

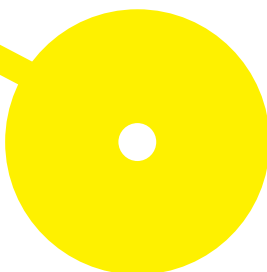
M

MESTRADO
TERAPIA MANUAL ORTOPÉDICA

Associação entre dor, fatores psicossociais, sono e tempo de paragem em atletas profissionais e semiprofissionais

Luís Guilherme Paiva Ramos

2019/2020





**ESCOLA
SUPERIOR
DE SAÚDE**

**Associação entre dor, fatores psicossociais, sono e tempo de paragem em atletas
profissionais e semiprofissionais**

Autor

Luís Guilherme Paiva Ramos

Orientador

Prof.^a Doutora Ana Rita Pinheiro/ Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Co-orientador(es)

Prof.^a Doutora Anabela G. Silva/ Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Prof. Doutor Paulo Carvalho/ Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto

**Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos
necessários à obtenção do grau de Mestre em Fisioterapia –
Ramo/Área de Especialização em Terapia Manual Ortopédica
pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto.**

Agradecimentos

Em primeiro lugar, aos meus orientadores, Prof.^ª Doutora Ana Rita Pinheiro, Prof.^ª Doutora Anabela G. Silva e Prof. Doutor Paulo Carvalho , pelo trabalho conjunto, acompanhamento, pertinência de todos os comentários e retificações e disponibilidade manifestada.

Aos elementos das equipas clínicas que acederam participar no estudo, assim como a todos os atletas que constituíram a amostra do mesmo.

Por último, mas não menos importante, à minha família, em particular aos meus pais e irmão, pelo apoio e incentivo.

Resumo

Introdução: Os atletas são suscetíveis à ocorrência de lesão, experienciando geralmente dor como sintoma. Este estudo pretendeu avaliar a associação entre dor, fatores psicossociais, sono e tempo acumulado de paragem por lesão em atletas profissionais/semiprofissionais.

Métodos: Foram contactadas 35 instituições desportivas para recrutar atletas profissionais/semiprofissionais admitidos no departamento clínico por lesão/dor durante a época desportiva 2019–2020. Utilizou-se um questionário de autopreenchimento, concebido para o efeito, através do qual foram recolhidos dados gerais e administrado o Perfil de Estados de Humor, a Escala de Satisfação com o Suporte Social, a Escala de Catastrofização da Dor, a Tampa e a Escala de Saúde do Sono.

Resultados: Participaram 22 atletas, tendo-se observado heterogeneidade significativa ($p < 0,05$) entre os que referiram ter dor vs. os que referiram não ter (com lesão). Os atletas com dor, mais jovens e menor tempo de carreira, demonstraram melhor estado de humor, de satisfação com o suporte social, da saúde do sono e menos tempo acumulado de paragem no último ano ($p < 0,05$). Encontrou-se ainda uma correlação moderada entre o tempo acumulado de paragem na carreira e estados de humor ($r = 0,63$; $p = 0,002$).

Conclusão: O reduzido tamanho amostral e heterogeneidade encontrada não permitem concluir com robustez sobre associações entre as variáveis estudadas.

Palavras-chave: Dor; fatores psicossociais; saúde do sono; lesão desportiva;

Abstract

Introduction: Athletes are susceptible to injury, usually experiencing pain as a symptom. This study aimed to evaluate the association between pain, psychosocial factors, sleep and accumulated stopping time due to injury in professional/semi-professional athletes.

Methods: 35 sports institutions were contacted to recruit professional/semi-professional athletes admitted to the clinical department due to injury/pain during the 2019–2020 sports season. A self-completed questionnaire was used, designed for this purpose, through which general data was collected and the Profile of Mood States, the Social Support Satisfaction Scale, the Pain Catastrophizing Scale, the Tampa and the Sleep Health Scale were administered.

Results: 22 athletes participated, with significant heterogeneity ($p < 0.05$) among those who reported having pain vs. those who reported not having it (with injury). Athletes in pain, younger and with less career time, showed a better mood state, satisfaction with social support, sleep health and less accumulated stopping time in the last year ($p < 0.05$). There was also a moderate correlation between accumulated career stopping time and mood states ($r = 0.63$; $p = 0.002$).

Conclusion: The small sample size and heterogeneity found do not allow a robust conclusion about associations between the studied variables.

Keywords: Pain; psychosocial factors; sleep health; sports injury

Índice

1.	Introdução.....	1
2.	Métodos.....	3
2.1.	Ética.....	3
2.2.	Desenho do Estudo.....	3
2.3.	Participantes.....	3
2.4.	Procedimentos.....	4
2.5.	Instrumentos.....	4
2.6.	Análise Estatística.....	7
3.	Resultados.....	8
3.1.	Caracterização dos participantes.....	8
3.1.1.	Idade e historial desportivo e de lesão.....	8
3.1.2.	Dor.....	9
3.1.3.	Fatores psicossociais e sono.....	11
3.2.	Associação entre presença de dor e fatores psicossociais, qualidade de sono e tempo acumulado de paragem.....	11
3.3.	Correlação entre intensidade da dor e fatores psicossociais, qualidade de sono e tempo acumulado de paragem.....	12
3.4.	Correlação entre o tempo de paragem acumulado e fatores psicossociais, qualidade do sono e intensidade da dor.....	14
4.	Discussão.....	15
4.1.	Limitações do estudo.....	18
4.2.	Considerações clínicas e para a investigação.....	18
5.	Conclusão.....	19
	Referências Bibliográficas.....	20

1. Introdução

O desporto, principalmente em alto rendimento, está associado a uma elevada taxa de ocorrência de lesão músculo-esquelética. Esta varia em função de vários fatores. Segundo o estudo de Brito et al. (2012), que recolheu informação em clubes de futebol de formação em Portugal, a incidência de lesão parece ser superior em jogos (4,7 lesões por 1000 horas de jogo) comparativamente ao período dos treinos (0,9 por 1000 horas de treino). Relativamente a campeonatos profissionais, Falese, Valle, Della e Federico (2016) mostraram uma incidência de lesão nestes atletas de 15,2 lesões por 1000 horas de exposição. A maior taxa de incidência apresentada no estudo de Falese, Valle, Della e Federico (2016) comparativamente ao estudo de Brito et al. (2012), poderá dever-se ao facto do primeiro ter sido realizado em atletas profissionais e o segundo em atletas em formação. Por outro lado, os desportos coletivos parecem evidenciar uma incidência de lesão 2,14 vezes mais elevada do que os desportos individuais (Theisen et al., 2013).

Associada à lesão desportiva, os atletas habitualmente experienciam dor como principal sintoma. A dor, definida como uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo componentes sensoriais e emocionais associados a uma lesão tecidual concreta ou potencial (Merskey & Bodduk, 1994), é uma experiência individual e subjetiva, dependente de vários fatores pessoais e contextuais. Destes, os fatores psicossociais, tais como, o medo do movimento e a catastrofização, assumem um papel de extrema importância (Ivarsson et al., 2017). Acresce, ainda, que a recuperação física e psicossocial não coincidem em termos temporais, o que pode levar a que muitos atletas possam regressar aos treinos e à competição quando estão preparados física mas não psicologicamente (Forsdyke et al., 2016). De realçar que muitos dos atletas quando regressam ao treino e jogo não atingem os níveis de performance pré-lesão, o que é comum, em particular, nos atletas de alta competição (Colvin et al., 2009).

De acordo com vários estudos, os fatores psicossociais parecem ter um valor preditivo do resultado da intervenção e do retorno à prática desportiva (Arderne et al., 2013; McCullough et al., 2012; Tripp et al., 2011). Por exemplo, a catastrofização, definida como um processo em que o indivíduo se concentra excessivamente na sensação de dor, exagerando o seu valor e percecionando-se como incapaz de lidar de forma eficaz com a mesma (Sullivan et al., 2000), gera um stress emocional excessivo. Apesar de os atletas poderem evidenciar maior tolerância à dor comparativamente a não atletas e de os estudos em atletas serem escassos, alguns dados em não atletas (Arderne et al., 2016; Pavlin et al., 2005; Sullivan et al., 2000; Tripp et al., 2007) indicam que a catastrofização pode: 1) influenciar negativamente o retorno à atividade; 2) estar

associada a uma exacerbação do medo de nova lesão e a 3) hiperalgesia; e 4) a uma maior probabilidade de ocorrência de dor pós-cirúrgica. Por outro lado, crenças de medo-evitamento do movimento parecem também estar associadas a níveis elevados de intensidade de dor e a maior incapacidade funcional (George & Stryker, 2011; Lentz et al., 2010). Mais ainda, perturbações de humor do atleta mostraram estar inversamente associadas ao resultado da reabilitação sensoriomotora McDonald e Hardy (1990 citado em Forsdyke et al., 2016). Atletas hesitantes em falar sobre o seu medo e ansiedade sentem-se isolados e afastados quando regressam à prática desportiva após reabilitação (Forsdyke et al., 2016; Podlog et al., 2014). Assim, a ausência de suporte social por parte da equipa, treinadores, terapeutas, entre outros, mostrando insignificância ou distanciamento para com o atleta e a sua lesão pode levar a que este perceçione pouca dedicação à sua reabilitação (Podlog et al., 2014). Um apoio social insuficiente parece estar associado a uma reabilitação mal sucedida e continua a ser uma preocupação comum no retorno ao desporto (Forsdyke et al., 2016).

Por outro lado, a qualidade do sono é reconhecida também como preditor de saúde física e mental, bem-estar e vitalidade. Uma qualidade do sono pobre pode levar a maior fadiga, sonolência e alteração dos estados de humor, o que poderá afetar negativamente a performance (velocidade e potência anaeróbia) e função neuro-cognitiva (atenção e memória), bem como a saúde física (doenças e maior risco de lesão) (Claudino et al., 2019).

Apesar de atualmente se assistir a um aumento da quantidade de literatura que indica uma relação entre fatores psicossociais e a prevalência de lesão e o sucesso da recuperação pós-lesão (Coronado et al., 2014; Louw et al., 2014, 2016; Valencia et al., 2014), são ainda poucos os estudos que se focam em atletas (Paparizos et al., 2005; Sullivan et al., 2000). Curiosamente, uma abordagem terapêutica considerando fatores psicossociais parece influenciar favoravelmente o prognóstico de condições desportivas, sendo assim um fator chave a incluir no processo de reabilitação (Forsdyke et al., 2016).

Na sequência do exposto, o presente estudo tem como objetivos avaliar a associação entre: existência e intensidade da dor, fatores psicossociais, sono e tempo de paragem acumulado em atletas profissionais e semiprofissionais.

2. Métodos

2.1. Ética

O estudo obteve parecer favorável do Conselho de Ética e Deontologia da Universidade de Aveiro (CED-UA – Processo n.º 35/2018) (ver anexo 1). O questionário, fornecido a elegíveis participantes pela equipa clínica da sua instituição desportiva, conteve uma nota introdutória com informação explicativa sobre os objetivos e implicações do estudo (ver apêndice 1). Nessa nota introdutória foi também referido que: 1) nenhum elemento da equipa técnica do clube teria acesso aos dados fornecidos, sendo que todos os dados seriam analisados apenas pela equipa de investigadores; 2) de forma a garantir a confidencialidade e anonimato dos dados, a informação fornecida não possibilitaria qualquer referência a dados que permitissem a identificação do participante; mais ainda, a cada participante seria atribuído um código tendo por base a ordem de entrada das respostas do questionário na base de dados (começando em 001); perante a persistência de dúvidas, os potenciais participantes poderiam contactar dois dos investigadores para o esclarecimento de eventuais dúvidas (foram disponibilizados endereços de e-mail). Por fim, foi considerado consentimento livre e esclarecido do participante quando o mesmo preencheu e submeteu livremente o questionário.

2.2. Desenho do Estudo

Estudo observacional correlacional.

2.3. Participantes

Para participar neste estudo foram considerados como critérios de inclusão: ser atleta federado profissional ou semiprofissional na época desportiva 2019–2020; ter mais de 18 anos; ser admitido no departamento clínico (por lesão músculo-esquelética e/ou dor) de instituições desportivas. Foram contactados o Centro de Alto Rendimento de Montemor, o Centro de Alto Rendimento do Jamor, 18 clubes desportivos da Liga NOS, 14 da Liga Ledman Pro e ainda 1 clube do Campeonato Portugal. Foram excluídos atletas de nacionalidade estrangeira por não dominarem a língua Portuguesa. O processo de seleção da amostra encontra-se ilustrado no diagrama 1. Das várias instituições contactadas, 6 aceitaram facultar o acesso da equipa de investigação ao seu Departamento Clínico.

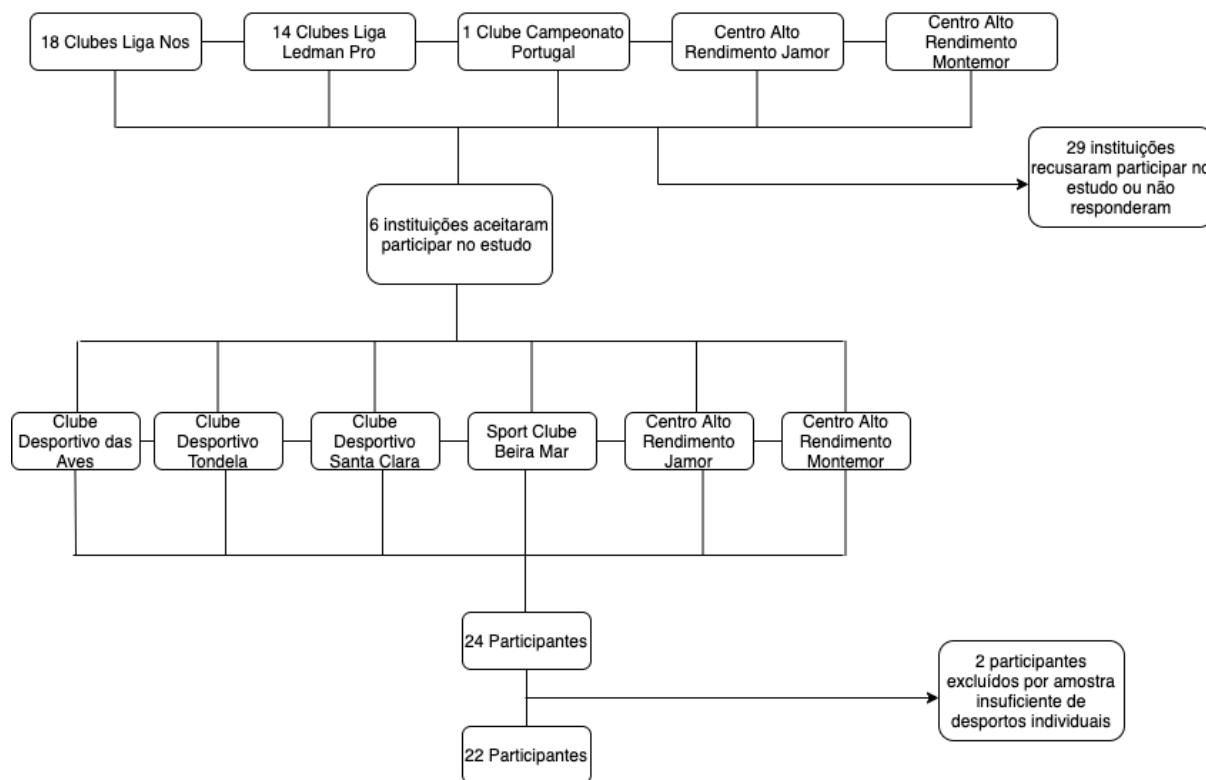


Diagrama 1 Descrição do processo de seleção da amostra.

2.4. Procedimentos

Para o recrutamento de participantes, as instituições foram primeiramente contactados via e-mail. Nestes contactos explicou-se o objetivo e pertinência do estudo, sendo solicitada colaboração institucional para identificação de participantes elegíveis e encaminhamento, para os mesmos, do questionário utilizado no estudo (ver apêndice 1). Após parecer favorável para colaboração, os investigadores mantiveram contacto via e-mail com os departamentos clínicos de forma a instruir os fisioterapeutas locais sobre a metodologia do estudo. Desta forma, aos fisioterapeutas locais coube selecionar os atletas que reuniam os critérios acima descritos para participar no estudo e permitir-lhes o acesso ao questionário, aquando da visita ao departamento clínico. Após consentimento dos atletas elegíveis para participar no estudo, cada participante preencheu um questionário online.

2.5. Instrumentos

Inicialmente foi elaborado um questionário de autopreenchimento online, com questões que permitissem uma caracterização geral dos atletas, elaboradas para o efeito, e uma caracterização específica das variáveis psicossociais em estudo, avaliadas através de

instrumentos validados para a população portuguesa (ver apêndice 1 e descrição dos instrumentos na secção abaixo). Após elaboração deste questionário, o mesmo foi administrado a 5 atletas, de forma a verificar a sua clareza e compreensibilidade. Para tal foi incluída, no final, uma questão de resposta aberta a inquirir acerca da opinião geral do questionário e sugestões de melhoria. Após análise das respostas optou-se por não realizar alterações ao questionário. Apenas foi referido (3 dos 5 participantes) que este era extenso, contudo, devido à pertinência das questões face ao objetivo do presente estudo, optou-se por manter todos os instrumentos, garantindo assim a avaliação de todas as variáveis em estudo.

Foi então elaborado um questionário online de autopreenchimento pelos investigadores que incluiu seis secções, nomeadamente: 1) para caracterização geral da amostra; 2) para avaliar a saúde do sono através da Escala de Saúde do Sono; 3) para avaliar os estados de humor através da versão reduzida do Perfil de Estados de Humor – POMS; 4) para avaliar o suporte social através da Escala de Satisfação com o Suporte Social; 5) para avaliar o medo de movimento através da Escala de Tampa para cinesiofobia; e 6) para avaliar a catastrofização associada à dor através da Escala de Catastrofização da Dor.

A secção para caracterização geral da amostra inquiriu sobre a idade, o sexo, a modalidade desportiva praticada, o número de anos como atleta profissional/semiprofissional, o número de treinos por semana, duração habitual do treino, o tipo e localização de lesão, o número de lesões anteriores, quer no ano como na carreira, o tempo de paragem associado e intensidade da dor nas últimas 24 horas.

A Escala de Saúde do Sono avalia dimensões como a satisfação com o sono, o estado de alerta, o *timing* do sono, a eficiência e a duração do mesmo. Possui 6 questões, pontuadas de “0”, nunca, a “5” sempre. A pontuação mínima corresponde a “0”, indicando pobre saúde do sono e “30”, boa saúde do sono. O alfa de Cronbach da escala é de 0,847 (Martins, 2017).

A versão reduzida do Perfil de Estados de Humor (POMS), também designada como “POMS 36+6”, é um instrumento que apresenta 36 itens que correspondem a 6 domínios, nomeadamente tensão-ansiedade, depressão-melancolia, hostilidade-ira, vigor-atividade, fadiga-inércia e confusão-desorientação, tendo cada uma delas 6 itens e ainda 6 itens adicionais que compõem a Escala de Desajuste ao Treino dirigida à população atlética. A cada item corresponde uma sensação e o participante deve preencher o valor entre “0”, nada, e “4”, muitíssimo, que melhor corresponde à forma como se tem sentido ao longo dos últimos sete dias. A pontuação total consiste na soma das cinco escalas (tensão-ansiedade, depressão-

melancolia, hostilidade-ira, fadiga-inércia e confusão-desorientação), subtração do resultado da escala de vigor-atividade e pela soma de uma constante de 100 para evitar valor negativo, esta varia entre 76 e 220 onde uma pontuação mais alta indica um pior estado de humor; a Escala de Desajuste ao Treino é cotada como os restantes domínios, mas apresentada de forma independente não entrando na pontuação total. Apresenta um valor de alfa de Cronbach de 0,75 para medida "Tensão-ansiedade", 0,88 para "Depressão-melancolia", 0,85 para "Hostilidade-ira", 0,88 para "Vigor-atividade", 0,91 para "Fadiga-inércia, 0,72 para "Confusão-desorientação" e 0,77 para Desajuste ao Treino (Faro Viana et al., 2012).

A Escala de Satisfação com o Suporte Social é uma escala constituída por 15 afirmações que refletem a satisfação do participante com a sua vida social, devendo este preencher o grau em que concorda com cada uma através de uma escala de Likert com cinco posições, onde "A" concorda totalmente e "E" não concorda nada. A pontuação total pode variar entre 15 e 75 e à pontuação mais alta corresponde uma percepção de maior suporte social. O valor de alfa de Cronbach do instrumento é de 0,85 (Ribeiro, 2011).

A Escala de Catastrofização da Dor (PCS) inclui 13 itens que descrevem pensamentos, percepções e sentimentos associados à dor. Inclui três dimensões diferentes, "ruminação", com 4 itens, "magnificação", com 3 itens, e "desânimo", com 6 itens. O participante deve preencher a frequência com que cada item se aplica a si através de uma escala numérica que varia entre "0", nunca, e "4", sempre. A pontuação total obtida varia entre 0 e 52 onde uma maior pontuação indica maior catastrofização da dor. O valor do alfa de Cronbach deste instrumento é de 0,80 e apresenta um coeficiente de correlação intraclasse (CCI) de 0,82 para a dimensão "Ruminação", um valor de alfa de 0,79 e CCI de 0,77 para a dimensão "Magnificação" e um valor de alfa de 0,90 e CCI de 0,77 para a dimensão de "Desânimo" (Aigualusa et al., 2007).

A Escala de Tampa para cinesiofobia é um instrumento específico para avaliar o medo de movimento e recolhe informações relativas ao conforto, segurança e preparação para o movimento. Apresenta 13 questões e usa um sistema de pontuação de 4 pontos através de uma escala de Likert onde o participante especifica o nível de concordância com uma afirmação, respondendo "1" caso discorde completamente ou "4" caso concorde completamente. A pontuação total obtida pode variar entre 13 e 52, e pontuações mais altas representam níveis de medo de movimento mais altos (Cordeiro et al., 2013). Apresenta pontos de corte definidos como "subclínico" (13-22), "ligeiro" (23-32), "moderado" (33-42) e "severo" (43-53) (Neblett et al.,

2016). O alfa de Cronbach do instrumento apresentou um valor de 0,82 e o CCI apresentou valores entre 0,94 e 0,98 para os 13 itens (Cordeiro et al., 2013).

2.6. Análise Estatística

Os dados foram analisados com recurso ao Excel e SPSS (versão 26). Foi utilizada estatística descritiva, mediana e desvio interquartil (DIQ) de modo a caracterizar as variáveis contínuas (uma vez que não apresentaram distribuição normal) e para as variáveis ordinais e nominais foi utilizada a frequência e percentagem. Foi ainda avaliada a correlação entre variáveis contínuas através da correlação de Pearson (para variáveis com distribuição normal) e da correlação de Spearman (para variáveis que não cumpriram a normalidade). A força da correlação foi interpretada como nula ou fraca ($<0,25$), razoável ($0,25-0,50$), moderada a boa ($0,50-0,75$) e boa a excelente ($0,75-1,00$) (Portney & Watkins, 2000). Foi também utilizado o teste não paramétrico para duas amostras independentes (U de Mann-Whitney) e o Qui-quadrado (ou o teste de Fisher quando a distribuição por célula foi inferior a 5%) de forma a perceber se havia diferenças entre os atletas que referiram não ter dor *versus* os que manifestaram ter. O nível de significância estabelecido foi de $p < 0,05$.

3.Resultados

3.1. Caracterização dos participantes

3.1.1. Idade e historial desportivo e de lesão

Participaram neste estudo 22 atletas de futebol, com uma idade mediana de 25,5 anos (DIQ: 22,0-29,0 anos), dos quais 14 são profissionais (63,6%) e 8 são semiprofissionais (36,4%) (tabela 1). Acerca da sua atividade desportiva como sénior, profissional e semiprofissional, o número mediano de anos de atividade foi de 7,5 (DIQ: 4,0-14,0), sendo que na presente época desportiva o número mediano de treinos foi de 6 (DIQ:6,0-7,0), com duração de 90 minutos (tabela 1).

Considerando o período de tempo de um ano, anterior ao momento da resposta ao questionário, os participantes indicaram um número mediano de uma lesão (DIQ: 1,0-1,25), com um tempo acumulado de paragem no último ano de 2,5 semanas (DIQ: 1,0-9,5) (tabela 1). Ao longo da carreira, os participantes referiram ter um número mediano de 4 lesões (DIQ: 2,75-5,25), com um tempo acumulado de paragem de 20 semanas (DIQ: 12,0-30,5).

Tabela 1. Caracterização da amostra em termos de idade e historial desportivo e de lesão.

Variáveis	Mediana (DIQ)	Frequência (%)
Idade (anos)	25,5 (22,0-29,0)	n.a
Tipo de atividade	Profissional	14 (63,6)
	Semiprofissional	8 (36,4)
Anos de atividade	7,5 (4,0-14,0)	n.a
Treinos por semana	6 (6-7)	n.a
Duração do treino (minutos)	90 (90-90)	n.a
Número de lesões no último ano	1,0 (1,0-1,3)	n.a
Tempo acumulado de paragem no último ano (semanas)	2,5 (1,0-9,5)	n.a
Número de lesões ao longo da carreira	4,0 (2,8-5,3)	n.a
Tempo acumulado de paragem ao longo da carreira* (semanas)	20,0 (12,0-30,5)	n.a

Legenda da tabela: DIQ: desvio interquartil; %: percentagem; n.a.: não aplicável; *: n=21, 1 omissio.

Dos 22 participantes que responderam ao questionário, 17 (77,3%) referiram ter tido pelo menos uma lesão, sendo a mais comum a lesão muscular (8 lesões, 42,1%), seguida de lesão articular (6 lesões, 31,6%), tendinosa (4 lesões, 21,1%) e óssea (1 lesão 5,3%) (figura 1). Em termos de localização, os segmentos mais afetados nestes atletas foram a coxo-femural/coxa (6 lesões,

33,3%) e joelho/perna (6 lesões 33,3%), seguida do tornozelo/pé (3 lesões, 16,6%), tronco (2 lesões 11,1%) e ombro/braço (1 lesão, 5,5%) (figura 1).

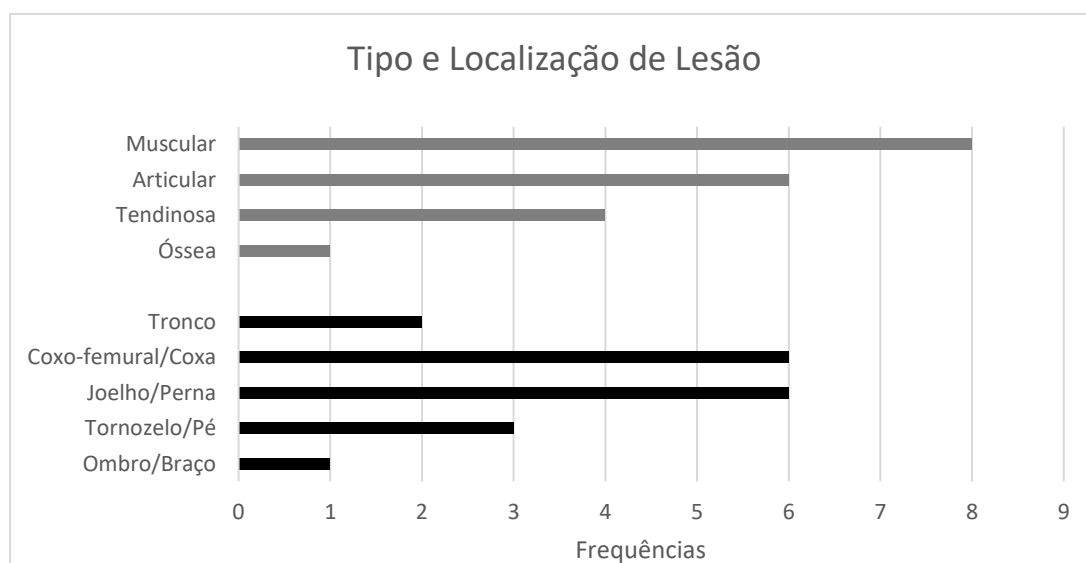


Figura 1. Tipo e localização da lesão.

3.1.2. Dor

Em relação à dor, 16 dos 22 participantes (72,7%) relataram sentir dor, 5 (22,7%) relataram não ter dor e 1 (4,5%) não respondeu à questão; de realçar que os indivíduos que não reportaram dor apresentam, no entanto, uma lesão. Nos que referiram experienciar dor, a intensidade mediana de dor reportada, recorrendo à escala numérica de dor (0-10), foi de 2 (DIQ: 0,5-5,0).

De forma a melhor caracterizar os indivíduos com e sem dor, fez-se uma análise descritiva de ambos os grupos no que se refere à idade e histórico desportivo e de lesão (tabela 2). O grupo com dor apresentou uma idade mediana de 24 anos (DIQ: 22-26), onde 11 (68,8%) dos atletas referiu ser profissional e 5 (31,3%) semiprofissional (tabela 2). Acerca da sua atividade desportiva como sénior, profissional e semiprofissional, o número mediano de anos de atividade foi de 6 (DIQ: 4,0-14,0), sendo que na presente época desportiva o número mediano de treinos foi de 6 (DIQ: 6,0-7,0), com duração de 90 minutos (tabela 2). Os participantes indicaram um número mediano de uma lesão, com um tempo acumulado de paragem no último ano de 2 semanas (DIQ: 1-6) (tabela 2). Ao longo da carreira, os participantes referiram ter um número mediano de 4 lesões (DIQ: 3-5), com um tempo acumulado de paragem de 17 semanas (DIQ: 10-27). O grupo sem dor, mas com lesão apresentou uma idade mediana de 29 anos (DIQ: 27,5-30,5), onde 3 (60%) dos atletas

referiu ser profissional e 2 (40%) semiprofissional (tabela 2). Acerca da sua atividade desportiva como sénior, profissional e semiprofissional, o número mediano de anos de atividade foi de 14 (DIQ: 13,5-16,5), sendo que na presente época desportiva o número mediano de treinos foi de 6 (DIQ: 6,0-6,5), com duração de 90 minutos (DIQ: 85-90) (tabela 2). Os participantes indicaram um número mediano de uma lesão (DIQ: 0,5-2,5), com um tempo acumulado de paragem no último ano de 12 semanas (DIQ: 6-13) (tabela 2). Ao longo da carreira, os participantes referiram ter um número mediano de 5 lesões (DIQ: 1,5-19,5), com um tempo acumulado de paragem de 24 semanas (DIQ: 16,5-93,5). Assim, quando comparados os grupos com e sem dor notaram-se diferenças estatisticamente significativas entre grupos no que diz respeito à idade ($p=0,026$), aos anos de atividade ($p=0,021$) e ao tempo acumulado de paragem no último ano ($p=0,036$) (tabela 2).

Tabela 2. Descrição e comparação dos participantes que referiram ter dor vs. os que tinham lesão mas não reportaram dor.

Variável	Grupo com dor (n=16)		Grupo sem dor, com lesão (n=5)		p
	Mediana (DIQ)	Frequência (%)	Mediana (DIQ)	Frequência (%)	
Idade (anos)	24 (22-26)	n.a	29 (27,5-30,5)	n.a	0,026
Tipo de atividade	Profissional	n.a	11 (68,8)	n.a	1
	Semiprofissional	n.a	5 (31,3)	n.a	
Anos de atividade	6 (4-14)	n.a	14 (13,5-16,5)	n.a	0,021
Treinos por semana	6 (6-7)	n.a	6 (6-6,5)	n.a	0,933
Duração do treino (minutos)	90 (90-90)	n.a	90 (85-90)	n.a	0,675
Número de lesões no ano anterior	1 (1-1)	n.a	1 (0,5-2,5)	n.a	0,998
Tempo acumulado de paragem no último ano (semanas)	2 (1-6)	n.a	12 (6-13)	n.a	0,036
Número de lesões na carreira	4 (3-5)	n.a	5 (1,5-19,5)	n.a	0,731
Tempo acumulado de paragem na carreira (semanas)	17 (10-27)	n.a	24 (16,5-93,5)	n.a	0,189

Legenda da tabela: DIQ: desvio interquartil; %: percentagem; n.a.: não aplicável; n=21, 1 omissio.

3.1.3. Fatores psicossociais e sono

Relativamente às variáveis psicossociais analisadas, na POMS, utilizada para analisar o estado de humor, a pontuação total mediana foi de 100,5 (DIQ: 93,75-116,75). Os seus domínios pontuaram na componente Tensão-ansiedade 4,5 (DIQ: 1-8,25), Depressão-melancolia 1 (DIQ: 0-3,25), Hostilidade-ira 2 (DIQ: 0-5,25), Vigor-atividade 15 (DIQ: 9-18), Fadiga-inércia 2 (DIQ: 0-6), Confusão-desorientação 4 (3,75-6,25) e na sub-escala Desajuste de Treino 0 (DIQ: 0-1,25) (tabela 3).

Acerca do suporte social, analisado através da Escala de Satisfação com o Suporte Social, a pontuação total mediana foi de 55 (DIQ: 40,5-62,25). Obtiveram também uma pontuação mediana de 19,5 (DIQ: 13,5-21) no domínio Suporte Social Amigos, 17 (DIQ: 13,75-19,25) no Suporte Social Intimidade, 8 (DIQ: 4,75-11,25) no Suporte Social Família e 11 (DIQ: 9,75-13) no Suporte Social Atividades (tabela 3).

No que diz respeito ao medo de movimento os participantes tiveram uma pontuação total mediana na Tampa de 25 (DIQ: 19,75-29) (tabela 3).

Por último, relativamente à catastrofização, os participantes obtiveram uma pontuação total mediana de 9 (DIQ: 5-14,5) na Escala de Catastrofização da Dor e pontuações parciais de 4 (DIQ: 1,75-7,25) no domínio Ruminação, 2 (DIQ: 1-4) no domínio Magnificação e 3 (DIQ: 1-5,25) no domínio Desânimo (tabela 3).

No que diz respeito à saúde do sono, os participantes pontuaram um valor mediano de 21,5 (DIQ: 17,75-25) na Escala de Saúde do Sono (tabela 3).

3.2. Associação entre presença de dor e fatores psicossociais, qualidade de sono e tempo acumulado de paragem

Apesar de os grupos com dor vs. sem dor (com lesão), serem diferentes no que se refere às variáveis idade, anos de carreira e tempo de paragem no último ano, demonstrando pouco poder de comparabilidade, analisou-se se estes grupos eram diferentes no que se refere aos fatores psicossociais em estudo e à qualidade do sono.

O grupo com dor referiu melhor saúde do sono ($p=0,01$), maior satisfação com o estado de humor ($p=0,02$), menor tempo acumulado de paragem no último ano ($p=0,036$) e uma tendência para maior satisfação com o suporte social ($p=0,08$) do que o grupo sem dor (com lesão). Não houve diferenças significativas entre grupos ($p>0,05$) para o medo do movimento, a catastrofização e tempo acumulado de paragem ao longo da carreira (tabela 4).

Tabela 3. Caracterização dos fatores psicossociais e da saúde do sono da amostra.

Variável (mín-máx)	Mediana (DIQ)
Estado de humor	
Perfil de Estados de Humor (76-220)	100,5 (93,75-116,75)
POMS – Domínio Tensão-Ansiedade (0-24)	4,5 (1,00-8,25)
POMS – Domínio Depressão-Melancolia (0-24)	1 (0,00-3,25)
POMS – Domínio Hostilidade-Ira (0-24)	2 (0,00-5,25)
POMS – Domínio Vigor-Atividade (0-24)	15 (9-18)
POMS – Domínio Fadiga-Inércia (0-24)	2 (0-6)
POMS – Domínio Confusão-Desorientação (0-24)	4 (3,75-6,25)
Sub-escala Desajuste de Treino (0-24)	0 (0,00-1,25)
Suporte social	
Escala de Satisfação com o Suporte Social (15-75)	55 (40,5-62,25)
Satisfação com Suporte Social – Amigos (5-25)	19,5 (13,5-21)
Satisfação com Suporte Social – Intimidade (4-20)	17 (13,75-19,25)
Satisfação com Suporte Social – Família (3-15)	8 (4,75-11,25)
Satisfação com Suporte Social – Atividades (3-15)	11 (9,75-13)
Medo do movimento	
Tampa (13-52)	25 (19,75-29)
Catastrofização	
Escala de Catastrofização da Dor Total (0-52)	9 (5-14,5)
PCS Ruminação (0-16)	4 (1,75-7,25)
PCS Magnificação (0-12)	2 (1-4)
PCS Desânimo (0-24)	3 (1-5,25)
Saúde do sono	
Escala de saúde do sono (0-30)	21,5 (17,75-25)

Legenda da tabela: DIQ: desvio interquartil; POMS: Perfil de Estados de Humor; PCS: Escala de Catastrofização da Dor. Na coluna das variáveis a pontuação que indica o melhor resultado está assinalada a negrito.

3.3. Correlação entre intensidade da dor e fatores psicossociais, qualidade de sono e tempo acumulado de paragem

A correlação entre a intensidade da dor e as variáveis psicossociais, sono e tempo acumulado de paragem foi fraca e não significativa ($p > 0,05$): Escala de Saúde do Sono ($r = 0,25$), Perfil de Estados de Humor ($r = -0,36$), Escala de Satisfação com o Suporte Social ($r = 0,39$), Tampa ($r = -0,37$), Escala de Catastrofização da Dor ($r = -0,02$), tempo de paragem acumulado no último ano ($r = -0,21$) e tempo acumulado de paragem na carreira ($r = -0,16$) (tabela 5).

Tabela 4. Associação entre presença de dor e fatores psicossociais, saúde do sono e tempo acumulado de paragem.

Variável (mín-máx)	Grupo com dor (n=16)	Grupo sem dor, com lesão (n=5)	p
	Mediana (DIQ)	Mediana (DIQ)	
Estado de humor Perfil de Estados de Humor (76-220)	98,5 (90,75-113)	113 (107,5-133,5)	0,02
Suporte social Escala de Satisfação com o Suporte Social (15-75)	60 (46,5-64,5)	49 (37-55,5)	0,08
Medo do movimento Tampa (13-52)	24 (19,25-29)	28 (23,5-33,5)	0,157
Catastrofização Escala de Catastrofização da Dor Total (0-52)	9 (5,25-12,75)	16 (8-35,5)	0,146
Saúde do sono Escala de saúde do sono (0-30)	23 (20-23)	17 (10-19,5)	0,01
Tempo Acumulado de Paragem Último ano	2 (1-5,5)	12 (6-13)	0,036
Carreira	17 (10-27)	24 (16,5-93,5)	0,189

Legenda da tabela: DIQ: desvio interquartil; na coluna das variáveis a pontuação que indica o melhor resultado está assinalada a negrito.

Tabela 5. Correlação entre intensidade da dor e fatores psicossociais, saúde de sono e tempo acumulado de paragem.

Variável (mín-máx)	Coefficiente correlação	p
Estado de humor Perfil de Estados de Humor (76-220)	-0,36	0,11
Suporte social Escala de Satisfação com o Suporte Social (15-75)	0,39	0,08
Medo do movimento Tampa (13-52)	-0,37	0,10
Catastrofização Escala de Catastrofização da Dor Total (0-52)	-0,02#	0,95
Saúde do sono Escala de saúde do sono (0-30)	0,25	0,28
Tempo Acumulado de Paragem Último ano	-0,21#	0,36
Carreira	-0,16#	0,51

Legenda da tabela: # – correlações não paramétricas devido a variáveis não apresentarem distribuição normal. Na coluna das variáveis a pontuação que indica o melhor resultado está assinalada a negrito.

3.4. Correlação entre o tempo de paragem acumulado e fatores psicossociais, qualidade do sono e intensidade da dor

Todas as correlações entre tempo acumulado e os fatores psicossociais, qualidade do sono e intensidade da dor foram fracas ($-0,21 < r < 0,36$) e não significativas ($p > 0,05$) com exceção da correlação entre o tempo de paragem acumulado na carreira e o perfil de estados de humor, que obteve uma correlação moderada ($r = 0,63$; $p = 0,002$) (tabela 6).

Tabela 6. Correlação entre tempo de paragem acumulado e fatores psicossociais, saúde do sono e dor

Variável (mín-máx)	Tempo de paragem acumulado ano		Tempo de paragem acumulado carreira	
	Coefficiente correlação	p	Coefficiente correlação	p
Estado de humor Perfil de Estados de Humor (76-220)	0,36	0,1	0,63	0,002
Suporte social Escala de Satisfação com o Suporte Social (15-75)	-0,05	0,84	0,13	0,58
Medo do movimento Tampa (13-52)	-0,07	0,75	-0,11	0,65
Catastrofização Escala de Catastrofização da Dor Total (0-52)	0,19	0,39	0,29	0,20
Qualidade do sono Escala de saúde do sono (0-30)	-0,13	0,56	-0,091	0,695
Dor Intensidade Dor	-0,21	0,36	-0,16	0,51

Legenda da tabela: na coluna das variáveis a pontuação que indica o melhor resultado está assinalada a negrito.

4. Discussão

O presente estudo contou com a participação de um número reduzido de atletas profissionais e semiprofissionais, todos da modalidade desportiva de futebol. Os atletas que referiram ter dor evidenciaram ser significativamente mais jovens e ter menos tempo de carreira comparativamente aos atletas que referiram não ter dor (de lembrar que estes têm lesão). Curiosamente, os atletas com dor mostraram também um melhor estado de humor, uma melhor satisfação com o suporte social, uma melhor saúde do sono e um menor tempo de paragem acumulado no ano anterior, comparativamente aos atletas sem dor (com lesão). Mais ainda, a intensidade da dor não mostrou correlação com as variáveis psicossociais analisadas, nomeadamente os estados de humor, a satisfação com o suporte social, o medo de movimento e a catastrofização, nem com a qualidade do sono e com o tempo acumulado de paragem. No que diz respeito ao tempo de paragem acumulado na carreira, este mostrou uma correlação moderada com os estados de humor, sugerindo que estar mais tempo parado ao longo da carreira parece estar associado a um pior estado de humor.

Analisando estes dados em detalhe, os resultados do presente estudo não vão ao encontro do que a literatura sugere para indivíduos com dor. Apesar de não se ter encontrado nenhum outro estudo que procurasse estudar a associação da dor com os estados de humor em atletas, em indivíduos não atletas com dor crónica foi encontrada uma associação entre os estados de humor e a severidade da dor, indicando que a dor mais severa se parece associar a um pior estado de humor (Harrison et al., 2016). Resultados semelhantes foram encontrados num outro estudo em indivíduos com lesão medular (Rodrigues et al., 2013). Uma possível explicação para estes resultados inesperados poderá passar pelo facto de, apesar do valor mediano de lesões no último ano não apresentar diferenças entre o grupo de atletas com dor vs. atletas sem dor mas com lesão, o tempo acumulado de paragem nesse mesmo ano ser significativamente menor nos atletas com dor. Apesar de Van Wilgen et al. (2010) terem concluído que os atletas atribuem menos fatores psicológicos, como stress, ansiedade e preocupação, à causa da lesão (Van Wilgen et al., 2010), isso não invalida o inverso, ou seja, a possibilidade de uma lesão de longa duração ter influência sobre fatores psicológicos. De realçar ainda que nos atletas do presente estudo se observou uma correlação moderada entre os estados de humor e o tempo acumulado de paragem, no sentido de mais tempo parado ao longo da carreira parecer estar associado a um pior estado de humor, o que poderá suportar a hipótese acima. No entanto, esta é uma assumpção que carece de maior análise e confirmação. Por outro lado, é também importante considerar que

os atletas que referiram ter dor são mais jovens, o que poderá também influenciar os achados deste estudo. De acordo o estudo de Boldizsár et al. (2016), em que foram observados 116 ginastas masculinos e femininos, a idade parece estar associada aos estados humor, nomeadamente a variáveis como a raiva, tensão, depressão, calma e fadiga. Atletas júniores e séniores apresentaram piores estados de humor num período de pré competição quando comparados a atletas crianças, sugerindo que atletas mais velhos poderão apresentar piores estados de humor (Boldizsár et al., 2016).

Quanto à associação entre a dor e a satisfação com o suporte social, também não se encontraram estudos que explorassem a temática em atletas. No entanto, segundo Che et al., (2018), um maior suporte social parece contribuir para uma menor perceção da dor. No estudo referido foi administrado um estímulo doloroso a três grupos de participantes saudáveis: no primeiro grupo os participante tinham alguém próximo a segurar a mão, no segundo era um estranho a segurar a mão e o terceiro grupo não tinha qualquer "apoio". Enquanto que não se observaram diferenças entre os dois primeiros grupos (próximo vs. estranho), os participantes destes dois grupos relataram menos dor do que os do grupo sem "apoio". Assim, os resultados observados no presente estudo não corroboram a literatura. Contudo é de realçar que o facto de os atletas que referiram não ter dor terem lesão, serem mais velhos, terem mais anos de carreira e um maior tempo acumulado de paragem no último ano pode influenciar estes resultados.

Relativamente ao medo do movimento, como exposto anteriormente, não teve associação com a intensidade da dor. Este achado vai contra o observado por George & Stryker (2011), que indicaram uma associação entre a intensidade da dor e o medo do movimento em 672 participantes não atletas. Pelo contrário, Fischerauer et al. (2018), num estudo com 102 participantes atletas, observaram que o medo do movimento não mostrou associação com a intensidade da dor. Esta diferença entre o presente estudo e o estudo de Fischerauer et al. (2018) comparativamente ao estudo de George & Stryker, (2011) pode dever-se ao facto do último ser numa amostra não atlética. De acrescentar que, no presente estudo, a catastrofização da dor também mostrou não ter correlação com a intensidade da dor, o que contraria o observado no estudo de Fischerauer et al. (2018), em que o mesmo mostrou que uma menor catastrofização associou-se a uma melhor capacidade física e menor intensidade da dor. Assim, o autor defende que o medo do movimento é o principal fator associado à diminuição da capacidade física e a catastrofização da dor é o fator mais importante associado à intensidade da dor (Fischerauer et al., 2018). Um outro estudo de Sullivan et al. (2000), comparou a associação da catastrofização e

dor em 44 atletas e 54 indivíduos sedentários. A pontuação na Escala de Catastrofização da Dor teve uma correlação significativa tanto nos indivíduos sedentários como nos atletas. Ambos os grupos de participantes mostraram ter maior dor associada a maiores pontuações na Escala de Catastrofização da Dor (Sullivan et al., 2000). Os resultados contrários ao observado no presente estudo poderão ser influenciados, mais uma vez, pela reduzida amostra e diferença entre grupos em variáveis como idade, anos como profissional e tempo acumulado de paragem no ano anterior.

No que diz respeito ao sono alguns estudos sugerem que uma pior saúde do sono está associada a (maior) dor. Segundo dos Passos et al. (2017), que estudaram a relação entre a dor e o sono em 309 adolescentes de modalidades colectivas e individuais, uma pior qualidade do sono parece estar associada à presença de dor na região cervical e escapular. De modo semelhante, num outro estudo que envolveu 452 participantes atletas, observou-se que uma pior qualidade do sono parece estar associada à presença de dor nos últimos 7 dias, à presença de dor noturna, a uma maior frequência de dor e a um maior número de regiões do corpo dolorosas (Bleyer et al., 2015). Uma vez mais, estes resultados são contrários aos observados no presente estudo, onde os indivíduos com dor referiram melhor saúde do sono. Note-se, no entanto, que os atletas que referiram ter dor eram mais jovens comparativamente aos atletas sem dor mas com lesão. Este achado é importante na medida em que Gadie et al. (2017) mostraram, após uma análise de 2178 participantes, que a qualidade do sono diminui ao longo da vida, sobretudo no que diz respeito à eficiência do mesmo. Um outro estudo de Swinbourne et al. (2016), em 175 participantes de rugby e críquete, mostrou que o tamanho do efeito da idade na qualidade do sono foi moderado, onde participantes maiores de 25 anos tinham pior qualidade do sono comparativamente a atletas com menos de 20 anos. Estes dados vão ao encontro nos resultados do presente estudo.

Resumindo, o facto de no presente estudo os atletas que referiram não ter dor não serem saudáveis, mas terem lesão, pode ajudar a explicar a discrepância de resultados, uma vez que nos estudos apresentados os atletas com dor são geralmente comparados com participantes sem dor e saudáveis (Bleyer et al., 2015; dos Passos et al., 2017). Para além disso, os atletas que referiram não ter dor evidenciaram algumas variáveis que podem confundir e justificar os achados encontrados, nomeadamente o facto de serem mais velhos, terem mais anos de carreira e terem referido um maior tempo acumulado de paragem no último ano.

4.1. Limitações do estudo

O presente estudo apresenta algumas limitações, desde logo o número reduzido de participantes na totalidade e de cada grupo (dor vs. sem dor, com lesão), assim como o facto dos grupos serem heterogéneos em relação a variáveis que poderão ter algum efeito confundidor, tal como discutido. O facto de ser o participante a responder a algumas questões, como por exemplo a identificação do tipo, localização e número de lesões, com respectivo tempo de paragem, aumenta a probabilidade de viéses de mensuração e de memória. Parece também ser importante caracterizar o participante quanto à fase em que se encontra na reabilitação, uma vez que os participantes que referiram não ter dor continuaram ao cuidado do departamento clínico. A não inclusão de atletas sem dor e sem lesão também limita a interpretação dos dados.

4.2. Considerações clínicas e para a investigação

Dado o reduzido tamanho da amostra e a heterogeneidade entre grupos as implicações clínicas do presente trabalho são limitadas e os resultados devem ser analisados com cautela. Assim, é importante realizar mais estudos com um tamanho amostral representativo, com a inclusão de um grupo de atletas saudáveis, procurando perceber se processos de reabilitação mais longos têm associação com variáveis psicossociais, em especial como os estados de humor e com a satisfação com o suporte social, mesmo quando já não apresentam dor. Uma vez que atletas parecem ter maior tolerância à dor (Sullivan et al., 2000), é importante também clarificar se atletas profissionais e semiprofissionais que experienciam dor apresentam uma associação a estas variáveis psicossociais no sentido de corroborarem ou contrariarem o que é sugerido na literatura para outras populações com dor. Também deverão ser estudados quais são os critérios que os atletas acham necessários para voltar à competição, uma vez que a ausência de dor mas permanência no departamento clínico pode afectar este domínio psicossocial do atleta.

5. Conclusão

Neste estudo, os atletas que referiram ter dor também referiram um melhor estado de humor, uma melhor satisfação com o suporte social, uma melhor saúde do sono e um menor tempo acumulado de paragem no ano anterior, comparativamente a indivíduos que não tinham dor, mas tinham lesão. Relativamente à dor em específico, a intensidade da mesma não mostrou ter qualquer correlação com as variáveis psicossociais analisadas, nomeadamente os estados de humor, a satisfação com o suporte social, o medo de movimento e a catastrofização, nem com a qualidade do sono e com o tempo acumulado de paragem. No que diz respeito ao tempo de paragem acumulado na carreira, este mostrou uma correlação moderada com os estados de humor, revelando que um pior estado de humor parece estar associado a mais tempo parado ao longo da carreira. Contudo, o reduzido tamanho da amostra e a heterogeneidade entre grupos, nomeadamente o facto dos atletas que referiram ter dor serem mais jovens, terem menos tempo de carreira e maior tempo acumulado de paragem, não permitem concluir com robustez sobre associações entre as variáveis estudadas e a extrapolação para a população geral de atletas profissionais/semiprofissionais.

Referências Bibliográficas

- Aguilusa, L., Lopes, J. M. C., Patto, T. V., & Serra, S. V. (2007). Questionários Sobre a Dor Crônica. *Associação Portuguesa Para o Estudo Da Dor*, 10,27-33. <http://www.aped-dor.com/index.php/publicacoes/revistas-dor/arquivo-2007-2009/103-volume-15-numero-4-2007.html>
- Ardern, C. L., Kvist, J., & Webster, K. E. (2016). Psychological Aspects of Anterior Cruciate Ligament Injuries. *Operative Techniques in Sports Medicine*, 24(1), 77-83. <https://doi.org/10.1053/j.otsm.2015.09.006>
- Ardern, C. L., Taylor, N. F., Feller, J. A., Whitehead, T. S., & Webster, K. E. (2013). Psychological responses matter in returning to preinjury level of sport after anterior cruciate ligament reconstruction surgery. *American Journal of Sports Medicine*, 41(7), 1549-1558. <https://doi.org/10.1177/0363546513489284>
- Bleyer, F. T. de S., Barbosa, D. G., Andrade, R. D., Teixeira, C. S., & Felden, É. P. G. (2015). Sleep and musculoskeletal complaints among elite athletes of Santa Catarina. *Revista Dor*, 16(2), 102-108. <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20150020>
- Boldizsár, D., Soós, I., Whyte, I., & Hamar, P. (2016). An investigation into the relationship between pre-competition mood states, age, gender and a national ranking in artistic gymnastics. *Journal of Human Kinetics*, 50(2), 243-252. <https://doi.org/10.1515/hukin-2015-0188>
- Brito, J., Malina, R. M., Seabra, A., Massada, J. L., Soares, J. M., Krstrup, P., & Rebelo, A. (2012). Injuries in portuguese youth soccer players during training and match play. *Journal of Athletic Training*, 47(2), 191-197. <https://doi.org/10.4085/1062-6050-47.2.191>
- Che, X., Cash, R., Fitzgerald, P., & Fitzgibbon, B. M. (2018). The Social Regulation of Pain: Autonomic and Neurophysiological Changes Associated With Perceived Threat. *Journal of Pain*, 19(5), 496-505. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.12.007>
- Claudino, J. G., Gabbet, T. J., De Sá Souza, H., Simim, M., Fowler, P., De Alcantara Borba, D., Melo, M., Bottino, A., Loturco, I., D'Almeida, V., Carlos Amadio, A., Cerca Serrão, J., & Nassis, G. P. (2019). Which parameters to use for sleep quality monitoring in team sport athletes? A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open Sport and Exercise Medicine*, 5(1), 1-13. <https://doi.org/10.1136/bmjsem-2018-000475>
- Colvin, A. C., Walsh, M., Koval, K. J., McLaurin, T., Tejwani, N., & Egol, K. (2009). Return to sports

- following operatively treated ankle fractures. *Foot and Ankle International*, *30*(4), 292–296.
<https://doi.org/10.3113/FAI.2009.0292>
- Cordeiro, N., Pezarat-Correia, P., Gil, J., & Cabri, J. (2013). Portuguese language version of the Tampa Scale for Kinesiophobia [13 items]. *Journal of Musculoskeletal Pain*, *21*(1), 58–63.
<https://doi.org/10.3109/10582452.2012.762966>
- Coronado, R. A., Simon, C. B., Valencia, C., & George, S. Z. (2014). Experimental pain responses support peripheral and central sensitization in patients with unilateral shoulder pain. *Clinical Journal of Pain*, *30*(2), 143–151. <https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e318287a2a4>
- dos Passos, M. H. P., Silva, H. A., Pitanguí, A. C. R., Oliveira, V. M. A., Gomes, G. C., & Araújo, R. C. (2017). Association between sleep quality and pain in the cervical region and scapular waist in adolescent athletes. *Sleep and Biological Rhythms*, *15*(2), 137–142.
<https://doi.org/10.1007/s41105-017-0093-y>
- Falese, L., Della Valle, P., & Federico, B. (2016). Epidemiology of football (soccer) injuries in the 2012/2013 and 2013/2014 seasons of the Italian Serie A. *Research in Sports Medicine*, *24*(4), 426–432. <https://doi.org/10.1080/15438627.2016.1239105>
- Faro Viana, M., Almeida, P., & Santos, R. C. (2012). Adaptação portuguesa da versão reduzida do Perfil de Estados de Humor – POMS. *Análise Psicológica*, *19*(1), 77–92.
<https://doi.org/10.14417/ap.345>
- Fischerauer, S. F., Talaei-Khoei, M., Bexkens, R., Ring, D. C., Oh, L. S., & Vranceanu, A. M. (2018). What is the relationship of fear avoidance to physical function and pain intensity in injured athletes? *Clinical Orthopaedics and Related Research*, *476*(4), 754–763.
<https://doi.org/10.1007/s11999-00000000000000085>
- Forsdyke, D., Smith, A., Jones, M., & Gledhill, A. (2016). Psychosocial factors associated with outcomes of sports injury rehabilitation in competitive athletes: A mixed studies systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, *50*(9), 537–544.
<https://doi.org/10.1136/bjsports-2015-094850>
- Gadie, A., Shafto, M., Leng, Y., Kievit, R. A., & Cam-CAN. (2017). How are age-related differences in sleep quality associated with health outcomes? An epidemiological investigation in a UK cohort of 2406 adults. *BMJ Open*, *7*(7). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014920>
- George, S. Z., & Stryker, S. E. (2011). Fear-Avoidance Beliefs and Clinical Outcomes for Patients Seeking Outpatient Physical Therapy for Musculoskeletal Pain Conditions. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, *41*(4), 249–259.

<https://doi.org/10.2519/jospt.2011.3488>

- Harrison, L., Wilson, S., Heron, J., Stannard, C., & Munafò, M. R. (2016). Exploring the associations shared by mood, pain-related attention and pain outcomes related to sleep disturbance in a chronic pain sample. *Psychology and Health, 31*(5), 565–577. <https://doi.org/10.1080/08870446.2015.1124106>
- Ivarsson, A., Johnson, U., Andersen, M. B., Traanaeus, U., Stenling, A., & Lindwall, M. (2017). Psychosocial Factors and Sport Injuries: Meta-analyses for Prediction and Prevention. *Sports Medicine, 47*(2), 353–365. <https://doi.org/10.1007/s40279-016-0578-x>
- Lentz, T. A., Sutton, Z., Greenberg, S., & Bishop, M. D. (2010). Pain-Related Fear Contributes to Self-Reported Disability in Patients With Foot and Ankle Pathology. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 91*(4), 557–561. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2009.12.010>
- Louw, A., Diener, I., Landers, M. R., & Puentedura, E. J. (2014). Preoperative pain neuroscience education for lumbar radiculopathy: A multicenter randomized controlled trial with 1-year follow-up. *Spine, 39*(18), 1449–1457. <https://doi.org/10.1097/BRS.0000000000000444>
- Louw, A., Puentedura, E. J., Zimney, K., & Schmidt, S. (2016). Know Pain, know gain? A perspective on pain neuroscience education in physical therapy. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy, 46*(3), 131–134. <https://doi.org/10.2519/jospt.2016.0602>
- Martins, R. I. S. (2017). *Validação da Escala de Saúde do Sono (SATED) para a população adulta portuguesa*. Universidade do Algarve.
- McCullough, K. A., Phelps, K. D., Spindler, K. P., Matava, M. J., Dunn, W. R., Parker, R. D., & Reinke, E. K. (2012). Return to high school- and college-level football after anterior cruciate ligament reconstruction: A Multicenter Orthopaedic Outcomes Network (MOON) cohort study. *American Journal of Sports Medicine, 40*(11), 2523–2529. <https://doi.org/10.1177/0363546512456836>
- McDonald, S. A., & Hardy, C. J. (1990). Affective Response Patterns of the Injured Athlete: An Exploratory Analysis. *The Sport Psychologist, 4*(3), 261–274. <https://doi.org/10.1123/tsp.4.3.261>
- Merskey, H., & Boddick, N. (1994). Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage. In *Classification of Chronic Pain* (pp. 209–214).
- Neblett, R., Hartzell, M. M., Mayer, T. G., Bradford, E. M., & Gatchel, R. J. (2016). Establishing clinically meaningful severity levels for the Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK-13).

- European Journal of Pain (United Kingdom)*, 20(5), 701–710.
<https://doi.org/10.1002/ejp.795>
- Paparizos, A. L., Tripp, D., Sullivan, M. J. L., & Rubenstein, M. L. (2005). Catastrophizing and pain perception in recreational ballet dancers. *J Sport Behav*, 28, 35–50.
- Pavlin, D. J., Sullivan, M. J. L., Freund, P. R., & Roesen, K. (2005). Catastrophizing: A risk factor for postsurgical pain. *Clinical Journal of Pain*, 21(1), 83–90.
<https://doi.org/10.1097/00002508-200501000-00010>
- Podlog, L., Heil, J., & Schulte, S. (2014). Psychosocial factors in sports injury rehabilitation and return to play. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 25(4), 915–930. <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2014.06.011>
- Portney, L., & Watkins, M. (2000). Foundations of Clinical Research: Applications to Practice (second edition). In *Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall Health*.
- Ribeiro, J. L. P. (2011). Escala de Satisfação com o Suporte Social. *Análise Psicológica*, 7(13), 547–558. https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=81718
- Rodrigues, D., Tran, Y., Wijesuriya, N., Guest, R., Middleton, J., & Craig, A. (2013). Pain Intensity and Its Association with Negative Mood States in Patients with Spinal Cord Injury. *Pain and Therapy*, 2(2), 113–119. <https://doi.org/10.1007/s40122-013-0017-8>
- Sullivan, M. J. L., Tripp, D. A., Stanish, W., & Rodgers, W. M. (2000). Catastrophizing and pain perception in sport participants. *Journal of Applied Sport Psychology*, 12(2), 151–167. <https://doi.org/10.1080/10413200008404220>
- Swinbourne, R., Gill, N., Vaile, J., & Smart, D. (2016). Prevalence of poor sleep quality, sleepiness and obstructive sleep apnoea risk factors in athletes. *European Journal of Sport Science*, 16(7), 850–858. <https://doi.org/10.1080/17461391.2015.1120781>
- Theisen, D., Frisch, A., Malisoux, L., Urhausen, A., Croisier, J. L., & Seil, R. (2013). Injury risk is different in team and individual youth sport. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 16(3), 200–204. <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2012.07.007>
- Tripp, D. A., Stanish, W., Ebel-Lam, A., Brewer, B. W., & Birchard, J. (2007). 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, and Performance Psychology*, 1(S), 38–48. <https://doi.org/10.1037/2157-3905.1.s.38>
- 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, and Performance Psychology*, 1(S), 38–48. <https://doi.org/10.1037/2157-3905.1.s.38>

Valencia, C., Fillingim, R. B., Bishop, M., Wu, S. S., Wright, T. W., Moser, M., Farmer, K., & George, S. Z. (2014). Investigation of central pain processing in postoperative shoulder pain and disability. *Clinical Journal of Pain*, 30(9), 775–786. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000029>

Van Wilgen, C. P., Kaptein, A. A., & Brink, M. S. (2010). Illness perceptions and mood states are associated with injury-related outcomes in athletes. *Disability and Rehabilitation*, 32(19), 1576–1585. <https://doi.org/10.3109/09638281003596857>

Anexo 1

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos declara-se que a Escola Superior de Saúde apoia e acolhe a realização do projeto intitulado "*Associação entre condições psicossociais e a dor, características da lesão e retorno à competição em atletas profissionais*", que tem a coordenação científica da docente Ana Rita Vieira Pinheiro.

Aveiro, 5 de dezembro de 2018

O Diretor da Escola Superior de Saúde



Prof. Doutor Rui Jorge Dias Costa

Apêndice 1

13/06/2019

Associação entre condições psicossociais e a dor, características de lesão e retorno à competição em atletas profissionais ou semi-profissionais

Associação entre condições psicossociais e a dor, características de lesão e retorno à competição em atletas profissionais ou semi-profissionais

O meu nome é Luís Ramos, sou Fisioterapeuta e estudante do 2º ano do Mestrado em Fisioterapia da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto. Neste momento estou a realizar um projeto de investigação denominado "Associação entre condições psicossociais e a dor, características de lesão e retorno à competição em atletas profissionais", o qual culminará na minha dissertação de Mestrado, sob a orientação da Prof.ª Doutora Ana Rita Pinheiro, Prof.ª Doutora Anabela Silva e Prof. Doutor Paulo Carvalho. No sentido de apelar à sua participação neste estudo, cujos resultados poderão ter um impacto futuro importante no acompanhamento dos atletas profissionais no sentido de otimizar o seu bem-estar e rendimento, importa que conheça de forma geral os objetivos do estudo e os procedimentos subjacentes.

Fazendo um breve enquadramento, o desporto, principalmente em alto rendimento, está associado a uma maior ocorrência de lesão em algum momento da prática desportiva do atleta. Atendendo que a incidência de lesão parece ser superior em atletas profissionais, será expectável que estes passem por mais experiências de dor. É, no entanto, de realçar que diversos estudos começam a suportar a importância de variáveis psicossociais em lesões desportivas, além da componente biológica. Desta forma, o presente estudo tem como objetivo avaliar a associação entre variáveis psicossociais na intensidade de dor experienciada, no número de paragens da sua prática desportiva e no tempo de retorno à mesma. Para tal, será necessário o preenchimento de um formulário online, com uma duração estimada de 10 minutos, que inclui questionários previamente validados para avaliar variáveis psicossociais, e perceber como estas variáveis se relacionam com as características e historial de lesões do atleta, recolhidos através de um questionário de dados gerais. Este formulário apenas deverá ser preenchido por atletas federados profissionais ou semi-profissionais, com mais de 18 anos, de ambos os sexos, que recorram ao departamento clínico por lesão e/ou dor.

É importante que perceba que a decisão de participar ou não no estudo é do participante. Se decidir participar e depois quiser desistir, o participante poderá fazê-lo em qualquer altura e sem dar qualquer explicação. Importa ainda que o atleta saiba que em nenhum momento a equipa técnica do departamento de saúde do clube terá acesso aos dados fornecidos pelo participante. Os dados recolhidos serão analisados pela equipa de investigação deste projeto, que irá tratar todas as respostas dadas com o maior respeito por todos os intervenientes e todos os dados recolhidos serão confidenciais e anónimos. Nenhuma questão/resposta permite a identificação do participante, sendo garantido o anonimato dos dados. Além disso, todos os questionários serão codificados, começando em 001 de acordo com a ordem de entrada na base de dados.

Deste modo, ao clicar em "NEXT" garante o seu consentimento e vontade de participar no estudo, devendo para tal responder com sinceridade às questões. Caso tenha alguma dúvida, estamos disponíveis para o(a) esclarecer.

Contactos:

Investigador responsável (Ana Rita Pinheiro): anaritapinheiro@ua.pt

Investigador co-responsável (Luís Ramos): guiramos.luis@gmail.com

* Required

Dados Gerais

1. 1. Que modalidade desportiva pratica? **Mark only one oval.*

- Futsal
- Triatlo
- Andebol
- Basquetebol
- Voleibol
- Judo
- Futebol
- Canoagem
- Other: _____

2. 2. Que idade tem? *

3. 3. Qual o seu sexo? **Mark only one oval.*

- Masculino
- Feminino

4. 4. É atleta: **Mark only one oval.*

- Profissional
- Semi-profissional

5. 5. Há quantos anos é atleta profissional ou semi-profissional? *

6. 6. Quantos treinos realiza por semana (incluindo competição/jogo)? *

7. 7. Qual a duração habitual de cada treino (minutos)? *

8. 8. No último ano houve algum evento que tivesse impacto na sua vida? **Mark only one oval.*

- Sim
- Não

9. 9. Se sim, indique se o mesmo teve impacto:*Mark only one oval.*

- Positivo
- Negativo

10. 10. Qual o motivo de admissão no departamento clínico? **Mark only one oval.*

- Lesão
- Sem lesão, apenas dor (avance para pergunta 14)

Se na pergunta anterior respondeu "Lesão" indique:**11. 11. É de que tipo?***Check all that apply.*

- Muscular
- Articular
- Óssea
- Other: _____

12. 12. Onde se localiza?*Check all that apply.*

- Cabeça
- Tronco
- Ombro e/ou Braço
- Cotovelo e/ou Antebraço
- Punho e/ou Mão
- Coxo-femural e/ou Coxa
- Joelho e/ou Perna
- Tornozelo e/ou Pé
- Other: _____

13. 13. Como classifica a intensidade da dor sentida nas últimas 24 horas associada à lesão atual (assinale que valor associa à sua dor sabendo que 0 corresponde a "Sem Dor" e 10 corresponde a "Dor Máxima Imaginável". Se tiver mais de uma lesão indique a intensidade para cada uma delas.):

Caso tenha respondido as questões anteriores avance para a pergunta 16.

**Se na pergunta 10 respondeu “Sem lesão, apenas Dor”,
indique**

14. 14. Onde se localiza?*Check all that apply.*

- Cabeça
- Tronco
- Ombro e/ou Braço
- Cotovelo e/ou Antebraço
- Punho e/ou Mão
- Coxo-femural e/ou Coxa
- Joelho e/ou Perna
- Tornozelo e/ou Pé
- Other: _____

15. 15. Como classifica a intensidade da dor sentida nas últimas 24 horas (assinale que valor associa à sua dor sabendo que 0 corresponde a “Sem Dor” e 10 corresponde a “Dor Máxima Imaginável”).):

16. 16. Quantas lesões teve NO ANO DESPORTIVO ANTERIOR (refira o número de lesões nos últimos 12 meses): *

17. 17. Considerando o número de lesões referido na pergunta anterior, quanto tempo esteve sem treinar (para cada período de tempo assinalado, indique quantas lesões teve):

18. Menos de 1 semana:

19. 1 a 2 semanas:

20. 2 a 4 semanas:

21. **4 a 6 semanas:**

22. **6 a 12 semanas:**

23. **Mais de 12 semanas:**

24. **18. Na generalidade, os tempos de paragem NO ÚLTIMO ANO ultrapassaram o tempo estimado pela sua equipa clínica (Fisioterapeutas/Médicos)? ***

Mark only one oval.

Sim

Não

25. **19. Quantas lesões teve NA SUA CARREIRA (refira o número de lesões que recorda ter sofrido ao longo da sua carreira): ***

26. **20. Considerando o número de lesões referido na pergunta anterior, quanto tempo esteve sem treinar (para cada período de tempo assinalado, indique quantas lesões teve):**

27. **Menos de 1 semana:**

28. **1 a 2 semanas:**

29. **2 a 4 semanas:**

30. **4 a 6 semanas:**

31. **6 a 12 semanas:**

32. **Mais de 12 semanas:**

33. **21. Na generalidade, os tempos de paragem AO LONGO DA SUA CARREIRA ultrapassaram o tempo estimado pela sua equipa clínica (Fisioterapeutas/Médicos)? ***

Mark only one oval.

Sim

Não

34. **22. Que tipo de intervenções espera obter na fisioterapia? ***

Check all that apply.

Terapia Manual (massagem, mobilização, manipulação, etc.)

Eletroterapia (aparelhos)

Exercício

Educação (explicação)

Other: _____

Hábitos de Sono

As seguintes questões referem-se a vários aspetos do seu sono. Para cada uma delas assinale a opção que melhor se adequa a si numa escala de 0 (nunca) a 5 (sempre):

35. **Deita-se e levanta-se mais ou menos à mesma hora todos os dias? ***

Mark only one oval.

0

1

2

3

4

5

36. **Está satisfeito(a) com o seu sono? ***

Mark only one oval.

0

1

2

3

4

5

37. **Consegue ficar acordado(a) todo o dia sem fazer uma sesta? ***

Mark only one oval.

- 0
 1
 2
 3
 4
 5

38. **Encontra-se já a dormir (ou na cama) entre as duas e as 4 da madrugada? ***

Mark only one oval.

- 0
 1
 2
 3
 4
 5

39. **Passa menos de 30 minutos acordado à noite? (inclui o tempo que leva a adormecer e os despertares durante o sono) ***

Mark only one oval.

- 0
 1
 2
 3
 4
 5

40. **Dorme entre 7 e 9 horas por dia? ***

Mark only one oval.

- 0
 1
 2
 3
 4
 5

Questionário de Estados de Humor

São apresentadas abaixo uma série de palavras que descrevem sensações que as pessoas sentem no dia-a-dia. Leia primeiro cada palavra com cuidado. Depois, assinale com uma cruz o valor (0-4) que melhor corresponde à forma como

se tem sentido ao longo dos ÚLTIMOS SETE DIAS INCLUINDO O DIA DE HOJE.

0 – nada, 1 – um pouco, 2 – moderadamente, 3 – bastante, 4 – muitíssimo

41. *

Mark only one oval per row.

	0	1	2	3	4
Tenso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Irritado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Imprestável	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Esgotado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Animado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Confuso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Triste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mal-Humorado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enérgico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sem valor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inquieto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fatigado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aborrecido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desencorajado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nervoso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Só	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Baralhado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exausto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ansioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deprimido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sem energia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Miserável	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desnortado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Furioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eficaz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cheio de vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com mau feitio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tranquilo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desanimado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Impaciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cheio de boa disposição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inútil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estourado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Competente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Culpado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enervado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infeliz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alegre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inseguro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cansado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apático	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL

A seguir vai encontrar várias afirmações, seguidas de cinco letras. Assinale a letra que melhor qualifica a sua forma de pensar. Por exemplo, na primeira afirmação, se você pensa quase sempre que por vezes se sente só no mundo e sem apoio, deverá assinalar a letra A, se acha que nunca pensa isso deverá marcar a letra E.

Escala de A a E onde: A - pensa quase sempre ; E - nunca pensa isso

42. 1. Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio. *

Mark only one oval.

- A
 B
 C
 D
 E

43. 2. Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria. *

Mark only one oval.

- A
 B
 C
 D
 E

44. 3. Os amigos não me procuram tantas vezes quanto eu gostaria. *

Mark only one oval.

- A
 B
 C
 D
 E

45. 4. Quando preciso de desabafar com alguém eu encontro facilmente amigos com quem o fazer. *

Mark only one oval.

- A
 B
 C
 D
 E

46. 5. Mesmo em situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer. *

Mark only one oval.

- A
 B
 C
 D
 E

47. 6. Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com que possa desabafar sobre coisas íntimas. *

Mark only one oval.

- A
 B
 C
 D
 E

48. 7. Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam. *

Mark only one oval.

- A
 B
 C
 D
 E

49. 8. Gostava de participar mais em atividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.) *

Mark only one oval.

- A
 B
 C
 D
 E

50. 9. Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família. *

Mark only one oval.

- A
 B
 C
 D
 E

51. 10. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família. *

Mark only one oval.

- A
 B
 C
 D
 E

52. 11. Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família. *

Mark only one oval.

- A
 B
 C
 D
 E

53. 12. Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho. *

Mark only one oval.

- A
 B
 C
 D
 E

54. 13. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos. *

Mark only one oval.

- A
 B
 C
 D
 E

55. 14. Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos. *

Mark only one oval.

- A
 B
 C
 D
 E

56. 15. Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho. *

Mark only one oval.

- A
 B
 C
 D
 E

Questionário TAMPA

Leia cada pergunta e assinale o número que melhor corresponde ao que sente.

1=discordo plenamente, 2 =discordo, 3 =concordo, 4 =concordo plenamente

57. 1. Tenho medo de me magoar se fizer exercício. *

Mark only one oval.

- 1
 2
 3
 4

58. 2. Se tentasse ultrapassar a dor, a intensidade dela iria aumentar. *

Mark only one oval.

- 1
 2
 3
 4

59. 3. O meu corpo está a dizer-me que tenho algo de errado e grave. *

Mark only one oval.

- 1
 2
 3
 4

60. 4. As outras pessoas não levam o meu estado de saúde a sério. *

Mark only one oval.

- 1
 2
 3
 4

61. **5. O acidente que sofri colocou o meu corpo em risco para o resto da vida. ***

Mark only one oval.

- 1
 2
 3
 4

62. **6. A dor significa sempre que me magoei. ***

Mark only one oval.

- 1
 2
 3
 4

63. **7. Tenho medo de magoar-me acidentalmente. ***

Mark only one oval.

- 1
 2
 3
 4

64. **8. Tentar não fazer movimentos desnecessários é a melhor coisa que eu posso fazer para evitar que a dor se agrave. ***

Mark only one oval.

- 1
 2
 3
 4

65. **9. Não sentiria tanta dor se não passasse algo de potencialmente grave no meu corpo. ***

Mark only one oval.

- 1
 2
 3
 4

66. **10. A dor avisa-me quando devo parar de fazer atividade física, evitando assim que me magoe. ***

Mark only one oval.

- 1
 2
 3
 4

67. 11. Não é seguro para uma pessoa com a minha condição ser fisicamente ativa. *

Mark only one oval.

- 1
 2
 3
 4

68. 12. Não posso fazer tudo o que as outras pessoas fazem, porque me magoo muito facilmente. *

Mark only one oval.

- 1
 2
 3
 4

69. 13. Ninguém deveria ter que fazer atividade física quando sente dor. *

Mark only one oval.

- 1
 2
 3
 4

ESCALA DE DESÂNIMO ASSOCIADA À DOR

Toda a gente passa por situações de dor em certos momentos da sua vida. Estas experiências podem incluir dores de cabeça, dores de dentes, dores articulares ou dores musculares. As pessoas estão muitas vezes expostas a situações que podem causar dor, tais como doenças, ferimentos, intervenções de dentista ou cirurgias. Queremos conhecer os pensamentos e sentimentos que tem quando está a sentir dores. Em baixo encontra-se uma lista com treze afirmações que descrevem diferentes pensamentos e sentimentos que podem estar associados à dor. Usando a escala seguinte, por favor indique em que medida tem estes pensamentos e sentimentos quando está com dores.

0 – nunca, 1 – ligeiramente, 2 – moderadamente, 3 – bastante, 4 – sempre

70. 1. **Estou constantemente preocupado em saber se a dor terá fim.** *

Mark only one oval.

- 0
 1
 2
 3
 4

71. 2. **Sinto que não consigo continuar.** *

Mark only one oval.

- 0
 1
 2
 3
 4

72. 3. **É terrível e penso que nunca mais vai melhorar.** *

Mark only one oval.

- 0
 1
 2
 3
 4

73. 4. **É horrível e sinto que me ultrapassa completamente.** *

Mark only one oval.

- 0
 1
 2
 3
 4

74. 5. **Sinto que já não aguento mais.** *

Mark only one oval.

- 0
 1
 2
 3
 4

75. 6. Fico com medo que a dor piore. **Mark only one oval.*

- 0
 1
 2
 3
 4

76. 7. Estou sempre a pensar noutras situações dolorosas. **Mark only one oval.*

- 0
 1
 2
 3
 4

77. 8. Quero ansiosamente que a dor desapareça. **Mark only one oval.*

- 0
 1
 2
 3
 4

78. 9. Não consigo deixar de pensar nisso. **Mark only one oval.*

- 0
 1
 2
 3
 4

79. 10. Estou sempre a pensar no quanto dói. **Mark only one oval.*

- 0
 1
 2
 3
 4

80. 11. **Estou sempre a pensar que quero muito que a dor passe.** *

Mark only one oval.

- 0
 1
 2
 3
 4

81. 12. **Não há nada que eu possa fazer para reduzir a intensidade da dor.** *

Mark only one oval.

- 0
 1
 2
 3
 4

82. 13. **Pergunto-me se poderá acontecer algo grave.** *

Mark only one oval.

- 0
 1
 2
 3
 4