

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



A LESÃO E A SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E A SUA RELAÇÃO COM O AUTO-
CONCEITO FÍSICO DO JOGADOR DE FUTEBOL

Filipe Jorge de Figueiredo Quaresma

Nº 11755

Dissertação orientada por Prof. Dr. Rui Aragão Oliveira

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de:

Mestre em Psicologia Aplicada
Especialidade em Psicologia Clínica

2009

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

A LESÃO E A SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E A SUA RELAÇÃO COM O AUTO-
CONCEITO FÍSICO DO JOGADOR DE FUTEBOL

Filipe Jorge de Figueiredo Quaresma

Nº 11755

Dissertação orientada por Prof. Dr. Rui Aragão Oliveira

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de:

Mestre em Psicologia Aplicada
Especialidade em Psicologia Clínica

2009

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Rui Aragão de Oliveira, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº19673/2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

Agradecimentos

Aos Clubes de Futebol pela disponibilidade e simpatia em abraçarem este estudo.

Aos participantes pela disponibilidade, afecto em partilharem angústia, reflexões, confidências e por me mostrarem que existe sempre uma possibilidade apesar de todas as adversidades de sermos felizes.

Aos Professores Dr. João Maroco, Dr. Pedro Almeida e Dra. Ana Ramires pela disponibilidade demonstrada e todo o apoio dado.

Ao professor Dr. Rui Aragão, pela orientação, perseverança, exigência e rigor, e paciência em todos os bons e maus momentos, obrigado pela motivação.

Aos meus professores pela partilha, pela reflexão e pelos ensinamentos do verdadeiro valor de ser psicólogo.

Aos funcionários da minha segunda casa, pelo apoio.

Aos meus colegas de turma pelos cinco anos fabulosos que me proporcionaram, e pela amizade de todos os momentos.

As minhas colegas e amigas de fim de curso Débora e Mafalda pelo carinho nos meus devaneios pessoais e académicos.

Aos meus grandes amigos Vânia Costa, Vera Amaral, Carlos Rosa, Filipa Cunha, “Aos Kunamis” (vocês sabem quem são), Ricardo Martins, Cátia Lima, Telmo Paiva, José Godinho, Ângelo, pela amizade e carinho ao longo dos últimos anos.

À minha família, minha irmã Tania, a minha “sogra” Maria Emília, pelo carinho e os doces abraços.

Aos meus Pais, pela paciência de todas as horas, pelos infindáveis debates e reflexões, pelas brincadeiras, sorrisos e risos. Por estarem sempre lá com o coração cheio de amor...

A minha namorada Rita por todo o apoio e paciência, pelo carinho... Sem ti não teria conseguido.

Porque sem vocês não teria sido tão divertido ter chegado até aqui...

Obrigado!

Resumo

O objectivo do estudo é compreender qual a relação entre as lesões físicas provocadas pela modalidade desportiva (futebol) e a sintomatologia depressiva no auto-conceito físico do jogador, da teoria de Brannon, é compreensível que perante uma situação de lesão o jogador forme expectativas. Trata-se de um acontecimento de vida stressante na medida em que a partir do momento em que entra em processo de reabilitação, o indivíduo perde o controlo do próprio corpo, o controlo dos diferentes campos da sua vida, e o controlo para prever o que lhe pode acontecer. Utilizou-se uma metodologia: quantitativa. Aplicou-se um questionário sócio-demográfico, o Inventário de Depressão de Beck (BDI), e a Escala de Autoconceito de Pais-Ribeiro e Luisa Ribeiro, a vinte indivíduos jogadores de futebol semi-profissionais e amadores, de vários clubes de futebol de três distritos do país. Os resultados quantitativos demonstram uma correlação entre sintomatologia depressiva e o tipo de lesão, não se verificando qualquer relação com auto-conceito físico do jogador

Palavras – Chave: Lesão, Depressão, Auto-conceito Físico

ABSTRACT

The purpose of which is to understand how the relationship between the injuries caused by sport (football) and depressive symptoms in physical self-concept of the player, the theory of Brannon, it is understandable that a situation of injury the player makes expectations. It is a stressful event of life in that from the moment they enter into the rehabilitation process, the individual loses control of own body, control of different areas of your life, to predict and control what you can happen. We used a methodology: quantitative. Was applied a socio-demographic questionnaire, the Beck Depression Inventory of (BDI) and the Scale of Parental Self-Luisa Ribeiro and Pais-Ribeiro, to twenty individuals football players semi-professional and amateur, several football clubs of three districts of the country. The quantitative results show a correlation between depressive symptoms and type of injury there was no relationship with physical self-concept of the player

Key-Words: Injury, Depression, Physical Self-concept

Índice

Introdução	1
Desporto e Lesão	2
Depressão e Lesão	6
Ansiedade e Lesão	10
O Auto-conceito Físico	11
Objectivo	15
Método	16
Delineamento	16
Amostra	16
Variáveis	16
Instrumentos	17
Procedimento	19
Resultados	21
Conclusão	27
Referências	31
Anexos	
Anexo A	35
Anexo A.1	36
Anexo A. 2	36
Anexo A. 3	37
Anexo A. 4	37
Anexo A. 5	38
Anexo A.6	39
Anexo A.7	40
Anexo A. 8	41
Anexo A. 9	42
Anexo A. 10	43
Anexo A. 11	43
Anexo A. 12	44
Anexo A. 13	44
Anexo B	45
Anexo C	47
Anexo C. 1	48
Anexo C. 2	50
Anexo C. 3	52
Anexo C. 4	56

1) Introdução

A questão de investigação que motivou a realização do presente estudo ligou-se com o estabelecimento da relação entre a lesão, a depressão e o autoconceito físico do atleta. Pretende-se, através deste estudo, fornecer um contributo para a Psicologia da Saúde e para a Psicologia do Desporto no âmbito da dinâmica afectiva individuo que está lesionado a partir da compreensão da depressão e do autoconceito físico.

A importância da compreensão da lesão deveu-se às modificações ocorridas nas práticas dos cuidados médicos e nas suas consequências dessas mesmas modificações. Tal como sublinhou Donabedian (1984), embora a qualidade técnica da medicina possa desempenhar um papel crucial na lesão há sempre o risco da qualidade interpessoal poder sofrer algumas consequências, muito concretamente a dos doentes sentirem que recebem cuidados médicos cada vez menos contínuos e mais despersonalizados.

Trata-se de uma reacção baseada na comparação de características mais relevantes da experiência de cuidados para a recuperação da lesão relativamente a um padrão subjectivo, englobando uma avaliação cognitiva e uma resposta afectiva a diferentes aspectos dos cuidados médicos para a lesão (Pascoe, 1983).

É compreensível que perante uma situação de lesão o jogador forme expectativas. Trata-se de um acontecimento de vida stressante na medida em que a partir do momento em que entra em processo de reabilitação, o indivíduo perde o controlo do próprio corpo, o controlo dos diferentes campos da sua vida, e o controlo para predizer o que lhe pode acontecer (Brannon, 1992), ficando numa posição de extrema vulnerabilidade para desencadear reacções psicológicas que são prejudiciais à sua recuperação, remetendo desta maneira para o funcionamento mental do indivíduo em recuperação.

Os estudos realizados na área do doente com patologia física têm evidenciado que são estes os indivíduos com maior probabilidade e riscos de desenvolver sintomas depressivos relativamente à restante população (Blazer, Kessler, McGonagle & Swartz, 1994), e que a depressão nestes casos não preenche os requisitos da depressão major,

admitindo-se outras formas de manifestação como por exemplo, estados depressivos moderados (Coyne, Fechner-Bates & Schwenky, 1994). De acordo com a teoria da Falta de Esperança, a depressão pode ser explicada pelo sentimento de que a expectativa do resultado desejado é improvável de acontecer e que o indivíduo nada poderá fazer para inverter essa situação (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978). Tal como para a lesão, a depressão, de acordo com a referida teoria, pode encontrar a sua causa na não realização dos resultados perspectivados reenviando para um ponto de convergência entre estas duas variáveis.

1.1) Desporto e a Lesão

O desporto é um fenómeno humano ligado à origem, às estruturas e ao funcionamento da sociedade que nós poderemos afirmar que é possível analisar qualquer sociedade através dos desportos que ela pratica. Assim, o universo desportivo é um excelente campo de observação da sociedade, onde podemos encontrar elementos para estruturar modelos ideais de análise social, e pode servir também para nos ajudar a descobrir formas de pensamento e modelos de acção através dos quais nós compreenderemos melhor o sentido da existência do homem e a sua integração na comunidade humana.

Segundo Thomas et al. (1987), o desporto contemporâneo nasce na Europa na 2ª metade do século XIX, com regras e as instituições que conduziram os jogos físicos tradicionais do ritual ao recorde, este como símbolo fundamental do desporto moderno de alta competição. Acaba por ser um produto de uma sociedade industrializada, uma imagem com o seu tipo de funcionamento, com as suas crises e contradições e também com os seus sonhos e as suas esperanças (Costa, A. 1992).

Dentro de muitos desportos, que poderão ser desde alta competição até desportos de lazer, encontramos o futebol, amado por muitos, odiado por outros mas considerada uma língua universal. No futebol a competição é aberta e poderá ser praticado por todos, existindo uma abertura impressionante, as regras são iguais em qualquer parte do mundo.

O futebol desde a sua origem era uma espécie de disputa violenta, bastante agressiva que leva a lesões e ferimentos graves (Costa, A. 1992).

O desporto de alto rendimento constitui um processo de optimização de capacidades, assim requer paixão dedicação e anos de preparação. Para (Costa, A. 1992), o desporto é claramente, um campo fértil para a lesão física. Uma lesão num atleta, qualquer que seja o nível, isola-o das actividades desportivas, ou pelo menos o coloca numa condição de não poder realizar a actividade. Assim, as lesões desportivas, em qualquer parte do corpo que ocorram, influenciaram o atleta como um todo, constituindo um dos obstáculos mais significativos ao rendimento (Costa, A. 1992).

Segundo Carazzato et al. (2004) poderemos classificar as lesões a nível traumático de dois tipos:

- 1) Micro traumático (causada por um evento específico (eg. um “carrinho” no futebol); a causa da dor é facilmente reconhecida; a reabilitação é dirigida ao problema específico; existindo a sensação de controlo, isto é, o jogador sabe o que deve ser feito para recuperar);
- 2) Macro traumática (degeneração progressiva da performance; pode ser resultado de meses e até anos de stress; sofre com a dor durante muito tempo, sem uma explicação clara sobre a causa; aumenta a frustração; aumenta a depressão).

Mas qualquer tipo de lesão pode constituir muitas vezes um acontecimento traumático da vida, com consequências físicas e psicológicas imprevisíveis. Levando a reacções, que segundo Petitpas & Danish (1995) são do tipo:

- 1) Perda da identidade: Uma lesão que impede ou obriga um atleta a abandonar, definitivamente, a prática ou a competição desportiva gera naturalmente a perda de identidade pessoal do atleta. O facto de uma parte importante de si próprio “se ter perdido” afecta negativamente e seriamente o seu auto-conceito e auto-estima.
- 2) Medo e ansiedade: Os atletas lesionados podem também experienciar elevados níveis de medo e ansiedade, experienciando nomeadamente elevados níveis de preocupação acerca da possibilidade de se voltarem a lesionar e acerca da possibilidade de poderem vir a ser afastados da equipa principal e substituídos por outros colegas. O facto de não poderem treinar nem competir faz com que eles tenham muito para se preocuparem com estes aspectos.
- 3) Falta de confiança: Em face da sua incapacidade para treinarem e competirem, assim como do seu debilitado estado físico, os atletas lesionados podem perder a confiança depois de uma lesão. Paralelamente, esta falta de confiança pode reflectir-se e resultar em diminuição da motivação, rendimentos inferiores e mesmo lesões adicionais.
- 4) Redução do desempenho: A falta de confiança e a falta de tempo de treino faz com que os atletas possam vir a evidenciar declínios ou decréscimos significativos de rendimento após a lesão. Muitos atletas têm uma dificuldade enorme em baixarem as suas expectativas e exigências pessoais após uma lesão e, pelo contrário, continuam a ter níveis de expectativas idênticos aos que possuíam antes de se lesionarem.

Segundo Aragão (2001) a incapacidade adquirida, não discutindo para já a influência da sua maior ou menor gravidade, pode desafiar muitos dos princípios fundamentais de vida de qualquer pessoa. A disrupção do percurso normal de vida pode alterar o significado personalizado das noções de tempo, espaço e

capacidade judicativa. A doença contextualiza-se individual e socialmente, afectando o equilíbrio psicodinâmico do sujeito em relação com o meio envolvente. A pessoa em causa confronta-se com uma situação nova, radicalmente diferente, capaz de lhe limitar o desempenho das suas obrigações sociais, profissionais e familiares como até então sucedia.

Aragão (2001) neste sentido, muitos aspectos da situação de doença, de perda de funcionalidade, e do tratamento podem ser profundamente desumanas. Na fase inicial, a consciencialização das incapacidades e desvantagens podem extraordinariamente desintegradoras ao sentido de unidade do self, capaz de alterar as relações entre o corpo, ego e os outros.

Tal como nos diz Aragão (2001) podemos igualmente perceber a incapacidade física adquirida como uma falha narcísica profunda. Através do conceito de narcisismo e de auto-imagem, pode-se entender o desenvolvimento da identidade como um compósito do self psicológico e somático, os quais apresentam enraizadas significações arcaicas. Danos físicos podem então ocasionar distúrbios emocionais, perda de identidade e baixa auto-estima.

O suporte social é muito importante para a recuperação do indivíduo lesionado, como refere Aragão (2001) o processo de (con) viver com a incapacidade na vida social é conturbado. Segundo Li Li (1998) citado por Aragão (2001) os sujeitos continuam a ser afectados socialmente por estigmas e juízos de valor diversos, facto complexo que interfere no estabelecimento e múltiplas relações e integração geral.

A presença de alguém que é efectivamente, ou se pensa ser, incapacitado desperta mais ou menos inconscientemente na pessoa dita normal uma variedade de emoções que, no mínimo, condicionam ou influenciam a decorrência do processo interaccional (Aragão, 2001). Segundo Vicent Van Hasselt (1988) citado por Aragão (2001) a fuga, ou evitamento de contacto, ou ainda a actuação mais formal são comportamentos e atitudes relativamente usuais de indivíduos que se confrontam com pessoas com incapacidades, deixando por vezes

transparecer uma quase «obrigação» de interagir o mais natural e espontaneamente possível.

Assim sendo o suporte social, como recurso importante que é a promoção da saúde, surge também como um fenómeno a ter em conta no que diz respeito à etologia e evolução da doença física (Aragão, 2001).

O aparecimento, súbito ou não, de uma incapacidade é muitas vezes sentida como um factor ou fonte de stress e, tal como sucede com o suporte social, pode variar temporalmente, produzindo efeitos diversos no campo da saúde e qualidade de vida (Aragão, 2001).

1.2) A Depressão e a Lesão

Petitpas & Danish (1995), indicaram recentemente não só as reacções psicológicas mais frequentes, associadas com as lesões desportivas, mas também os principais sinais ou sintomas, tais como irritação, raiva, confusão, pensamentos obsessivos acerca do dia em que puderam voltar a competir, isolamento e/ou afastamento de outras pessoas significativas, mudanças rápidas no estado de humor e culpabilização pelos fracos rendimentos da equipa, contudo isto, o atleta descompensa para uma sintomatologia depressiva face à lesão desportiva.

A depressão é uma das doenças psiquiátricas mais frequentes. Pensa-se que uma em cada quatro mulheres e um em cada dez homens, podem vir a ter crises depressivas durante a sua vida. Ao contrário do que se pensava até meados do século XX, as crianças e adolescentes também podem ser afectados.

O seu diagnóstico passa muitas vezes despercebido, quer por falta de reconhecimento da depressão como doença, quer porque os seus sintomas são atribuídos a outras causas (doenças físicas, stress, etc.).

Sem tratamento, os sintomas podem permanecer por semanas, meses ou anos. Felizmente, com o tratamento apropriado, é possível ajudar a maior parte das pessoas que sofre de depressão.

Como vimos a lesão poderá levar a uma sintomatologia depressiva, mas será que a lesão e a sintomatologia depressiva irão afectar o auto-conceito? Segundo Petitpas & Danish (1995) existe uma perda da identidade após a lesão, ou seja, o facto de uma parte importante de si próprio “se ter perdido” afecta negativamente e seriamente o seu auto-conceito e auto-estima.

O interesse pelo estudo do self, enquanto constructo psicológico, tem vindo a crescer, quer pela relevância dos seus constituintes (auto imagem, auto-estima, auto-eficácia e auto-conceito real e ideal), quer pela importância das suas dimensões (académica, social, física e emocional).

A perda de identidade que surge após a lesão, segundo Petitpas & Danish (1995), a OMS (1992) atribui à depressão a principal fonte de deficiência e incapacidade em 2010.

Segundo DSM-IV-TR (APA, 2002) a depressão é indubitavelmente uma doença comum e frequentemente grave. Para o indivíduo, desencadeia angústia psicológica significativa, reduz a qualidade de vida e está associada a um aumento da taxa de mortalidade, com consequência de suicídio, acidentes, lesões, doenças cardiovasculares. Além disso, a depressão pode contribuir para rupturas conjugais e familiares e, quando ocorre em mães, pode atrasar o desenvolvimento dos seus filhos, no caso de atletas afectam o seu rendimento e proporcionando a novas lesões.

As equipas de cuidados primários têm sido e continuarão a ser os principais agentes prestadores de tratamento aos doentes deprimidos.

A depressão abrange um conjunto de doenças relacionadas em que a alteração primária é uma perturbação do humor ou do afecto. Tradicionalmente, este grupo inclui as perturbações depressivas, mania e hipomania, e as perturbações da ansiedade. No que respeita ao último grupo, uma melhor definição destas perturbações, em conjunto com uma resposta frequentemente selectiva ao tratamento, levou que fossem consideradas separadamente em relação à depressão (DSM-IV-TR (APA, 2002)).

As alterações depressivas são caracterizadas por humor deprimido, energia reduzida e perda de interesse ou anedonia. Outros sintomas comuns incluem uma concentração deficiente, reduzida auto-confiança, pensamentos e sentimentos de culpa excessiva, pessimismo, ideias de auto-mutilação ou suicídio, perturbações do sono e alterações de apetite. A gravidade de um episódio é variável e pode ser avaliada pelo número, tipo e intensidade dos sintomas, e pelo atingimento associado do desempenho no trabalho e nas relações pessoais e familiares (DSM-IV-TR, APA, 2002). O que se torna importante o suporte social, como o exemplo de jogadores que não tem presentes a sua família, para poder ultrapassar lesão de uma forma tranquila e harmoniosa (Carazzato et al. 2004).

Embora os sintomas depressivos sejam provavelmente mais frequentes em pessoas socialmente excluídas e economicamente mais desfavorecidas, a doença depressiva pode afectar qualquer estrato social. A recuperação de uma depressão pode ser mais lenta em doentes socialmente mais desfavorecidos.

As perturbações depressivas constituem um grupo de patologias com alta e crescente prevalência na população geral. Segundo a Organização Mundial de Saúde, “em 2020 a depressão será a segunda causa de prejuízo causado por doença medido pelo *Disability*

Adjusted Life Years, ficando apenas atrás das doenças cardíacas”, nos países desenvolvidos serão mesmo a primeira causa.

As perturbações depressivas são caracterizadas pelo seu curso recorrente, muitas vezes crónico. Prejudicam a qualidade de vida dos indivíduos afectados mais do que qualquer outra doença, e frequentemente, conduzem ao suicídio e para-suicídio. Mais de 15% dos doentes com depressão major cometem suicídio. Os presentes altos índices de suicídio são considerados como importantes indicadores do subdiagnóstico e subtratamento da depressão.

A personalidade também tem influência na doença depressiva, pois tudo indica que certos traços de personalidade podem tornar um indivíduo mais susceptível a perturbações mentais, para além da depressão. O traço mais frequentemente predisponente à depressão é a dependência interpessoal indevida (i.e., uma excessiva necessidade de reafirmação, apoio e atenção pelas outras pessoas). Este traço mais pode não ser preditivo de depressão em jovens (17-30 anos), mas pode estar associado a um aumento do risco nos grupos mais idosos. A presença de uma perturbação clara da personalidade (um traço de personalidade mal-adaptativo e persistente causando sofrimento pessoal ou interpessoal significativo).

Baixa auto-estima, uma personalidade obsessiva, experiências adversas na infância e padrões negativos de pensamento acerca de si próprio e dos outros, são factores de risco psicológicos da depressão. Outros factores incluem acontecimentos de vida recentes, indesejáveis e excessivos, usualmente envolvendo perda, e persistência importantes dificuldades: por exemplo, família monoparental, excesso de habitantes na casa, desemprego prolongado, pobreza e falta de apoio social ou de intimidade.

1.3) Ansiedade e Lesão

A ansiedade também pode ter influências na lesão, a depressão e a ansiedade. Possam ocorrer em conjunto, a extensa co-morbilidade da ansiedade e de perturbações depressivas é, nalguns aspectos, um artefacto, resultando de uma abordagem categórica do diagnóstico psiquiátrico.

A ansiedade segundo DSM-IV-TR (APA, 2002), é uma resposta normal a acontecimentos ameaçadores ou desencadeadores de *stress* e é, habitualmente, transitória e controlável. Funciona provavelmente como um mecanismo de “alarme” para preparar o indivíduo para uma resposta física ao perigo percebido, isto é, uma emoção que é gerada quando antecipamos algum acontecimento ou algum perigo; algo que não podemos controlar e que coloca em causa nossa integridade física ou psicológica. Esta emoção transforma-se em medo quando este perigo é bem identificado. Contudo quando devidamente doseados, quer a ansiedade, quer o medo, têm um papel importante e útil no nosso dia-a-dia uma vez que são eles que nos mantêm alerta para os perigos eminentes.

Associado à ansiedade vem toda uma série de modificações fisiológicas e hormonais que são desagradáveis e por isso levam muitas vezes a um comportamento de evitamento.

Ou seja; na presença daquela situação, a pessoa sabe que vai sentir-se mal e portanto evita-a e ao evitar a situação pode desenvolver uma fobia ou a ocorrência de ataques de pânico.

Portanto a perturbação surge quando há descontrolo das emoções e por conseguinte do medo.

1.4) O Auto-conceito físico

O auto-conceito tem sido objecto de vários estudos teóricos e de investigações, tendo sido discutível a sua definição e operacionalização.

Para estudar o auto-conceito, é imprescindível delimitar o sentido do auto-conceito, mesmo conhecendo as dificuldades existentes para tal delimitação. Torna-se assim importante situar o auto-conceito no contexto que leva ao seu aparecimento, tal como examinar os aspectos ligados à sua estrutura e conteúdo. Para tal, partimos de uma perspectiva unidimensional para perspectivas que abordam o auto-conceito numa perspectiva multidimensional. (Simão, 2001).

A investigação sobre o auto-conceito começou, na sua história, a ser realizada por filósofos, teólogos e outros investigadores não relacionados com a Psicologia. Em 1900 este conceito quase desaparecera da Psicologia, apesar da sua reconhecida importância e, só por volta dos anos 40 (1940) é que surge como constructo essencial a ser estudado cientificamente, na Psicologia e na Sociologia, período que vai ao encontro da cientificação da Psicologia, finais do século XIX e início do século XX (Simões, 2001).

A teoria de Wundt e Watson acerca da concepção do psiquismo, ou seja, a concepção da aceitação da introspecção como via para aceder aos fenómenos psíquicos (Abreu, 1979), leva a que a perspectiva de William James, sobre o self se realce.

Para William James (1890) saber que o comportamento é uma reacção a estímulos do ambiente é muito redutor. E, ao querer saber mais sobre o ser humano enquanto ser psicológico, levou a que fosse o primeiro a analisar o auto-conceito deste ponto de vista.

Nas palavras de Damon (1983), William James defendia que o Eu era composto por duas partes. Uma parte que organizava de forma subjectiva a experiencia do indivíduo e, por outra ligada às características materiais, espirituais e sócias do ser humano.

Baldwin, autor contemporâneo de James, veio defender uma perspectiva interaccionista do desenvolvimento do self, contribuído assim para o surgimento de teorias em que a interacção social era o factor mais acentuado no desenvolvimento do self (Sherif, 1972).

Cooley (1902) vem então referir o carácter dialéctico da vida social. Para afirmar que o individuo e o grupo são a mesma realidade, salienta que “persons and groups exist for each only as they conceived in the mind nad thus their interaction takes place within the mind” (Angel, 1972, p.379).

Ao contrário de Cooley (1902), que defende que a comunicação nasce na mente, Mead (1930) afirma que é a mente que surge a partir da comunicação.

Estas duas teorias podem-se enquadrar numa perspectiva mais actual, a cognição social, defendendo que a construção do conhecimento social surge da interpretação da informação a que o indivíduo tem acesso (Higgins, 1996).

Foi com base nesta história que a investigação do auto-conceito começou a ter maior expressão, nas últimas décadas, levando a que este constructo adquirisse designações diversas (Simões, 2001).

Para Byrne (1984) o desenvolvimento do auto-conceito é influenciado pela interacção com outros significativos.

Vaz Serra (1987) defende que um sujeito com um bom auto-conceito atribui tendencialmente o seu resultado, numa tarefa, ao seu próprio esforço.

Assim sendo o auto-conceito é um quadro multifacetado de si mesmo – desempenham um importante papel no comportamento do consumidor. Com uma definição muito simples e ampla “é a percepção que a pessoa tem de si própria” (Shavelson, Hubner, & Stanton, 1976). Assume-se que o auto-conceito em geral é uma variável importante para o bem-estar e para a saúde e que o auto-conceito físico se constitui como parte importante do auto-conceito global.

Shavelson, Hubner, e Stanton (1976), estruturaram o auto-conceito em auto-conceito académico e auto-conceito não académico, mais especificamente não académico incluem uma dimensão social, uma funcionalidade física e uma aparência. O estudo de Ribeiro e Ribeiro (2003), para a validação de uma escala de auto-conceito físico para jovens adultos debruça-se sobre o auto-conceito não académico, mais especificamente sobre a percepção de como se é apreciado, sobre a funcionalidade e sobre a percepção da aparência pessoal.

O auto-conceito tem quatro componentes: o ser real, a auto imagem, a imagem espelhada e a imagem ideal, em seguida será especificado as diferentes componentes:

- 1) O ser real: é uma visão objectiva da pessoa como um todo.
- 2) A auto-imagem: modo como o indivíduo se vê a si mesmo (pode ser uma distorção da visão objectiva da pessoa como um todo).
- 3) Imagem espelhada: é como o indivíduo o modo como o indivíduo pensa que os outros os vêem (pode também ser muito diferente da auto-imagem, porque as pessoas frequentemente protegem para os outros uma imagem diferente daquela que acreditam na realidade.

- 4) A imagem ideal: serve como um conjunto pessoal de objectivos, dado ser a imagem à qual o indivíduo aspira.

O auto-conceito é uma variável psicológica clássica considerada como sendo «factor como um papel determinante na integração da personalidade, na motivação do comportamento e na saúde mental» (Burns, 1979).

A avaliação do auto-conceito dos indivíduos é um aspecto fundamental para que haja um melhor entendimento dos seus efeitos na realização destes em diferentes domínios da existência. Segundo Carapeta et al. (2001) o auto-conceito enquanto parte integrante que é a personalidade, influencia o comportamento de diversas formas. No caso particular das actividades desportivo-motoras, a percepção que os indivíduos possuem das suas capacidades é entendida como um indicador fundamental para a reavaliação das suas atitudes e comportamentos face a essas actividades.

Vários estudos concluem pela importância do auto-conceito, salientando que a prática regular de exercício físico contribui para o desenvolvimento do auto-conceito nas suas várias dimensões Carapeta et al. (2001).

Há evidências de relação entre a prática do exercício físico e as dimensões do auto-conceito em diferentes grupos etários (Kirkcaldy, Shephard, & Siefen, 2002; Pauly, Palmer, Wright, & Pfeiffer, 1982; Silva, Maia, Santos, Fonseca, & Seabra, 2002) e do impacto positivo do exercício no auto-conceito de doentes crónicos (Anthony, 1991; McAuley, Long, Heise, Kirby, Buckworth, Pitt, Lehman, Moore, & Reeves, 2001; Ossip-Klein, Doyne, Bowman, Osborn, McDougall-Wilson, & Neimeyer, 1989; Short, DiCarlo, Steffee & Pavlou, 1984).

2) Objectivo

O objectivo deste trabalho pretende estudar a relação entre as lesões no futebol e a sintomatologia depressiva no auto-conceito físico do jogador, numa amostra de jogadores de futebol semi-profissionais e amadores. Pretendendo deste modo para uma maior compreensão das lesões e os factores psicológicos associados às mesma sobre o auto-conceito físico.

3) Método

3.1) Delineamento

Este estudo tem como principal objectivo estudar qual a relação entre as lesões físicas provocadas pela modalidade desportiva (futebol) e a sintomatologia depressiva no auto-conceito físico do jogador, através de um estudo quantitativo. Segundo Pais-Ribeiro (1999) estudos que permitem estabelecer relações entre variáveis sem determinação de causalidade, caracterizando-se por se expressar através de números. Recorrendo à instrumentação que em psicologia tendem a designar por “testes” para significar uma medida objectiva e padronizada de uma amostra de comportamento (Anastasi, 1990 citado por Pais-Ribeiro, 1999; pp. 79).

3.2) Amostra

A amostra para este estudo é de conveniência, na medida em que foi extraída uma população de 20 jogadores de futebol de alta competição (Futebol Amador e Semi-profissional), todos do sexo masculino. A idade compreendida dos participantes é entre dos 18 aos 31 anos (Média 24,75; Mediana 25; Desvio-padrão 3,864) como apresentado no Anexo A.1. O recrutamento foi efectuado nos diferentes clubes de futebol, de três distritos do país. A finalidade seria obter uma amostra mais abrangente e diversificada, podendo desta forma vir a ser a mais representativa possível da população em estudo.

3.3) Variáveis

A variável dependente do estudo é o auto-conceito físico, como variáveis independentes podemos verificar que são a sintomatologia depressiva e a lesão (características, a última lesão e qual a parte do corpo). Foram também controladas algumas outras

variáveis: estado civil, nível de escolaridade, número do agregado familiar, o número de anos de permanência em Portugal e a idade.

3.4) Instrumentos

Para avaliar a variável depressão foi utilizado o Inventário de Depressão de Beck (“Beck Depression Inventory”; Beck et al., 1961) como se verifica em Anexo C.3. É provavelmente a medida de auto-avaliação de depressão mais amplamente usada tanto em pesquisa como em clínica (Dunn et al., 1993), tendo sido traduzido para vários idiomas e validados em diferentes países, esta escala correlaciona-se muito positivamente com a avaliação realizada pelos terapeutas e com outras escalas que também avaliam a depressão, visto ser um inventário extremamente rápido de aplicação. Foi utilizada em pacientes com transtornos psicológicos (Kendall et. al., 1987), estudo com mulheres com cancro (Steer, Beck & Brown, 1989), doentes com dor crónica (Beck et. al. 1988). Ao longo dos anos o BDI tornou-se um dos instrumentos mais utilizados, não apenas para a avaliação da intensidade da depressão em pacientes psiquiátricos como para a deteção de estados depressivos na população normal (Steer, Beck & Brown, 1989). Apesar da sua utilização em doentes médicos ser generalizada no estrangeiro (Beck et. al. 1988), têm-se levantado questões sobre a adequação do seu uso na presença de patologias físicas, uma vez que se observa uma grande sobreposição entre alguns sintomas depressivos e os sintomas associados à patologia física, sendo difícil obter uma avaliação isenta do quadro depressivo. Assim, o seu uso com populações médicas deve ser considerado (Beck et. al. 1988) utilizando-se para o efeito pontos de corte aferidos à população médica e não à população psiquiátrica.

A escala original consiste em 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3. Os itens referem-se à tristeza, pessimismo, sensação de culpa, sensação de punição, auto depreciação, auto-acusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retrato social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o

trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição da libido.

Há várias propostas de diferentes pontos de corte para distinguir os níveis de depressão utilizando o BDI (Beck et al., 1961; Gotlib, 1984; Oliver & Simmons, 1984; Tanaka-Matsumi e Kameoka, 1986; Louks et al., 1989). Segundo Beck et. al. (1988), a escolha de ponto de corte adequado depende da natureza da amostra e dos objectivos do estudo. Para amostras de pacientes com transtorno afectivo, Beck et al. (1988) recomenda os seguintes pontos de corte: menor que 10 = sem depressão ou depressão mínima; 10 a 18 = depressão leve a moderada; de 19 a 29 = depressão moderada a grave; de 30 a 63 = depressão grave.

Já para amostras não diagnosticadas as directrizes são diferentes. Para Beck et al. (1988) recomenda-se scores acima de 15 para detectar disforia e concluiu-se que o termo “depressão” deve ser apenas utilizado para os indivíduos com scores acima de 20, preferencialmente com diagnóstico clínico concomitante.

Para a avaliação do Auto-conceito físico foi utilizada a Escala de Auto-conceito Físico elaborada em 2003 por J. Pais-Ribeiro & L. Ribeiro (Anexo C 4). Esta escala tem por base três dimensões, dimensão funcional, dimensão de satisfação com a aparência física e a dimensão de percepção que se é apreciado pelos outros do ponto de vista físico. A escala é constituída por nove itens dentro dos quais estão englobadas as três dimensões: Percepção da aparência física, percepção da importância que se causa nos outros e a percepção de funcionalidade.

A cotação da escala é de um a quatro, como a escala de auto-conceito de Neemann e Harter (1986). A nota total varia entre nove e trinta e seis, sendo que a nota para cada dimensão é de três a doze. A aplicação do questionário pode ser feito de dois modos, um mais global que o resultado depende dos nove itens, como também pode ser feita a avaliação das três dimensões, que estas apresentam uma correlação modesta entre si.

Embora mais frágil do ponto de vista qualitativo, não existe muitas opções, e esta escala segundo Pais-Ribeiro & L. Ribeiro (2003) é um questionário de fácil aplicação e muito rápido para uma aplicação na área da psicologia da saúde, desporto e reabilitação.

2.5) Procedimento

Para a obtenção de dados, foi elaborado um protocolo de avaliação, constituído por um questionário sócio-demográfico (Anexo C 2) para a identificação e caracterização da amostra, mais dois instrumentos o Inventário de Depressão de Beck (Anexo C 3) para ser analisado o nível depressivo dos sujeitos e por ultimo a Escala de Auto-conceito Físico (Pais-Ribeiro & Ribeiro, 2007) (Anexo C 4). Estes três questionários eram apresentados com uma capa de apresentação (Anexo C 1), tendo esta uma pequena explicação dos objectivos do estudo. Apresentação dos questionários obedecia a um critério de apresentação rigorosa, o primeiro era o questionário sócio-demográfico, seguido pelo Inventário de Depressão de Beck e por último a Escala de Auto-conceito Físico.

O período de administração deste conjunto de escalas decorreu no final de Fevereiro até meados de Maio do ano de 2009, tendo-se sido utilizados os procedimentos que se descreve a seguir:

- 1) Pedido de autorização para a presidência dos respectivos clubes que são abrangidos pelos 3 distritos, explicando sucintamente os objectivos e apresentação da carta de consentimento informado (Anexo B);
- 2) Em cada clube após autorização, era feita uma pequena introdução ao treinador, para este quais os jogadores lesionados. Após a indicação do treinador, os jogadores são recolhidos para uma pequena sala, procedendo-se a uma breve explicação dos objectivos, salientando que a colaboração de todos os sujeitos era fundamental para a consecução do estudo, bem como a

leitura atenta de todas as instruções para o seu preenchimento correcto. Salientou-se o facto de as respostas serem totalmente confidenciais e dramatizou-se a situação de avaliação, referindo que me seria do meu maior interesse a avaliação total e não a avaliação individual;

- 3) Os questionários eram então entregues e preenchidos no tempo necessário para os sujeitos com a minha presença, podendo eventualmente haver esclarecimentos. Após concluídos seriam-me entregues em mão.

Com os dados obtidos, foi construída uma base de dados, tendo-se procedido à análise estatística com recurso ao SPSS, versão 17, sendo que no próximo capítulo possamos descrever os resultados.

As variáveis deste estudo são intervalares e também ordinais de boa qualidade, estatisticamente paramétrica. Segundo Pais-Ribeiro (1999) “muitos autores defendem que caso se esteja em presença de medidas ordinais de boa qualidade chegam-se aos mesmos resultados quer que se utilize estatística paramétrica ou não paramétrica”.

O nível de significância utilizado é de 0,05 para um intervalo de confiança de 95%. Será analisada a estatística descritiva, com estudo das medidas de tendência central (Média e Mediana) e medidas de dispersão (desvio-padrão). As medidas de associação utilizadas são a correlação de Pearson, Pearson Bi-serial por pontos e a Anova Two-Way entre as variáveis quantitativas.

4) Resultados

No presente capítulo, iniciaremos com a apresentação dos resultados obtidos em cada um dos instrumentos aplicados em cada sessão.

1. Questionário Sócio – Demográfico
2. Inventário de Depressão de Beck
3. Correlações
 - a. Idade vs BDI e Auto-Conceito Físico
 - b. Tipo de Lesão vs Permanência em Portugal e BDI
 - c. Tipo de Lesão vs BDI e Auto-Conceito Físico
4. Anova Two-Way
 - a. V.D. BDI vs V.I. Agregado Familiar
 - b.

A ordem de apresentação dos resultados irá seguir os pontos acima identificados.

Questionário Sócio – Demográfico

O item do questionário sócio – demográfico organiza-se da seguinte forma:

1. Idade
2. Estado Civil;
3. Nível de instrução
4. Agregado familiar;
5. Última Lesão
6. Tipo de lesão;
7. Parte do corpo;
8. Permanência em Portugal

Idade, Estado Civil, Nível de instrução, Número do Agregado Familiar.

Na amostra recolhida, a idade dos participantes variou entre os 18 e os 31 anos com maior predominância nos 22, 25 e 26 anos (Anexo A.9).

No item estado civil na presente amostra, verificou-se que 30% dos indivíduos são casados, opondo-se a 70% de solteiros (Anexo A. 1).

No item nível de instrução, os valores obtidos dividiram-se em quatro ciclos escolares sendo eles 12º ano com 40%, 9º ano com 25%, seguindo-se por 20% de frequência universitária e 15% com frequência do 6º ano (Anexo A.2).

No item número do agregado familiar, os valores dividem-se em quatro classes.

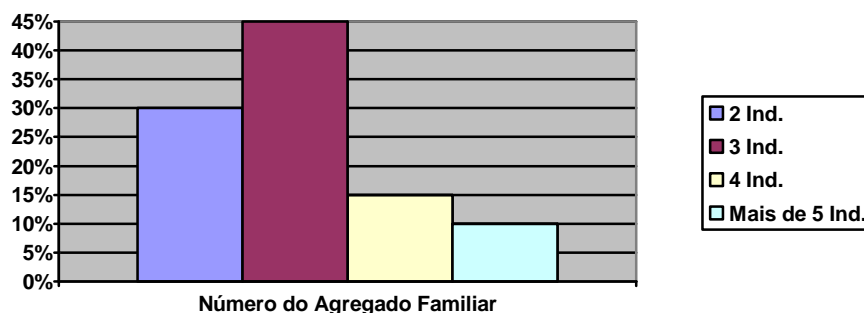


Figura 1: Valores percentuais do Número de Agregado Familiar.

A classe 3 Ind. apresenta uma percentagem de 45%, seguindo-se com 30% a classe 2 Ind., apresentando uma diferença percentual de 15 para a classe 4 Ind. (15%) e de 20 para a classe Mais de 5 Ind. (10%).

Ultima lesão, Tipo de Lesão e Parte do corpo

No item Ultima Lesão, os valores apresentaram-se em quatro grupos.

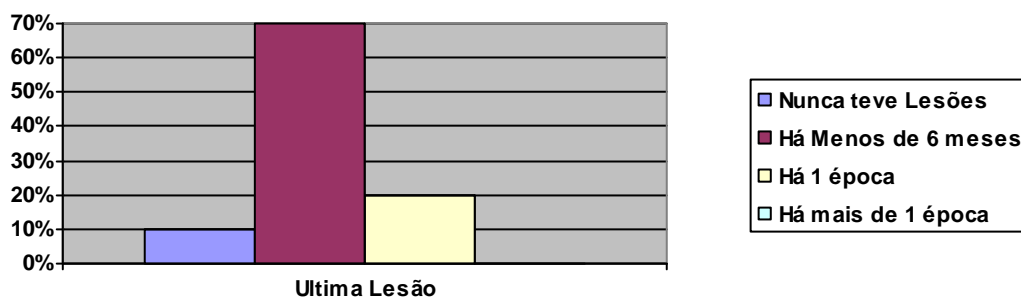


Figura 2: Valores percentuais do item Ultima Lesão

No grupo Há Menos de 6 meses apresentou um resultado de 70%, enquanto na classe Há 1 época o valor foi de 20%, apresentando uma diferença de 10 pontos percentuais para o grupo Nunca teve Lesões. Não se verificando contudo qualquer valor para a categoria Há mais de 1 época.

No item Tipo de Lesão, os valores obtidos corresponderam a 50% de indivíduos que apresentaram uma Microlesão, com igual valor para a Macrolesão (Anexo A.3).

No item Parte do Corpo os valores dividiram-se em sete classes.

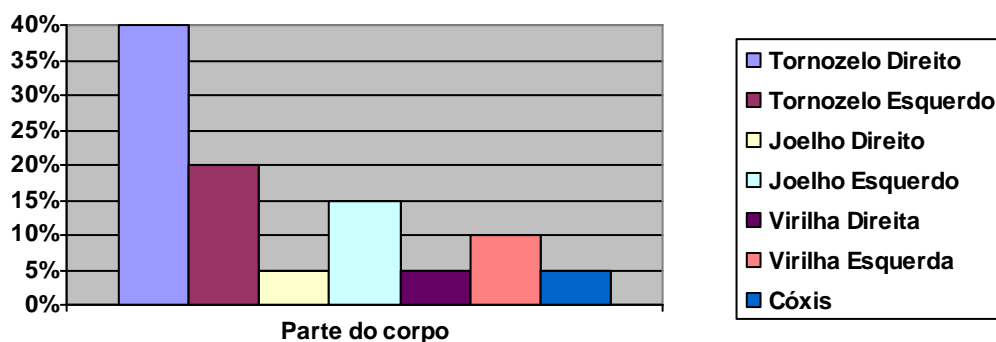


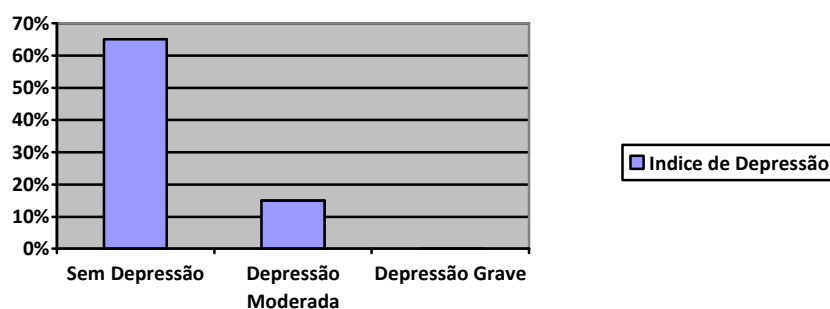
Figura 3: Valores percentuais do item Parte do corpo

As classes correspondentes ao Tornozelo, a que verificou um valor mais alto foram a Tornozelo Direito com 40%, seguindo-se a Tornozelo Esquerdo com 20%. Entre as classes associadas ao joelho, o valor mais alto correspondeu a Joelho Esquerdo com 15%, diferenciando-se em 10 pontos percentuais da Joelho Direito (5%). As classes Virilhas apresentam uma diferença 5 pontos percentuais entre o direito (5%) e o esquerdo (10%). Por último a classe Cóxis apresentou um valor de 5%.

Permanência em Portugal

Na amostra recolhida os resultados obtidos, corresponderam a 70% dos indivíduos Nascidos em Portugal, opondo-se a 30% de imigrantes que subdividem-se em quatro intervalos de anos de permanência em Portugal. Dos quais 1 a 2 Anos e 6 a 9 Anos apresentam cada um, o valor de 10%, seguindo-se com 5% cada um, 3 a 5 Anos e Mais de 10 Anos (Anexo A.4).

Inventário de Depressão de Beck



Na presente amostra, os resultados obtidos no BDI - Inventário de Depressão de Beck, corresponderam a 65% de indivíduos sem depressão, tendo sido verificado que com sintomatologia depressiva 35% dos participantes do presente estudo. Dos quais 20% correspondeu a uma Depressão Leve, seguindo-se 15% com Depressão Moderada, não se verificando quaisquer valor no item Depressão Grave, indo ao encontro dos valores normativos em Portugal.

Correlações

Na presente amostra, foram realizadas várias correlações para um $\alpha= 0,05$, tendo-se aferido que nos diferentes itens recolhidos não se verificaram diferenças significativas entre si. Como nos exemplos abaixo descritos.

a. Idade vs BDI e Auto-Conceito Físico

Uma das correlações que inicialmente se percepcionava que pudesse ter algum impacto na definição do Auto-Conceito Físico e BDI (Anexo A. 5), seria a variável independente Idade, contudo os valores obtidos para o nível de significância ($\alpha= 0,05$) entre Idade e BDI com o Auto-Conceito Físico foi de 0,233 e 0,838, respectivamente, eliminando desta forma qualquer tipo de correlação entre as variáveis.

b. Tipo de Lesão vs BDI e Permanência em Portugal

Na relação entre Tipo de Lesão e BDI (Anexo A. 6) verificou-se uma correlação significativa com o valor de 0,046, que significa quanto mais grave for o tipo de lesão, maior é o índice depressivo. Já no caso do Tipo de Lesão e Permanência em Portugal o valor verificado foi de 0,733 para um $\alpha= 0,05$, não tendo verificado qualquer tipo de correlação. O mesmo ocorreu na variável BDI e Permanência em Portugal, em que o valor de significância foi de 0,527.

c. Tipo de Lesão vs BDI e Auto-Conceito Físico

Na presente relação (Anexo A. 7) entre o Tipo de Lesão e o BDI, verifica-se como na alinha b, uma correlação significativa de 0,046, sendo que já não se afere o mesmo na variável independente Tipo de Lesão com a variável dependente Auto-Conceito Físico (0,567).

Anova Two-Way

Variável Dependente BDI

vs Variáveis Independentes Agregado Familiar e Nível de Instrução

Na relação estudada entre as variáveis independentes e dependente, verifica-se que o número de indivíduos que constituem o agregado familiar influencia significativamente o BDI (0,045), contudo o mesmo não se verifica na relação entre o nível de instrução e o BDI (0,596). No caso da relação entre Agregado Familiar e Nível de Instrução verifica-se um valor de significância de 0,603, tal como se verificado em Anexo A. 8.

5) Discussão

No presente estudo, os resultados obtidos permitem-nos verificar a relação entre o agregado familiar e o BDI, e a sua influência. Uma vez que a constituição do agregado familiar com mais de 2 indivíduos irá diminuir o surgimento do índice depressivo, contudo não se verificou a mesma relação entre o Estado Civil e o BDI, devido a proporção da amostra em relação a população total de Jogadores lesionados, não querendo dizer a inexistência de correlação entre as variáveis.

Nos itens correspondentes as lesões dos jogadores, o facto de se verificar que o número de ocorrências de lesões ter sido a menos de 6 meses (70%), e das mesmas terem uma maior incidência no tornozelo direito com 40% da amostra, subdividindo-se em 50% cento de ocorrências entre micro e macrolesão, podem ter influenciado o surgimento do índice de depressão e auto-conceito físico do jogador. Não existindo relação dos itens anteriores com Permanência em Portugal na presente amostra.

No seguimento da teoria do suporte social de Cohen (1988, cit. Aragão, 2001) e indo ao encontro dos resultados obtidos no presente estudo, verifica-se que a existência de um suporte social influencia a recuperação física na tipologia da lesão (micro e macro lesão) e um aumento progressivo na capacidade de trabalho. Na ausência desse suporte social, constata-se dificuldades na recuperação e uma redução na capacidade de trabalho em contexto desportivo.

Como menciona Karen S. Book (1984, cit. Aragão, 2001) o suporte social, este mecanismo, facilita a mobilização de recursos psíquicos, podendo aumentar a motivação individual em situações particularmente difíceis. Através dos relacionamentos com pessoas significativas (tais como a família). A forma pessoal de fazer face aos problemas e situações, quer em termos relacionais como emocionais podendo desta forma ser modificada.

Segundo Aragão (2001), um outro modo de actuação importante do suporte social diz respeito à sua capacidade de reduzir a ansiedade e emoções e sentimentos desagradáveis ou dolorosos perante eventos específicos de lesão.

Assim sendo, a influência do suporte social numa doença específica poderá depender da permanência e estabilidade temporal do suporte, na natureza da doença, e no grau de relação entre o tipo de suporte em causa e a patologia (Aragão, 2001).

Como refere Aragão (2001), a identificação de sintomas depressivos, da percepção do suporte social e do *status* funcional surgem como importantes e fundamentais para a qualidade de vida dos lesionados.

No presente estudo a correlação existente corresponde ao Tipo de Lesão com o BDI, ou seja, quanto mais grave for a lesão, maior é o índice de depressão, sendo independentes entre si. Indo ao encontro dos estudos de Petitpas & Danish (1995) que referem que o medo e ansiedade, despoletam elevados níveis de preocupação com a hipótese real de poderem ser substituídos do grupo de trabalho. A intervenção psicológica, nestes contextos segue o modelo de stress e lesões desportivas proposto por Andersen e Williams (1988, 1993, cit. Palha e Cruz, 1997), que se resume a um ajustamento de respostas face ao stress (utilizando o treino de competências de relaxamento, visualização e prática mental), conduzindo a uma melhor adaptação à sua actual condição física, que no presente estudo não se reflecte no auto-conceito físico do jogador.

Segundo Brannon (1992), numa situação de lesão o jogador forma expectativas, uma vez que se trata de um acontecimento de vida stressante. A partir do momento em que o indivíduo entra em processo de reabilitação perde o controlo do próprio corpo, dos diferentes campos da sua vida e nomeadamente no campo social. Segundo Aragão (2001), os sujeitos continuam a ser afectados socialmente por estigmas e juízos de valor, que por sua vez no presente estudo supostamente interferem com o agravamento do BDI, não tendo repercussões no auto-conceito físico do jogador.

A existência do suporte social poderá influenciar a diminuição da sintomatologia depressiva, que por sua vez permitirá uma adequada recuperação física e reintegração no grupo de trabalho.

Podendo desta forma, o sentido de identidade, a auto-estima, a influência social e os recursos materiais são variáveis determinantes nos modelos propostos para a actuação do suporte social como mediador da doença física.

Com base nos dados recolhidos na presente amostra, verificamos que poderá existir relação entre os diferentes itens e o surgimento da sintomatologia depressiva no auto-conceito físico do jogador, contudo os dados recolhidos não suficientemente conclusivos.

Remetendo para o Tipo de lesão como parte externa e visível do indivíduo, enquanto a sintomatologia depressiva e auto-conceito físico do jogador se verifica interna do indivíduo, acedendo-se unicamente após aplicação de questionários como os que foram utilizados no presente estudo.

As limitações do presente estudo remetem-se para a dimensão da amostra corresponder a 20 indivíduos, restringindo deste modo conclusões mais abrangentes da população de jogadores lesionados. Verifica-se também que a Escala de Auto-conceito Físico (Pais-Ribeiro & Ribeiro, 2003) Inventário de Depressão de Beck (“Beck Depression Inventory”; Beck et al., 1961), poderá condicionar o tipo de respostas dadas pelos jogadores como também factores tão dispares como o estado do jogador a quando a aplicação dos questionários como a postura do investigador e conseguinte a sua indirecta influencia nos resultados obtidos.

Alguns pontos de vista que poderão influenciar o desenvolvimento de próximos estudos nesta temática correspondem a dimensão da amostra, sendo adequada que possa ser recolhida em vários pontos geográficos, tendo em conta o género, diferentes modalidades, os diferentes níveis competitivos, promovendo desta forma uma generalização dos resultados.

Sendo importante reflectir sobre a aplicação de diferentes escalas/questionários, como recorrer a diferentes métodos de investigação, para se compreender os diferentes aspectos que possam influenciar a postura do jogador lesionado. E consequentemente a realização de estudos continuados aos jogadores para melhor se compreender o antes e o depois do surgimento da lesão como as suas consequências físicas, psicológicas, sociais

e profissionais, permitindo realizar uma ponte entre o clube (departamento médico) e o jogador, facilitando uma correcta intervenção em cada caso.

Referências

- Abramson, L., Alloy, L., & Metalsky, G. (1998). The cognitive diathesis-stress theories of depression: toward an adequate evaluation of the theories valities. In L. Alloy (Ed.), *Cognitive Processes in Depression*, Guilford Press, New York
- Abreu, M. V. (1979) *Questões de Psicologia e de Pedagogia*. Lisboa: Horizonte
- Amatuzzi, M. M.; Greve, J. M. A.; Carazzato, J. G. (2004). *Reabilitação em Medicina do esporte*. 1ª Ed São Paulo: Roca
- Ana Paula Soares e outros (1999). Inventário da Depressão de Beck: Estudo de Validade numa amostra de doentes com dor crónica. *Avaliação Psicológica: Formas e contextos*. Vol. VI, 245-255. Apport: Braga
- Angel, R. C. (1972). Cooley, Charles, H. *International Encyclopa of the Social Science*, 3, 378-382
- Anthony, J. (1991). Psychologic aspects of exercise. *Clinics in Sports Medicine*, 10 (1), 171-180
- Aragão Oliveira, R. (2001). *Psicologia Clínica e Reabilitação Física*. Coleção Teses, 8. ISPA
- Beck, A. T.; Steer, R. A. & Garbin, M.G. (1988). Psychometric Properties of Beck Depression Inventory: Twenty- Five Years of Evolution. *Clinical Psychology Review*, 8, 77- 100
- Beck, A. T.; Ward, C.H.; Mendelson, M.; Mock, J. & Erbaugh, G (1961). Na Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 53-63
- Blazer, D., Kessler, R., McGongle, K., & Swartz, M. (1994). The pervalence and distribution of depression in a national community sample, *american Journal of Psychiatry*, 151, 979-986
- Brannon, (Ed.), *Health Psychology*, Brooks/Cole Publishing Company, Pacific Grove, Califórnia
- Burns, R. (1979). *The Self-Concept*. London: Longman Group
- Byrne, B. M. (1984). The general/academic self-concept nomological network: a review of conctruct validation a research. *Rewie of Educational Research*, 54, 427-456
- Cooley, C. H. (1902). *Human nature and social order*. New York: Scribner's
- Costa, A. S. «Football, spectacle de compéition – Alliance du merveilleux et du dramatique» in *Recherches Sociologiques*, U.C.L., Louvain, Vol. XX, nº 1, 1989

- Coyne, J., Fchener-Bates, S., & Scwenk, M. (1994). Prevalence, Nature and comorbidity of depressive disorders in primary care, *General Hospital Psychiatry*, 16, 267-276
- Damon, W. (1983). *Social and Personality Development*. New York: Norton & Company
- Donabedien, A. (1984). Volume, Quality and the regionalization of Health Care Services, *Medical Care*, 22, 95-97
- Dunn, G.; Sham, P. & Hand, D. (1993). Statistics and the Nature of Depression. *Psychological Medicine*, 23, 871-889
- Fernandes, J. C e Colaboradores (2002). Mini DSM-IV-TR. *American Psychiatric Association*. Climepsi: Lisboa
- Gotlib, I. H. (1984) Depression and General Psychopathology in University Students. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 19- 30
- Higgins, E. T. (1996). The “self-digest”: Self-knowledge serving self-regulatory functions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 1062-1083
- Kendall, P. C.; Hollon, S. D.; Beck, A. T.; Hammen, C. I. & Ingram, R. E. (1987). Issues and Recommendations Regarding Use of the Beck Depression Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 89-299
- Kirkcaldy, B. D., Shephard, R. J., & Siefen, R. G. (2002). The relationship between physical activity and self-image and problem behaviour among adolescents. *Social Psychiatric Epidemiology*, 37 (11), 544-550
- Louks, J.; Hayne, C. & Smith, J. (1989). Replicated Factor Structure of Beck Depression Inventory. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 473-479
- Mcauley, J., Long, L., Heise, J., Kirby, T., Buckworth, J., Pitt, c., Lehman, K., J., Moore, L., & Reeves, A (2001). A Prospective Evaluation of the effects of a 12-Week Outpatient Exercise Program on Clinical and Behavioural Outcomes in Patients with Epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 2 (6), 592-600
- McAuley, e., Blissmer, B., Katula, J., Duncan T., & Mihalko, S. (2000). Physical activity, self-esteem, and self-efficacy relationships in older adults: a randomized controlled trial. *Annals of behavioral medicine*, 22 (2), 131-139
- Neeman, J., & Harter, S. (1986). *Manual for the self-profile for college students*. Denver: University of Denver
- Oliver, J. M. & Simmons, M. E. (1984). Depression as Measured by the DSM-III and Beck Depression Inventory in an Unselected Adult Population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 892-898

Ossip-Klein, D. J., Doyne, E. J., Bowman, E. D., Osborn, K. M., McDougall-Wilson, I.B., & Neimeyer, R. A. (1989). Effects of running or weight lifting on self-concept in clinically depressed women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 (1), 158-161

Pais-Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi

Pais-Ribeiro, J. L., Ribeiro, L. (2003). Estudo de Validação de uma escala de auto-conceito físico para homens jovens adultos. *Análise Psicológica* (2003), 4 (XXI): 431-439. Edições ISPA

Palha, M. & Cruz, J. (1997). I Encontro Internacional de Psicologia Aplicada ao Desporto e à Actividade Física. Teoria, Investigação e Intervenção Edições (1997).

Pascoe, G. (1983). Patient satisfaction in primary health care, *Evaluation and Program Planning*, 6, 185-210

Pauly, J. T., Palmer, J. A., Wright, C. C., Pfeiffer, G. J. (1982). Effect of 14-week employee fitness program on selected physiological and psychological parameters. *Journal of Occupational Medicine*, 24 (6), 457-463

Petitpas, A. & Danish, S. (1995). Caring for injured athletes. *Sports Psychology Interventions*. Champaign: Human Kinetics, 255-288

Serra, V. (1987). A importância do auto-conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7, (2), 57-66

Silva, R., Maia, J., Santos, P., Fonseca, A., & Seabra, A. (2002). Alterações induzidas no auto-conceito físico pela prática de ginástica aeróbica, musculação e treino cardiovascular em adultos jovens do sexo feminino. *Psicologia: Teoria e Investigação & Prática*, 7 (1), 53-69

Simões, M. F. (2001). *O interesse do auto-conceito em educação*. Plátano, Lisboa

Shavelson, R. J., Hubner, J. J. & Staton, J. C. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46, 407-441

Sherif, M. (1972). Self-concept. *International Encyclopedia of Social Sciences*, 14, 150-158

Steer, R. A.; Beck, A. T.; Riskind, J. H. & Brown, G. (1989). Sex Differences on the Revised Beck Depression Inventory for Outpatients With Affective Disorders. *Journal of Personality Assessment*, 53, 93-702

Tanaka-Matsumi, J., & Kameoka, V. A. (1986) Reliabilities and Concurrent Validities of popular Self-report measures of Depression, Anxiety, and social Desirability. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 328-333

Thomas, R.; Haumont A.; Leveté, J. L. – *Sociologie du Sport*, paris, Presses
Universitaires de France, 1987

ANEXO A

Figuras e quadros de análise dos dados obtidos da amostra.

Anexo A.1

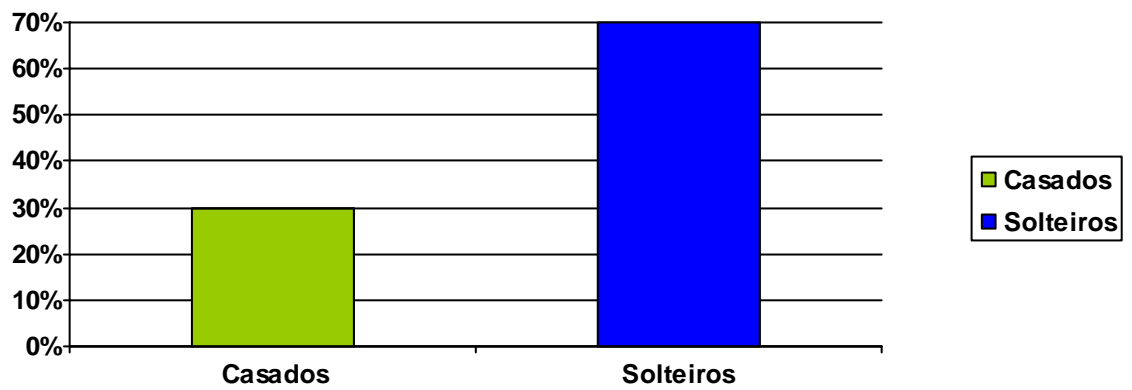


Figura 1: Valores em percentagem do estado civil.

Anexo A.2

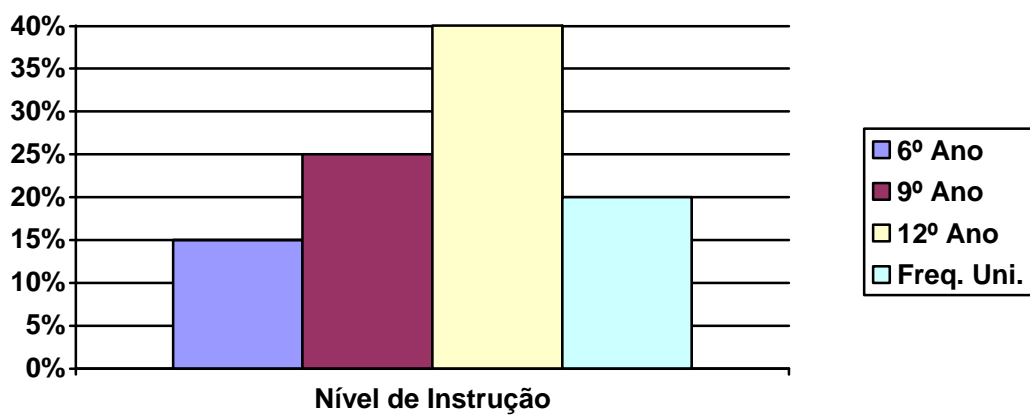


Figura 2: Valores em percentagem do nível de instrução.

Anexo A.3

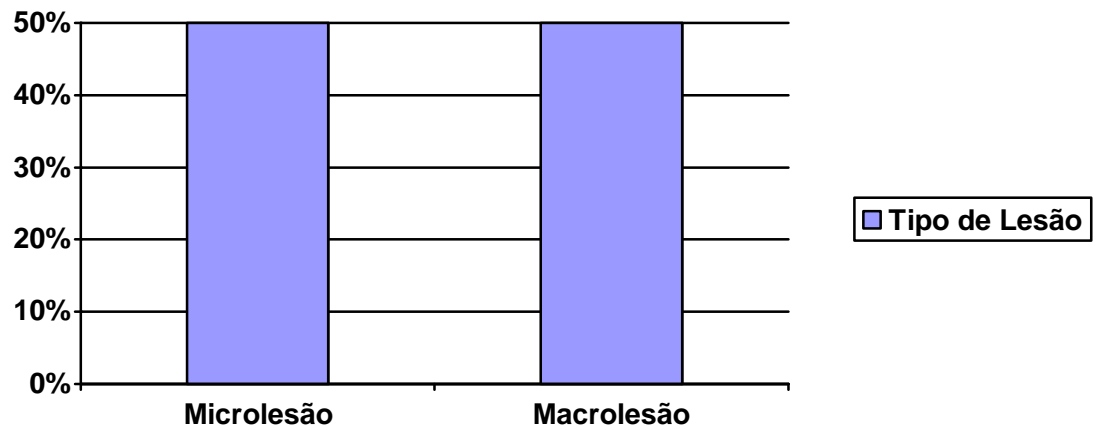


Figura 3: Valores em porcentagem do Tipo de lesão.

Anexo A.4

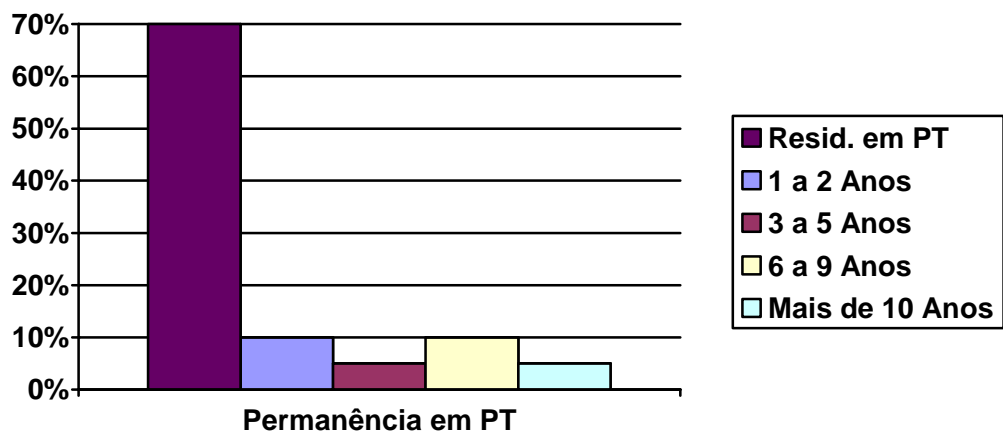


Figura 4: Valor em porcentagem da Permanência em PT.

Anexo A.5

		IDADE	BDIT	ACFT
IDADE	Pearson Correlation	1	,279	,049
	Sig. (2-tailed)		,233	,838
	N	20	20	20
BDIT	Pearson Correlation	,279	1	-,349
	Sig. (2-tailed)	,233		,132
	N	20	20	20
ACFT	Pearson Correlation	,049	-,349	1
	Sig. (2-tailed)	,838	,132	
	N	20	20	20

Quadro 1: Valores obtidos através da correlação entre as variáveis IDADE, BDIT, ACFT.

Anexo A.6

		TIPO_DE_LESAO	BDIT	PERMANENCIA_EM_PT
TIPO_DE_LESAO	Pearson Correlation	1	-,451*	,081
	Sig. (2-tailed)		,046	,733
	N	20	20	20
BDIT	Pearson Correlation	-,451*	1	,150
	Sig. (2-tailed)	,046		,527
	N	20	20	20
PERMANENCIA_EM_PT	Pearson Correlation	,081	,150	1
	Sig. (2-tailed)	,733	,527	
	N	20	20	20

Quadro 2: Valores obtidos através da correlação entre as variáveis TIPO_DE_LESAO, BDIT e PERMANENCIA_EM_PT.

Anexo A.7

		TIPO_DE_LESAO	BDIT	ACFT
TIPO_DE_LESAO	Pearson Correlation	1	-,451*	,136
	Sig. (2-tailed)		,046	,567
	N	20	20	20
BDIT	Pearson Correlation	-,451*	1	-,349
	Sig. (2-tailed)	,046		,132
	N	20	20	20
ACFT	Pearson Correlation	,136	-,349	1
	Sig. (2-tailed)	,567	,132	
	N	20	20	20

Quadro 3: Valores obtidos através da correlação entre as variáveis TIPO_DE_LESAO, BDIT e ACFT.

Anexo A.8

Dependent Variable:BDIT

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	789,500 ^a	11	71,773	2,047	,159
Intercept	1780,394	1	1780,394	50,778	,000
AGREGADO_FAMILIAR	446,892	3	148,964	4,249	,045
NIVEL_DE_INSTRUCAO	70,033	3	23,344	,666	,596
AGREGADO_FAMILIAR * NIVEL_DE_INSTRUCAO	133,097	5	26,619	,759	,603
Error	280,500	8	35,063		
Total	2690,000	20			
Corrected Total	1070,000	19			

Quadro 4: Valores obtidos através da Anova 2-Way das variáveis AGREGADO_FAMILIAR e NIVEL_DE_INTRUCAO em relação á variável dependente BDIT.

Anexo A.9

IDADE

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18	2	10,0	10,0	10,0
	20	1	5,0	5,0	15,0
	21	1	5,0	5,0	20,0
	22	3	15,0	15,0	35,0
	24	1	5,0	5,0	40,0
	25	3	15,0	15,0	55,0
	26	3	15,0	15,0	70,0
	27	1	5,0	5,0	75,0
	28	1	5,0	5,0	80,0
	29	1	5,0	5,0	85,0
	30	2	10,0	10,0	95,0
	31	1	5,0	5,0	100,0
Total		20	100,0	100,0	

Quadro A.1.1 : Tabela de frequências dos valores obtidos da IDADE da amostra.

Anexo A.10

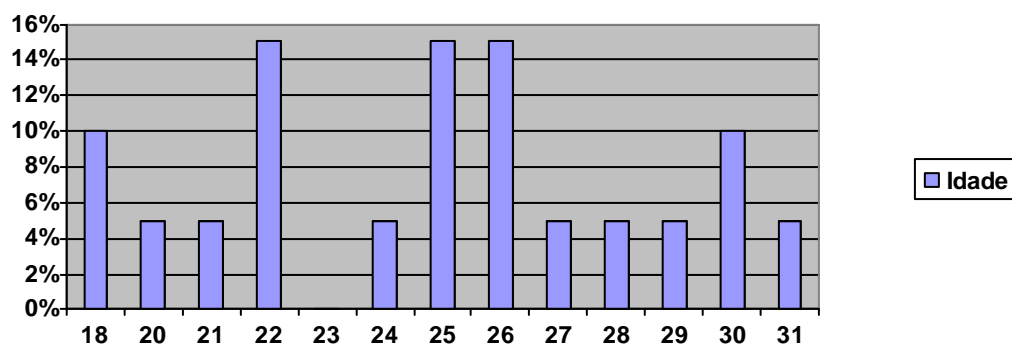


Figura 5: Gráfico percentual do item Idade obtido na amostra.

Anexo A.11

AGREGADO_FAMILIAR

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2 Ind.	6	30,0	30,0	30,0
3 Ind.	9	45,0	45,0	75,0
4 Ind.	3	15,0	15,0	90,0
Mais de 5 Ind.	2	10,0	10,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Quadro 9: Valores obtidos do AGREGADO_FAMILIAR da amostra.

Anexo A.12

ULTIMA_LESAO

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca teve lesões	2	10,0	10,0	10,0
	Há menos de 6 meses	14	70,0	70,0	80,0
	Há 1 época	4	20,0	20,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Quadro 10: Valores obtidos da ULTIMA_LESAO da amostra.

Anexo A. 13

ESTADO_CIVIL

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Casado	6	30,0	30,0	30,0
	Solteiros	14	70,0	70,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Quadro 11: Valores obtidos do ESTADO_CIVIL da amostra.

ANEXO B

Carta de Consentimento

Aceito participar no estudo Lesões desportivas e sintomatologia depressiva e a sua influência no Auto-conceito Físico. Com este estudo pretende-se saber se a lesão e a depressão afectam o autoconceito.

A minha assinatura indica que li, compreendi e concordei com a informação contida nesta Declaração de Consentimento. Qualquer dúvida que tinha foi-me esclarecida satisfatoriamente. Se pretender uma cópia desta declaração, ser-me-á facultada.

Toda a informação recolhida neste estudo, será mantida confidencial.

Data de Investigação:

Assinatura do Jogador:

Assinatura e carimbo da Instituição:

Assinatura do Treinador:

Assinatura do Investigador:

Anexo C

Instrumentos

Anexo C 1

Capa de apresentação dos instrumentos

Clube: _____

Data: ____/____/____

Como sabemos a lesão afecta um jogador a vários campos, estamos mais fragilizados fisicamente e psicologicamente. Com este estudo pretendo saber se a Lesão e a Sintomatologia Depressiva afectam o Auto-conceito Físico do jogador. Após esta folha de rosto encontram-se uma pequena bateria de testes como um questionário sócio-demográfico (pretende dar a conhecer um pouco do jogador), em seguida o Inventário de depressão de Beck, no qual eu gostaria que responde-se com a maior sinceridade possível e a Escala de auto-conceito físico. Esta bateria de testes serão todas anónimas, e só os resultados do grupo é que serão publicados e discutidos. Uma vez mais agradeço a vossa disponibilidade por aceitarem fazer parte deste estudo.

Anexo C 2

Questionário Sócio-demográfico

Idade

Estado Civil

Casado

Divorciado

Solteiro

Outro

Qual? _____

Nível de Instrução

6º Ano

12º Ano

9º Ano

Freq. Uni.

Número do Agregado Familiar

2 3

4

Mais de 5

Quando foi a sua última lesão?

Nunca tive lesões

Há 1 época

Há menos de 6 meses

Há mais de 1 época

Tipo de Lesão

Microlesão

Macrolesão

Que parte do corpo?

Número de Anos de Permanência em Portugal (Caso não tenha nascido em Portugal)

1 - 2 Anos

6 - 9 Anos

3 - 5 Anos

Mais de 10 Anos

Anexo C 3

Inventário de Depressão de Beck

(Beck Depression Inventory"; Beck et al., 1961)

Data ___/___/___

BDI-II

Este questionário é constituído por 21 grupos de afirmações. Leia, com atenção, cada grupo e escolha **uma única afirmação** que melhor descreva a forma como se tem sentido durante as **últimas duas semanas, incluindo o dia de hoje**. Coloque uma cruz junto da afirmação que escolheu. Se no mesmo grupo, várias afirmações lhe parecem adequadas, escolha a que possuir o número mais alto. Assegure-se de que não escolhe mais do que uma afirmação por grupo, incluindo nos itens F16 (Alterações no padrão de sono) e F18 (Alterações no apetite).

F1. Tristeza

- 0 ___ Não me sinto triste.
 1 ___ Sinto-me triste a maior parte do tempo.
 2 ___ Sinto-me sempre triste.
 3 ___ Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

F2. Pessimismo

- 0 ___ Não estou desencorajado em relação ao meu futuro.
 1 ___ Estou mais desencorajado, do que era habitual, acerca do meu futuro.
 2 ___ Não espero que as coisas funcionem comigo.
 3 ___ Sinto que o meu futuro não tem esperança e apenas irá piorar.

F3. Fracassos do Passado

- 0 ___ Não me sinto como um fracasso.
 1 ___ Falhei mais do que devia.
 2 ___ Quando olho para trás, vejo muitos fracassos.
 3 ___ Sinto-me um completo fracasso como pessoa.

F4. Perda de Prazer

- 0 ___ Retiro o mesmo prazer das coisas de que gosto.
 1 ___ Não aprecio tanto as coisas como era habitual.
 2 ___ Sinto muito pouco prazer pelas coisas de que habitualmente gostava.
 3 ___ Não sinto qualquer prazer pelas coisas de que habitualmente gostava.

F5. Sentimentos de Culpa

- 0 ___ Não me sinto particularmente culpado.
 1 ___ Sinto-me culpado por coisas que fiz ou devia ter feito.
 2 ___ Sinto-me culpado a maior parte do tempo.
 3 ___ Sinto-me sempre culpado.

F6. Sentimentos de Punição

- 0 ___ Não sinto que estou a ser castigado.
 1 ___ Sinto que posso vir a ser castigado.
 2 ___ Espero ser castigado.
 3 ___ Sinto que estou a ser castigado.

F7. Auto-Desagrado

- 0 ___ Sinto em relação a mim o que sempre senti.
 1 ___ Perdi a confiança em mim.
 2 ___ Sinto-me desapontado comigo.
 3 ___ Não gosto de mim.

F8. Auto-crítica

- 0 ___ Não me critico ou culpo mais do que o habitual.
- 1 ___ Sou mais crítico comigo mesmo, do que era habitual.
- 2 ___ Critico-me por todas as minhas falhas.
- 3 ___ Culpo-me por tudo de mal que acontece.

F9. Pensamentos ou Desejos Suicidas

- 0 ___ Não tenho quaisquer pensamentos sobre matar-me
- 1 ___ Tenho pensamentos sobre matar-me, mas não os irei concretizar.
- 2 ___ Gostava de me matar.
- 3 ___ Se tivesse oportunidade matava-me.

F10. Choro

- 0 ___ Não choro mais que o habitual.
- 1 ___ Choro mais que o habitual.
- 2 ___ Choro por qualquer coisa.
- 3 ___ Apetece-me chorar, mas não consigo.

F11. Inquietude

- 0 ___ Não me sinto mais inquieto ou preocupado do que habitualmente.
- 1 ___ Sinto-me mais inquieto ou preocupado do que o habitual.
- 2 ___ Sinto-me tão inquieto ou agitado que é difícil estar parado.
- 3 ___ Sinto-me tão inquieto ou agitado que tenho de estar sempre a mexer-me ou a fazer qualquer coisa.

F12. Perda de Interesse

- 0 ___ Não perdi o interesse nas outras pessoas ou actividades.
- 1 ___ Estou menos interessado nas outras pessoas ou coisas, do que habitualmente.
- 2 ___ Perdi muito do interesse que sentia antes pelas pessoas ou coisas.
- 3 ___ É difícil senti-me interessado por alguma coisa.

F13. Indecisão

- 0 ___ Consigo tomar decisões tão bem como antigamente.
- 1 ___ Sinto que é mais difícil tomar decisões, do que habitualmente.
- 2 ___ Sinto muito mais dificuldades em tomar decisões, do que era habitual.
- 3 ___ Tenho dificuldades em tomar decisões.

F14. Sentimentos de Desvalorização

- 0 ___ Não me sinto sem valor.
- 1 ___ Não me considero tão com valor e útil como antigamente.
- 2 ___ Sinto-me mais sem valor quando comparado com outras pessoas.
- 3 ___ Sinto-me completamente sem valor.

F15. Perda de Energia

- 0 ___ Tenho a mesma energia de sempre.
- 1 ___ Tenho menos energia que antigamente.
- 2 ___ Não tenho energia suficiente para fazer muito.
- 3 ___ Não tenho energia suficiente para fazer nada.

F16. Alterações no Padrão de Sono

0 ___ Não notei qualquer alteração no meu padrão de sono.

1a ___ Durmo ligeiramente mais que o habitual.

1b ___ Durmo ligeiramente menos que o habitual.

2a ___ Durmo bastante mais que o habitual.

2b ___ Durmo bastante menos que o habitual.

3a ___ Durmo a maior parte do dia.

3b ___ Acordo 1 ou 2 horas mais cedo e não consigo voltar a dormir.

F17. Irritabilidade

0 ___ Não estou mais irritável do que o habitual.

1 ___ Estou mais irritável do que o habitual.

2 ___ Estou muito mais irritável do que o habitual.

3 ___ Sinto-me sempre irritável.

F18. Alterações no Apetite

0 ___ Não notei qualquer alteração no meu apetite.

1a ___ Sinto ligeiramente menos apetite.

1b ___ Sinto ligeiramente mais apetite.

2a ___ Sinto bastante menos apetite.

2b ___ Sinto bastante mais apetite.

3a ___ Perdi, por completo, o apetite.

3b ___ Estou sempre a pensar em comida.

F19. Dificuldades de Concentração

0 ___ Consigo concentrar-me tão bem como antes.

1 ___ Não me consigo concentrar tão bem como antes.

2 ___ É difícil concentrar-me em alguma coisa durante muito tempo.

3 ___ Sinto que não consigo concentrar-me em nada.

F20. Cansaço ou Fadiga

0 ___ Não estou mais cansado ou fatigado do que o habitual.

1 ___ Fico mais cansado ou fatigado, com mais facilidade do que o habitual.

2 ___ Estou demasiado cansado ou fatigado para fazer muitas das coisas que fazia antigamente.

3 ___ Estou demasiado cansado ou fatigado para fazer a maioria das coisas que fazia antigamente.

F21. Perda de Interesse pelo Sexo

0 ___ Não notei nenhuma alteração recente no meu interesse pelo sexo.

1 ___ Sinto menos interesse sexual.

2 ___ Sinto pouco interesse sexual.

3 ___ Perdi, por completo, o interesse pelo sexo.

Anexo C 4

Escala de Autoconceito Físico

(J. Pais-Ribeiro & L. Ribeiro, 2003)

ESCALA DE AUTO-CONCEITO FÍSICO

Todas as pessoas têm uma ideia de como são. A seguir encontra um conjunto de frases que lhe permitem descrever-se a si próprio/a. Não há respostas boas ou más. Em primeiro lugar deve decidir se a frase que se lhe aplica é a do lado direito ou a do lado esquerdo. Seguidamente deve decidir se «é mesmo assim» ou se é «Mais ou menos assim» e assinalar com uma cruz (x) o quadrado respectivo. Para cada linha (que tem quatro quadrados) só deve assinalar uma cruz.

EXEMPLO

Sou mesmo assim ↓	Sou mais ou menos assim ↓		MAS		Sou mais ou menos assim ↓	Sou mesmo assim ↓
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas gostam de ser como são		Outras pessoas gostariam de ser diferentes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor responda aos itens seguintes

Sou mesmo assim ↓	Sou mais ou menos assim ↓		MAS		Sou mais ou menos assim ↓	Sou mesmo assim ↓
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas não estão satisfeitas com o seu aspecto físico		Outras pessoas estão satisfeitas com o seu aspecto físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas estão satisfeitas com o seu peso e altura		Outras pessoas gostariam que o seu peso e altura fossem diferentes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas sentem que não têm boas capacidades atléticas		Outras pessoas sentem que têm boas capacidades atléticas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas gostariam que o seu corpo fosse diferente		Outras pessoas gostam do seu corpo tal como é	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas agradam do ponto de vista físico às pessoas do sexo oposto		Outras pessoas não agradam do ponto de vista físico às pessoas do sexo oposto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Algumas pessoas consideram-se fisicamente atraentes		Outras pessoas não se consideram fisicamente atraentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Algumas pessoas sentem que têm, em comparação com os outros, reflexos rápidos		Outras pessoas pensam que não têm reflexos rápidos, em comparação com os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas consideram-se enérgicas		Outras pessoas não se consideram enérgicas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas causam boa impressão, do ponto de vista físico, nas outras pessoas		Outras pessoas não causam muita boa impressão, do ponto de vista físico, nas outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Escala de Auto-Conceito Físico de J. Pais-Ribeiro & L. Ribeiro, 2001