional, pois a capacidade de dominar tais aspectos influencia na capacidade de controlar o estresse e a ansiedade, otimizando a possibilidade de alcançar objetivos.

Para esse resultado, é importante avaliar os componentes físicos, psicológicos, sintomas de ansiedade, as formas de lidar com as dores e a adaptação às mesmas, possibilitando, pois, a administração eficaz da dor e a prevenção das incapacidades (Garbi, Hortense, Gomez, Da Silva, Castanho & Sousa, 2014).

A identificação das estratégias de enfrentamento e sua orientação para a resolução de problemas são importantes para a superação das situações adversas do esporte de alto rendimento. Em geral, as estratégias de suporte social, focadas na elaboração de soluções para o problema, encontradas neste estudo, são fundamentais para a promoção da resiliência do atleta, conforme destacaram Bagni, Machado, Barbosa, Verzani, & Morão (2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese discorreu sobre a cinesiofobia e sua relação com as lesões esportivas e com a autoeficácia em atletas de alto rendimento. É manifesto que as lesões são típicas do EAR, pois sua prática exige dos profissionais intensos esforços, por vezes além do suportável pelo corpo, implicando impactos físicos para os praticantes. O risco à cinesiofobia demonstrou-se diretamente proporcional à incidência de baixa autoeficácia, o que pode servir de empecilho à capacidade de um atleta profissional de executar as ações exigidas em níveis de alto rendimento. Esta condição influencia na forma de agir e na forma de enfrentar e superar situações desafiantes de maneira mais segura.

A intensidade da lesão evidencia-se como um expressivo fator de influência sobre as respostas emocionais e cognitivas dos atletas. Buscou-se utilizar todas as vertentes para identificar os sintomas cinesiofóbicos e os indicadores que se relacionavam com os SO e com a AEP. Pelo exposto, conclui-se que os fatores psicológicos de um atleta, no âmbito esportivo, são um pré-julgamento das suas capacidades para organizarem e executarem os planos de ação exigidos para alcançarem determinados níveis de rendimento.

As investigações indicaram que o risco à cinesiofobia e à baixa autoeficácia, no âmbito esportivo, pode obstaculizar o desenvolvimento das capacidades de executar as ações exigidas para os níveis de alto rendimento. Tal fato pode influenciar a forma de agir, de enfrentar e de superar determinadas situações com segurança. O atleta lesionado é exposto a um elevado nível de estresse, pois tem seu rendimento limitado pela dor.

A avaliação das capacidades de si próprio, por parte de um atleta, influencia diretamente na sua forma de agir e de superar os obstáculos e experiências desagradáveis, intervindo, por conseguinte, no seu rendimento e na forma como se lida com as lesões esportivas, sendo fundamental, ainda, para o alcance de seus objetivos com mais segurança.

Ao desafiar seus limites, o esportista se aproxima da probabilidade de se lesionar e, por estar inserido em um contexto onde deve fazer demonstrações de expertise, muitas vezes, suporta dores intensas para alcançar seu objetivo. Diante da ocorrência de lesões, o papel do psicólogo, bem como dos profissionais de fisioterapia, é de extrema importância no processo de prevenção e reabilitação do atleta, uma vez que ele passa por situações estressantes de dor que provocam sentimento de incapacidade e incertezas.

Resultados de estudos constataram que atletas com sintomas osteomusculares agudos apresentam sentimento de frustração, tristeza, medo e pessimismo diante de uma lesão, associados à impaciência pela dúvida quanto ao retorno às suas atividades esportivas. Lesões mais severas, no geral, são associadas a emoções mais intensas, que provocam respostas psicológicas mais dramáticas. Mas, à medida que o esportista entra em processo de reabilitação, via de regra, há uma resposta positiva e uma esperança de voltar a praticar sua atividade esportiva.

A manutenção da motivação do atleta em níveis ideais, para que ele continue seu tratamento, é um objetivo a ser buscado constantemente, pois o sucesso da reabilitação depende, majoritariamente, do envolvimento pleno do lesionado voltado à re aquisição da sua autoeficácia.

Os resultados desse estudo fornecem informações que podem nortear os profissionais de saúde de clubes e associações atléticas para a importância de um bom acompanhamento transdisciplinar, não apenas em competições, mas também na prevenção e reabilitação das lesões.

Considera-se importante a realização de novas pesquisas que abordem o tema proposto, pois foram encontradas muitas dificuldades para a realização da mesma, devido ao fato de os estudos existentes não envolvem atletas com sintomas, mas somente aqueles que estão em processo lesivo. Além disso, é necessária obtenção de um perfil de amostra com números mais homogêneos em relação ao sexo e modalidade esportiva, para que se tenha uma maior elucidação das relações causais entre as variáveis.

REFERÊNCIAS

- Akamine, M. V. S.; Passos, P. C. B.; Pizzo, G. C. & Costa, L. C. A. (2016). Estresse e lesões em atletas de esportes coletivos. *Arquivos Ciências e Saúde UNIPAR*, Umuarama, v. 20, n. 1, p, 25-31, jan./abr.
- Alencar, M.C.B., Schultze, V. M. & Souza, S.D. (2010). Distúrbios osteomusculares e o trabalho dos que cuidam de idosos institucionalizados. *Fisioterapia e Movimento*. Mar.; 23(1):63-72.
- Andrade, F.A., Pereira, L.V. & Sousa F.A. (2006). [Pain measurement in the elderly: a review]. *Revista Latino Americana Enfermagem*.;14(2):271-6. Portuguese.
- Antunes, R.S., Macedo, B.G., Amaral, T.S., Gomes, H.A., Pereira, L.S. & Rocha, F.L. (2013). Dor e cinesiofobia e qualidade de vida em pacientes com lombalgia crônica e depressão. *Acta Ortopédica Brasileira*.; 21(1):27-9.
- Anza, R., Denis, M. & Silva, M.F. (2013). Análise da aptidão física, da antropometria e da prevalência de sintomas osteomusculares na categoria infanto-juvenil do voleibol. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte – Vol. 19, No 1 – Jan/Fev.*
- Asmundson, G., Vlaeyen, J. & Crombez, G. (2004). *Understanding and treating fear of pain*. Oxford: Oxford University Press.
- Atalay, A., Arslan, S. & Dinçer, F. (2001). Psychosocial function, clinical status, and radiographic findings in a group of chronic low back pain patients. *Rheumatol Int*.;21(2):62-5.
- Augustini, M. (2008). *Aspectos Psicológicos Do Desporto De Alto Rendimento*. Disponível em: <<http://www.totalsport.com.br/colunas/augusti/ed4600.htm>>. Acesso em 06 set. 2018.

Bagni, G., Machado, A. A., Barbosa, C. G., Verzani, R. H. & Morão, K. G. (2013). Estratégias de enfrentamento de problemas em jovens atletas: um estudo através do EMEP. *Coleção Pesquisa em Educação Física*. Vol. 12. Num 1.p. 63-70.

Bandura, A. & Polydoro, S. (2005). *Teoria social cognitiva: conceitos básicos*. Porto Alegre: Artmed.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84 (2), 191-215.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: W. H. Freeman and Co, Publishers.

Bandura, A. (2006a). Adolescent development from an agentic perspective. In Pajares, F. & Urdan, T. (Eds.). *Self-efficacy beliefs of adolescents* (pp.1–43). Greenwich, CT: IAP - Information Age Publishing.

Bandura, A. (2006b). Guide for constructing self-efficacy scales. In Pajares, F. & Urdan, T. (Eds.). *Self-efficacy beliefs of adolescents* (pp. 307–337). Greenwich, C.T.: IAP-Information Age Publishing.

Barros, E. N. C. & Alexandre, N. M. C. (2003). Cross-cultural adaptation of the nordic musculoskeletal questionnaire. *International Nursing Review* .;50(2):101-08.

Benetti, G., Schneider, P. & Meyer, F. (2005). Os benefícios do esporte e a importância da treinabilidade da força muscular de pré-púberes atletas de voleibol. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*;7:87-93.

Bergqvist, V., Wolgast, E., Nilsson, B. & Voos, M. (1995). The influence of VDT work on musculoskeletal disorders. *Ergonomics*; 38:754-62.

Bertorello, A. L. (2003). Análisis descriptivo del básquetbol. Tiempos de juego, tiempos de pausa y distancias recorridas. *Lecturas en Educación Física Y Deportes - Revista Digital*, v.9, n. 67.

Boersma, K. & Linton, S. J. (2006). Psychological processes underlying the development of a chronic pain problem: a prospective study of the relationship between profiles of psychological variables in the fear-avoidance model and disability. *The Clinical Journal of Pain*; 22(2):160-6.

Borowski, L. A., Yard, E. E., Fields, S.K. & Comstock, R. D. (2008). The epidemiology of US high school basketball injuries, 2005-2007. *The American Journal of Sports Medicine*; 36(12):2328-2335.

Brandão, M. R. F. Silva, J. C., Bragança, J. R., Magnani, A. I. G. P., Polito, L. F. T. & Zanetti, M. C. (2015). Implicações psicológicas das lesões em atletas de judô paralímpico com deficiência visual. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 20, n. 3 p. 399-409, jul./set.

Bray, S. R., Balaguer, I., & Duda, J.L. (2004). The relationship of task self-efficacy and role efficacy beliefs to role performance in Spanish youth soccer. *Journal of Sports Sciences*. 22: 429–437.

Bredeweg, S. W., Klitenberg, B., Bessem, B. & Buist, I. (2013). Differences in kinetic variables between injured and noninjured novice runners: a prospective cohort study. *Journal of Science and Medicine in Sport*; 16(3):205–210.

Cardoso, P. G. G. (2018). *Prevenção e Reabilitação de Lesões dos Músculos Isquiotibiais e do Ligamento Cruzado Anterior em Contexto Desportivo* [Tese de doutorado]. Porto: Faculdade de Desporto da Universidade do Porto; 97-99 p.

Carr, D. B. (2003). How prevalent is chronic pain? *Pain.*;11(2):1-4.

Carvalho, R. C. (2009). *Aspectos Psicológicos das lesões desportivas: Prevenção e tratamento*. O portal dos psicólogos [Internet]. Abr [cited 2009 Abr 25]; [Tese de doutorado]. Available from: www.psicologia.com.pt.

Cazorla, L. R., Hernández, M. A., Garrido, E. R. G. & Sánchez, V. M. (2015). Relaciones entre el autoconcepto y el perfil psicológico deportivo en triatletas. *Cuadernos de Psicología del Deporte*; 15(2), 95-102.

Clement, D., Arvinen-Barrow, M. & Fetty, T. (2015). Psychosocial responses during different phases of sport-injury rehabilitation: a qualitative study. *Journal of Athletic Training*; 50(1):95-104.

Cohen, M., Abdalla, R. J. (2015). *Lesões nos esportes– Diagnóstico, prevenção e tratamento*. São Paulo: Revinter, 2º ed.

Coimbra, D. R., Filho, M. B., Andrade, A. & Miranda, R. (2013). Habilidades psicológicas de coping em atletas brasileiros. *Revista Motricidade*. Vila Real. Jan.; 9(1).

Coimbra, S. & Fontaine, A. M. (1999). Adaptação da escala de auto-eficácia generalizada percebida (Schwarzer & Jerusalem, 1993) [Validation of the general self-efficacy scale]. In A. P. Soares, S. Araújo, & Caires, S. (Eds.), *Avaliação psicológica, formas e contextos VI* [Psychological assessment, forms, and contexts] (pp. 1061–1069). Braga, Portugal: APPORT

Cordeiro, N. C. O. A. (2013). *Indicadores Neuromusculares de Recuperação da Funcionalidade do Joelho Após Cirurgia do Ligamento Cruzado Anterior* [Tese de doutorado]. Lisboa: Universidade técnica de Lisboa faculdade de motricidade humana; 21(1): 58-63 p.

Cos, F., Cos, M. À., Buenaventura, L., Pruna, R. & Ekstrand, J. (2010). Modelos de análisis para la prevención de lesiones en el deporte. Estudio epidemiológico de lesiones: el modelo Union of European Football Associations en el fútbol. *Apunts Medicina del'Esportes*. Vol. 45. Num. 166. p. 95-102.

Costa, C. F. T., Costa, A. C. S. & Vargas, M. M. (2019). Lesão física, estresse psicológico e enfrentamento em atletas de futebol. *Revista Brasileira de Futsal e Futebol*, São Paulo. v.11. n.43. p.208-214.

Crombez, G., Vlaeyen, J. W., Heuts, P. H. & Lysens, R. (1999). Pain-related fear is more disabling than pain itself: evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability. *Pain*; 80: 329-39.

Da Silva, M.V.A.R. (2016). *Fatores que influenciam nos níveis de autoeficácia nos jogadores de futebol de campo contemporâneo*: Trabalho de conclusão de curso (bacharelado - Educação física) - Universidade Estadual Paulista, Instituto de Biociências de Rio Claro. 28 f.

Dario, B. E. S., Barquilha, G. & Marques, R. M. (2010). Lesões esportivas: um estudo com atletas do basquetebol bauruense. *Revista Brasileira de Ciências e Esporte*. 31(3):205-215.

De Oliveira, F. C. C., Vezzà, F. G. M. (2010). A saúde dos músicos: dor na prática profissional de músicos de orquestra no ABCD paulista. *Revista brasileira de saúde ocupacional*. 35:121

Del Prette A. & Del Prette Z. A. (2002). Psicologia das relações interpessoais e habilidades sociais: Vivências para o trabalho em Generalized Self-Efficacy Scale. *Psychology of interpersonal relationships and social skills: Experiences for group work*. (2a Ed.). Petrópolis, Brazil: Vozes.

Ekstrand, J., Hagglund, M. & Walden M. (2011). Epidemiology of muscle injuries in professional football (soccer). *The American Journal of Sports Medicine*. 39:1226-32.

Estrada, P. R. (2007). Implicações psicológicas das lesões esportivas. *Revista Digital*. Buenos Aires. Fev.; 105. Available from: <http://www.efdeportes.com> , acesso 18/09/2018.

Fanian, H., Ghassemi, G. R., Jourkar, M., Mallik, S & Mousavi, M. R. (2007). Psychological profile of Iranian patients with low-back pain. *East Mediterr health journal*.;13(2):335-46.

Ferreira, D. A. & Paula, A. H. (2006). Identificação e comparação do perfil de aptidão física em atletas de voleibol por posição de jogo. *Revista Digital Ipatinga*. 1:1-15.

Ferreira, J. P., Gaspar, P. M., Campos, M. J. & Senra, C. M. (2011). Auto-eficácia, competência física e auto-estima em praticantes de basquetebol com e sem deficiência. *Motricidade*. 7(1):55-68.

Ferreira, M. S. G., Bakos, D. S. & Habigzang, L. F. (2015). A influência das crenças de autoeficácia na manutenção do emagrecimento. *Aletheia* [online]., n.46, pp. 202-210. ISSN 1413-0394.

Flanigan, D. C., Joshua, S. M.D., Everhart, M.D., Angela Pedroza, M.P.H., Tyler Smith, M.P.H., Christopher C. M.D. & Kaeding, M.D. (2013). Fear of reinjury (kinesiophobia) and persistent knee symptoms are common factors for lack of return to sport after anterior cruciate ligament reconstruction. *The Journal of Arthroscopy and Related Surgery*. Aug;29(8):1322-9. doi: 10.1016/j.arthro.2013.05.015.

Ford, B. Q., Shallcross, A. J., Mauss, I. B., Floerke, V. A., & Gruber, J. (2014). If you seek it, it won't come: Valuing happiness is associated with symptoms and diagnosis of depression. *Journal of social and Clinical Psychology*, 93, 891–906.

Ford, I. W., Eklund, R. C. & Gordon, S. (2000). An examination of psychosocial variables moderating the relationship between life stress and injury time-loss among athletes of a high standard. *Journal of Sports Science*. Jan. 18(5):301-312.

Fortes, C. R. N., Sanaote, D. P. & Padula, R. S. (2004). Análise epidemiológica dos distúrbios musculoesqueléticos em jogadoras de voleibol. *Revista Reabilitar*. 23(6): 16-22.

Fuller, C. W., Molloy, M. G., Bagate, C., Bahr, R., Brooks, J. H., Donson, H., Kemp, S. P., McCrory, P., McIntosh, A. S., Meeuwisse, W. H., Quarrie, K. L., Raftery, M., & Wiley, P. (2007).

Consensus statement on injury definitions and data collection procedures for studies of injuries in rugby union. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 17 (3), pp.177-181.

Galambos, S. A., Terry, P. C., Moyle, G. M. & Locke, A. S. (2005). Psychological predictors of injury among elite athletes. *British Journal of Sports Medicine*. 39:351–354.

Garbi, M. D. O. S. S., Hortense, P., Gomez, R. R. F. Da Silva, T. C. R., Castanho, A. C. F & Sousa, F. A. E. F. (2014). Avaliação da Percepção de dor, incapacidade e depressão em indivíduos com dor lombar crônica. Tese de doutorado. Universidade de São Paulo. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 22(4):571-574.

Gomes, S. S., Miranda, R., Filho, M. G. & Brandão MRF. (2012). O fluxo no voleibol: Relação com a motivação, autoeficácia, habilidade percebida e orientação as metas. *Revista da Educação Física/ UEM*. 23(3):379-383.

Gonçalves, A. & Vilarta, R. (2004). Qualidade de vida e atividade física: explorando teoria e prática. *Revista Conexões*. 2(2):105-108.

Gosling, A.P. & Rodrigues, A.L. (2018). Cinesiofobia. In: Sociedade Nacional de Fisioterapia Esportiva; Reis FA, Lima POP, organizadores. *PROFISIO Programa de Atualização em Fisioterapia Esportiva e Atividade Física: Ciclo 7*. Porto Alegre: Artmed Panamericana. P. 9-42. (Sistema de educação continuada a distância, v.2)

Grindstaff, J. S., Wrisberg, C. A. & Ross, J. R. (2010). Collegiate athletes experience of the meaning of sport injury: a phenomenological investigation. *Perspectives in Public Health*. May;130(3):127-35.

Handoll, H. H., Rowe, B. H., De Bie, R. & Quinn, K.M. (2001). Interventions for preventing ankle ligament injuries. *Cochrane Database Systematic Reviews*. (3):CD000018.

Hatzigeorgiadis, A., Zourbanos, N., Goltsios, C., & Theodorakis, Y. (2008). Investigating the functions of self-talk: the effects of motivational self-talk on self- efficacy and performance in young tennis players. *The Sport Psychologist*. 22(4): 458-471.

Hsu, C. J., Meierbachtol, A., George, S. Z. & Chmielewski, T. L. (2017). Fear of Reinjury in Athletes: Implications for Rehabilitation. *Sports Health*. Mar/Apr; 9(2):162-167.

Johnson, U. & Ivarsson, A. (2011). Psychological predictors of sport injuries among junior soccer players. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*. 21(1):129-136.

Johnston, L. H., & Carroll, D. (1998). The context of emotional responses to athletic injury: a qualitative analysis. *Journal of Sport Rehabilitation*; 7:206-220.

Junio, D. R., Silva, D. & Korsakas, P. (2001). Situações causadoras de Stress no basquetebol de alto rendimento: fatores competitivos. *Revista Paulista de Educação Física*. 9(1):25-30.

Kettunen, J. A., Kujala, U. M., Kaprio, J., Koskenvuo, M. & Sarna, S. (2001). Lower-limb function among former elite male athletes. *The American Journal of Sports Medicine*. 29:2-8.

Kori, S. H., Miller, R. P. & Todd, D.D. (1990). Kinesiophobia: a new view of chronic pain behaviour. *Pain Management* 3: 35-43.

Krist, M. R., Van Beijsterveldt, A. M., Backx, F. J. & De Wit, G. A. (2013). Preventive exercises reduced injury-related costs among adult male amateur soccer players: a cluster-randomised trial. *Journal of Physiotherapy*. 59:15-23.

Kuorinka, I., Jonsson, B., Kilbom, A., Vinterberg, H., Biering-Sorensen, F. & Andersson, G. (1987). Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. *Applied Ergonomics*. 18:233-7.

Kvist, J., Ek, A., Sporrstedt, K. & Good, I. (2005). Fear of re-injury: A hindrance for returning to sports after anterior cruciate ligament reconstruction. *knee Surgery Sports Traumatology Arthroscopy*; 13:393-397.

Kyrillos, M. H. M. (2016). *Motivos para a prática esportiva e o senso de autoeficácia em atletas*. Dissertação (Pós-Graduação em Educação Física) - Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão. 29-31

Lauersen, J. B., Bertelsen, D. M. & Andersen, L. B. (2014). The Effectiveness of Exercise Interventions to Prevent Sports Injuries. A Systematic Review and Metaanalysis of Randomised Controlled Trials. *British Journal of Sports Medicine*. 48:871-7.

Lavoura, T. A., Castellani, A. & Machado, A. (2006). *Olhar da psicologia do esporte sobre a autoconfiança e a autoeficácia em atletas de canoagem slalom: relação com o rendimento esportivo.* Trabalho apresentado em el XI Congreso de Educación Física y Ciencias del deporte de los países de lengua portuguesa.

Leme, V. B., Coimbra, S., Gato, J., Fontaine, A. M. & Del Prette, Z. A. (2013). Confirmatory factor analysis of the generalized self-efficacy scale in Brazil and Portugal. *The Spanish Journal of Psychology*.16(93).

Longo, U. G., Loppini, M., Berton, A., Marinozzi, A., Maffulli, N. & Denaro, V. (2012). The FIFA 11+ Program Is Effective in Preventing Injuries in Elite Male Basketball Players: A Cluster Randomized Controlled Trial; *The American Journal of Sports Medicine*, Vol. 40, No. 5.

Lüning, B. C., Lundberg, M., Lindberg, P. & Elfving, B. (2012). Change in kinesophobia and its relation to activity limitation after multidisciplinary rehabilitation in patients with chronic back pain. *Disability and Rehabilitation*; 34(10):852-8

Lustosa, L. P., Goulart, A. & Silvério, F. J. (2011). Dor lombar crônica e cinesiofobia: impacto no desempenho funcional. *Revista de Terapia Manual*. 9(42):114-118.

Machado, T. A., Paes, M. J., Berbetz, S. R. & Stefanelo, J. M. F. (2014). Autoeficácia esportiva: uma revisão sistemática dos instrumentos de medida. *Revista da Educação Física/UEM*. 25(2): 323-333.

Maffulli, N., Longo, U. G., Gougoulas, N., Loppini, M. & Denaro, V. (2010). Long-term health outcomes of youth sports injuries. *British Journal of Sports Medicine*. 44(1):21-25.

Magalhães, F. B., Lima, M. A. G., Silva, A. C. L. S., Porto, L. A., Costa-Black, K. & Araújo, T. M. (2016). Instrumentos de avaliação da incapacidade e funcionalidade de trabalhadores com distúrbios musculoesqueléticos relacionados ao trabalho: análise das propostas existentes. *Revista de Saúde Coletiva*. UEFS. Feira de Santana. 6(1):53-61.

Mainwaring, L. M., Bisschop, S. M., Comper, P., Hutchison, M. & Richards, D. W. (2010). Emotional response to sport concussion compared to ACL injury. *Brain Injury*. 24(4):589– 597.

Mannrich, G. (2007). *Perfil dos Marcadores bioquímicos de lesões músculo esquelética, relacionado ao estado psicológico, em atletas profissionais de futebol*. Dissertação de Mestrado. Forionópolis- SC.

Marôco J. (2010). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações*. *Structural equations modeling: Theoretical, software & applications*. Pêro Pinheiro, Portugal: Report Number, Lda.

Maronesi, C. T. P., Malysz, K. A. & Guedes, J. M. (2018). Estratégias de enfrentamento dos atletas profissionais frente à condição de lesão. *Revista Perspectiva*. Mar.; 42, Edição especial:55-64.

Martarello, N. A. (2005). *Qualidade de vida e sintomas osteomusculares em trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar* [dissertação de mestrado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas de Campinas.

Matias, T. S., Rolim, M. K. S. B., Kretzer, F. L., Schmoelz, C. P., Vasconcellos, D. I. C. & Andrade, A. (2009). Estilo de vida, nível habitual de atividade física e percepção de autoeficácia de adolescentes. *Journal of Physical Education*. 20(2):228.

Medeiros, C. (2016). Lesão e dor no atleta de alto rendimento: o desafio do trabalho da psicologia do esporte. *Revista de Psicologia*. 25(2):355-370.

Mello, D. N., Da Silva, A. S. & José, F. R. (2007). Lesões musculoesqueléticas em atletas competidores da natação. *Fisioterapia e Movimento*. Jan-mar. 20(1):123-127.

Mendonça, L. M., Bittencourt, N. F. N., Anjos, M. T.S., Silva, A. A. & Fonseca, S. T. (2010). Avaliação muscular isocinética da articulação do ombro em atletas da Seleção Brasileira de Voleibol Sub-19 e Sub-21 Masculino. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*. 16:107-11.

Meujders, A., Vanteenwegen, D. & Vlaeyen J. (2011). The acquisition of fear of movement-related pain and associative learning: a novel pain-related human fear conditioning paradigm. *Pain*. Nov; 152 (11): 2460-9.

Ministério da Saúde (BR) – *Secretaria de Atenção à Saúde*; Portaria no 1083, de 02 de outubro de 2012.

Miranda, R. A. T., Lemes, Í. R., Castrillón, C. I. M., Vanderlei, F. M., Linares, S. N, Christofaro, D. G. D., Pastre, C. M. & Júnior J. N. (2018). Lesões musculares em atletas do sexo masculino atendidos no Centro de Estudos e Atendimento em Fisioterapia de Presidente Prudente – SP. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*. 40(1):70-76

Moraes, V. E. B., Góes, S. M., Damiani, L. P. & Mattos, P. C. A. (2013). Self- efficacy and fear avoidance beliefs in chronic low back pain patients: coexistence and associated factors. *Pain Management Nursing Journal*. S1524-9042.

Moritz, S. E., Feltz, D. L., Fahrback, K. R., & Mack, D.E. (2000). The relation of self- efficacy measures to sport performance: a meta-analytic review. *Research Quarterly for Exercise and Sports*. 71(3):280-94.

Nascimento, G. A. R. L., Borges, M. G. L., De Souza, P. V. N., Sanches Júnior, D. D. L. & Furtado Júnior, J. M. (2015). Lesões musculoesqueléticas em jogadores de futebol durante o campeonato Paraense de 2013. *Revista Brasileira de Futsal e Futebol*. Vol. 7. Num. 25.p. 290-296.

Neto, J. (2007). *Lesões, treino... Futebol: do psicológico ao integralmente humano!* Paços de Ferreira: Editora José Neto.

Nunes, C. R. O., Jaques, M., Almeida, F. T. & Heineck, F. I. U. (2010). Processos e intervenções psicológicas em atletas lesionados e em reabilitação. *Revista Brasileira de Psicologia do Esporte*. São Paulo. 3(4) 130-146.

Oliveira, L. P., Vissoci, J. R. N., Nascimento, J. R. A., Ferreira, L., Vieira, L. F., Silva, P. N., Cheuczuk, F. & Vieira, J. L. L. (2015). O impacto dos traços de perfeccionismo na motivação de atletas de futebol de alto rendimento. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*. DOI: <http://dx.doi.org/10.5007/1980-0037.2015v17n5p601>

Ortega, E., Olmedilla, A., Sainz de Baranda, P., & Gómez, M. A. (2009). Relationship between the level of self-efficacy, performance indicators and participation in youth basketball. *Revista de Psicología del Deporte*. 18(3): 337- 342.

Ossola, A. (2016). *Healthier minds recover from concussions quicker*. Retrieved from <http://www.popsci.com/people-recover-faster-from-concussions-if-they-were-psychologically-better-beforehand>.

Osterwijken, J. V., Nijs, J., Meeus, M., Truijen, S., Craps, J. & Keybus, N.V. (2011). Pain neurophysiology education improves cognitions, pain thresholds, and movement performance in people

with chronic whiplash: a pilot study. *The Journal of Rehabilitation Research and Development*. 48(1):43-58.

Pajares, F. (2006). *Self-Efficacy during childhood and adolescence: Implications for teachers and parents*. In F. Pajares, & T. Urda (Eds.). *Self-efficacy beliefs of adolescents* (pp. 339–367). Greenwich, CT: IAP - Information Age Publishing.

Papadopoulos, S. D., Tishukov, M., Stamou, K., Totlis, T. & Natsis, K. (2018). Fear of re-injury following ACL reconstruction: an overview. *Journal of Research and Practice on the Musculoskeletal System*. December. Vol. 2, No. 4. 124-130. 10.22540/JRPMS-02-124.

Pastre, C. M., Filho, G.C., Monteiro, H, L., Júnior, J. N., & Padovani, C. R. (2005). Lesões desportivas na elite do atletismo brasileiro: estudo a partir de morbidade referida. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*. Vol. 11, No 1 – Jan/Fev

Pedrinelli, A., Da Cunha Filho, G. A. R., Thiele, E. S. & Kullak, O. P. (2013). Estudo epidemiológico das lesões no futebol profissional durante a Copa América de 2011, Argentina. *Revista Brasileira de Ortopedia*. Vol. 48. Num. 2. p. 131-136.

Pesca, A. D., Cruz, R. M., & Ávila Filho, M. A. P. (2011). Estudos de autoeficácia em Psicologia do Esporte. *Revista de Psicologia do Cesusc*. 1(1): 1-16.

Picavet, H. S. J., Vlaeyen, J. W. S. & Schouten, J. S. A. G. (2002). Pain Catastrophizing and Kinesiophobia: Predictors of Chronic Low Back Pain. *American Journal of Epidemiology*. 156:1028-1034.

Pinheiro, F. A., Tróccoli, B. T. & Carvalho, C. V. (2002). Validação do Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares como medida de morbidade. *Revista de Saúde Pública*. 36(3):307-312.

Podlog, L. & Eklund, R. C. (2009). High-level athletes' perceptions of success in returning to sport following injury. *Psychology of Sport and Exercise*. 10(5):535-544.

Poulsen, M., Fabrin, J., Carstensen, J. P., Ulnits, L. & Lausten, G. S. (2003). Reconstruction of anterior cruciate ligament using bone-patellar tendon bone graft or fascia lata graft. A retrospective study of functional results. *Ugeskrift for Læger*. 165(7):682.

Prisco, A. P. K., Martins, C. R. & Nunes, M. F. O. (2013). Estudos sobre autoeficácia aplicada ao desenvolvimento de carreira no Brasil: uma revisão. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*. vol.14, n.1, pp. 111-118. ISSN 1679-3390.

Ramos, L. L., Marielza, R. I. M., Marcos, H.D., Silmara, R. M. M, Lilian, C. D. & Randolpho, S. J. (2015). Functional impact in the quality of life of individuals with pain syndrome after laminectomy. *Revista Arquivo de Ciências da Saúde*. Out-Dez. 22(4):41-45.

Raposo, J. V., Carvalho, R., Teixeira, C. M. & Neto, J. T. (2014). Relevância da intervenção psicológica em casos de lesão de atletas. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*. Vila Real: Portugal. 14(2):110-131.

Raso, V. (2018). Exercício com pesos para pessoas idosas baseado em evidências: parte II. Saúde mental e musculoesquelética, e imunossenescência. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*. 17(1):4-6.

Rebustini, F. & Machado, A. A. (2018). *Vulnerabilidade no esporte*. vol.1. São Paulo: Paco Editorial.

Ribeiro, R. N., Vilaça, F., Oliveira, H. U., Vieira, L. S. & Silva, A. A. (2007). Prevalência de lesões no futebol em atletas jovens: estudo comparativo entre diferentes categorias. *Revista Brasileira de Educação Física*. São Paulo, 21 (3), pp. 189-194.

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

Rubio, K. (2012). *Destreinamento e transição de carreira*. Como fica a saúde? Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/276025243_Destreinamento_e_transicao_de_carreira_como_fica_a_saude. Acesso em: 27/09/2018.

Rusu, A. C., Kreddig, N., Hallner, D., Hülsebusch, J. & Hasenbring, M. I. (2014). Fear of movement/ (re)injury in low back pain: confirmatory validation of a German version of the Tampa Scale for Kinesiophobia. *BMC Musculoskeletal Disorders*.15:280-9.

Sacco, I., Takahasi, H., Vasconcellos, A., Suda, A. E. Y., Bacarin, T. A., Pereira, C. S., Battistella, L. R., Kavamoto, C., Lopes, J. A. F. & Vasconcelos, J. C. P. (2004). Influência de implementos para o tornozelo nas respostas biomecânicas do salto e aterrissagem no basquete. *Revista Brasileira Medicina do Esporte*. 10(6): 447-452.

Salveti, G. M., Pimenta, C. A. M., Braga, P. E. & Corrêa, C. F. (2012). Incapacidade relacionada a dor Crônica: prevalência e fatores associados. *Revista da escola de enfermagem da USP*. 46:16-23.

Salveti, M. G., Pimenta, C. A. M., Braga, P. E. & Côrrea, C. F. (2012). Incapacidade relacionada à dor lombar crônica: prevalência e fatores associados. *Revista da Escola de Enfermagem da Usp*. Out.; (46):16-23.

Salveti, M. G., Pimenta, C. A. M., Braga, P. E. & Michael, M. (2013). Prevalence of fatigue and associated factors in chronic low back pain patients. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Jan-fev. (21):12-19.

Samulski, D. M. (2002). *Psicologia do esporte: manual para a educação física, psicologia e fisioterapia*. São Paulo: Manole, 380 p.

Santos, G. A. A. & Sandoval, R. A. (2011). Perfil epidemiológico dos atletas profissionais do Vila Nova Futebol Clube no campeonato brasileiro série B 2010. *Lecturas, Educación Física y Deportes*. Ano 16. Num. 163.

Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1995). *Generalized Self- Efficacy Scale*. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston. *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35–37). Windsor, UK: NFER-NELSON.

Segre, M. & Ferraz, F. C. (1997). O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 31 (5): 538-42.
Silva, A. M. B., Foch, G. F. L., Guimarães, C. A. & Enumo, S. R. F. (2014). Testing applied in Brazilian studies in sport psychology. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*. 5(2):77-95.

Silva, A. M. B., Luz, T. S. R., Afonso, R. M., Araújo, M. F., Bittencourt, C. L. F. & Enumo, S. R. F. (2015). Escala de autoeficácia para bailarinos (AEBAI): construção e evidências de validade. *Avaliação psicológica*. vol.14 no.1 Itatiba.

Silva, A. N. & Martins, M. R. (2014). Dor, cinesiofobia e qualidade de vida de pacientes com dor lombar. *Revista Dor*. São Paulo, abr-jun, 15(2):117-20

Silva, A. S., Abdalla, R. J. & Fisberg, M. (2007). Incidência de lesões musculoesqueléticas em atletas de elite do basquetebol feminino. *Acta Ortopédica Brasileira*. v. 15, n. 1, p. 43-46.

Silva, E. M., Rabelo, I. & Rubio, K. (2010). A dor entre atletas de alto rendimento. *Revista Brasileira de Psicologia do Esporte*. 3(4):79-97.

Silva, J. C., Brandão, M. R. F., Bragança, J. R., Magnani, A. I. G. P., Polito, L. F. & Callegari, M. (2015). Implicações psicológicas das lesões em atletas de judô paralímpico com deficiência visual. *Psicologia em estudo*. 20(3):399-400.

Silva, N. S., Abreu, S. S. E., & Suassuna, P. D. (2016). Kinesiophobia and associated factors in elderly females with chronic musculoskeletal pain: pilot study. *Revista Dor*. São Paulo, jul-set;17(3):188-91

Siqueira, F. B., Teixeira-Salmela, L. F. & Magalhães, L. C. (2007). Analysis of the psychometric properties of the brazilian version of the tampa scale for kinesiophobia. *Acta Ortopédica Brasileira*. 15(1):19-24.

Siqueira, N. F. & Ticianelli, G. (2014). Psicologia e Esporte: o papel da motivação. *Ciência e Inovação*. São Paulo, v. 1, n. 1, p. 31-40.

Soligard, T., Myklebust, G., Steffen K., Holme, I., Silvers, H., Bizzini, M., Junge, A., Dvorak J., Bahr, R. & Andersen, T. E. (2008). Comprehensive warm-up programme to prevent injuries in young female footballers: cluster randomised controlled trial. *The BMJ*. 337:2469.

Sordi, J. "Até hoje ainda estou esperando a ficha cair", diz a ex-atleta Laís Souza. Disponível em:<https://gauchazh.clicrbs.com.br/comportamento/noticia/2018/06/ate-hoje-ainda-estou-esperando-a-ficha-cair-diz-a-ex-atleta-laissouzacjj0142kc0hie01pawnj8e6dd.html>. Acesso em: 05/10/2018.

Souza, I. & Souza, M. A. (2004). Validação da escala de auto-eficácia geral percebida [Validation of the general self-efficacy scale]. *Revista Universidade Rural: Série Ciências Humanas, Seropédica*. 26(1-2):12-17.

Souza, V. C., Silva, R. C. & Picoli, R. M. M. (2015). Motivação de atletas brasileiros de futebol americano. *Revista Digital*. Buenos Aires, 20(211):1-9.

Steffen, K., Myklebust, G., Olsen, O. E., Holme, I. & Bahr, R. (2008). Preventing injuries in female youth football—a cluster-randomized controlled trial. *The Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*.18(5):605-614.

Steffen, K., Pensgaard, A. M. & Bahr, R. (2009). Self-reported psychological characteristics as risk factors for injuries in female youth football. *The Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*. 19: 442–451.

Svensson, G. L., Lundberg, M., Östgaard, H. C. & Wendt, G. K. (2011). High degree of kinesiophobia after lumbar disc herniation surgery. *Acta Ortopédica Brasileira*. 82(6):732-736.

Toomingas, A., Theorell, T., Michesen, H. & Nordemar, R. (1997). Associations between self-rated and psychosocial work conditions and musculoskeletal symptoms and signs. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 23:130-9.

Torres, S. F. (2004). *Perfil Epidemiológico de lesões no esporte* [Tese de doutorado]. Florianópolis, p. 59-73.

Tripp, D. A., Stanish, W., Ebel-Lam, A., Brewer, B. W. & Birchard J. (2011). Fear of reinjury, negative affect, and catastrophizing predicting return to sport in recreational athletes with anterior cruciate ligament injuries at 1 year postsurgery. *Sport Exercise Performance Psychology Journal*; 1(S):38-48.

Trocoli, O. T. & Botelho, R. V. (2016). Prevalence of anxiety, depression and kinesiophobia in patients with low back pain and their association with the symptoms of low back spinal pain. *Revista Brasileira de Reumatologia* (English Edition). July/August; 56(4):330-336.

Van Beijsterveldt, A. M., van der Horst, N., van de Port, I. G. & Backx, F. J. (2013). How effective are exercise-based injury prevention programmes for soccer players? A systematic review. *Sports Medicine*. 43:257-65.

Vasconcelos-Raposo, J., Carvalho, R., Teixeira, C. M. & Neto, J. T. (2014). Relevância da intervenção psicológica em casos de lesão de atletas. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*. Vol. 14. Num. 2. p. 110-131.

Veloso, S., & Pires, A.P. (2007). A psicologia das lesões desportivas: Importância da intervenção psicológica. *Revista Portuguesa de Fisioterapia no Desporto*. 1 (2), pp. 38-47

Vieira, L. F., Teixeira, C. L., Vieira, J. L. L. & Oliveira Filho, A. (2011). Autoeficácia e nível de ansiedade em atletas jovens do atletismo paranaense. *Revista Brasileira Cineantropometria e Desempenho Humano*. 13(3):183-188.

Vlaeyen, J. W., Kole-Snijders, A. M., Boeren, R. G. & Van Eek, E. H. (1995). Fear of movement/(re) injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain*. 62(3):363-72.

Vlaeyen, J., Crombez, G. & Linton, S. (2016). The fear-avoidance model of pain. *Pain*. V. 157 (8); 1588-1589.

Walker, N., Thatcher, J. & Lavalley, D. A. (2010). Preliminary development of the re-injury anxiety inventory (RIAI). *Physical Therapy in Sport*. 11(1):23-29.

Watkins, J. & Green, B. N. (1995). Volleyball injuries: a survey of injuries of Scottish National League male players. *British Journal of Sports Medicine*. 26(2): 135-7.

Weinberg, R. S. & Gould, D. (2008). *Fundamentos da psicologia do esporte e do exercício*. 4a ed. Porto Alegre: Artmed. 624 p.

Zafra, A. (2008). El papel de la psicología en la prevención de lesiones deportivas en el deporte de iniciación. *Asociación de Psicología del Deporte Argentina*. 1-15.

Zimmerman, B. J. & Cleary T. J. (2006). Adolescents development of personal agency: The role of self-efficacy beliefs and self-regulatory skills. In F. Pajares, F. & Urdan, T. (Eds.). *Self-efficacy beliefs of adolescents* (pp. 45–69). Greenwich, CT: IAP - Information Age Publishing.

APÊNDICES

Programa de Doutorado Pós-Graduação em Psicologia Clínica

QUESTIONÁRIO SÓCIO-CLÍNICO

A CINESIOFOBIA E SUA RELAÇÃO COM AS LESÕES ESPORTIVAS E COM A AUTOEFICÁCIA EM ATLETAS DE ALTO RENDIMENTO

Gênero:	Data nascimento: / /
Posição na equipe:	
Instituição:	
Tempo de prática esportiva: () Anos	
Tipo de Lesão: () Articular- _____ () Muscular- _____ () Ligamentar- _____ () Tendinosa- _____ () Nervosa- _____	
Gravidade da lesão: () leve () moderada () grave () muito grave	
Tempo de lesão: () Anos () Meses () Dias	
Tempo de afastamento do esporte: () Anos () Meses () Dias	

Recife, ____ de _____ de _____

Assinatura do pesquisador



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título da Pesquisa: A cinesiofobia e sua relação com as lesões esportivas e com a autoeficácia em atletas de alto rendimento

1. O senhor(a) está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada: A cinesiofobia e sua relação com as lesões esportivas e com a autoeficácia em atletas de alto rendimento
2. A seleção ocorreu através do método intencional e a sua participação não é obrigatória.
3. A qualquer momento o senhor (a), pode desistir de participar e retirar seu consentimento.
4. A recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a Universidade Católica de Pernambuco.
5. Os objetivos desse estudo são: 1) Caracterizar as alterações físicas mais relacionadas aos quadros de cinesiofobia em atletas de alto rendimento; 2) Identificar possíveis sintomas osteomusculares nos atletas; 3) Avaliar a percepção de autoeficácia e a cinesiofobia; 4) Correlacionar a sintomatologia osteomuscular com a cinesiofobia; 5) Avaliar a relação entre a percepção de autoeficácia e a cinesiofobia.
6. A colaboração do senhor (a) consistirá em participar de uma entrevista, com aplicação de três questionários. Todo o material coletado será guardado com o pesquisador principal, em local seguro e sem possibilidades de uso por terceiros. Neste material não haverá a identificação da instituição ou do atleta.
7. A pesquisa não trará riscos físicos e emocionais.
8. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre a sua participação.
9. Os dados coletados serão divulgados em atividades científicas, tipo congressos, publicações de artigos, mantendo-se o sigilo de sua identidade.
10. Os atletas voluntários pertencentes da instituição receberão uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora, ou a qualquer momento.

DADOS DO PESQUISADOR PRINCIPAL (ORIENTADOR)

Suely de Melo Santana

Rua do Príncipe, 526, Boa Vista, CEP 50050-900. Telefone: 21194066.

Suely de Melo Santana

DECLARAÇÃO PÓS-LEITURA

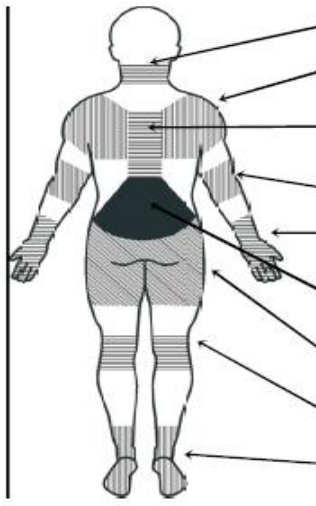
Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da participação da instituição que coordeno na pesquisa e concordo em que ela participe. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNICAP, que funciona na PRÓ-REITORIA ACADÊMICA da UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO, localizada na Rua Almeida Cunha, 245 – Santo Amaro – Bloco G4 – 8º Andar – CEP 50050-480 Recife – PE – Brasil. Telefone (81) 2129.4376 – FAX (81) 2119.4004 – Endereço Eletrônico: pesquisa_prac@unicap.br.

Recife, 05 de março de 2017

Participante/Voluntário

ANEXOS

Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares (QNSO)



	Nos últimos 12 meses, você teve problemas (como dor, formigamento/ dormência) em:	Nos últimos 12 meses, você foi impedido(a) de realizar atividades normais (por exemplo: trabalho, atividades domésticas e de lazer) por causa desse problema em:	Nos últimos 12 meses, você consultou algum profissional da área da saúde (médico, fisioterapeuta) por causa dessa condição em:	Nos últimos 7 dias, você teve algum problema em?
PESCOÇO	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
OMBROS	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
PARTE SUPERIOR DAS COSTAS	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
COTOVELOS	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
PUNHOS/MÃOS	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
PARTE INFERIOR DAS COSTAS	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
QUADRIL/COXAS	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
JOELHOS	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
TORNOZELO S/PÉS	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim

Escala Tampa para Cinesiofobia

Aqui estão algumas das coisas que outros pacientes nos contaram sobre sua dor. Para cada afirmativa, por favor, indique um numero de 1 a 4, caso você concorde ou discorde da afirmativa. Primeiro você vai pensar se concorda ou discorda e depois, se totalmente ou parcialmente.

	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1. Eu tenho medo que eu possa me machucar se eu fizer exercícios.	1	2	3	4
2. Se eu tentasse superar esse medo, minha dor aumentaria.	1	2	3	4
3. Meu corpo está me dizendo que algo muito errado esta acontecendo comigo.	1	2	3	4
4. Minha dor provavelmente seria aliviada se eu fizesse exercício.	1	2	3	4
5. As pessoas não estão levando minha condição médica a serio.	1	2	3	4
6. Minha lesão colocou o meu corpo em risco para o resto da minha vida.	1	2	3	4
7. A dor sempre significa que eu machuquei meu corpo.	1	2	3	4
8. Só porque alguma coisa piora minha dor, não significa que é perigoso.	1	2	3	4
9. Eu tenho medo que eu possa me machucar acidentalmente.	1	2	3	4
10. Simplesmente sendo cuidadoso para não fazer nenhum movimento desnecessário e a atitude mais segura que eu posso tomar para prevenir a piora da minha dor.	1	2	3	4
11. Eu não teria tanta dor se algo potencialmente perigoso não estivesse acontecendo no meu corpo.	1	2	3	4
12. Embora minha condição seja dolorosa, eu estaria melhor se estivesse ativo fisicamente.	1	2	3	4
13. A dor me avisa quando parar o exercício para que eu não me machuque.	1	2	3	4
14. Não é realmente seguro para uma pessoa com minha condição ser ativo fisicamente.	1	2	3	4
15. Eu não posso fazer todas as coisas que as pessoas normais fazem, porque para mim e muito fácil me machucar.	1	2	3	4
16. Embora algo esteja me causando muita dor, eu não acho que seja, de fato, perigoso.	1	2	3	4
17. Ninguém deveria fazer exercícios, quando está com dor.	1	2	3	4

Programa de Doutorado Pós-Graduação em Psicologia Clínica

ESCALA DE AUTOEFICÁCIA GERAL PERCEBIDA

(Schwarzer & Jerusalém, 1995; adaptado por Leme, Coimbra, Gato, Fontaine & Del Prette, 2013)

Item		1	2	3	4
		Discordo completamente	Discordo	Concordo	Concordo completamente
1	Quando tenho algum problema, geralmente encontro várias soluções.				
2	Quando enfrento dificuldade, mantenho a calma porque acredito na minha capacidade para lidar com as situações.				
3	Graças às minhas capacidades, sei como reagir quando sou apanhado (a) de surpresa.				
4	Quando passo por dificuldades, não consigo pensar numa maneira de ultrapassá-las.				
5	Se tentar o suficiente, consigo resolver mesmo os problemas mais difíceis.				
6	Por mais que me esforce, não consigo resolver a maioria dos meus problemas.				
7	Não tenho certeza se conseguiria lidar bem com um acontecimento que não estava esperando.				
8	Aconteça o que acontecer, acredito que serei capaz de lidar com a situação				
9	É fácil para mim manter meus objetivos e minhas metas.				
10	Mesmo quando alguém me confronta, consigo arranjar uma maneira de conseguir aquilo que quero.				



SPORT CLUB DO RECIFE

CARTA DE ACEITE

Declaramos, para os devidos fins, que concordamos em disponibilizar o(s) setor(es) de Fisioterapia desta Instituição para o desenvolvimento das atividades referentes ao Projeto de Pesquisa, intitulado: **A CINESIOFOBIA E SUA RELAÇÃO COM AS LESÕES ESPORTIVAS E COM A AUTOEFICÁCIA EM ATLETAS DE ALTO RENDIMENTO** sob a responsabilidade do Professora/orientadora Suely de Melo Santana, **que será executado pelo doutorando BRUNO GILBERTO DE MELO E SILVA**, do CURSO DE DOUTORADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA, Centro de Pós-Graduação da Universidade Católica de Pernambuco, desenvolvendo as atividades que me competem, pelo período de execução previsto no referido Projeto.

Cléber Maciel Moraes Prazeres

Diretor Médico- Departamento de futebol profissional do Sport Club do Recife

Assinatura e Carimbo

CPF- 035678444-40

Telefone- 81- 991944187

E-mail- clebermaciel@hotmail.com



CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro, para os devidos fins, que EU, SUELY DE MELO SANTANA, concordo em participar, COMO ORIENTADORA, do Projeto de Pesquisa, intitulado: **A CINESIOFOBIA E SUA RELAÇÃO COM AS LESÕES ESPORTIVAS E COM A AUTOEFICÁCIA EM ATLETAS DE ALTO RENDIMENTO**, que será executado pelo doutorando **BRUNO GILBERTO DE MELO E SILVA**, do CURSO DE DOUTORADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA, Centro de Pós-Graduação da Universidade Católica de Pernambuco, desenvolvendo as atividades que me competem, pelo período de execução previsto no referido Projeto.

Assinatura

SUELY DE MELO SANTANA

CPF Nº 449497744-68

Fone(s) para contato (81) 92630114

E-mail: suely.santana09@gmail.com



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: LESÕES ATLÉTICAS, PERCEPÇÃO DE AUTOEFICÁCIA E CINESIOFOBIA: IMPLICAÇÕES NO ESPORTE DE ALTO RENDIMENTO

Pesquisador: SUELY DE MELO SANTANA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 60176516.9.0000.5206

Instituição Proponente: Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP/PE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.993.546

Apresentação do Projeto:

O projeto está bem embasado cientificamente, com literatura atual e tema atual e relevante. O projeto versa sobre atletas que sofreram lesões durante a prática esportiva, e quais as alterações que isto promove na atividade física deste indivíduo, como os sintomas cinesiofóbicos e a diminuição da autoeficácia.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos primário e secundários - alterados e adequados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e Benefícios - Adequados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A introdução está bem elaborada. Os objetivos condizem com a metodologia adotada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Aprovação da Banca de qualificação - presente;

TCLE - Presente, com linguagem adequada e com os dados do comitê de ética da UNICAP;

Todos os questionários de coleta de dados estão presentes;

Orçamento - presente e adequado;

Cronograma - Presente e adequado;

Endereço: Rua do Príncipe, nº 526 - Bloco G4 - 7º Andar - Setor A

Bairro: Boa Vista

CEP: 50.050-900

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2119-4376

Fax: (81)2119-4004

E-mail: cep_unicap@unicap.br



Continuação do Parecer: 1.993.546

Carta de anuência - presente e assinado;

Carta de aceite - presente e assinado;

Currículos lattes - presentes.

Recomendações:

Todas as recomendações foram acatadas e realizadas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há mais pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP acompanha o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_783966.pdf	28/02/2017 10:10:52		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_TESE_CEP.pdf	28/02/2017 10:10:05	BRUNO GILBERTO DE MELO E SILVA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_MENSAL_ATIVIDADE S.pdf	28/02/2017 10:09:21	BRUNO GILBERTO DE MELO E SILVA	Aceito
Brochura Pesquisa	PROJETO_TESE_DETALHADO.pdf	28/02/2017 10:08:43	BRUNO GILBERTO DE MELO E SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTA_ACEITE.pdf	27/10/2016 16:48:24	SUELY DE MELO SANTANA	Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUENCIA.pdf	21/10/2016 21:03:55	SUELY DE MELO SANTANA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO.pdf	21/09/2016 09:43:10	SUELY DE MELO SANTANA	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Suely_Santana.pdf	21/09/2016 09:39:54	SUELY DE MELO SANTANA	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_bruno_gilberto.pdf	21/09/2016 09:39:12	SUELY DE MELO SANTANA	Aceito
Outros	QNSO.jpg	18/09/2016 11:03:55	SUELY DE MELO SANTANA	Aceito
Outros	QUESTIONARIO_SOCIOCLINICO.pdf	18/09/2016 11:00:24	SUELY DE MELO SANTANA	Aceito
Outros	ESCALA_AUTOEFICACIA_GERAL.pdf	18/09/2016 10:59:42	SUELY DE MELO SANTANA	Aceito
Outros	Escala_Tampa_para_Cinesiofobia.pdf	18/09/2016 10:57:01	SUELY DE MELO SANTANA	Aceito

Endereço: Rua do Príncipe, nº 526 - Bloco G4 - 7º Andar - Setor A

Bairro: Boa Vista

CEP: 50.050-900

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2119-4376

Fax: (81)2119-4004

E-mail: cep_unicap@unicap.br



Continuação do Parecer: 1.993.546

Recurso Anexado pelo Pesquisador	BANCA_AVALIACAO_PROJETO_TESE.pdf	18/09/2016 10:56:22	SUELY DE MELO SANTANA	Aceito
Outros	BANCA_QUALIFICACAO_TESE.pdf	18/09/2016 10:51:44	SUELY DE MELO SANTANA	Aceito
Outros	BANCA_QUALIFICACAO.pdf	18/09/2016 10:51:13	SUELY DE MELO SANTANA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CARTA_DE_ENCAMINHAMENTO_INS TITUCIONAL.pdf	18/09/2016 10:49:34	SUELY DE MELO SANTANA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_CONSENTIMENTO_LIVRE_E SCLARECIDO.pdf	18/09/2016 10:47:44	SUELY DE MELO SANTANA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	18/09/2016 10:46:37	SUELY DE MELO SANTANA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 31 de Março de 2017

Assinado por:
Karl Heinz Efken
(Coordenador)

Endereço: Rua do Príncipe, nº 526 - Bloco G4 - 7º Andar - Setor A
Bairro: Boa Vista **CEP:** 50.050-900
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2119-4376 **Fax:** (81)2119-4004 **E-mail:** cep_unicap@unicap.br