



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO  
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MESMP)

Diogo Neves  
Moura

SAÚDE MENTAL DE JOVENS ATLETAS DE FUTEBOL FEDERADO PERANTE A PRIVAÇÃO DA PRÁTICA DESPORTIVA EM COMPETIÇÃO

SAÚDE MENTAL DE JOVENS ATLETAS DE FUTEBOL FEDERADO  
PERANTE A PRIVAÇÃO  
DA PRÁTICA DESPORTIVA EM COMPETIÇÃO

Dissertação de Mestrado

Diogo Neves Moura

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MESMP)

**SAÚDE MENTAL DE JOVENS ATLETAS DE FUTEBOL FEDERADO PERANTE A  
PRIVAÇÃO DA PRÁTICA DESPORTIVA EM COMPETIÇÃO**

MENTAL HEALTH OF YOUNG FEDERATE FOOTBALL ATHLETES DURING THE DEPRIVATION OF  
SPORTS COMPETITION

Dissertação de Mestrado orientada pelo Prof.º Doutor Carlos Sequeira e coorientada pela  
Prof.ª Doutora Lara Pinho

Diogo Neves Moura

Porto, 2022



## AGRADECIMENTOS

As humildes palavras que passo a declarar reservam-se a todos aqueles que *direta ou indiretamente* detiveram - cada um com o seu reconhecido cunho - uma participação *valerosa* para a providência sã deste impresso. Pondero neste momento ser breve mas absolvam-me antecipadamente por um eventual entusiasmo que aqui possa vir a manifestar. Certamente que o que quer que escreva será sempre módico para representar todo o *aporte* que a mim - enquanto pessoa e profissional - deram num passado, dão continuamente num presente e continuarão a dar num futuro. Assim, *pelo menos*, o espero.

Agradeço, num primeiro e *óbvio* instante, ao Prof.<sup>o</sup> Doutor Carlos Sequeira, pela orientação e rigor científico que transpira e transmite, pela sua compreensão, amizade e apoio perene em todo o meu percurso académico, pela exímia representação que labora da nossa especialidade e pelo fantástico modelo que firma para mim e para muitos outros entusiastas desta vertente.

À Prof.<sup>a</sup> Doutora Lara Pinho, pela sua próxima coorientação e disponibilidade, pelo reforço positivo e conselhos futuros e pela confiança contínua que sempre depositou em mim.

Aos meus pais que mesmo “apartados” de mim por uma simpática distância de uns sensíveis 3000 km - 2936 km, *para ser mais preciso* - demonstram que a utilização das anteriores *aspas* não se resume a um mero equívoco e que o amor que nos nutre não se reprime a esse estorvo, por me proporcionarem todas as condições possíveis e imaginárias para eu ser quem sou e para me tornar em quem pretendo ainda ser.

À minha madrinha, por me conceber a guarida necessária, pela sua amizade e acompanhamento num ano complicado de transição para mim e, *certamente*, para ela.

À minha namorada, por ser a extensão da *família* que eu escolhi para mim, pela sua paciência, incentivo e companheirismo sempre patentes nestes profusos anos em que juntos enfrentamos a vida.

Aos meus primos e amigos, sumariamente ilustrados na pessoa de Diogo Resende - a quem particularmente gratulo pelas intermináveis tertúlias e partilha informal de conhecimento e por me conhecer e ajudar desde que existimos - e Vítor Teixeira - pelo justamente subscrito e pelo ainda apoio informático que sempre me proporcionou nos momentos de maior *desesperança*.

À Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (ASPESM), por me acolherem de forma tão prematura e por cimentarem a minha paixão, *acima de tudo*, pela disciplina e sua especialidade.

A todos os elementos visados com o estudo - clubes, dirigentes, treinadores e atletas - por permitirem dar forma ao trabalho e por acreditarem e contribuírem para a sua causa.

O documento próximo *certamente* que não conheceria a mesma luz sem o seu contributo.

*“They know for my talent, my talent, but don’t know how my pain feels”*

*Juice WRLD em “My life on a nutshell”.*



## RESUMO

**Contexto:** O substrato para o presente estudo desponta da prolongadíssima interrupção a que as competições de futebol de formação assistiram, versando, desta forma, inúmeras interrogações sobre as particularidades psicológicas geradas numa população adolescente, que particularmente se consubstancia no desporto para regularizar o seu bem-estar e as suas vivências.

**Objetivos:** Avaliar a saúde mental de jovens atletas de futebol federado perante a privação da prática desportiva em competição, decompondo-a em variáveis como a saúde mental positiva, literacia em saúde mental, motivação, sono, ansiedade, comportamentos aditivos e acompanhamento providenciado por parte dos clubes. Comparar e analisar força de associação entre algumas das variáveis entre si.

**Metodologia:** Estudo quantitativo, descritivo correlacional, transversal e epidemiológico. Recorreu-se a uma amostragem não-probabilística por conveniência composta por 115 jovens atletas de futebol federado. A recolha de dados, transcorrida entre abril e junho de 2021, processou-se através de um questionário disponibilizado via *on-line* aos representantes dos clubes.

**Resultados:** Os resultados obtidos testemunham universalmente a existência de níveis bem satisfatórios para as variáveis em análise, altamente representadas pelos valores médios elevados de saúde mental positiva e de motivação para a prática desportiva durante este período. A ínfima taxa de abandono da modalidade observada subscreve similarmente o referido. Os deficitários valores de literacia em saúde mental e os resultados decorrentes da aplicação do instrumento “Inventário de Saúde Mental – 5 (ISM-5)” representam, antagonicamente, os índices com resultados médios gerais de maior alarme.

**Conclusões:** As conclusões do presente estudo testemunham, em primeira mão, a pertinência e matéria-prima declarada através da sua questão de partida e reitera a necessidade de desenvolvimento de estudos de acompanhamento futuros, desproporcionados, até, de um presente pandémico para se poder aferir, com maior clarividência, os índices de saúde mental residuais nos atletas. Os dados aventados firmam ainda a necessidade de um maior investimento num paradigma de promoção e prevenção da saúde mental dos atletas, assente no desenvolvimento e validação de programas de saúde mental positiva e de literacia em saúde mental adaptados aos mesmos.

**Palavras-chave:** Adolescência/Futebol/Saúde mental positiva/Literacia em saúde mental/Motivação.

## ABSTRACT

**Context:** The substrate for the present study emerges from the very long interruption witnessed by youth football competitions, addressing, *in this way*, numerous questions about the psychological particularities produced in an adolescent population, which, *particularly*, is embodied in sports to regulate their well-being and their experiences.

**Objectives:** To assess mental health of young athletes during the deprivation of sports competition. This study also measures variables such as positive mental health, mental health literacy, motivation, anxiety, sleep, additions and the follow-up provided by the clubs during this time. Compare and analyze the strength of association between some variables.

**Methodology:** Quantitative, descriptive correlational, transversal and epidemiologic study. A non-probabilistic for convenience sample was used and includes 115 young football athletes. Data was collected between *April and June 2021* using an *online* questionnaire.

**Results:** These results testify the existence of very *satisfactory* levels for the variables under analysis, highly represented by the average values of positive mental health and motivation to still practice football during this period... The tiny rate of *dropout* similarly supports what was mentioned before. The *deficient* values of literacy in mental health and the results after application of "Inventory of Mental Health – 5 (ISM-5)" represent the indices with general *average* results of greater alarm.

**Conclusion:** The conclusions of the study prove the relevance and raw material declared through its starting question and reiterates the need to develop future follow-up studies, disconnected of a present *pandemic*, in order to be able to measure, *with greater foresight*, residual mental health indices in these athletes... The data put forward also confirm the need for greater investment in a paradigm of promotion and prevention of athletes' mental health, based on the development and validation of adapted *positive mental health and mental health literacy programs*.

**Key words:** Adolescence/Football/Positive mental health/Mental health literacy/Motivation.

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	17
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	21
1. SAÚDE MENTAL.....	21
1.1 Saúde mental positiva.....	23
2. LITERACIA EM SAÚDE.....	27
2.1 Literacia em saúde mental.....	33
2.1.1 Literacia em saúde mental na adolescência.....	35
3. ADOLESCÊNCIA.....	37
3.1 Adolescência e saúde mental durante o período pandémico.....	40
4. ATIVIDADE FÍSICA, EXERCÍCIO FÍSICO E DESPORTO.....	45
4.1 Benefícios da prática de atividade física e desporto.....	46
4.2 Futebol de formação.....	49
4.3 Saúde mental de desportistas.....	50
4.4 Pandemia (COVID-19) e as suas repercussões no desporto.....	52
PARTE II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	57
1. METODOLOGIA.....	57
1.1 Pertinência do estudo e os seus objetivos gerais.....	57
1.2 Desenho do estudo.....	58
1.3 Participantes.....	59
1.4 Instrumentos.....	59
1.5 Procedimentos.....	63
1.6 Considerações éticas.....	65
2. RESULTADOS.....	67
2.1 Análises estatísticas.....	67
2.2 Análises inferenciais.....	92
3. DISCUSSÃO.....	101
4. LIMITAÇÕES.....	109
5. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA.....	111
CONCLUSÃO.....	115
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	117
ANEXOS.....	141



## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Definição dos fatores do Modelo de Saúde Mental Positiva (Lluch, 1999, 2020; Sequeira & Lluch, 2015; Lluch-Canut, Sequeira & Roldán-Merino, 2017). .....	26
<b>Figura 2</b> - Modelo Conceptual da Literacia em Saúde (Adaptado de Mancuso, 2008).....	29
<b>Figura 3</b> - Níveis de literacia em saúde (Adaptado de Kickbusch, 2004).....	30
<b>Figura 4</b> - Modelo integrativo de literacia em saúde (Adaptado de Sørensen et al., 2012) ..	31

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Frequência absoluta (n) e relativa (%) das respostas referentes às variáveis de “Caracterização sociodemográfica” .....	68
<b>Tabela 2</b> - Frequência absoluta (n) das respostas referentes à variável “Escalão” .....	70
<b>Tabela 3</b> - Frequência absoluta (n) das respostas referentes à variável “Divisão”. .....	71
<b>Tabela 4</b> - Frequência absoluta (n) das respostas referentes à variável “Número de clubes”. .....	72
<b>Tabela 5</b> - Frequência absoluta (n) e relativa (%) das respostas referentes à variável “Número de treinos antes da pandemia, entre Agosto-Setembro/2020 a Janeiro 2021 e atualmente”. .....	73
<b>Tabela 6</b> - Frequência absoluta (n) e relativa (%) das respostas referentes à variável “Duração dos treinos antes da pandemia, entre Agosto-Setembro/2020 a Janeiro 2021 e atualmente”. .....	74
<b>Tabela 7</b> - Frequência absoluta (n) e relativa (%) das respostas referentes à questão “9.1 Indique de acordo com as seguintes opções disponibilizadas, com que frequência se sentiu ansioso(a) durante o último mês” .....	74
<b>Tabela 8</b> - Média e desvio-padrão dos resultados decorrentes da aplicação do Behaviour Regulation Sports Questionnaire (BRSQ).....	75
<b>Tabela 9</b> - Frequência absoluta (n) e relativa (%) das respostas referentes à variável “Nível de motivação antes e durante a pandemia”.....	76
<b>Tabela 10</b> - Frequência absoluta (n) e relativa (%) das respostas decorrentes da aplicação do “Inventário de Saúde Mental – 5 (ISM-5)” .....	79
<b>Tabela 11</b> - Frequência absoluta (n) e relativa (%) das respostas decorrentes da aplicação do “Escala de Boa Saúde Mental”. .....	80
<b>Tabela 12</b> - Frequência absoluta (n) e relativa (%) das respostas decorrentes da aplicação da “Questionário de Conhecimento em Saúde Mental”. .....	83
<b>Tabela 13</b> - Média, desvio-padrão, score médio, valores mínimos e máximos obtidos através da aplicação do “Questionário de Saúde Mental Positiva (QSM+)” .....	85
<b>Tabela 14</b> - Frequência absoluta (n) e relativa (%) das respostas obtidas no fator (1) “Satisfação Pessoal” no Questionário de Saúde Mental Positiva (QSM+). .....	86

<b>Tabela 15</b> - Frequência absoluta (n) e relativa (%) das respostas obtidas no fator (2) “Atitude Pró-Social” no Questionário de Saúde Mental Positiva (QSM+).....	87
<b>Tabela 16</b> - Frequência absoluta (n) e relativa (%) das respostas obtidas no fator (3) “Autocontrole” no Questionário de Saúde Mental Positiva (QSM+).....	88
<b>Tabela 17</b> - Frequência absoluta (n) e relativa (%) das respostas obtidas no fator (4) “Autonomia” no Questionário de Saúde Mental Positiva (QSM+).....	89
<b>Tabela 18</b> - Frequência absoluta (n) e relativa (%) das respostas obtidas no fator (5) “Resolução de Problemas” no Questionário de Saúde Mental Positiva (QSM+).....	90
<b>Tabela 19</b> - Frequência absoluta (n) e relativa (%) das respostas obtidas no fator (6) “Habilidades de Relação Interpessoal” no Questionário de Saúde Mental Positiva (QSM+).....	91
<b>Tabela 20</b> - Análise inferencial (Teste de Mann-Whitney) entre as variáveis “Saúde mental positiva” e “Sexo”.....	93
<b>Tabela 21</b> - Análise inferencial (Teste de Kruskall-Wallis) entre as variáveis “Saúde mental positiva” e “Idade”.....	94
<b>Tabela 22</b> - Análise inferencial (Teste de Mann-Whitney) entre as variáveis “Saúde mental positiva” e a questão “5.5 Alguma vez pensou em abandonar o futebol durante este período de pandemia?”.....	94
<b>Tabela 23</b> - Análise inferencial (Teste de Mann-Whitney) entre as variáveis “Saúde mental positiva” e a resposta à questão “11.1 Durante este confinamento, os eu clube prestou/presta algum tipo de acompanhamento aos seus atletas?”.....	95
<b>Tabela 24</b> - Análise inferencial (Teste de Mann-Whitney) entre as variáveis “Nível de motivação antes da pandemia” e “Sexo”.....	96
<b>Tabela 25</b> - Análise inferencial (Teste de Mann-Whitney) entre as variáveis “Nível de motivação durante a pandemia” e “Sexo”.....	96
<b>Tabela 26</b> - Análise inferencial (Teste de Kruskall-Wallis) entre as variáveis “Nível de motivação durante a pandemia” e “Idade”.....	97
<b>Tabela 27</b> - Análise inferencial (Teste de Mann-Whitney) entre as variáveis “Nível de motivação durante a pandemia” e a resposta à questão “5.5 Alguma vez pensou em abandonar o futebol durante este período de pandemia?”.....	98
<b>Tabela 28</b> - Análise inferencial (Teste de Mann-Whitney) entre as variáveis “Literacia em saúde mental” e “Sexo”.....	98
<b>Tabela 29</b> - Análise inferencial (Teste de Kruskall-Wallis) entre as variáveis “Literacia em saúde mental” e “Idade”.....	99

**Tabela 30** - Análise inferencial (Teste de Mann-Whitney) entre as variáveis “Literacia em Saúde Mental” e a resposta à questão “11.2 Desenvolveu algumas estratégias ou atividades durante esta pandemia?” ..... 100

## INTRODUÇÃO

No *desígnio* da presente unidade curricular destinada à elaboração de um trabalho de *dissertação*, integrado no programa de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e realizado *localmente* na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), no ano letivo 2020/2021, foi-me requerida a composição do *preciso* documento, documento esse elucidativo do trabalho de investigação *trilhado* até ao momento da sua entrega.

O percurso realizado privou com um apoio íntimo por parte de dois *docentes*, representados na primeiríssima pessoa pelo Prof.<sup>o</sup> Doutor Carlos Sequeira, docente orientador na Escola Superior de Enfermagem do Porto e pela Prof.<sup>a</sup> Doutora Lara Pinho, coorientadora e docente na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, aos quais, ainda num prematuro momento, evoco as minhas palavras de agradecimento por todo o suporte teórico e conhecimento transmitido ao cabo deste período.

Determinou-se, colaborativamente com os anteriores orientadores, *assim* a necessidade de desenvolvimento de um estudo centrado na *ponderação* dos níveis de saúde mental exibidos por jovens atletas de futebol federado perante um período de privação da prática desportiva, entenda-se, no seu domínio *competitivo*.

A problemática sobre a qual o estudo desponta é facilmente explicável com recurso à situação pandémica que, à data da *conceção* deste documento, todos experimentamos e que se traduziu em repercussões inqualificáveis na vivência de todos os praticantes de desportos federados. O *futebol de formação*, enquanto modalidade mais representada na população adolescente e atendendo às suas particularidades, acabara por ser um dos setores mais veemente lesados, estando integralmente privado da sua componente competitiva durante um período de tempo superior a um ano.

O desporto formula um espaço com um potencial portentoso para formação e educação, pelo que a remoção da sua vertente competitiva desvirtua a sua génese (Marques, 2014). O mesmo autor esclarece ainda que a competição proporciona uma oportunidade de avaliação das capacidades de cada atleta, numa iminente comparação consigo e com os outros,

sustentando a criação de uma boa imagem social e desenvolvimento de valores transponíveis para a sua vida em sociedade.

O apogeu do desporto remete, na *ótica* do atleta, para o momento do jogo, pelo que tal situação poderá contribuir para o despontar de algumas problemáticas de saúde mental e ao inclusive abandono prematuro da modalidade. A longa suspensão experimentada associa-se em *simultâneo* a uma disparidade completa nas dinâmicas desportivas conforme estas eram conhecidas, encarcerando a prática no seu esplendor.

O primeiro propósito do presente estudo intenciona avaliar diferentes índices de saúde mental em atletas adolescentes, apresentando, num *primeiro* plano, a saúde mental positiva, a literacia em saúde mental e a motivação e comparando-as entre si e com outros elementos em estudo. Outros valores como a ansiedade, o sono, os comportamentos aditivos e o tipo de acompanhamento providenciado por parte dos clubes constam também nos domínios avaliados com o restante relatório em curso.

A sua nomeação incorre na referência a uns outros intentos anexos, destacando-se a necessidade de *sensibilização* para a importância da saúde mental no universo desportivo, mobilizando-a como um instrumento em prol do próprio rendimento desportivo e conceber um contributo para o desenvolvimento do corpo de conhecimento sobre a temática, formulando uma compreensão apropriada sobre o *fenómeno* e ampliando, *por conseguinte*, o campo de intervenção especializado na sua esfera.

O documento encontra-se estruturalmente repartido em duas metades, efetuando, num primeiro momento, um enquadramento teórico, *conceptual*, numa alusão aos preceitos que corporalizaram a matéria em escrutínio. A outra metade – enquadramento metodológico - esclarece os *aspetos* de natureza metodológica que orientaram o estudo e procura descrever e fundamentar as opções tomadas quanto aos métodos com base na problemática elencada. A apresentação dos resultados, a sua discussão e principais conclusões complementam o documento.

A metodologia assumida para as suas escrituras provém de um profundo processo de revisão da literatura norteado através do acesso a livros e trabalhos da academia presentes na biblioteca da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e a bases de dados científicas

creditadas, como *Web of Science Core Collection (via Web of Science - ISI Web of Knowledge)*; *MEDLINE® with Full Text, CINAHL Complete, Psychology and Behavioral Sciences Collection e SPORTSDiscus with Full Text (via EBSCOhost Web)*; *SciELO, Scopus, Cochrane Library, JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*.

Outros repositórios científico - como o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) - foram também alvos de um recurso exaustivo. As citações e referências bibliográficas constam segundo as orientações providenciadas no estilo APA (6ª Edição de 2020).



## PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 1. SAÚDE MENTAL

A concisa descrição dos seguintes conceitos torna-se verdadeiramente complexa considerando as *múltiplas* compreensões existentes sobre os mesmos, a evolução dos cuidados em saúde e a ainda influência empreendida pelos seus contextos sociopolíticos anexos. De qualquer das formas, podemos afirmar que o conceito de saúde compreende um *satisfatório* estado físico, mental e social, suplantando a sua mera visão enquanto ausência de doenças ou enfermidades (Organização Mundial de Saúde, 2007). O apêndice “*mental*” assinalado sintetiza um interveniente primário para a saúde num panorama genérico.

O presente trabalho incorpora a soma entre os dois - o conceito de *saúde mental* - como um “estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe o seu próprio potencial, é capaz de lidar com o stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e de dar um contributo para a sua comunidade” (Organização Mundial de Saúde, 2014). O seu conteúdo preconiza a existência de três tópicos centrais à saúde mental - o bem-estar do indivíduo, o seu funcionamento autónomo e o seu funcionamento contributivo para a comunidade. A noção de bem-estar está contígua *quer* ao conceito de saúde, *quer* ao conceito de saúde mental e fixa-se pela sua natureza subjetiva e com robusta influência por parte das culturas.

A abordagem do conceito de saúde implica *indissociavelmente* uma divergência para o seu ponto antagónico de doença. Fazenda (2008) esclarece a patologia mental como uma enfermidade, uma anormalidade ao ideal apetecido, contemplando na sua dimensão uma vasta gama de quadros clínicos. A doença mental representa, *deste modo*, uma entidade nosológica diagnosticável que importuna pensamentos, emoções e comportamentos da pessoa e que se repercute fortemente na sua funcionalidade, capacidade laboral e de envolvimento em relações interpessoais aprazíveis (Loureiro, 2014).

O conceito de problema de saúde mental veiculado no corpo do *trabalho* difere deste último, abarcando também a totalidade de sintomas que na sua singularidade não constituem ainda critério para enunciação de um diagnóstico clínico (Kitchener et al., 2017).

A saúde mental e os seus subsequentes distúrbios resultam de um conjunto formado por atributos individuais, assentes na capacidade de gestão dos próprios pensamentos, emoções, comportamentos e interações com os outros e motivos sociais, culturais, económicos, políticos e ambientais – como políticas nacionais, padrões de vida, condições de trabalho e apoio social da comunidade (Organização Mundial de Saúde, 2013).

O Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (Caldas de Almeida J. & Xavier M., 2013) elucida para a elevada prevalência de distúrbios psiquiátricos na população portuguesa, de onde se ressaltam as perturbações de *ansiedade* (16,5%) e as perturbações *depressivas* (7,9%). As perturbações psiquiátricas acometem um considerável valor de *1 em cada 5 portugueses* e em que a sua quase metade (42,7%) virá a desenvolver uma destas perturbações no seu ciclo de vida (Direção Geral de Saúde, 2014).

A *World Mental Health Survey Initiative* documenta a prevalência de perturbações mentais na nossa população similarmente, equiparando-a somente aos valores obtidos na Irlanda do Norte e, *num restante globo*, aos Estados Unidos da América (Direção Geral de Saúde, 2017). Ainda no que concerne ao consumo medicamentoso, o relatório anual elaborado pelo Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2019) reitera de forma taxativa um elevado consumo de psicofármacos, como benzodiazepinas e antidepressivos.

Independentemente da sua ínfima taxa de mortalidade associada, as problemáticas de saúde mental pressupõem elevadas taxas de incapacidade (Whiteford et al., 2013; Direção-Geral da Saúde, 2017) traduzidas numa inaptidão, limitação da atividade ou restrição da participação do indivíduo nas diversas das suas diversas tarefas (Organização Mundial de Saúde, 2004; 2013).

A perspetiva positiva primeiramente apresentada serve um paradigma em que a saúde mental transgride a ausência de patologia, o discurso psiquiátrico que a entende como contrária à *loucura*, integrando as características psicossociais positivas que o indivíduo dispõe e que o relança ante os percalços da vida (Keyes 2002, 2007).

A ausência de doença mental não pode ser, todavia, entendida como uma garantia de saúde mental embora os ganhos em saúde mental exerçam um efeito *protetor* na sua incidência (Keyes, Dhingra & Simões, 2010; Ferreira, 2015).

A saúde mental compõe o esteio do bem-estar geral e compactua com o sentido manifesto pela expressão “*mente sã em corpo são*”. A sua promoção visa manter ou maximizar o gradiente de saúde mental positiva, viabilizando a resiliência e dotando os indivíduos de competências para lidar com os acontecimentos negativos íntimos ao ciclo de vida qualquer humano (Davis, 2002; Keyes, 2007).

O trabalho continuado de promoção constitui-se como o método em longevidade mais eficaz para a prevenção do alcance de níveis patológicos disformes. A mente, similarmente a qualquer outro constituinte do corpo humano, requer também uma *exercitação* característica para que seja assegurado o seu estadió adequado ao longo da vida... A promoção da saúde mental congrega, *em muitos casos*, a saúde mental positiva, considerando-a um direito humano elementar ao desenvolvimento socioeconómico (Teixeira et al., 2020).

### **1.1 Saúde mental positiva**

A saúde mental positiva frisa as referências feitas anteriormente e constitui-se como uma entidade própria inclusa na saúde mental resultante de vários fatores (Lluch, 2008). As primeiras referências a este conceito reportam a Maria Jahoda onde, no *término* dos anos 50, o menciona no manuscrito “*Current concepts of positive mental health*”. Este documento é considerado um elemento de referência na construção e abordagem da saúde mental segundo um ponto de vista de promoção, considerando, *uma vez mais*, que a saúde mental extrapola a ausência de distúrbio mental (Lluch, 1999).

A saúde mental positiva emerge dos pressupostos enunciados na psicologia positiva e, *nesta ordem*, a sua abordagem ideológica proclama uma rutura com os pressupostos mais convencionais (Nunes, 2007; Snyder e López, 2009), apontando os seus esforços para minorar os problemas sociais, incentivar o estudo dos fatores *protetores e de risco* e

incentivar a compreensão das emoções e traços positivos que devem ser estimulados para a resposta aos problemas (Nunes, 2007).

Sequeira (2015) conceptualiza o presente construto como a “capacidade de desfrutar da vida, lidar e afrontar favoravelmente eventos da vida, sentir-se bem emocionalmente, ter valores éticos, estar conectado socialmente, assim como, manter o respeito pela cultura, equidade, justiça e dignidade social.” Por outras palavras, a saúde mental positiva fomenta a tentativa de estar e sentir-se da melhor forma dentro das circunstâncias próprias e possíveis em que o indivíduo se encontra, interpretando e aceitando a normalidade de muitos dos seus pensamentos, sentimentos e comportamentos (Lluch et al., 2017).

A saúde mental positiva não é inerte - muito pelo contrário. Trata-se de um estado dinâmico que congrega pensamentos, sentimentos e comportamentos de índole positiva e negativa, frisando a necessidade de se experimentar e aceitar a realidade conforme esta se apresenta, devendo sempre potenciar estados e pensamentos positivos e/ou de bem-estar (como a felicidade, a alegria e a satisfação) mas reconhecendo na mesma um espaço para a expressão da complexidade da nossa mente. Lluch et al., (2017) esclarece, desta forma, que sentir-se triste, irritado ou enfadado é, em determinados casos, perfeitamente adaptativo e acima de tudo saudável. O ser humano é dotado de uma tremenda expressividade emocional, pelo que assumir uma postura limitativa desta capacidade seria quase um atentado contra a sua própria natureza.

O conceito explorado compõe uma das porções da saúde na sua globalidade, considerando o desígnio “positivo” enquanto a promoção de um conjunto de ações que levam ao maximizar os diversos índices de saúde mental (Leite, 2016). O elevar dos referidos níveis almeja a aquisição de uma atitude perante a vida respaldada na *resolução de problemas, pensamento crítico, comunicação, relações* interpessoais e empatia e a aplicação de um compêndio de estratégias para enfrentamento das emoções, considerando os métodos de autocontrolo e de relaxamento (Lluch, 2002).

Lluch (1999; 2018) sistematiza o explanado através dos seguintes tópicos:

- *Integração na promoção da saúde mental, com forte relação aos estudos de Seligman no quadro da psicologia positiva;*

- *Aceitação dos momentos de mal-estar (tristeza, decepção e doença) como normais na vida, uma vez que a mente precisa de expressar toda a sua complexidade no dinamismo que oscila entre o amor e a dor, a vida e a morte, a tristeza e a alegria;*
- *Aceitar todas as emoções, negativas e positivas, como cruciais à vida;*
- *Promover a resiliência como forma de adaptação a situações negativas, evitando que se prolonguem mais do que o estritamente necessário;*
- *Procurar levar a pessoa a estar e a sentir-se o melhor possível dentro das circunstâncias específicas em que se encontra (Leite, 2016).*

O Modelo Multifatorial da Saúde Mental Positiva, desenvolvido também por Maria Teresa Lluch-Canut (1999), nasce com o propósito de otimizar aquele primeiramente definido, conferindo-lhe uma maior aplicabilidade para o contexto clínico assistencial. A sua substância compila a existência de seis características psicossociais: satisfação pessoal, atitude pró-social, autocontrole, autonomia, resolução de problemas e habilidades de relacionamento interpessoal (Lluch, 1999, 2003).

<b>Fator</b>	<b>Definição</b>
<b>F1: Satisfação Pessoal</b>	Refere-se à satisfação consigo mesmo (auto-conceito/auto-estima), com a vida pessoal e com as perspectivas futuras.
<b>F2: Atitude Pró-social</b>	Inclui a sensibilidade da pessoa ao seu ambiente social, a atitude e o desejo de ajudar a apoiar os outros e a aceitação dos outros e fatos sociais diferenciais.
<b>F3: Autocontrole</b>	Contempla a capacidade da pessoa de lidar com situações de stresse e conflito, equilíbrio emocional e tolerância à frustração, ansiedade e stresse.
<b>F4: Autonomia</b>	Inclui a capacidade da pessoa de tomar as suas próprias decisões aplicando os seus próprios critérios, auto-regulando seu próprio comportamento e mantendo um bom nível de segurança pessoal.
<b>F5: Resolução de Problemas e Auto atualização</b>	Refere-se à capacidade da pessoa de tomar decisões e resolver os problemas que a vida acarreta, bem como a capacidade de se adaptar às mudanças, desenvolvendo uma atitude flexível e de crescimento pessoal contínuo.
<b>F6: Habilidades de Relação Interpessoal</b>	Inclui a capacidade da pessoa em comunicar e estabelecer relações interpessoais harmoniosas com o seu ambiente e a capacidade de comunicar sentimentos e dar e receber afeto.

**Figura 1-** Definição dos fatores do Modelo de Saúde Mental Positiva (Lluch, 1999, 2020; Sequeira & Lluch, 2015; Lluch-Canut, Sequeira & Roldán-Merino, 2017).

A definição de saúde mental positiva proposta flori de múltiplos princípios base, importando vincar, num primeiro posto, que o conceito é precisamente isso - um conceito - não podendo ser definido de forma única. O mesmo solicita a sua mensuração *específica*, escrutinando-o em domínios próprios e aceitando-o enquanto um estado oscilante e em que o seu dinamismo implica o reconhecimento de pensamentos, emoções e vivências positivas e negativas. Esta amplitude no reconhecimento de estados exige a definição clara de limites, *em excesso ou por défice*, de maneira a esclarecer critérios para um diagnóstico patológico.

Os seis fatores psicossociais que compõe este paradigma teórico estabelecem uma relação mútua entre todas, pelo que o benefício de uns poderá compensar o défice de outros. A importância de cada um pode, no entanto, divergir também em função das condições providenciadas pelo momento (Lluch, 1999, 2002, 2003, 2008, Lluch-Canut, Sequeira e Roldán-Merino, 2017).

## 2. LITERACIA EM SAÚDE

A literacia em saúde vem a adquirir uma crescente propensão no decurso das últimas décadas, como resultado da identificação de novas necessidades na esfera da saúde como, *nomeadamente*, a premência em assumir uma atitude mais participativa na mesma (Nutbeam, 2000; Chinn, 2011; Direção-Geral da Saúde, 2015). O equivalente transcreve-se também no reconhecimento de que quanto maior a quantidade e qualidade das informações recolhidas sobre a presente temática, melhores serão, *por consequência*, os resultados averbados na saúde pessoal e coletiva (Liu et al., 2020)

A compreensão do tópico em redação preconiza o estabelecimento de uma linha cronológica desde a sua eclosão. Primeiramente mencionado num documento da autoria de Simonds (1974), nomeado de “*Health education associal policy*”, a sua abordagem da literacia em saúde surgia visceralmente análoga às matérias de promoção da saúde (Pedro et al., 2016), produto dos princípios de massificação da educação e progresso de valores resultantes de uma antecedente *guerra*.

A literacia em saúde assimila um conceito elástico e justamente ambíguo, comportando mais de *duas centenas e meia* de definições proferidas na literatura (Malloy-Weir et al., 2016, Ancker et al., 2020), o que enaltece o seu destaque e complexidade enquanto *assunto* para investigação.

A UNESCO (2005) observa a literacia como a "capacidade de identificar, compreender, interpretar, criar, comunicar, computar e usar materiais impressos e escritos associados a contextos variados." e no qual "(...) envolve um continuum de aprendizagens para capacitar os indivíduos a alcançarem os seus objetivos, para desenvolverem seu conhecimento e potencial, e para participarem plenamente na comunidade e sociedade em geral." A literacia *voltada* para a saúde define, *por conseguinte*, o conjunto de competências de cariz cognitivo e social e a capacidade de uma pessoa para aceder, compreender e utilizar informação com o intuito de manter e/ou promover uma boa saúde (Organização Mundial de Saúde, 1998).

Kickbusch e Maag (2008) incrementam ao conceito uma componente social e definem-no como a capacidade de tomada de decisão - em saúde - ao longo da vida e em todas as arestas

do seu cotidiano, possibilitando uma maior monitorização e controlo sobre a sua saúde e melhorando a sua capacidade para procurar informação e para assumir responsabilidades (Pais Ribeiro, 2021).

A Organização Mundial de Saúde (2013) mira a literacia em saúde como o mais sério componente dos determinantes sociais de saúde e assume-o como um forte preditor do estado de saúde de um indivíduo em comparação com outras variáveis como a renda, situação profissional, educação e grupo racial ou étnico. A saúde individual é, *deste modo*, abalada na presença de níveis mínimos de literacia em saúde, abreviando o desenvolvimento pessoal, social e cultural do elemento em análise (Organização Mundial de Saúde, 1998).

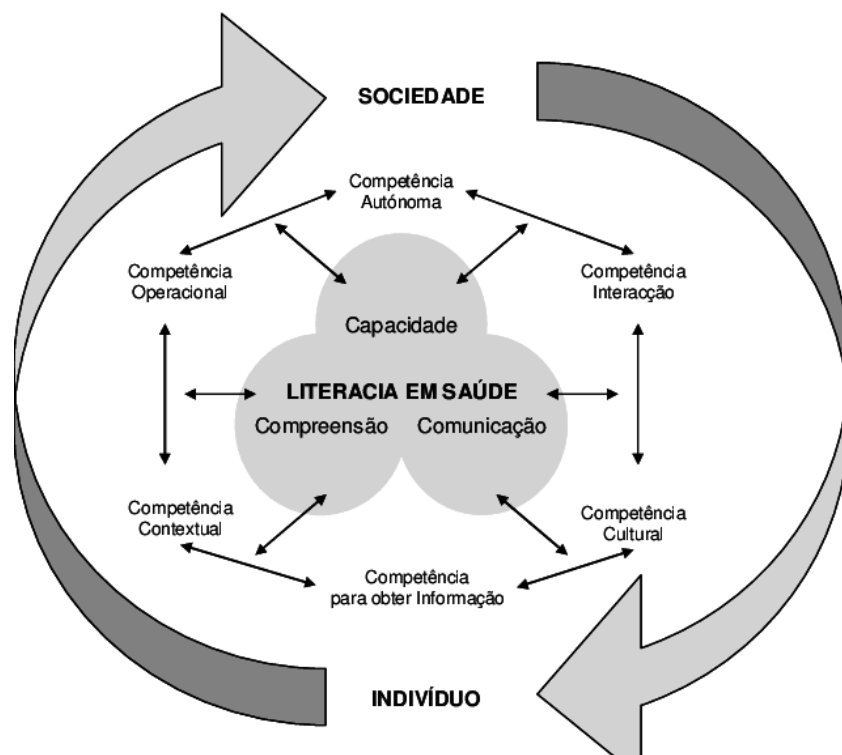
A sua promoção compõe um elemento vital para a saúde pública, acometendo não só pessoas, mas também comunidades e organizações (Direção Geral de Saúde, 2020). Na sua sequência, Berkman, Davis e McCormack (2010) aludem para a conversão deste conceito para um prisma mais comunitário, designando-o como património da saúde pública.

A literacia é composta por dois elementos cruciais - as tarefas e as competências (Nutbeam, 2008). A primeira (a literacia baseada nas tarefas) corresponde às capacidades do indivíduo para concretização de determinadas tarefas-chave como, a título exemplar, uma construção frásica simples. A literacia baseada em competências destaca, por outro lado, o nível de conhecimento e competências apresentadas para a concretização da referida tarefa.

Mancuso (2008) enuncia que a literacia em saúde não está fixa, esta prospera ao longo do tempo e incorpora atributos como a capacidade, compreensão e comunicação. A capacidade refere o conjunto de competências inatas e adquiridas através da educação, das influências culturais e linguísticas e pelas características dos contextos envoltos à saúde (Mancuso, 2008). O mesmo autor (Mancuso, 2008) esclarece que a compreensão equivale à lógica, linguagem e experiência e reúne os múltiplos fatores que permitem um entendimento oportuno da imensa informação existente e a nosso acesso. Por último, a comunicação depreende uma troca de mensagens, pensamentos e informação que deve promover a compreensão, a escuta e a observação crítica, destinando-se, sobretudo, a informar e influenciar as decisões no âmbito da saúde (Mancuso, 2008).

Os referidos atributos relacionam-se mutuamente e são circundados por competências que permitem o seu funcionamento operante em contexto de cuidados de saúde. Mancuso (2008) identificou neste âmbito a existência de seis domínios distintos:

- Competência operacional, relacionada com a utilização de ferramentas, procedimentos e técnicas comunicacionais;
- Competência interativa, referente ao estabelecimento de vínculos de parceria entre sujeitos com o objetivo de uma melhoria no autocuidado e autogestão;
- Competência autónoma, traduzida através do empowerment pessoal;
- Competência informacional, centrada na utilização da informação em saúde;
- Competência contextual, relacionada com o ambiente;
- Competência cultural, voltada para a interpretação do sistema de significados das práticas sociais.



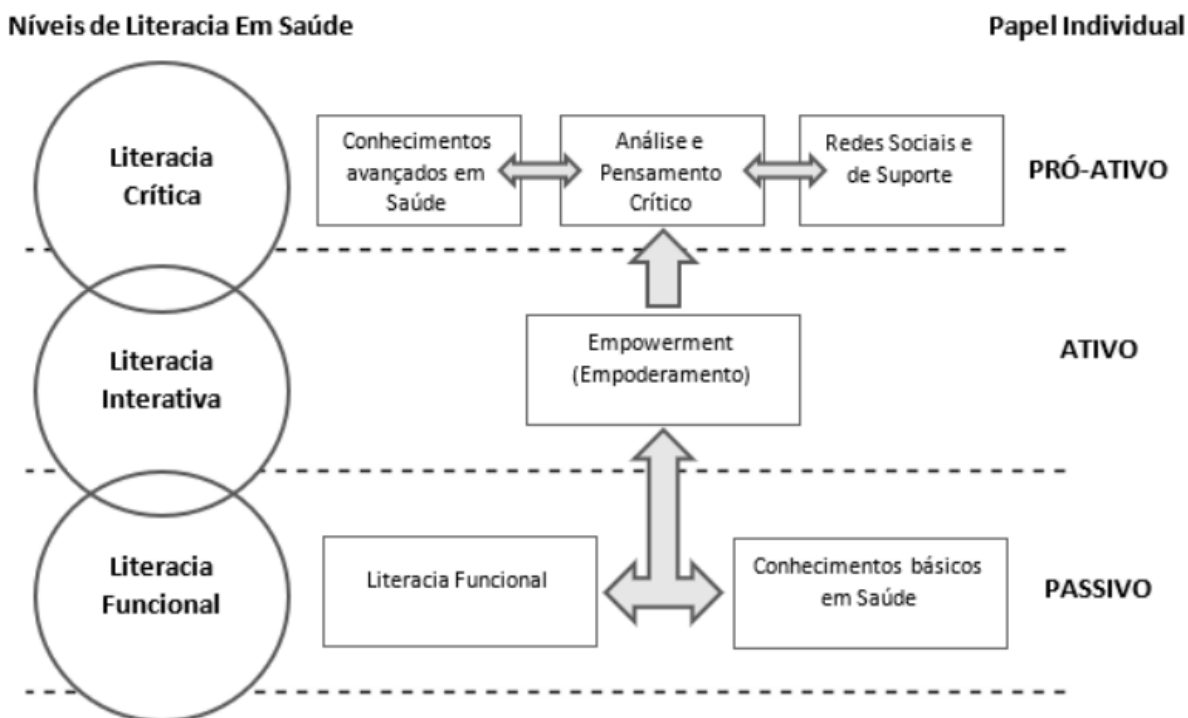
**Figura 2-** Modelo Conceptual da Literacia em Saúde (Adaptado de Mancuso, 2008)

Um outro autor (Nutbeam, 2000) enuncia a existência de três níveis de literacia em saúde - a literacia funcional, literacia interativa e literacia crítica. A literacia funcional redonda de uma educação convencional para a saúde, apoiada na comunicação legítima de informação sobre riscos e como beneficiar com o seu sistema. Este alude a um campo mais elementar e

integra um leque de capacidades suficientes para, *por exemplo*, ler e escrever, viabilizando um funcionamento satisfatório na rotina do indivíduo.

A literacia interativa espelha o paradigma da educação para a saúde presente nas últimas décadas e centra-se no desenvolvimento de competências pessoais num determinado ambiente propício. Esta vertente preconiza um progresso na capacidade para a ação autónoma baseada em conhecimento específico, para um aumento dos índices de motivação e confiança para que possa operar com base nos conselhos obtidos. Para o efeito, a literacia interativa congrega todas as capacidades cognitivas e de literacia mais avançadas que, aliadas a outras capacidades sociais, podem ser usadas para participar de forma ávida nas suas atividades do dia-a-dia e para obter informações e decifrar os seus significados.

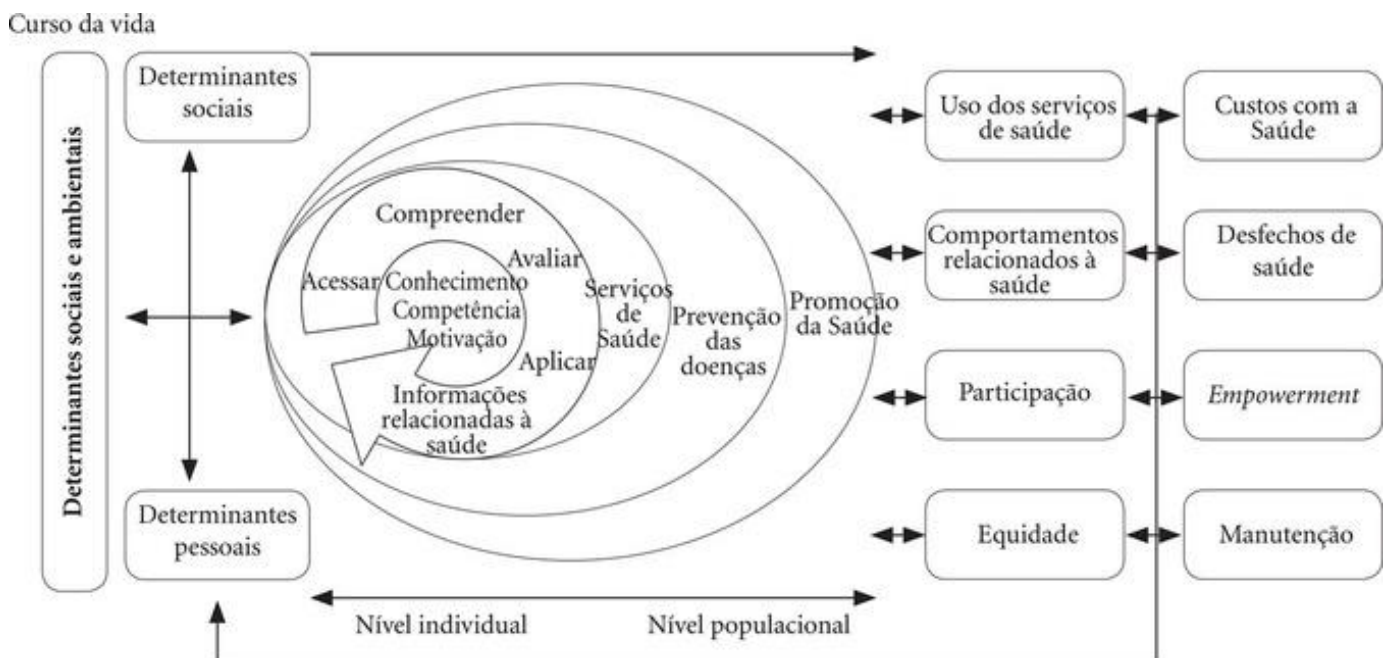
A literacia crítica reporta ao desenvolvimento de capacidades cognitivas orientadas para o suporte efetivo de ações individuais, políticas e sociais. Esta pende para um maior benefício para as populações e integra, da mesma maneira, um conjunto de competências passíveis de serem utilizadas para a análise crítica da informação e para o seu manuseamento e controlo sobre os acontecimentos da vida.



**Figura 3** - Níveis de literacia em saúde (Adaptado de Kickbusch, 2004)

A literacia em saúde não se dissocia dos restantes espécimes de literacia existentes. Rootman (2009) declara a existência de numerosas variáveis que podem interferir na literacia – como a capacidade pessoal, a educação, condições de trabalho e de vida, desenvolvimento infantil, género, cultura, idade - e nas intervenções de promoção de saúde - a título exemplar: ações de desenvolvimento pessoal, organizacional e comunitário, ações de comunicação e políticas. O mesmo autor (Rootman, 2009) cimenta o referido com a repercussão clara que a literacia em saúde manifesta no estado de saúde de um indivíduo e, inerentemente, na sua qualidade de vida percecionada (Rootman, 2009).

Sørensen et al. (2012) apresentam uma renovada versão de um *modelo integrativo de operacionalização do conceito*.



**Figura 4** - Modelo integrativo de literacia em saúde (Adaptado de Sørensen et al., 2012)

O seu conteúdo aponta que a literacia em saúde é moldada por determinantes pessoais (idade, sexo, raça, status socioeconómico, educação, ocupação, emprego, rendimentos, alfabetização), determinantes situacionais (apoio, influências familiares e de pares, uso dos media e ambiente físico) e determinantes ambientais (situação demográfica, cultura, língua, forças políticas, sistemas sociais). Por sua vez, a literacia em saúde apresenta um forte efeito nos comportamentos de saúde e na recorrência aos seus serviços, nos ganhos e dispêndios de saúde na sociedade, na participação em diálogos públicos e privados sobre saúde e na equidade e sustentabilidade das mudanças na saúde pública (Sørensen et al., 2012).

A literacia em saúde é, segundo este modelo, projetada como uma consequência inequívoca do acesso à informação em saúde. Esta informação pode, estando ao acesso do indivíduo, ser apropriada com o desenvolvimento das suas capacidades de compreensão e influencia a avaliação que pode fazer de possíveis ações a tomar. O seu seguimento é determinado pela sua capacidade de gestão e aplicação do conhecimento adquirido sobre a saúde na sua vida diária, aplicação essa mediada pela capacidade de investimento que o indivíduo desenvolve na construção das opções de vida mais ou menos favoráveis à promoção da sua saúde (Saboga-Nunes et al., 2014).

A literacia em saúde é agora encarada com base na sua multidimensionalidade e “procura aglutinar a essência de diferentes definições da mesma, a literacia em saúde interligada com a literacia e que engloba o conhecimento individual, motivação e competências no acesso, compreensão, avaliação e aplicação da informação em saúde, permitindo a capacidade crítica e de decisão no quotidiano e em assuntos relacionados com cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde e que permite a manutenção ou melhoria da qualidade de vida” (Sørensen et al. (2012) cit. Marques, 2016, pp. 6). O seu caminho é trilhado ao encontro de um protótipo salutogénico, valorizando os determinantes que interferem positivamente na saúde.

Os resultados apresentados pelo Inquérito sobre Literacia em Saúde em Portugal 2016 (ILS-PT) constataram que, em comparação com os países participantes no Health Literacy Survey EU 2014 (HLS-EU), o nosso país se trata do país europeu com menor percentagem de pessoas com um nível de literacia em saúde excelente (8,6%) e com menor média europeia (16,5%). O mesmo estudo indica que 42,4% apresenta um nível suficiente de literacia em saúde, valor esse que se superioriza ligeiramente à média europeia (36%). Pelo contrário, a nossa população exhibe um elevado número de níveis problemáticos de literacia em saúde (38,1%), não obstante apresentar um valor mais baixo (10,9%) do que a média europeia (12,4%) perante um nível inadequado.

O Inquérito sobre Literacia em Saúde em Portugal 2016 (ILS-PT) possibilitou ainda a identificação de grupos com acrescida vulnerabilidade no campo da literacia em saúde na população portuguesa, grupos esses em que 60% das pessoas registam níveis de literacia “problemático” ou “inadequado” e com representação maior ou igual a 5% na amostra:

- *Idades iguais ou superiores a 65 anos;*
- *Baixos níveis de escolaridade;*
- *Rendimentos iguais ou inferiores a 500€ mensais;*
- *Indivíduos com diagnósticos de doenças crónicas e que, por esse motivo, se sentem limitados;*
- *Deficitária autoperceção de saúde;*
- *Recorrência de 6 ou mais vezes aos cuidados de saúde primários no ano passado.*

A literacia dispõe de um potencial tremendo para influenciar os indivíduos e a sociedade (Mancuso, 2008), assumindo-se como uma área de necessário investimento.

## **2.1 Literacia em saúde mental**

A literacia em saúde mental concretiza um prolongamento da literacia em saúde, pelo que, *por este motivo*, deve ser interpretada com base na sua substância (Kutcher et al., 2016).

O conceito em escrutínio foi introduzido por Jorm e seus colaboradores em 1997, sendo posteriormente revisitado em 2000 (Morgado & Botelho, 2014). O seu cerne aborda o conjunto de conhecimentos e crenças sobre perturbações mentais, suportando o seu devido reconhecimento, gestão e prevenção (Jorm et al., 1997) e inclui mais recentemente cinco constituintes: o reconhecimento dos problemas e perturbações mentais, promovendo e facilitando a procura de ajuda; conhecimento sobre os profissionais e tratamentos disponíveis; conhecimento sobre estratégias de autoajuda eficazes; conhecimento e competências para prestar apoio e primeira ajuda a outros; conhecimento acerca do modo de prevenção de perturbações mentais (Jorm, 2012; 2014).

A informação apresentada *narra* as possíveis consequências associadas à presença de ínfimos índices de literacia em saúde mental, o que complica uma identificação prematura dos sintomas em si e nos outros e retarda a procura de ajuda enquanto a sintomatologia se acentua paulatinamente.

Os comportamentos de procura de cuidados de saúde podem ser também inibidos como consequência de um fraco conhecimento sobre os serviços de saúde mental existentes, profissionais para apoio e, *sobretudo*, sobre as opções de tratamento disponíveis (Cotton et al., 2006).

A carência no conhecimento sobre doenças mentais articula-se com o seu estigma ainda bem prevalente, comprometendo a verbalização e expressão dos seus problemas a profissionais de saúde especializados (Jorm, 2000; Rickwood et al., 2005; Loureiro, 2008; Loureiro, 2009; Loureiro, Mateus e Mendes, 2009). A procura tardia de ajuda, prolongada precisamente como resultado dos baixos níveis de literacia em saúde mental, associa-se a uma manutenção dos sintomas e a piores futuros resultados em saúde (Ghio et al., 2014; Marshall et al., 2005).

O conhecimento sobre os profissionais de saúde e tratamentos disponíveis subsiste num elemento escrupulosamente necessário a valores satisfatórios de literacia em saúde mental, maioritariamente pela tendência que se observa na procura de fontes de ajuda mais informais ao invés de uma ajuda técnica capacitada (Jorm, 2014).

As estratégias de autoajuda constituem uma premissa imperiosa para o enfrentamento das adversidades da vida, porém, importa conhecer e mobilizar estratégias adaptativas funcionais, esquivando-se das potencialmente lesivas para o nosso bem-estar (Jorm, 2012).

Um apoio social adequado promove a reabilitação e minimiza os danos concebidos por episódios de vida traumáticos (Jorm, 2014). O conhecimento e as competências para a prestação de auxílio e primeira ajuda a outros indivíduos aumentam a procura de ajuda especializada, ainda para mais quando sugerida a necessidade de recorrer a essa mesma ajuda por uma outra pessoa (Cusack et al. 2004).

O conhecimento sobre a prevenção de perturbações mentais versa o conhecimento dos fatores de risco para o seu aparecimento e permite o desenvolvimento de ações preventivas (Jorm, 2014).

### **2.1.1 Literacia em saúde mental na adolescência**

A adolescência compreende um período capital ao desenvolvimento humano pelas alterações fisiológicas ocorridas e por implicar uma célere aquisição de habilidades cognitivas, sociais e emocionais que permitam ao adolescente responder aos requisitos futuros pela sociedade (Rosa et. al, 2019; Minev, 2018). Este momento pode acarretar uma ampla e profunda destruturação pautada por desequilíbrios e instabilidade, vulnerabilizando os seus elementos ao aparecimento de diversos problemas de saúde mental (Rosa, 2018).

A população adolescente evidencia lacunas específicas no reconhecimento das perturbações mentais e na identificação dos seus sintomas-chave, traduzindo-se, na prática, por comportamentos de procura de ajuda desajustados, um desvirtuar das ajudas profissionais e uma crescente preferência atribuída a fontes informais, como o grupo de pares ou a família (Rosa et. al, 2014). A procura de ajuda especializada por parte dos jovens é igualmente dificultada por fatores como o estigma, a falta de confiança nos profissionais e os constrangimentos de confidencialidade a que lhes associam (Rosa et. al, 2014).

Os baixos níveis de literacia em saúde mental apresentados perpetuam a ausência de comportamentos de procura de ajuda na adolescência, comprometendo o seu diagnóstico e tratamento e aumentando o potencial risco de recidivas futuras (Organização Mundial de Saúde, 2018).

Os adolescentes dispõem de um potencial sério de intervenção nesta área pois usufruem engenhosamente de fontes de procura e de acesso a informação em saúde. Manganello (2008) caracteriza a adolescência como uma etapa privilegiada para a intervenção centrada na promoção da literacia em saúde, pois concorda com um momento em que os adolescentes estão ainda a adquirir conhecimentos e a maturar comportamentos que os acompanharão na sua restante vida.

A promoção da literacia em saúde mental cobre-se de uma tremenda importância, particularmente quando nos deparamos com um aumento constante da prevalência de perturbações e disfuncionalidades mentais. A ausência de investimento neste domínio pode resultar, em contraparte, num entrave acrescido ao desenvolvimento da sociedade,

reprimindo a aceitação dos cuidados de saúde mental baseados na evidência e limitando o acesso a cuidados de saúde ou a apoios comunitários (Jorm, 2000).

### 3. ADOLESCÊNCIA

O termo “adolescência” provém do vocábulo latino “*adolescēre*” e traduz uma evolução e desenvolvimento para a idade adulta (Simões, 2010). Esta primeira referência permite olhar para o referido fenómeno enquanto uma paulatina jornada que se compreende entre a infância e o momento em que o adolescente assume na plenitude o cargo de um adulto na sociedade.

A Organização Mundial de Saúde (1995) delimita a adolescência a um estadio da vivência humana entre os 10 e 19 anos de idade, do qual resulta um vasto leque de modificações de índole física, cognitiva, emocional e social (Martins, 2005). Neste hiato, o indivíduo experimenta um processo de metamorfose ímpar, ultrapassando a ideia de uma maior simplicidade que se possa atribuir erroneamente a este momento. A adolescência deve ser conjecturada enquanto um mecanismo dinâmico, onde o seu processamento adquire uma maior complexidade à medida que o tempo decorre. As mudanças físicas que ocorrem durante este período são tremendas, o que se verifica também num domínio psicológico, através da otimização das suas faculdades cognitivas e expansão do seu portfólio afetivo e processo de socialização (Direção Geral de Saúde, 2013).

O começo da adolescência desponta com a puberdade, conceito depreendido como o conjunto de alterações orgânicas que culminam com a conversão de um corpo infantil num corpo adulto, capacitado para a expressão livre da sua sexualidade e almejando a sua reprodução (Direção Geral de Saúde, 2013). O término da adolescência resulta no consolidar de todo este processo de crescimento, conseguindo a tão ambicionada identidade, autonomia, independência económica e integração na sociedade.

A puberdade desenrola-se coincidentemente no sexo masculino e feminino, porém, esta contempla características singulares em cada um dos mesmos. As alterações produzidas durante a puberdade transcorrem num intervalo de tempo variante entre 1,5 e 5 anos, apresentando, na maioria dos cenários, uma duração média de 3 a 4 anos (Direção Geral de Saúde, 2013). Os casos em que a puberdade se inicia de uma forma mais prematura acabam por, curiosamente, prolongar o período de tempo necessário até à conquista da absoluta maturidade física.

Esta fase acarreta uma aceleração na velocidade de crescimento e designa o surto de crescimento pubertário. Os valores médios de crescimento alternam em cada um dos sexos, atingindo, no sexo feminino, um acréscimo de cerca de 25 cm na sua altura e, no sexo masculino, de cerca 28 cm (Direção Geral de Saúde, 2013). O seu expoente sucede-se durante o estadio quatro, em média, com idades a rondar os 14 anos (Direção Geral de Saúde, 2013). O crescimento corporal ocorre de uma forma imprecisa, na medida em que os vários segmentos não se prolongam em simultâneo. Crescem, num primeiro momento, as extremidades, como as mãos e os pés, e só depois se seguem os membros superiores e inferiores e, ultimamente, o tronco (Direção Geral de Saúde, 2013).

A Organização Mundial de Saúde (2002) considera a existência de uma tríade de momentos que definem o percurso trilhado durante a adolescência: a adolescência precoce (10-13 anos), a adolescência média (14-16 anos) e a adolescência tardia (17-19 anos). Os intervalos etários levantados não correspondem, todavia, a uma realidade hermética, pelo que cada jovem percorre a sua vivência a um ritmo único e característico em si.

A adolescência precoce comporta um conjunto de alterações físicas e comportamentais notórias e caracteriza um momento voltado para uma introversão específica, centrando a sua atenção no mundo interno das representações e impressões psíquicas (Sampaio, 2010). A fase conseqüente (adolescência média) funde os pressupostos do raciocínio abstrato para uma tomada de decisão mais consciente e informada, verificando-se um crescente peso atribuído ao seu grupo de pares. O ímpeto na procura da autonomia perdura durante este período, exteriorizando, cada vez mais, as manifestações da sua sexualidade.

A última fase da adolescência sintetiza, finalmente, um momento de consolidação dos objetivos delineados para este momento, determinando-se um aumento nas tentativas e na premência em formar vínculos afetivos, sexuais e sociais mais sólidos. A adolescência tardia estipula um momento para uma maior definição do *self*, firmando, conseqüentemente, o seu sentido de pertença a grupos, subculturas juvenis e aos seus ideais. O adolescente marcha, desta forma, para uma gradativa autonomia, afinando novas capacidades cognitivas e alterando as dinâmicas relacionais com os elementos que pintam a sua vida (Pataki, 2009; Sampaio, 2010).

O entendimento do processo da adolescência suscita o contributo de diversas vertentes. As teorias de desenvolvimento permitem, no caso, sistematizar um conjunto de comportamentos esperados nos diferentes momentos deste período e identificar, inclusive, a presença de patologia através da sua fixação num nível de desenvolvimento inferior ao esperado. A sua referência padece, também, de uma quase obrigatoriedade para a concisa contextualização teórica deste conceito, claro está, centrando o seu conteúdo à faixa-etária que é particularmente visada com o estudo.

Freud (1961) sugere, através da sua Teoria de Desenvolvimento Psicosexual, a existência de cinco estadios de desenvolvimento, e em que, o intervalo de idades dos 13-20 anos, corresponde ao estadio genital, assente na busca de um companheiro, enfatizando o estabelecimento de vínculos com elementos do outro sexo. O mesmo (Freud, 1961) acredita que as relações interpessoais se baseiam no prazer genuíno oriundo da interação e não segundo uma *ótica* de autosatisfação. Esta fase permite que o adolescente se volte novamente sobre a sua identidade e que reexamine os papéis que deverá ocupar num futuro.

Um outro autor (Erikson, 1963) aborda o desenvolvimento psicossocial como centrado na formação e no desenvolvimento da identidade, desdobrando-o em oito estadios, onde o indivíduo batalha, em cada um deles, com um dilema em concreto. O estadio "*identidade vs. confusão de identidade*" compreende a faixa etária entre os 12-20 anos. O conflito característico deste momento notabiliza a crise desenvolvida à medida que o adolescente se consciencializa da necessidade de formar um sentido integrativo da sua identidade. A resposta da iminente crise cursa com um sentido aumentado de competência perante uma habilidade social específica e, neste caso, no desenvolvimento de um autoconceito integrador. A ausência de uma resposta necessária à tarefa perpetua antagonicamente um conflito de identidade, o que se converte em ansiedade, dúvidas, indecisões e compromissos evidentes no seu relacionamento com os seus pares. O referido défice de confiança é, em muitos casos, mascarado com um comportamento delinvente e rebelde.

Piaget (1969) representa o desenvolvimento cognitivo como uma reorganização das suas estruturas, por via do comportamento do sujeito num encadeamento de mudanças estruturais sucessivamente mais complexas. O seu desenvolvimento processa-se através de uma sequência de quatro estadios, o último denominado de "*estadio operativo-formal*". O indivíduo está, neste ponto, capacitado a raciocinar logicamente sobre conceitos abstratos e

situações hipotéticas, solucionando as problemáticas advindas na sua vida de uma forma arrumada. Pode, aqui, existir alguma dificuldade em harmonizar esperanças idealistas com outras mais racionais, no entanto o referido permite que o indivíduo seja também capaz de diferir o ideal da sua legítima realidade. O autor (Piaget, 1969) aventa que o desenvolvimento cognitivo é proveniente da interação do sujeito com o meio, não obstante, o reconhecimento e significado atribuído ao elemento biológico sempre implícito.

Pataki (2009) e Sampaio (2010) consideram a adolescência enquanto um período de maturação neurobiológico que se medeia através de uma interação com estímulos sociais. O farto aumento na produção de hormonas sexuais a que se assiste durante este período repercute-se, igualmente, de uma forma notória no cérebro e no seu funcionamento.

A organização dos circuitos neuronais e comportamentais dependentes do desempenho destas hormonas ocorre, fundamentalmente, em dois instantes: no período neonatal e na adolescência (Direção Geral de Saúde, 2013). O córtex pré-frontal é, do mesmo modo, escopo de uma alteração significativa durante o período da adolescência, aumentando gradualmente a sua capacidade de planeamento e resolução de problemas.

O primeiro ápice deste trabalho busca exaltar precisamente que as diversas transições vivenciadas no processo de adolescência transpõem o universo físico, biológico, acometendo para uma plena reformulação da esfera psicológica, comportamental e social dos adolescentes. As permutas ocorridas durante a segunda década de vida importam a aquisição de capacidades cognitivas, o levantamento de estratégias eficazes para a tomada de decisão e ainda a anuência de novos padrões de comportamento social (Direção Geral de Saúde, 2013).

O construto teórico explorado ao cabo deste último capítulo reclama uma abordagem holística da sua realidade, procurando perceber o conjunto de mutações ocorridas em toda a biopsicossocialidade do indivíduo adolescente.

### **3.1 Adolescência e saúde mental durante o período pandémico**

A adolescência integra, de uma forma *genérica*, um período relativamente saudável do ciclo de vida, não estando, porém, incólume às *numerosas* transformações ocorridas a diversos níveis, sem anúncio ou preparação prévia e a ritmos por vezes completamente

dissemelhantes. Fonseca (2008) pronuncia-se sobre o domínio, verbalizando que “os adolescentes não crescem todos ao mesmo ritmo (...), cada um cresce à sua maneira”. O meio em que o indivíduo se insere e o seu envolvimento assumem uma importância capital no seu caminho, podendo serem mesmo preponderantes para como se desenrola todo este processo de desenvolvimento (Santos, 2019).

A prevalência de perturbações no *espetro da saúde mental* durante a infância e adolescência manifesta recentemente uma maior propensão, onde se afere que 16% das crianças e jovens apresentam, pelo menos, um problema nesta matéria (Organização Mundial de Saúde, 2020). Outros estudos alertam para a reduzida taxa de *procura de ajuda* por parte da maioria dos adolescentes, o que se explica, também, com recurso aos seus baixos níveis de literacia em saúde mental. Por estes e outros motivos, o diagnóstico de situações psicopatológicas e de risco, bem como a implementação atempada de estratégias preventivas e terapêuticas, devem constituir uma prioridade para os cuidados de saúde (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2009).

Os adolescentes particularizam-se pela sua heterogeneidade e estruturam um grupo único, caracterizado por rápidos *desenvolvimentos* de ordem física e emocional (Organização Mundial de Saúde, 2015), o que, em certa parte, pode contribuir para uma maior instabilidade psíquica.

A situação pandémica veio *adensar* toda esta curvatura, movendo uma drástica e repentina confusão na forma em como nos organizamos. As crianças e adolescentes podem ser golpeados por consequências severas decorrentes do premente receio de contágio e períodos de isolamento social (Ornell et al., 2020; Li et al., 2020), não obstante, a evidência teórica apontar que indivíduos com uma idade avançada e com comorbilidades apresentam um maior risco de desenvolvimento de quadros clínicos mais graves (Shahidi, 2020).

A sua exposição a estes novos *stressores* biopsicossociais concorre com uma inabilidade desta população em específico em integrar e compreender *cognitivamente* as várias consequências desta pandemia e, conseqüentemente, em responder-lhes de uma forma afirmativa (Spinelli et al., 2020; Crescentini et al., 2020). O adolescente atribui uma grande importância à interação com o mundo social e com os seus pares (Octavious et al., 2020), pelo que qualquer tipo de separação com os mesmos pode promover o aparecimento de

problemáticas de saúde mental como a depressão, raiva, medo, stress e ansiedade (Orben et al., 2020).

O período da adolescência configura um intervalo de maior vulnerabilidade ao desenvolvimento do *sistema nervoso central*, onde a ocorrência de eventos *stressantes* durante os períodos mais críticos pode desencadear, a curto e longo prazo, diversos danos fisiológicos, cognitivos e comportamentais (Danese et al., 2009; Gunnar e Quevedo, 2007).

O compromisso psicológico que resulta de um período de isolamento social em crianças e adolescentes apresenta-se já devidamente *escrutinado* na evidência científica, atribuindo-lhes, igualmente, uma vulnerabilidade acrescida para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos a longo termo (Gunnar e Quevedo, 2007; Chen et al., 2020; Saurabh & Ranjan, 2020; Fegert & Schulze, 2020).

Uma revisão sistemática da literatura realizada por Loades et al., (2020) relevou perante um contexto de isolamento social um aumento na depressão e ansiedade manifestos neste grupo. Os mesmos autores (Loades et al., 2020) fundamentam, através do mesmo estudo, que o *tempo* de isolamento parece predizer futuros problemas em saúde mental, inclusive, até de uma forma mais evidente que a própria *intensidade* do distanciamento social.

**Um** estudo indiano corroborou com uma elevada prevalência de *distress* psicológico em crianças e adolescentes durante os momentos de quarentena motivados por esta pandemia (Saurabh and Ranjan, 2020). Os seus resultados enunciam que estes se sentiram *desamparados* (66,11%), *preocupados* (68,59%) e com *medo* (61,98%), mensurando, precisamente, o *impacto* escalado.

Outros estudos longitudinais correlacionaram positivamente a presença de *stressores* psicossociais, como o isolamento social durante a infância e adolescência, com o posterior aumento de importantes biomarcadores inflamatórios (Danese et al., 2009; Lacey et al., 2014). Os mesmos autores (Danese et al., 2009) *reconhecem* ainda que a vivência de um período de isolamento social nesta *população* concorre como um *elemento* de risco para o desenvolvimento de uma depressão durante a sua vida adulta.

A rotina promovida pelo ambiente escolar postula um importante mecanismo de *coping*, nomeadamente, em jovens com *já* algum problema ou diagnóstico no foro da saúde mental (Lee, 2020). A escola constitui um dos ambientes sociais mais marcantes e, por consequência, aquele em que a influência dos pares é mais notória para a edificação do autoconceito, bem-estar e comportamento dos adolescentes (O'Brien e Bierman, 1988; Gorrese e Ruggieri, 2013), o que é passível de ser descrito igualmente com as dinâmicas desportivas *subjacentes* ao comum diário de um jovem atleta.

A interação social é medular ao desenvolvimento da cognição, emoções e da capacidade relacional (Cascio et al., 2019), contribuindo ainda para a regulação fisiológica perante *stressores* agudos. A pandemia, aliada à ausência dos meios sociais comuns ao adolescente, como é o caso da escola e também do desporto, ocasiona uma limitação no mundo de relações físicas presenciais e, desse modo, uma diminuição da atividade física, um aumento do tempo de exposição a ecrãs e distúrbios no padrão de sono e no padrão dietético desta população.



#### 4. ATIVIDADE FÍSICA, EXERCÍCIO FÍSICO E DESPORTO

O presente estudo encara a *prática desportiva* como uma das características que particulariza e diferencia a sua população-alvo, demandando, *para o efeito*, a devida mensuração teórica dos seus conceitos subjacentes e contributos exercidos nos seus praticantes.

O conceito de atividade física remonta a todo e qualquer movimento corporal gerado pela musculatura esquelética em diferentes momentos do seu quotidiano, incluindo o trabalho, a recreação, o exercício e a prática desportiva (Organização Mundial de Saúde, 2010). Desta forma, o movimento outrora mencionado abarca todas as formas de motricidade humana, promovendo um aumento no dispêndio energético que o demarca dos valores basais observados num estado de repouso (Biddle, Mutrie & Gorely, 2015).

A prática de atividade física pode ser concretizada em diferentes formatos, uns mais informais e inconscientemente presentes no nosso quotidiano (como uma simples deslocação ou o desempenho prestado durante um dia de trabalho) e outros mais premeditados (como o exercício físico e o desporto) (Direção Geral de Saúde, 2020). O exercício físico assinala uma componente específica da atividade física e remete para o movimento corporal deliberado, estruturado e repetitivo, realizado com o propósito de conservar ou potenciar um ou mais componentes da forma física (Biddle, Mutrie & Gorely, 2015).

O desporto floresce também neste preciso campo, diferenciando-se, porém, pela sua maior especificidade, estruturação, competitividade e submissão a regras (Dosil, 2004). O seu fulcro encontra-se visceralmente conectado aos ideais de jogo e competição, correspondendo ao esquema organizado de movimentos e técnicas corporais executados no contexto de atividades competitivas regulamentadas (Organização Mundial de Saúde, 2020). O seu propósito, para além da aquisição de uma determinada compleição física, baseia-se fundamentalmente no rendimento.

O desporto, outrora proveniente das práticas lúdicas e desportivas da sociedade agrícola, é agora contemplado como um tremendo fenómeno da sociedade acomodado às condições promovidas pelo universo das indústrias.

#### **4.1 Benefícios da prática de atividade física e desporto**

A atividade física desempenha uma função preponderante na saúde das populações, conectando-se intimamente à prevenção de um conjunto vasto de doenças crónicas não transmissíveis (exemplo da redução das taxas de doença coronária, hipertensão arterial, acidente vascular-cerebral, síndrome metabólico, diabetes tipo II, cancro da mama, cancro colo-retal, depressão e quedas) (Lee et al., 2012; Ding et al., 2016).

Um estudo mostrou que, no ano de 2018, as mortes motivadas por doença representaram 95,4% do total de óbitos na população portuguesa residente (Instituto Nacional de Estatística, 2018), dos quais um terço da totalidade de mortes seria resultante de motivos de índole comportamental (casos de hábitos alimentares, tabágicos, etílicos e de parca atividade física) (Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, 2019).

Ding et al. (2016) acrescentam que, neste terreno, a apresentação de níveis satisfatórios de atividade física pouparia 4,5% da prevalência de doença cerebrovascular e 4,0% dos casos de doença coronária na população por todo o globo. Os referidos dados podem apresentar uma provável maior exuberância na escala europeia, na medida em que evidenciam um predomínio de inatividade física.

A prática de atividade física proporciona ainda um coadjuvante terapêutico precioso para um conjunto vasto de patologias crónicas cardiovasculares, oncológicas, pulmonares, metabólicas, psiquiátricas, neurológicas e musculoesqueléticas, retardando a sua progressão e melhorando o panorama clínico anexo (Pedersen & Saltin, 2015; Direção Geral de Saúde, 2020).

De resto, o benefício para a saúde mental é também sobejamente reconhecido na literatura científica pelo contributo conferido na qualidade de vida e conseqüente diminuição dos índices de ansiedade, depressão e stress (Direção Geral de Saúde, 2018). A atividade física intensa reduz o estado de ansiedade devido ao seu poder de abstração (Morgan, 1997), podendo deste modo desempenhar uma função ansiolítica. O caso do desporto é mais consistente em minorar os níveis de stress, nomeadamente quando comparamos com o efeito providenciado por uma mera atividade física (Asztalos et al., 2009).

Gotava (2015) e Elias (2014) proclamam outros benefícios que convergem da prática desportiva como o desenvolvimento de competências sociais e uma maior satisfação com a sua própria imagem corporal, conectando-se inversamente a uma menor prevalência de depressão observada (Armstrong et al., 2009; Drum & Denmark, 2012).

As suas vantagens estendem-se a situações para além do universo salutogénico, suportando igualmente melhorias na saúde física e psicológica de indivíduos com diagnósticos de depressão e perturbações psicóticas (Rosenbaum et al., 2014; Firth et al., 2015). Os últimos autores (Firth et al., 2015) e ainda Kimhy et al. (2015) atestam que a atividade física exerce uma função valorosa no regime terapêutico de utentes com diagnóstico de esquizofrenia, mobilizando-a com o propósito de diminuir a constância de sintomas positivos - exemplo das alucinações auditivas - e melhorar a sua autoestima e o padrão de sono.

A participação em desportos organizados articula-se positivamente ao sucesso académico e a vários incentivos psicológicos, dos quais se sobrepõe um aumento dos níveis de felicidade, diminuição do stress e redução do risco de desenvolvimento de quadros ansiosos e depressivos (Muñoz-Bullón et al., 2017). O sentimento de inclusão num grupo e, no caso em escrutínio, numa equipa abrevia ainda a probabilidade de considerar, planejar ou proceder a uma tentativa de suicídio (Brown & Blanton, 2002).

O mote dado por estes últimos autores pode ser certificado com um resultado que sugere que homens não desportistas apresentam uma probabilidade 2,5 vezes superior de cometerem suicídio comparativamente com os que praticam desporto (Ashwin et al., 2015). O equivalente verifica-se nos elementos femininos mas com percentagens bem inferiores. No caso, verificou-se que as mulheres não desportistas são 1,67 vezes mais prováveis de reportarem e exibirem comportamentos suicidários (Ashwin et al., 2015). O desporto parece também diminuir a adesão a comportamentos de confesso risco para a saúde, como os consumos de tabaco e de outras substâncias ilícitas (Miller et al., 2002; Miller and Hoffman, 2009; Pedersen et al., 2017).

A participação em desportos organizados firma uma relação bem próxima com a saúde mental na adolescência, mais até do que qualquer outra forma de atividade física (Eime et al., 2013). Kajbafnezhad et al. (2011) reconheceram a existência de diferenças significativas

nas habilidades psicológicas e motivação demonstradas por atletas incluídos em desportos individuais ou em equipa.

A possibilidade de competir numa equipa procria uma maior capacidade para o trabalho em conjunto, cooperativo, ao jogar em favor de um contributo para um todo (Sabiston et al., 2016) mas desenvolvendo-se simultaneamente de uma forma autónoma (Boone & Leadbeater, 2006; Vella et al., 2017). Este clima de suporte e aceitação envolto acaba por desempenhar uma função notória na redução de sintomas depressivos e melhora os seus vínculos e relacionamentos com os pares e outros adultos (Boone and Leadbeater, 2006; Eime et al., 2013).

Os desportos individuais manifestam números de depressão mais elevados que os observados em desportos coletivos (Nixdorf et al, 2016) e que se traduzem também num aumento da ansiedade, não só devido ao receio em falhar, mas pela propensão ampliada que existe em colocar metas demasiadamente elevadas para o seu rendimento (Nixdorf et al., 2013). Os praticantes de desportos individuais como a ginástica, o skate e a dança - exemplos subordinados ao parecer de um ou mais jurados para obter o sucesso na modalidade - constituem elementos particularmente sugestivos do mencionado outrora e celebram as maiores prevalências de ansiedade em desportos de elite (Schaal et al., 2011).

A importância da atividade física está seguramente raizada no cômputo da vivência humana, fornecendo proveitos característicos para cada momento. Durante o período da adolescência, a prática de exercício físico beneficia algumas funções cognitivas e vincula-se a um rendimento académico superior (Li et al., 2017). Este apresenta, para além do anunciado, um papel de prevenção e gestão no desenvolvimento das doenças neurodegenerativas – como é o exemplo das demências (Li et al., 2017), particularmente responsáveis por maiores incapacidades em idades anciãs.

O capítulo em curso serve para reiterar que a atividade física coopera categoricamente na procura pela longevidade e exerce uma redução valorosa no risco de morte através da sua prática assídua (Arem et al., 2015).

## 4.2 Futebol de formação

O futebol constitui um espetáculo emocionante de confrontos acessíveis a todos os indivíduos com idades, géneros e classes sociais difusas, evoluindo com o suporte providenciado pelos media enquanto fenómeno *obliquo* às várias sociedades (Bernardes, 2020). A modalidade desportiva elencada pode *igualmente* ser traduzida num evento que move consigo inúmeras paixões e multidões, mas também uma imensidão de dinheiro, o que exige uma crescente preocupação com todo o labor que a mesma compreende (Pinheiro et al., 2018).

A indústria futebolística encena um sistema figurativo de um elevado valor pedagógico para a formação da consciência individual e simultaneamente de uma consciência coletiva (Bernardes, 2020). O jogador profissional firma um elemento bem reconhecido aos olhos da sociedade, não só pelo estatuto exibido nos meios de comunicação social, mas também pelos valores e qualidades psicológicas que popularmente lhe são atribuídos – casos da capacidade de foco, sacrifício e de superação impetíveis para o sucesso.

A formação no desporto ocorre concomitantemente com formação individual do atleta enquanto ser humano e coopera através de um efeito benéfico para o desenvolvimento equilibrado de crianças e jovens adolescentes (Antão, 2006). Este processo transcende, *assim*, a sua componente apenas centrada na aprendizagem das capacidades técnicas da modalidade, visando, na mesma medida, o desenvolvimento de um conjunto de habilidades que se transferem para outros contextos de vida e que beneficiam o seu domínio (Almeida et al., 2015).

Coelho (2012) correlaciona os referidos contextos desportivos com os experimentados num momento de formação nas escolas e enfatiza que o seu processo de aprendizagem se desenvolve *igualmente* numa lógica gradativa, principiando com uma abordagem mais básica mas com importância nuclear, até lograr um estadio mais exigente. Para o *efeito*, Bernardes (2020) enuncia que o talento e a capacidade técnica não constituem exclusivamente os principais preceitos para um processo formativo de qualidade e com selo de sucesso desportivo futuro. Os atletas devem compreender, através das mensagens *implícitas* na sua rotina, a necessidade de consentir e coadunar o seu comportamento às necessidades

expressas na própria modalidade, assimilando, *por fim*, a sua matéria formativa (Coelho, 2012).

A Federação Portuguesa de Futebol (2018) preconiza a existência das seguintes categorias de formação: Júniores A (Júniores – Sub-19); Júniores B (Juvenis – Sub-17); Júniores C (Iniciados – Sub-15); Júniores D (Infantis - Sub-13); Júniores E (Benjamins – Sub-11); Júniores F (Traquinas – Sub-9); e Júniores G (Petizes – Sub-7). A cultura desportiva em solo nacional vem, *de resto*, a obter um acréscimo significativo, demonstrativo através do duplicar do número de atletas federados nos últimos 20 anos (Pordata, 2021). O futebol perdura como a modalidade desportiva mais representada, mantendo o padrão de aumento mencionado e demarcando precisamente a preferência desportiva para uma população adolescente (Programa Nacional para a Promoção de Atividade Física, 2017).

Em suma, o mundo futebolístico pode ser encarado como um produto capaz de unificar uma infinidade de pessoas em torno de um comum propósito, estabelecendo, mais do que *nunca*, um foco de interesse para novos praticantes e vincando a sua preponderância no *panorama* desportivo (Antão, 2006).

#### **4.3 Saúde mental de desportistas**

A saúde mental dos *atletas* constitui uma matéria de estudo com interesse e reconhecimento crescente nos tempos do momento (Rice et al., 2016). Neste campo, a evidência constata que, a despeito dos inúmeros benefícios proclamados através da realização de atividade física e, mais *especificamente*, de um desporto coletivo, os seus atletas estão igualmente propensos a desenvolverem problemáticas e patologias mentais como a restante população (Gorzynski, Coyle, & Gibson, 2017; Moesch et al., 2018), estando documentada a experimentação de uma gama variada de distúrbios como depressão, ansiedade, distress psicológico, raiva, consumo de substâncias e distúrbios alimentares (Appaneal, Levine, Perna, & Roh, 2009; Gulliver, Griffiths, Mackinnon, Batterham, & Stanimirovic, 2015; Rice et al., 2016).

Os atletas experienciam stressores específicos à sua participação desportiva como lesões, excesso de treino, pressão, fracas *performances*, más relações com o treinador e/ou com os restantes colegas de equipa (Bruner et al., 2008; Noblet et al., 2003), o que os distancia da

sua saúde mental (Nixdorf, Frank, & Beckmann, 2016). Na verdade, durante os períodos de inconstância exibicional e naqueles em que existe privação da componente competitiva, os atletas padecem inclusive de um maior risco para o desenvolvimento de distúrbios mentais (Gulliver et al., 2015; Rice et al., 2016). Guliver et al. (2015) desenvolveram um estudo onde provaram que pelo menos metade da sua amostra apresentava critérios para o diagnóstico de uma doença mental, exaltando que os atletas não se encontram imunes ou isentos nesta matéria (Guliver et al, 2015).

A literatura científica sugere a existência de diferentes formas de incidência das problemáticas mentais em grupos específicos e que se medeiam, sobretudo, por critérios como a idade e o sexo (Smetanin et al., 2011).

No desporto, as atletas femininas estão mais propensas a relatar sintomas de depressão (Junge & Feddermann-Demont, 2016; Wolanin, Hong, Marks, Panchoo, & Gross, 2016) e apresentam maior probabilidade em reportar problemas no sono e comportamentos com fim autolesivo (Schaal, Tafflet, Nassif, Thibault, & Pichard, 2011).

Os rácios de depressão e ansiedade são indubitavelmente superiores em elementos do sexo feminino em diversos países - casos da Alemanha, Bélgica, Canada, França, Espanha, Itália e Holanda - (Alonso et al., 2004; Patten et al., 2015; Pearson, Janz, & Ali, 2013) e onde se verifica o dobro das chances de desenvolverem depressão durante o seu percurso de vida comparativamente com os homens (Knoll & MacLennan, 2017). O sexo feminino apresenta, numa população genérica, maiores probabilidades em solicitar apoio e procurar ajuda perante distúrbios de humor, detendo, inclusive, uma maior probabilidade de ser diagnosticado com depressão quando comparado com indivíduos masculinos que declarem precisamente os mesmos sintomas (McRae et al., 2016; Organização Mundial de Saúde, 2018).

Estas impressões subsidiam a construção de que as mulheres têm uma maior disponibilidade para abordar questões na esfera da saúde mental, contrariamente ao que se verifica nos homens (McRae et al., 2016). O facto de serem menos disponíveis ao referido esclarece-se com o firme estigma premente, compactuando, deste modo, com as convencionais condutas de hipermasculinidade que ainda imperam no mundo do desporto (Steinfeldt & Steinfeldt, 2012).

A idade constitui também um fator importante para esta análise (Mirowsky & Ross, 1999 cit. por Scheid & Wright, 2017). Vários estudos indicam que, no que concerne a indivíduos com idades inferiores a 25 anos, estes celebram as maiores prevalências de distúrbios de humor, especialmente a depressão (Smetanin et al., 2011) e os consumos de substâncias que lhe podem estar associados (Pearson et al., 2013).

A descoberta de que jovens atletas com idades inferiores a 21 anos seriam menos prováveis de desenvolver depressão pode suportar a hipótese de que a participação desportiva na adolescência exerce um efeito quase imunológico contra esta patologia (Schaal et al., 2011; Jewett et al., 2014). O dado pode, no entanto, ser mais consistente quando relacionado com uma prática de desporto a um nível mais recreativo e não propriamente num prisma de alta competição (Dishman et al., 2006; Jewett et al., 2014).

A doença mental é ainda habitualmente vislumbrada como um sinal de fraqueza aos olhos da sociedade (Charles & Bentley, 2016), pelo que os atletas que padecem de alguma problemática neste âmbito enfrentam um estigma adicional pela conceção implícita de que estes estão fabricados para resistir a todas as adversidades (Poucher et. al, 2019).

#### **4.4 Pandemia (COVID-19) e as suas repercussões no desporto**

A Organização Mundial de Saúde (2019) define a COVID-19 como a síndrome respiratória aguda ocasionada pelo novo coronavírus Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-COV-2). O seu acrónimo resulta da conjugação dos vocábulos “corona”, “vírus” e “doença” e dos algarismos indicativos do ano em que brotou. Primeiramente avistado numa província chinesa nos inícios desse mesmo ano, o vírus mutou-se rapidamente para o restante globo com um compromisso severo na realidade conforme a conhecíamos.

Os coronavírus subsistem como um agregado de componente viral responsável pelo surgimento de infeções, habitualmente do foro respiratório, semelhantes a uma gripe normativa e com apetência para uma evolução para um quadro de maior gravidade (Direção Geral de Saúde, 2020). A mesma entidade (Direção Geral de Saúde, 2020) proclama que a sua transmissão ocorre através da emissão de gotículas libertadas quando a pessoa contaminada tosse, espirra ou apenas fala e que atingem as mucosas de uma outra pessoa,

podendo também ocorrer por meio de um contato com uma superfície contaminada através das mãos e seguidamente uma porta de entrada, como os olhos, boca ou nariz. Os indivíduos sintomáticos constituem os principais veículos de contágio, não invalidando, porém, a possibilidade de uma transmissão intermediada por elementos que não manifestem quaisquer sintomas (Direção Geral de Saúde, 2020).

O intervalo de incubação do vírus, pronunciado através do período desde a sua exposição até ao primário surgimento de sintomas, ronda um máximo de 14 dias, embora surgindo na maioria dos cenários nos primeiros 4 a 5 dias (Li et al., 2020).

Os seus principais sintomas incluem febre, tosse, dispneia, anosmia e ageusia ou disgeusia (Direção Geral de Saúde, 2020), o que, considerando a sua redundância, pode conduzir a uma negligência do quadro clínico e gravidade latente. A doença pode conduzir, em casos mais delicados, à apresentação das suas formas mais graves como pneumonia grave e insuficiência respiratória aguda, falência renal e de outros órgãos e, numa última linha, provocar mesmo a morte (Organização Mundial de Saúde, 2019).

A Organização Mundial de Saúde decretou, a 11 de março de 2020, um estado pandémico com base no alastramento vertiginoso do vírus para vários focos do planeta (Moura et al., 2020), sendo que, em território português, o registo dos seus primeiros casos data também do começo desse mês, atingindo, à data da composição deste documento, (x) casos e (y) óbitos (Organização Mundial de Saúde, 2021).

O interregno da prática desportiva relevado na matriz do presente documento resulta das medidas de saúde pública implementadas para conter e mitigar a disseminação do vírus e doença esclarecidos anteriormente (Moura et al., 2020). A pandemia deteve um impacto verdadeiramente tremendo em diferentes planos da sociedade, consternando, *igualmente*, o desporto de uma forma sem precedentes na nossa história.

Os efeitos promovidos no universo do desporto foram copiosamente negativos, quer num panorama desportivo propriamente dito, quer na sua indústria e economia à larga escala (Moura et al., 2020). A pandemia deixou, *também*, o nosso desporto de quarentena, suspendendo num primeiro momento todas as competições das principais modalidades coletivas. As competições profissionais de futebol foram interrompidas por um período de

tempo inicialmente indeterminado, retornando somente o principal escalão ao fim do primeiro confinamento. As competições de formação masculinas e femininas, abordadas com o trabalho, foram mesmo canceladas, não resultando destas nenhum efeito desportivo imediato, nomeadamente títulos, subidas e descidas.

A época passada (20/21) contou com os campeonatos profissionais em funcionamento desde o mês de setembro, contrariamente ao que foi observado nos escalões de formação, que só em meados de maio - de 2021 - viram o retorno da sua componente competitiva. Este cenário prolongou-se durante um extenso período e suscita inúmeras dúvidas sobre as suas possíveis consequências em jovens futebolistas.

A emergência de saúde pública experimentada privou os atletas de treinarem no seu ambiente propício e segundo as dinâmicas habituais, vendo-se simultaneamente proibidos de um conjunto de eventos relevantes na sua carreira desportiva (Moura et al., 2020). Nos momentos mais restritivos e com necessidade de confinamento domiciliário, os atletas depararam-se com uma incapacidade crónica de encenar a sua típica tipologia de treino, devido à ausência de equipamentos e condições ambientais específicas, da supervisão dos seus elementos técnicos, dos seus colegas de equipa, e, *claro*, pela ausência de competição (Fayech et al., 2020).

A situação vivenciada poderá enlaçar um conjunto de alterações emocionais, cognitivas e comportamentais nos seus praticantes (Fayech et al., 2020) e, no seu limite, conduzir a um abandono precoce da modalidade.

A população jovem apresenta sérios níveis de sofrimento psicológico em contextos normativos, o que, *evidentemente*, acabara por ser exacerbado como resultado da pandemia. Um estudo levado a cabo em território chinês com estudantes universitários verificou a presença de ansiedade moderada a severa em 24,6% dos seus participantes, constatando ainda que a sua gravidade se correlacionava positivamente com diversas variáveis como os diferimentos académicos, esforços económicos e o impacto promovido na sua vida quotidiana (Cao et al., 2020).

Zhang et al. (2020) realizou um outro estudo com população estudante e em que denotou o aparecimento de um conjunto variado de problemáticas e emoções negativas, como o stress

(28.8%), ansiedade (45.5%) e depressão (22.7%). Os mesmos autores (Zhang et al., 2020) identificaram, *porém*, que a prática sistemática de atividade física durante este período diminuía a prevalência generalizada destes sintomas.

Os resultados dos estudos apresentados com estudantes durante este período de pandemia atribuem importantes *insights* sobre os efeitos potencialmente adversos naqueles que são também desportistas, na medida em que estes se baseiam nos treinos e na competição para gerirem o seu bem-estar e a sua vivência (Grubic et al., 2021). Um estudo recente com uma amostra de mais de 13000 estudantes desportistas do ensino médio nos Estados Unidos da América mostrou que 68,5% e 70,4% dos seus participantes anunciavam, respetivamente, ansiedade leve a grave e sintomas de depressão.

O período de confinamento mimetiza um estado idêntico ao vivenciado por atletas devido a uma lesão que, fruto do ofício que desempenham, pode aparecer em qualquer momento da sua carreira desportiva. A literatura revela que, durante o período em que um atleta se encontra lesionado, podem despontar numerosas alterações psicológicas e emocionais responsivas à própria lesão e ao árduo processo de recuperação que lhe está associado (Leguizamo et al., 2021).

O *Global Psychological Model of Sports Injury* (Olmedilla & García-Mas, 2009) afirma que variáveis como a motivação, a ansiedade competitiva, o stress psicológico e os mecanismos de coping implementados influenciam a forma como esta transição é movida. Leguizamo et al. (2021) consideram, segundo este prisma, que o confinamento requerido pela pandemia enverga um efeito psicológico significativo nos seus atletas, similarmente ao que é demonstrado, por exemplo, perante a abstinência desportiva motivada por lesão.

Por forma a minorar os possíveis danos gerados, o período mais crítico de confinamento deve ser encarado como uma oportunidade privilegiada para manutenção da sua segurança e para uma mais profunda preparação física e, claro, mental para o posterior retorno aos treinos (Salim et al., 2015; Howells & Everard, 2020). A sua vantagem prende-se também com a possibilidade e acessibilidade de acompanhamento por parte dos clubes mesmo à distância, valendo-se das novas tecnologias e plataformas de contactos, como as redes sociais.

O referido não anula, de qualquer das formas, a insuficiência dum treinamento individualizado para colmatar as especificidades de um treino no seu verdadeiro ambiente, ainda para mais, quando abordamos o caso de desportos coletivos, que necessariamente requerem a presença de outros elementos para simular mais eficazmente situações de jogo (Moura et al., 2020). Estas modificações no quotidiano desportivo dos atletas repercutem-se, logicamente, na qualidade e quantidade de treino apresentada, distanciando-os da sua realidade crónica e aumentando o grau de incerteza perante o que o futuro os reserva (Andreato et al., 2020)

A maioria dos atletas viu-se, assim, confrontada com a necessidade de procura de uma saída para manter os seus níveis físicos, fisiológicos e psicológicos o mais idênticos possíveis ao que seriam nas suas habilidades originais (Tayech et al., 2020).

## **PARTE II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**

O *processo* de pesquisa científica descreve um processo sistematizado e que se impulsiona com o propósito de validar e produzir conhecimentos, respondendo às necessidades identificadas no contexto da prática (Polit & Beck, 2011).

Um estudo harmonioso pressupõe, *desta forma*, um estado de concordância entre a aplicação de preceitos mais ou menos determinados por um método e o envolvimento de uma certa quantia de novidade, promovendo um aumento no conhecimento *científico* sobre determinada temática (Vilelas, 2013). Aquando do momento metodológico, o investigador estrutura o caminho a percorrer durante o seu restante trabalho, designando, com base num pensamento *crítico*, o desenho de estudo mais convencionado e os diferentes meios necessários para responder afirmativamente às questões de investigação e objetivos inicialmente levantados (Fortin, 2009; Maxwell, 2012).

O capítulo próximo visa esclarecer toda a componente metodológica prevista na *estruturação* do presente estudo. Serão neste esclarecidas as estratégias definidas para a procura e seleção da evidência que o suporta e ainda as particularidades que o diferenciam dos demais, precisando o seu *desenho, participantes, instrumento desenvolvido para a colheita dos dados, procedimentos e considerações éticas*.

### **1. METODOLOGIA**

#### **1.1 Pertinência do estudo e os seus objetivos gerais**

O substrato para o presente estudo desponta das necessidades intrínsecas ao momento que, *em específico*, a realidade portuguesa enfrentava, onde as suas competições de futebol de formação estiveram interrompidas durante um período extenso, superior a um ano, versando inúmeras questões sobre as particularidades psicológicas geradas por esta prolongada paragem numa população adolescente que muito se consubstancia no desporto para regularizar o seu bem-estar e as suas vivências.

Um investigador idóneo necessita de recorrer continuamente à evidência existente para identificar o estado de arte sobre um determinado mote e, claro, para fundamentar

critérios o seu trabalho (Ribeiro, 2014), pelo que o primeiro passo para a produção deste documento foi consumado precisamente nesse sentido, através de uma extensa revisão sobre o que a literatura nos revela sobre a temática.

O presente estudo acompanha uma linha de pesquisa recentemente desenvolvida sobre o impacto da ausência da prática desportiva em atletas, diferenciando-se dos restantes encontrados na literatura científica, porém, devido a uma mensuração específica das suas variáveis. Este enfatiza a realidade própria experimentada por uma população duplamente específica - adolescentes e praticantes de uma modalidade - num inusitado período de privação da sua componente competitiva devido a um contexto pandémico. O mesmo compreende ainda na sua amostra elementos do sexo masculino e feminino, examinando as possíveis alternâncias de resultados presentes entre ambos. O seu conteúdo filtra, por último, um único desporto com claras especificidades, compreendendo mais um dos motivos em que o sobressalta dos restantes encontrados, na medida em que outros estudos padeciam sempre de uma certa dispersão quanto ao tipo de desportos apresentados.

O seu último propósito finda em conceber um contributo para o desenvolvimento do corpo de conhecimento sobre a temática, formulando uma compreensão apropriada sobre o fenómeno em si e ampliando, como consequência, o campo de intervenção especializado na sua esfera.

## **1.2 Desenho do estudo**

O estudo *“Saúde mental de jovens atletas de futebol federado perante a privação da prática desportiva em competição”* obedece a um desenho quantitativo, descritivo correlacional, transversal e epidemiológico e procura avaliar a sua saúde mental num único momento no tempo, servindo *exclusivamente* para medir e descrever a sua prevalência nesse mesmo momento e sem o acompanhar num futuro (Fortin, 2009).

O método quantitativo assenta num paradigma positivista e baseia-se nos princípios da quantificação e medida, procurando medir variáveis e obter um conjunto de resultados numéricos passíveis de serem generalizados a outras populações ou contextos. Procura, para isso, o estabelecimento de relações de causalidade e efeito entre as suas variáveis, como factos, comportamentos e emoções, com vista a um melhor conhecimento e controlo sobre

um determinado fenômeno. O seu pensamento dedutivo de base esclarece a existência de um conjunto de procedimentos previamente definidos através de um determinado raciocínio. Neste, o investigador debuta com a pesquisa do conhecimento teórico ou resultados que já existem, proclamando um princípio em que a teoria antecede a própria matéria e hipóteses de investigação. Segue-se posteriormente a sua operacionalização e testagem em condições empíricas para que possam ser corroboradas ou vetadas.

O estudo desenvolve ainda uma essência descritiva, pois pretende, através do seu desenvolvimento, observar, descrever e/ou explorar um fenômeno da forma como este ocorre no seu ambiente verdadeiro e procura, acima de tudo, a sua compreensão, explicação e/ou previsão. Acresce ainda a sua componente correlacional, procurando avaliar as possíveis relações existentes entre algumas das variáveis definidas.

### **1.3 Participantes**

O presente trabalho destina-se a todos os jovens atletas praticantes de futebol federado do sexo feminino e masculino com idades compreendidas entre os 16 e os 19 anos. O processo para composição da sua amostra atendeu a um princípio não probabilístico por conveniência, formada com recurso a indivíduos facilmente acessíveis por estarem presentes num determinado contexto e num determinado instante no tempo (Fortin, 2009). A amostra, fragmento da população sobre a qual se desenvolveu o estudo, é constituída pelos 115 indivíduos cumpridores das premissas necessárias para a sua inclusão. Os critérios de exclusão compreendem todos os participantes com idades extra ao intervalo citado e/ou aqueles que naturalmente não pratiquem a modalidade abordada com o documento.

### **1.4 Instrumentos**

A recolha de dados foi processada através do desenvolvimento e aplicação de um questionário via *on-line* em que se procura mensurar, para além de uma contextualização sociodemográfica, clínica e desportiva, um ainda outro conjunto de diferentes variáveis como o sono, motivação, comportamentos aditivos, literacia em saúde mental, saúde mental positiva, ansiedade e o tipo de acompanhamento providenciado por parte dos clubes durante este período de pandemia.

O recurso a este tipo de ferramenta revestiu-se de particular importância durante este período pandémico, em que o acesso presencial a uma amostra se tornou ainda mais dificultado... Um instrumento assim permitiu ultrapassar as adversidades impostas e assegurou a recolha de dados sem a existência necessária de uma interação direta com a população em análise, permitindo a conversão da informação transmitida pelo próprio indivíduo em dados manipuláveis.

O conteúdo do instrumento encontra-se dividido em diferentes partes, principiando com uma introdução, onde se elabora uma referência sumária ao estudo e aos seus propósitos, aproveitando ainda para esclarecer os inquiridos de todas as condições para a sua participação, com ênfase nos seus critérios de voluntariedade e confidencialidade anexos. Procede-se seguidamente a uma contextualização sociodemográfica e clínica onde, conforme os próprios nomes antevêm, se procura compreender o mais proximamente possível a realidade que os atletas experimentam.

A contextualização desportiva visa, por último, detalhar um conjunto de informações sobre a experiência desportiva dos atletas, identificando o escalão em que os elementos se inserem e a divisão em que competem durante a presente temporada. As restantes questões procuram arrecadar outras informações sobre o seu percurso no desporto – como o tempo de prática e o número de clubes representados – e ainda compreender e comparar a realidade da sua prática num momento pandémico quanto à quantidade de treinos semanais e a sua duração.

O corpo do documento foca os tópicos apresentados primeiramente, recorrendo, para isso, a várias questões elaboradas de forma autónoma e a outros instrumentos psicométricos escolhidos para conferir maior sustentabilidade e referência aos dados.

O sono, elemento medular para a saúde física e psicológica dos atletas (Tayech et al., 2020), é avaliado com base em três questões onde se procura compreender a média de horas de sono e os seus padrões de qualidade e quantidade percebidos por estes jovens, comparando-os, uma vez mais, com o que era descrito para um momento antes da pandemia.

A motivação é vislumbrada como a base e essência do comportamento desportivo, na medida em que, enquanto construto, este exorta o indivíduo a concretizar as suas missões, orientando-o para a sua ação e manutenção (Rossi et al., 2020). Neste domínio, e para além das questões onde se pretende graduar os níveis de motivação antes e durante a pandemia, inclui-se o Behaviour Regulation Sports Questionnaire (BRSQ), na sua versão traduzida e validada para a população portuguesa (Monteiro et al., 2018).

### ***Behaviour Regulation Sports Questionnaire (BRSQ)***

O referido questionário tem como propósito avaliar as diferentes formas de motivação descritas para a sua prática desportiva, refletindo o *continuum* motivacional enunciado na Teoria da Autodeterminação (Deci & Ryan, 2008). Conta com um conjunto de 24 itens respondidos com base numa escala de Likert de 7 níveis variantes entre 1 (“nada verdadeira para mim”) e o 7 (“totalmente verdadeira para mim”). Os referidos itens encontram-se agrupados em seis fatores, cada um deles com quatro itens.

Seguem-se, ainda inseridas na motivação, questões relacionadas com a possibilidade de abandono da modalidade e procura-se, na sua iminência, identificar quais os principais motivos que justificam esses pensamentos ou mesmo decisões.

A literacia em saúde mental é operacionalizada através do recurso a dois instrumentos psicométricos: “Escala de Boa Saúde Mental” (Chaves et al., 2020) e Questionário de Conhecimento de Saúde Mental (Chaves et al., 2020).

### ***Escala de Boa Saúde Mental***

A Escala de Boa Saúde Mental (Bjornsen et al., 2017) foi desenvolvida com o propósito de mensurar o conhecimento da população sobre como manter uma boa saúde mental. O referido instrumento foi traduzido e adaptado para a língua portuguesa por Chaves et al. (2020) através de um estudo constituído por 208 puérperas, com idades compreendidas entre os 19 e 46 anos (média = 32.33 anos  $\pm$  4.78). Este compreende, diferentemente da sua primeira versão, um conjunto de 10 itens e avalia dois fatores: o fator 1 (exigências ou vivências externas) é constituído por 6 itens com um valor de alfa de 0.733; e o fator 2 (património interno), composto pelos restantes 4 itens com um valor de alfa de 0.666. Possui

um valor de alfa global de 0.769. Os itens incluídos são cotados também numa escala de Likert de 6 níveis variantes entre 1 (“Discordo totalmente”) até 5 (“Concordo totalmente”). Contrariamente ao descrito no anterior, este apresenta ainda uma opção de resposta distinta, “não-aplicável”, para quando se sugere a inexistência de uma relação entre esse tópico e uma satisfatória saúde mental.

### ***Questionário de Conhecimento de Saúde Mental***

O Questionário de Conhecimento de Saúde Mental (Chaves et al., 2020) representa um instrumento com 20 itens, dos quais 17 estão vocacionados a asserções sobre saúde mental, respondidas segundo uma escala de Likert de 5 níveis variantes: 1 (“Discordo totalmente”), 2 (“Discordo parcialmente”), 3 (“Nem concordo nem discordo”), 4 (Concordo parcialmente”) e 5 (“Concordo totalmente”). Os itens 2, 4, 6, 9, 10, 13, 14, 15 são cotados inversamente. Os itens 17, 18, 19, 20 mantêm a categorização inicialmente proposta pela primeira versão do instrumento, apresentando-se sobre uma forma de resposta dicotómica (“Sim e “Não”). Pretendem medir o nível de conscientização de atividades de promoção de saúde.

### ***Questionário de Saúde Mental Positiva (QSM+)***

O Questionário de Saúde Mental Positiva (QSM+) (Sequeira et al., 2014) resulta da tradução do “Cuestionario de Salud Mental Positiva” (CSM+) (Lluch-Canut, 1999) para a língua portuguesa e procura avaliar os níveis de saúde mental positiva presentes nos seus inquiridos com base nos seis fatores propostos por Lluch (1999, 2003). O referido questionário apresenta 39 itens. As respostas a cada um apresentam-se na forma numa escala de Likert de 1 a 4, considerando a frequência com que cada afirmação se sucede na sua vida: (“Sempre ou quase sempre”), (“Na maioria das vezes”), (“Algumas vezes”), (“Raramente ou nunca”). A cotação atribuída a cada hipótese de resposta varia inversamente com a forma em como a questão está formulada.

### ***Inventário de Saúde Mental - 5***

O Inventário de Saúde Mental - 5 (Pais Ribeiro, 2011) consta também como um dos instrumentos mobilizados com vista a alcançar as pretensões do estudo, funcionando, segundo o mesmo, como um importante teste de rastreio para a avaliação da saúde mental.

É constituído por 5 itens e procura aprofundar quatro dimensões de saúde mental, como a ansiedade, depressão, perda de controlo emocional-comportamental e bem-estar psicológico (Ware, Sherbourne & Davies, 1992). A sua adaptação para a população portuguesa evidencia uma correlação de  $r=0,95$  entre a "pocket-version" deste instrumento e a sua versão completa (MHI-38).

A ansiedade, parâmetro contido no anterior instrumento, acaba por ser também alvo de uma avaliação mais detalhada com a colocação de outras duas questões sucintas, desenvolvidas com o intuito de aferir o estado de perceção dos atletas sobre a presença de manifestações ansiosas durante o último mês e a sua comparação com um momento anterior à pandemia.

A existência de comportamentos aditivos é avaliada de uma forma semelhante ao anteriormente descrito, pretendendo, em todos os cenários, determinar a presença e o tipo de comportamento apresentado e se os mesmos seriam motivados por esta pandemia.

O instrumento encerra com as questões centradas na compreensão do tipo de acompanhamento providenciado por parte das instâncias desportivas durante este período e no desenvolvimento de possíveis estratégias autonomamente por parte dos atletas para preservarem a sua saúde mental.

### **1.5 Procedimentos**

O questionário desenvolvido para a recolha de dados foi montado com o consentimento dos autores dos vários instrumentos pensados para comporem o presente estudo. Os seus comprovativos encontram-se remetidos para anexos.

A concretização de um pré-teste permitiu ainda mais aprimorar o conteúdo do instrumento, agora com um contributo distinto, orientado com base nas primeiras impressões junto dos elementos a quem o estudo se destina. Segundo Fortin (2009), um pré-teste proporciona um pequeno ensaio para um instrumento de medida ou equipamento antes da sua utilização a uma escala mais exuberante. O questionário foi, desta forma, primeiro aplicado a uma pequena amostra composta por quatro atletas masculinos de um dos clubes envolvidos no estudo. O *feedback* atribuído foi bastante positivo no que toca à compreensão e pertinência

dos conteúdos, sugerindo, por outro lado, algumas melhorias que, para uma última versão do documento, acabaram mesmo por se consumir.

A recolha de dados decorreu posteriormente ao se disponibilizar o questionário por via online aos vários *team-managers* das equipas que assistiram o estudo, suprimindo alguns dos eventuais constrangimentos motivados por esta ainda pandemia e assegurando, assim, a sua intermediação direta com os atletas. Este processo contou com o apoio de seis clubes dispersos de norte a sul do país. Estes foram contactados num primeiro momento de forma a dar a conhecer o estudo e o que com o seu desenvolvimento pretendia, aproveitando ainda para esclarecer todos os preceitos necessários para a sua exequibilidade. Assim que confirmado o seu interesse, os clubes ficaram encarregues de reunir os documentos de consentimento informado dos representantes dos atletas menores de idade, salvaguardando, deste modo, todos princípios éticos requeridos na pesquisa em humanos.

O tratamento e conseqüente análise estatística descritiva e inferencial dos dados materializou-se com recurso ao sistema IBM SPSS Statistics for Windows, Version 28.0. Uma análise inferencial compreende a aplicação de um conjunto de testes, paramétricos ou não-paramétricos, possibilitando, desta forma, afirmar as possíveis relações e associações entre as variáveis em estudo e assegurar a sua difusão para uma população em maior escala (Fortin, 2009). A preferência por um determinado teste a aplicar rege-se por um conjunto vasto de premissas definidas previamente para a sua íntima nomeação, como é o caso do tipo de estudo, (se este é inter ou intra-sujeitos); o nível de mensuração das variáveis em pesquisa e, claro, os requisitos inclusos para utilizar cada um dos mesmos.

O presente estudo visa também o estabelecimento de análises concretas entre as suas variáveis, determinando que, não obstante o seu nível de mensuração, maioritariamente intervalares, e o número da sua amostra bem superior ao necessário ( $n > 30$ ), estas exibem uma anormalidade nas suas distribuições. Somando ao mencionado, optou-se, desta forma, pelo recurso às seguintes provas: Teste de Mann-Whitney (U), Teste de Kruskal-Wallis (H) e Correlação de Spearman (r).

O primeiro designa, respetivamente, uma prova não-paramétrica para amostras independentes com o propósito de comparar as médias de 2 grupos (Firmino, 2015). O Teste de Kruskal-Wallis (H) corresponde também a uma prova não-paramétrica para amostras

independentes mas serve, por sua parte, para comparar as médias de 3 ou mais grupos (Firmino, 2015). A Correlação de Spearman ( $r$ ) compreende uma prova igualmente não-paramétrica instituída para analisar, não as médias, mas sim a força de associação presente entre duas variáveis intervalares e/ou ordinais (Firmino, 2015).

### **1.6 Considerações éticas**

Fortin (1999) esclarece que qualquer investigação desenvolvida em seres humanos problematiza questões éticas e morais. O presente trabalho foi concebido à luz dos pressupostos éticos enunciados na Declaração de Helsínquia (Associação Médica Mundial, 2013), assegurando, desta forma, o cumprimento dos princípios e direitos fundamentais que a regulamentam. O estudo foi ainda submetido a análise por parte da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre (IPP), marcando o nº de pedido: 5/2021. A sua decisão, expressa a 09/03/2021 e com a referência SC/2021/2316, resultou num parecer positivo.

Os seus critérios de confidencialidade encontram-se confirmados nos primórdios do preenchimento do questionário, asseverando que, em momento ou circunstância alguma, seriam questionadas ou divulgadas as verdadeiras identidades dos seus participantes. Atribuídas as respostas, cada questionário ficou posteriormente codificado com um número de entrada, sem existirem quaisquer possibilidades de identificar o inquirido ou o seu endereço de envio e armazenando toda a informação numa única pasta com necessidade de palavra-passe para o seu acesso.

O prefácio do documento comunica também a necessidade de ser atribuído um consentimento informado e as condições primordiais para a sua validade. A legitimidade de uma decisão prevê que esta esteja sempre suportada em informação de uma forma voluntária e competente. Aqui, e perante a particularidade de existirem atletas com menos de 18 anos, o documento escrutina a necessidade de um consentimento atribuído por parte dos seus representantes, assinalando, para isso, uma opção específica no questionário e enviando em separado o referido documento.



## 2. RESULTADOS

O capítulo corrente narra os principais resultados obtidos através da aplicação do instrumento desenvolvido para a colheita de dados, minuciando, para este momento, o conjunto extenso de variáveis abordado.

### 2.1 Análises estatísticas

#### *Caracterização sociodemográfica*

A amostra em estudo é constituída por 115 jovens atletas de futebol federado, dos quais 104 (90%) são representativos de elementos do sexo masculino e 11 (10%) do sexo feminino. No que concerne às idades dos mesmos, estes apresentam um valor médio de 17,30 anos (Desvio padrão (DP)= 1,034), Mo= 18 anos (n= 41) e Amplitude (A)= 3 anos). Quanto à nacionalidade, os elementos portugueses dominam a amostra (n= 111, 97%), distribuindo-se geograficamente com maior incidência na região Norte do país (89%) e, fundamentalmente, no Porto (n= 89, 77%).

O agregado familiar destes jovens adolescentes é, na sua maioria, constituído por famílias nucleares com a presença das duas figuras parentais, acrescentando ainda outros elementos da família, como irmão/irmã(s), avô/avó(s) ou outros familiares (60%). Neste ponto, foram assinaladas 3 respostas (3%) em que os atletas afirmam viverem sozinhos ou com outros elementos que não constam nas opções listadas.

O “Ensino Secundário” representa o grau de escolaridade mais frequentado da amostra (85%), representados com maior preponderância pelo “12º ano” (n= 49, 43%). As restantes opções ainda compreendidas neste ciclo de escolaridade (10º ano e 11º ano) dispõe de frequências estatísticas condizentes em ambas (n= 24, 21%). Dos restantes, 9 atletas (8%) encontram-se no Ensino Superior, enquanto que 7 (6%) não se encontram a estudar. 87% da amostra é estudante mas, na variável “situação profissional”, importa ressaltar a existência de outros papéis desempenhados por muitos destes, mesmo num mercado de trabalho, como atletas profissionais (n= 20, 17%). Este resultado, em particular, compreende uma outra valia ao estudo, conferindo uma perspetiva mais profissionalizada a este universo desportivo.

A tabela que se apresenta seguidamente propõe esclarecer as frequências de resposta e percentagens observadas para cada uma das idades descritas.

<b>Variável</b>	<b>Respostas</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>Percentagem (%)</b>
<b>Idade</b>	16	35	30
	17	25	22
	<b>18</b>	<b>41</b>	<b>36</b>
	19	14	12
<b>Nacionalidade</b>	<b>Portuguesa</b>	<b>111</b>	<b>97</b>
	Estrangeira	4	3
<b>Distrito de residência</b>	<b>Aveiro</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
	Braga	14	12
	Lisboa	9	8
	<b>Porto</b>	<b>89</b>	<b>77</b>
	Setúbal	2	2
<b>Agregado familiar</b>	<b>Famílias monoparentais (Pai ou Mãe)</b>	<b>6</b>	<b>5</b>
	Pai e Mãe	32	28
	<b>Pai/Mãe e</b>	<b>69</b>	<b>60</b>
	<b>Irmão/ã(s)/Avô/Avó(s)/Outros familiares</b>		
	Avô/Avó(s)	1	1
	Sozinho	3	3
	Outros	3	3
<b>Grau de escolaridade frequentado</b>	<b>Ensino Básico (9º ano)</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
	Ensino Secundário (10º ano)	24	21
	Ensino Secundário (11º ano)	24	21
	<b>Ensino Secundário (12º ano)</b>	<b>49</b>	<b>43</b>
	Ensino Superior	9	8
	Não aplicável	7	6
<b>Situação profissional</b>	<b>Estudante</b>	<b>100</b>	<b>87</b>
	Atleta profissional	20	17
	Trabalhador por conta própria	2	0,02
	Trabalhador por conta de outrem	2	0,02
	Outros	2	0,02

**Tabela 1** - Frequência absoluta (n) e relativa (%) das respostas referentes às variáveis de “Caracterização sociodemográfica”

### ***Caracterização clínica***

A maioria dos atletas (n= 104, 90%) não apresenta quaisquer antecedentes clínicos. Antagonicamente, os restantes 11 elementos (10%) padecem de patologias do sistema respiratório (n= 6), seguindo-se com maior representatividade as doenças visuais (n= 4), de pele (n= 3) e, em último, do sistema cardíaco (n=1).

Quanto à existência de prescrições terapêuticas a cumprir no ano em curso, somente 5 atletas (4%) referem tomar alguma medicação há mais de um ano, dos quais apenas 3 precisam os fármacos tomados. Destacam-se respostas como “Concerta (1cp/dia após pequeno-almoço)”, “Ditropan” e “Kestine e Singulair (S.O.S)”. O primeiro fármaco mencionado destina-se, fundamentalmente, ao tratamento de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), enquanto que o segundo (Ditropan) descreve um medicamento pertencente ao grupo farmacológico dos anticolinérgicos. Por último, o Kestine e o Singulair desempenham um efeito anti-histamínico e são incluídos para o tratamento de asma.

Questionados com maior especificidade sobre a toma de psicofármacos, apenas 2 jovens atletas (2%) responderam ter iniciado a sua toma durante este período mas apenas um a esclarece... Valdispert, no caso, um extrato à base de plantas indicado para o tratamento e alívio de perturbações de sono.

O histórico de lesões anteriores consta, por último, como uma das variáveis avaliadas neste capítulo, procurando, desta forma, perceber as anteriores experiências com períodos de interrupção da prática desportiva mais prolongadas e motivadas por fatores extrínsecos. Neste ponto, acima de metade dos jovens (n= 72, 63%) referem ter apresentado, pelo menos uma vez, uma qualquer lesão que os havia impossibilitado de treinar ou competir durante um período superior a um mês, destacando-se as entorses (n= 25), lesões ligamentares (n= 17), fraturas (n= 14), lesões musculares (n= 14), lesões motivadas por choques/traumatismos (n= 8) e outras (n= 16).

## **Caracterização desportiva**

### **Escalão**

A totalidade da população inquirida pratica futebol federado aquando do momento da aplicação do questionário (n= 115, 100%), distribuindo-se distintamente por 4 escalões. De notar a existência de vários atletas (n= 9) que assinalam competir em mais que um escalão.

<b>Escalão</b>	<b>Frequência (n)</b>
<i>Sénior</i>	13
<i>Sub-23</i>	2
<b><i>Sub-19</i></b>	<b>64</b>
<i>Sub-17</i>	42

**Tabela 2** - Frequência absoluta (n) das respostas referentes à variável “Escalão”.

### **Divisão**

As divisões em que estes competem evidenciam uma evidente dispersão, ressaltando-se as maiores frequências observadas com os Distritais de Sub-19 (n= 32) e Sub-17 (n= 33). Por outro lado, existem outros focos em destaque e que naturalmente espelham o nível de compromisso e profissionalização da modalidade, como a “Liga Portugal 2 SABSEG (II Liga Portuguesa)” (n= 1), Campeonato de Portugal (CNS – III Liga Portuguesa) (n= 2), Liga Revelação (n= 2), Campeonato Nacional de Sub-19 (I Divisão) (n= 31), Campeonato Nacional de Sub-19 (II Divisão) (n= 2), Campeonato Nacional de Sub-17 (I Divisão) (n= 5) e Campeonato Nacional de Sub-17 (II Divisão) (n= 3).

<b>Escalão</b>	<b>Frequência (n)</b>
<i>Sénior - Liga Portugal 2 SABSEG (II Liga Portuguesa)</i>	1

<i>Sénior - Campeonato de Portugal (CNS – III Liga Portuguesa)</i>	2
<i>Sénior - Distritais</i>	1
<i>Sénior – III Divisão Feminino</i>	11
<i>Sub-23 – Liga Revelação (Campeonato Nacional de Sub-23)</i>	2
<b><i>Sub-19 – Campeonato Nacional de Sub-19 (I Divisão)</i></b>	<b>31</b>
<i>Sub-19 – Campeonato Nacional de Sub-19 (II Divisão)</i>	2
<b><i>Sub-19 – Distritais</i></b>	<b>32</b>
<i>Sub-17 – Campeonato Nacional de Sub-17 (I Divisão)</i>	5
<i>Sub-17 – Campeonato Nacional de Sub-17 (II Divisão)</i>	3
<b><i>Sub-17 – Distritais</i></b>	<b>33</b>

**Tabela 3** - Frequência absoluta (n) das respostas referentes à variável “*Divisão*”.

#### ***Tempo de prática desportiva***

A prática de futebol federado assume-se como uma realidade consecutiva na vida dos elementos em pesquisa. 81% dos inquiridos (n= 93) responderam competir nesta modalidade há mais de 7 anos e 28% já a praticam há mais de 10 anos. A opção com o espaçamento mais recente (Há 1-3 anos) contou com a menor percentagem observada (n= 7, 6%)

#### ***Número de clubes frequentados***

A presente variável visa esclarecer o percurso desportivo destes atletas através do número de clubes em que jogaram durante a sua carreira e é explanada com recurso à tabela apresentada posteriormente.

<b><i>Número de clubes</i></b>	<b><i>Frequência (n)</i></b>
--------------------------------	------------------------------

1	13
2	37
3	40
4	16
5	8

**Tabela 4** - Frequência absoluta (n) das respostas referentes à variável “Número de clubes”.

**Número de treinos antes da pandemia/durante Agosto/Setembro 2020-Janeiro 2021/Atualmente (Abril/Maio/Junho 2021)**

A maioria dos inquiridos apresentava 4 treinos por semana (n= 45, 39%) previamente ao início da pandemia, valores esses equiparáveis aos que responderam treinar somente 3 vezes por semana (n= 43, 37%). 16 elementos (14%) assinalaram treinar 5 vezes por semana e 2 (2%) mais que 5 vezes por semana. A inclusão da presente variável procura fundamentar ainda as alternâncias obtidas no número de treinos observados com a pandemia em curso. Contrariamente ao primeiro ponto citado, durante o período entre Agosto/Setembro 2020 e Janeiro 2021, 3 treinos constituiu a resposta mais assinalada (n= 53, 46%), seguidos de 4 treinos (n= 25, 22%), 5 treinos (n= 20, 17%), 2 treinos (n= 12, 11%) e 1 treino (n= 1, 1%). Ressalva-se ainda que, durante este estadió pandémico, 4 atletas (4%) responderam ter 0 treinos.

A maioria dos inquiridos (n= 72, 63%) apresenta 3 treinos por semana no momento de preenchimento do questionário. 5 treinos por semana (n= 23, 20%) e 4 treinos por semana (n= 14, 12%) completam as restantes respostas mais assinaladas. A tabela seguinte procura esclarecer as referências anteriores.

Número de treinos	Antes da pandemia		Agosto-Setembro/2020 a Janeiro 2021		Atualmente	
	n	%	n	%	n	%
0	2	1,7	4	3,5	2	1,7
1	-	-	1	0,9	2	1,7

2	7	6,1	12	10,4	1	0,9
3	43	37,4	<b>53</b>	<b>46,1</b>	<b>72</b>	<b>62,9</b>
4	<b>45</b>	<b>39,1</b>	25	21,7	14	12,2
5	16	13,9	20	17,4	23	20,0
Mais de 5	2	1,7	-	-	-	-

**Tabela 5** - Frequência absoluta (n) e relativa (%) das respostas referentes à variável “Número de treinos antes da pandemia, entre Agosto-Setembro/2020 a Janeiro 2021 e atualmente”.

***Duração dos treinos antes da pandemia/durante Agosto/Setembro 2020-Janeiro 2021/Atualmente (Abril/Maio/Junho 2021)***

Relativamente à duração desses mesmos treinos ainda antes da pandemia, cerca de metade das respostas (n= 57, 49,6%) sugerem um período médio de 60 min enquanto que outros 47 elementos (40,9%) respondem uma durabilidade de 90 min. Menos de 45 min (n= 5, 4,3%), 45 min (n= 5, 4,3%) e Mais de 90 min (n= 1, 0,9%) completam o restante quadro de respostas categorizadas para a questão. Durante o período compreendido entre Agosto/Setembro 2020 e Janeiro 2021, a duração de treino mais assinalada centra-se nos 45 min (n= 57, 49,6%), apresentando-se, num segundo posto, os treinos de 60 min (n= 44, 38,3%). As restantes respostas dispersam-se entre os menos de 45 min (n= 9, 7,8%) e os 90 min (n= 1, 0,9%).

A duração média dos treinos atualmente ronda os 60 min (n= 61, 53,0%) e os 90 min (n= 41, 35,7%).

<b><i>Duração dos treinos</i></b>	<b><i>Antes da pandemia</i></b>		<b><i>Agosto-Setembro/2020 a Janeiro 2021</i></b>		<b><i>Atualmente</i></b>	
	<b><i>N</i></b>	<b><i>%</i></b>	<b><i>n</i></b>	<b><i>%</i></b>	<b><i>n</i></b>	<b><i>%</i></b>
<i>Menos de 45 min</i>	5	4,3	9	7,8	1	0,9
<i>45 min</i>	5	4,3	<b>57</b>	<b>49,6</b>	3	2,6
<i>60 min</i>	<b>57</b>	<b>49,6</b>	44	38,3	<b>61</b>	<b>53,0</b>
<i>90 min</i>	47	40,9	1	0,9	41	35,7
<i>Mais de 90 min</i>	1	0,9	-	-	7	6

**Tabela 6** - Frequência absoluta (n) e relativa (%) das respostas referentes à variável “Duração dos treinos antes da pandemia, entre Agosto-Setembro/2020 a Janeiro 2021 e atualmente”.

### **Sono**

A amostra em estudo apresenta um valor médio de 7,9 horas de sono (Desvio padrão (DP)= 0,97), Mo= 8 horas e Amplitude (A)= 6 horas). Relativamente à quantidade de sono, a maioria dos elementos (n= 74, 64%) não revelam quaisquer diferenças experimentadas neste domínio comparativamente com um momento antes da pandemia (n= 74, 64%). Contrariamente, 22 atletas referem dormir menos horas (19%) e 19 (17%) referem dormir mais horas. O grosso dos jovens assinala, também, a ausência de diferenças observadas na qualidade do respetivo sono (n= 97, 84%). 13 atletas (11%) referem, por outro lado, um défice na qualidade de sono experimentada, enquanto que 5 (4%) dizem dormir melhor.

### **Ansiedade**

A tabela seguinte esclarece as respostas obtidas à questão “9.1 Indique, de acordo com as seguintes opções disponibilizadas, com que frequência se sentiu ansioso(a) durante o último mês”.

<b>Duração</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Nunca</b>	<b>29</b>	<b>25</b>
<b>Raramente, menos de 1 ou 2 dias</b>	<b>59</b>	<b>51</b>
<b>Muitos dias</b>	<b>17</b>	<b>15</b>
<b>Mais de 7 dias</b>	<b>10</b>	<b>9</b>

**Tabela 7** - Frequência absoluta (n) e relativa (%) das respostas referentes à questão “9.1 Indique de acordo com as seguintes opções disponibilizadas, com que frequência se sentiu ansioso(a) durante o último mês”.

Os resultados espelham uma reduzida prevalência de manifestações ansiosas durante o último mês, evidente pelo número de respostas “Nunca” (n= 29, 25%) e “Raramente, menos de 1 ou 2 dias” (n= 59, 51%). Comparando com um momento precedente a esta pandemia, mais de metade dos atletas (n= 68, 60%) referem não denotar quaisquer diferenças no seu

estado de ansiedade. 38 atletas (33%) referem, por outra parte, sentir-se mais ansiosos e 9 (8%) menos ansiosos que anteriormente.

### **Comportamentos aditivos**

90% (n= 103) da amostra narra não apresentar quaisquer comportamentos aditivos. Os restantes 12 elementos (10%) que responderam afirmativamente à questão colocada especificam os respetivos comportamentos aditivos visados, nomeadamente, a internet (n= 11) e o tabaco (n= 1). Questionados sobre se a adesão a estes comportamentos poderia ter sido estimulada pelo contexto de pandemia, apenas 2 (17%) responderam tê-los iniciado nesta altura.

### **Motivação**

#### **Behaviour Regulation Sports Questionnaire**

A tabela seguinte mostra os resultados obtidos em cada um dos seis fatores declarados no instrumento em causa.

<b>Fatores</b>	<b>Média (M)</b>	<b>Desvio Padrão (DP)</b>
<i>Amotivation</i>	9	6,14
<i>External regulation</i>	6	3,51
<i>Introjected regulation</i>	9	6,20
<b>Identified regulation</b>	<b>24</b>	3,64
<b>Integrated regulation</b>	<b>25</b>	3,71
<b>Intrinsic motivation</b>	<b>27</b>	2,17

**Tabela 8** - Média e desvio-padrão dos resultados decorrentes da aplicação do Behaviour Regulation Sports Questionnaire (BRSQ).

Os resultados obtidos exortam a maior preponderância atribuída às formas autónomas de motivação, apresentando pontuações médias categoricamente mais elevadas que as restantes formas controladas de motivação e de *amotivação*.

### ***Motivação antes e durante pandemia***

O valor médio de motivação evidenciado num momento prévio à pandemia era de 9,23 (Desvio padrão (DP)= 1,539), Mo= 10 e Amplitude (A)= 9). Posteriormente, e num momento em que a pandemia assola ainda a vivência desportiva destes jovens, os inquiridos exibem valores distintos no que concerne aos seus níveis de motivação. Os níveis de motivação descritos para o momento rondam uma média de 7,74 (Desvio padrão (DP)= 2,579), Mo= 10 e Amplitude (A) = 9). O quadro em seguinte visa representar as diferenças observadas nos dois momentos em análise.

<b><i>Nível de motivação</i></b>	<b><i>Antes da pandemia</i></b>		<b><i>Durante a pandemia</i></b>	
	<b><i>n</i></b>	<b><i>%</i></b>	<b><i>n</i></b>	<b><i>%</i></b>
1	1	0,9	3	2,6
2	-	-	4	3,5
3	-	-	2	1,7
4	-	-	9	7,8
5	4	3,5	5	4,3
6	3	2,6	6	5,2
7	8	7,0	16	13,9
8	7	6,1	12	10,4
9	10	8,7	12	10,4
<b>10</b>	<b>82</b>	<b>71,3</b>	<b>46</b>	<b>40,0</b>

**Tabela 9** - Frequência absoluta (n) e relativa (%) das respostas referentes à variável “Nível de motivação antes e durante a pandemia”.

### ***Abandono da modalidade antes e durante da pandemia***

Os decréscimos motivacionais observados em atletas podem conduzir, numa última linha, a um prematuro abandono da modalidade, pelo que, por este fato, o presente estudo finda também em medir as relações patentes entre estas variáveis. Se, anteriormente à pandemia, apenas 12% (n= 14) da amostra inquirida referiu ter pensado em abandonar a modalidade, a

pandemia quase duplica o valor observado (n= 27, 23%). 5 (4%) destes atletas culminaram mesmo com a sua desistência da modalidade.

Como possíveis motivos explicativos para o efeito, destacam-se o fator ausência de competição (n= 16), seguindo-se as alterações nas dinâmicas de treino (n= 8) e as alterações nas dinâmicas relacionais (n= 4). Aqui, verifica-se o crescente relevo atribuído a condições indiretas da pandemia, como as suas repercussões no universo desportivo, ao invés daquelas diretamente provocadas pela mesma, como o medo de ser infetado (n= 3) ou de infetar alguém (n= 3). A resposta “motivos económicos” constituiu a de menor relevância por parte dos inquiridos (n= 1).

### ***Inventário de Saúde Mental- 5 (ISM-5)***

A aplicação do referido instrumento permitiu consumir um valor médio 56 pontos (Desvio-Padrão (DP)= 1,99, Mo= 60 e Amplitude (A)= 48). Traduzindo estes valores segundo os parâmetros de corte traçados no inventário, constata-se que o valor médio da pontuação achada sugere a presença de sintomas moderados (52-60), encontrando-se, igualmente, a sua moda (Mo= 60) num limiar deste intervalo de valores. Por outro lado, 28 atletas (25%) apresentam pontuações indicativas da presença de sintomas graves.

A tabela apresentada seguidamente visa esclarecer as diferentes respostas atribuídas a cada um dos itens avaliados com o instrumento.

**Inventário de Saúde Mental**

	<b>Sempre</b>		<b>Com muita frequência/Quase sempre</b>		<b>Frequentemente/A maior parte do tempo</b>		<b>Com pouca frequência/Durante algum tempo</b>		<b>Quase nunca</b>		<b>Nunca</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
1. "Durante quanto tempo, no mês passado, se sentiu muito nervoso?"	-	-	5	4,3	8	7,0	24	20,9	<b>59</b>	<b>51,3</b>	19	16,5
2. "Durante quanto tempo, no mês que passou, se sentiu calmo e em paz?"	-	-	5	4,3	25	21,7	20	17,4	<b>49</b>	<b>42,6</b>	16	13,9
3. "Durante quanto tempo, no mês que passou, se sentiu triste e em baixo?"	-	-	7	6,1	6	5,2	28	24,3	<b>55</b>	<b>47,8</b>	19	16,5
4. "Durante quanto tempo, no mês que passou, se sentiu triste e em baixo, de tal modo que nada o conseguia animar?"	-	-	6	5,2	4	3,5	18	15,7	35	30,4	<b>52</b>	<b>45,2</b>

5. "No último mês, quanto tempo se sentiu uma pessoa feliz?"	1	0,9	4	3,5	16	13,9	20	17,4	51	44,3	23	20,0
--	---	-----	---	-----	----	------	----	------	----	------	----	------

**Tabela 10** - Frequência absoluta (n) e relativa (%) das respostas decorrentes da aplicação do "Inventário de Saúde Mental – 5 (ISM-5)".

A questão 1. "Durante quanto tempo, no mês passado, se sentiu muito nervoso?" e 3. "Durante quanto tempo, no mês que passou, se sentiu triste e em baixo?", destinadas a medir, respetivamente, a ansiedade e depressão, apresentam um maior número de respostas centradas na hipótese "Quase nunca" (n= 59, 51,3%; n= 55, 47,8%). A questão 4. "Durante quanto tempo, no mês que passou, se sentiu triste e em baixo, de tal modo que nada o conseguia animar?" firma ainda mais os resultados positivos prévios, conforme evidente através da sua maior concentração de respostas na hipótese "Nunca" (n= 52, 45,2%). Por outro lado, a questão 2. "Durante quanto tempo, no mês que passou, se sentiu calmo e em paz?" e a 5. "No último mês, quanto tempo se sentiu uma pessoa feliz?" exibem resultados menos satisfatórios, alegando, na sua maioria, "quase nunca" se sentirem calmos e em paz ou mesmo felizes durante o último mês (n= 49, 42,6%; n= 51, 44,3%).

### ***Literacia em saúde mental***

#### ***Escala de boa saúde mental***

A aplicação do instrumento permitiu consumir um valor médio ( $\chi$ ) de 22 pontos (Desvio-padrão (DP)= 6,00), Mo= 20 (n= 18) e Amplitude (A)= 40). A referida escala não dispõe de uma pontuação de corte, devendo a interpretação dos resultados ser realizada no sentido da estreita proporcionalidade, isto é, quanto maior a pontuação, maiores serão os níveis de conhecimento da população sobre condições implícitas para como manter uma boa saúde mental. O score global da escala comuta entre os 10 e os 50 pontos, assumindo, assim, que os valores médios obtidos com a sua aplicação transparecem níveis rasos de literacia em saúde mental.

A tabela seguinte procura detalhar as diferentes respostas atribuídas a cada um dos itens avaliados.

	<i>Escala de Boa Saúde Mental</i>									
	<i>Discordo totalmente</i>		<i>Discordo parcialmente</i>		<i>Nem concordo nem discordo</i>		<i>Concordo parcialmente</i>		<i>Concordo totalmente</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
1. "Lidar com situações stressantes de uma forma adequada".	-	-	1	0,9	12	10,4	28	24,3	74	64,3
2. "Acreditar em si próprio".	1	0,9	-	-	2	1,7	18	15,7	94	81,7
3. "Ter boas rotinas de sono".	-	-	4	3,5	10	8,7	24	20,9	77	67,0
4. "Tomar decisões baseado na sua própria vontade".	2	1,7	3	2,6	14	12,2	45	39,1	51	44,3
5. "Estabelecer limites para as suas próprias ações".	2	1,7	5	4,3	16	13,9	37	32,2	55	47,8
6. "Sentir-se que pertence a uma comunidade".	7	6,1	4	3,5	31	27,0	28	24,3	45	39,1
7. "Dominar os seus pensamentos negativos".	1	0,9	2	1,7	11	9,6	26	22,6	75	65,2
8. "Definir limites sobre o que é aceitável para si".	5	4,3	2	1,7	17	14,8	42	36,5	49	42,6
9. "Sentir-se valioso, independentemente das suas próprias realizações".	1	0,9	1	0,9	11	9,6	48	41,7	54	47,0
10. "Vivenciar o sucesso escolar/profissional".	-	-	-	-	20	17,4	28	24,3	67	58,3

**Tabela 11** - Frequência absoluta (n) e relativa (%) das respostas decorrentes da aplicação do "Escala de Boa Saúde Mental".

As suas respostas assinalam, de uma forma genérica, uma maior concentração nas hipóteses com maior conotação ("Concordo totalmente"). O item 2. "Acreditar em si próprio" constitui aquele com a maior frequência de respostas positivas (n= 94, 81,7%), seguindo-se o item 3. "Ter boas rotinas de sono" (n= 77, 67,0%), o item 7. "Dominar os seus pensamentos negativos" (n= 75, 65,2%) e o item 1. "Lidar com situações stressantes de uma forma adequada" (n= 74, 64,3%). O item 6. "Sentir-se que pertence a uma comunidade" e o item 8. "Definir limites sobre o que é aceitável para si" assumem, por outro lado, uma certa dispersão entre as três hipóteses com maior valor associado, verificando-se índices mais reduzidos de total concordância.

### ***Questionário de Conhecimentos em Saúde Mental***

A aplicação do instrumento permitiu consumir um valor médio ( $\chi$ ) de 44 pontos (DP= 9,03), Mo= 47 e Amplitude (A)= 60 pontos). Repartindo a análise nos três construtos inclusos neste questionário, o primeiro, conhecimento das características da saúde mental e transtornos mentais, apresentou um valor médio ( $\chi$ ) de 35 pontos (DP= 3,43), Mo= 35 pontos (n= 80) e Amplitude (A)= 30 (n=10) – 8 (n=1) = 22 pontos). O segundo fator elencado, a crença na epidemiologia dos transtornos mentais, apresentou um valor médio ( $\chi$ ) de 19 pontos (DP= 3,97), Mo= 18 e Amplitude (A)= 22 pontos). Por fim, a conscientização sobre atividades de promoção da saúde apresentou um valor médio ( $\chi$ ) de 6 pontos (DP= 1,41, Mo= 8 e Amplitude (A)= 22).

A tabela seguinte procura detalhar as diferentes respostas atribuídas a cada um dos itens avaliados.

<b>Questionário de Conhecimento em Saúde Mental</b>										
	<b>Discordo totalmente</b>		<b>Discordo parcialmente</b>		<b>Nem concordo nem discordo</b>		<b>Concordo parcialmente</b>		<b>Concordo totalmente</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
1. "A saúde mental é uma componente da saúde".	1	0,9	-	-	1	0,9	9	7,8	104	90,4
2. "Os distúrbios mentais são causados por pensamentos incorretos".	7	6,1	8	7,0	29	25,2	43	37,4	28	24,3
3. "Muitas pessoas têm problemas mentais, mas não se apercebem".	1	0,9	3	2,6	24	20,9	41	35,7	46	40,0
4. "Todos os distúrbios mentais são causados por stressores externos".	15	13,0	31	27,0	26	22,6	36	31,3	7	6,1
5. "Componentes da saúde mental incluem inteligência normal, humor estável, uma atitude positiva, relações interpessoais de qualidade e adaptabilidade".	-	-	9	7,8	16	13,9	43	37,4	47	40,9
6. "A maioria dos distúrbios mentais não pode ser curada".	50	43,5	24	20,9	30	26,1	10	8,7	1	0,9
7. "Devem ser procurados serviços psicológicos ou psiquiátricos se suspeitarmos da presença de problemas ou distúrbios mentais".	-	-	1	0,9	8	7,0	39	33,9	67	58,3
8. "Problemas psicológicos podem ocorrer em qualquer idade".	-	-	2	1,7	8	7,0	21	18,3	84	73,0
9. "Distúrbios mentais e problemas psicológicos não podem ser evitados".	37	32,2	22	19,1	35	30,4	12	10,4	9	7,8
10. "Nos distúrbios mentais graves (por exemplo, esquizofrenia), os medicamentos devem ser tomados apenas por um determinado período de tempo".	19	16,5	2	1,7	61	53,0	19	16,5	14	12,2
11. "Atitudes positivas, boas relações interpessoais e um estilo de vida saudável podem ajudar a manter a saúde mental".	-	-	1	0,9	8	7,0	24	20,9	82	71,3

12. "Indivíduos com história familiar de distúrbios mentais tem maior risco de problemas psicológicos e distúrbios mentais".	6	5,2	9	7,8	<b>43</b>	<b>37,4</b>	41	35,7	16	13,9
13. "Problemas psicológicos nos adolescentes não influenciam os resultados acadêmicos".	<b>79</b>	<b>68,7</b>	18	15,7	11	9,6	3	2,6	4	3,5
14. "É improvável que indivíduos de meia-idade ou idosos desenvolvem problemas psicológicos e distúrbios mentais".	<b>48</b>	<b>41,7</b>	17	14,8	35	30,4	12	10,4	3	2,6
15. "Indivíduos com fraco temperamento são mais propensos a ter problemas mentais".	11	9,6	5	4,3	<b>48</b>	<b>41,7</b>	40	34,8	11	9,6
16. Problemas ou distúrbios mentais podem ocorrer quando um indivíduo sob stress psicológico ou enfrenta uma situação significativa na sua vida (por exemplo, morte de membros da família).	1	0,9	1	0,9	10	8,7	50	43,5	<b>53</b>	<b>46,1</b>
	<b>Sim</b>					<b>Não</b>				
	<b>N</b>		<b>%</b>			<b>N</b>		<b>%</b>		
17. "Já ouviu falar do Dia Mundial da Saúde Mental?"	<b>63</b>		<b>54,8</b>			52		45,2		
18. "Já ouviu falar do Dia Internacional contra o Abuso de Drogas e o Tráfico Ilícito de Drogas?"	37		32,2			<b>78</b>		<b>67,8</b>		
19. "Já ouviu falar sobre o Dia Internacional de Prevenção do Suicídio?"	46		40,0			<b>69</b>		<b>60,0</b>		
20. "Já ouviu falar do Dia Mundial do Sono?"	53		46,1			<b>62</b>		<b>53,9</b>		

**Tabela 12** - Frequência absoluta (n) e relativa (%) das respostas decorrentes da aplicação da "Questionário de Conhecimento em Saúde Mental".

O item 1. "A saúde mental é uma componente da saúde" constitui aquele com a maior concentração de respostas positivas (n= 104, 90,4%), seguindo-se o item 8. "Problemas psicológicos podem ocorrer em qualquer idade" (n= 84, 73%) e o item 11. "Atitudes positivas, boas relações interpessoais e um estilo de vida saudável podem ajudar a manter a saúde mental" (n= 82, 71,3%). Outros dos restantes itens apresentados, como o item 10. "Nos

distúrbios mentais graves (por exemplo, esquizofrenia), os medicamentos devem ser tomados apenas por um determinado período de tempo”, o item 12. “Indivíduos com história familiar de distúrbios mentais tem maior risco de problemas psicológicos e distúrbios mentais” e o item 15. “Indivíduos com fraco temperamento são mais propensos a ter problemas mentais.”, enaltecem uma maior tendência para a abstinência na sua resposta, assinalando maioritariamente a opção (“Nem concordo nem discordo”). Fica, também, claro uma certa dispersão nas respostas apresentadas em vários itens, com percentagens próximas nas opções descritas com o instrumento. O último conteúdo declarado com o questionário, com as questões destinadas a medir o nível de conscientização sobre atividades de promoção de saúde, revela, à excepção do item 17. “Já ouviu falar sobre o Dia Mundial da Saúde Mental?”, uma maior concentração de respostas na opção (“Não”) e, assim, um certo desconhecimento sobre as mesmas iniciativas.

### ***Saúde mental positiva***

#### ***Questionário de Saúde Mental Positiva (QSM+)***

A saúde mental positiva particulariza uma das variáveis com maior preponderância no trabalho, recorrendo, para a sua análise, ao Questionário de Saúde Mental Positiva (QSM+). O referido instrumento apresenta valores de pontuação variantes entre 39 (valor mínimo) e 156 (valor máximo), verificando-se, por conseguinte, uma estreita proporcionalidade entre os resultados obtidos e o subsequente nível de saúde mental positiva. A pontuação média ( $\chi$ ) obtida com a sua aplicação foi de 132 pontos (DP= 14,30, Mo= 135 (n= 9) e Amplitude (A)= 59). Segundo proposta enunciada por Garcia (2016), a média obtida é representativa de um nível alto ou *flourishing* (118-156).

A análise descritiva dos fatores é apresentada no posterior quadro.

<b><i>Fatores de Saúde Mental Positiva</i></b>	<b><i>Pontuação mínima/máxima</i></b>	<b><i><math>\chi</math></i></b>	<b><i>DP</i></b>	<b><i>Score Médio</i></b>	<b><i>Mínimo</i></b>	<b><i>Máximo</i></b>
<b><i>F1: Satisfação Pessoal</i></b>	8/32	27,97	3,70	<b>3,5</b>	16	32
<b><i>F2: Atitude Pró-Social</i></b>	5/20	18,26	1,89	<b>3,6</b>	12	20
<b><i>F3: Autocontrolo</i></b>	5/20	15,44	3,09	<b>3</b>	8	20

<i>F4: Autonomia</i>	5/20	16,65	2,87	<b>3,4</b>	9	20
<i>F5: Resolução de problemas e realização pessoal</i>	9/36	30,07	4,04	<b>3,3</b>	15	36
<i>F6: Habilidades de Relação Interpessoal</i>	7/28	23,73	3,40	<b>3,4</b>	15	28

**Tabela 13** - Média, desvio-padrão, score médio, valores mínimos e máximos obtidos através da aplicação do “*Questionário de Saúde Mental Positiva (QSM+)*”.

Os fatores apresentados na tabela em cima exibem, de uma forma sumária, valores médios obtidos na órbita dos níveis altos, à exceção do domínio autocontrole, presente num posto intermédio. Com base na interpretação dos scores médios aventados em cada um dos mesmos, verificou-se que o fator com níveis mais elevados é a atitude pró-social (Score Médio = 3,6), imediatamente seguida pela satisfação pessoal (Score Médio = 3,5). Por outro lado, o fator com níveis inferiores é o autocontrole (Score Médio=3). De relevar, também, que em nenhum dos seis fatores foram atingidos os seus níveis mínimos.

As tabelas seguintes esmiuçam as respostas atribuídas em cada um dos itens avaliados nos vários fatores constituintes do instrumento. Os dados em destaque assinalam as respostas com maior frequência nos múltiplos índices.

	<b>Satisfação Pessoal (F1)</b>							
	<b>Sempre ou quase sempre</b>		<b>Na maioria das vezes</b>		<b>Algumas vezes</b>		<b>Raramente ou nunca</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
4. "Gosto de mim como sou"	<b>66</b>	<b>57,4</b>	40	34,8	7	6,1	2	1,7
6. "Sinto-me capaz de explodir"	4	2,5	11	9,6	<b>51</b>	<b>44,3</b>	49	42,6
7. "Para mim a vida é aborrecida e monótona"	-	-	7	6,1	25	21,7	<b>83</b>	<b>72,2</b>
12. "Vejo o meu futuro com pessimismo"	1	0,9	7	6,1	32	27,8	<b>75</b>	<b>65,2</b>
14. "Considero-me uma pessoa menos importante do que as outras pessoas que me rodeiam".	3	2,6	7	6,1	30	26,1	<b>75</b>	<b>65,2</b>
31. "Penso que sou um(a) inútil e que não sirvo para nada".	1	0,9	9	7,8	19	16,5	<b>86</b>	<b>74,8</b>
38. "Sinto-me insatisfeito(a) comigo mesmo(a)."	4	3,5	8	7,0	35	30,4	<b>68</b>	<b>59,1</b>
39. "Sinto-me insatisfeito com o meu aspeto físico".	4	3,5	11	9,6	41	35,7	<b>59</b>	<b>51,3</b>

**Tabela 14** - Frequência absoluta (n) e relativa (%) das respostas obtidas no fator (1) "Satisfação Pessoal" no Questionário de Saúde Mental Positiva (QSM+).

A anterior tabela exprime uma natureza de responsividade tendencialmente positiva para o fator "satisfação pessoal" (F1) e onde se observa, à exceção do item "6. Sinto-me capaz de explodir", a presença de respostas com a maior cotação positiva exequível. O item destacado determinou-se, assim, como o único onde a maior frequência de respostas se cingiu à opção "Algumas vezes" (n= 51, 44,3%), pouco mais representativa que a opção "Raramente ou nunca" (n= 49, 42,6%).

O ítem 31. "Penso que sou um(a) inútil e que não sirvo para nada" firma aquele com a maior frequência de respostas positivas comparativamente com as restantes em análise neste

momento. Importa ainda ressaltar o ínfimo número de respostas negativas apreciadas na totalidade dos itens.

	<b>Atitude Pró-Social (F2)</b>							
	<b>Sempre ou quase sempre</b>		<b>Na maioria das vezes</b>		<b>Algumas vezes</b>		<b>Raramente ou nunca</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
1. "Para mim é difícil aceitar os outros quando têm atitudes diferentes das minhas."	1	0,9	9	7,8	30	26,1	75	65,2
3. "Para mim é difícil escutar os problemas das pessoas".	-	-	2	1,7	23	20,0	90	78,3
23. "Penso que sou uma pessoa digna de confiança".	95	82,6	2	1,7	2	1,7	-	-
25. "Penso nas necessidades dos outros".	64	55,7	33	28,7	14	12,2	4	3,5
37. "Gosto de ajudar os outros"	93	80,9	17	14,8	5	4,3	-	-

**Tabela 15** - Frequência absoluta (n) e relativa (%) das respostas obtidas no fator (2) "Atitude Pró-Social" no Questionário de Saúde Mental Positiva (QSM+).

Os resultados obtidos com os vários itens avaliados no fator "atitude pró-social" (F2) transparecem, similarmente ao descrito no anterior fator, índices de elevada positividade, onde as respostas mais comuns a cada um destes se encontram na pontuação máxima. Por conseguinte, o item com maior concentração de respostas positivas foi o item 23. "Penso que sou uma pessoa de confiança" (n= 95, 82,6%), proximamente acompanhado pelo item 37. "Gosto de ajudar os outros" (n= 93, 80,9%) e, em seguida, pelo item 3. "Para mim é difícil escutar os problemas das pessoas" (n= 90, 78,3%).

	<b>Autocontrolo (F3)</b>							
	<b>Sempre ou quase sempre</b>		<b>Na maioria das vezes</b>		<b>Algumas vezes</b>		<b>Raramente ou nunca</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
2. "Os problemas bloqueiam-me facilmente".	1	0,9	7	6,1	53	46,1	<b>54</b>	<b>47,0</b>
5. "Sou capaz de controlar-me quando tenho emoções negativas".	37	32,2	<b>40</b>	<b>34,8</b>	34	29,6	4	3,5
21. "Sou capaz de controlar-me quando tenho pensamentos negativos".	37	32,2	35	30,4	<b>38</b>	<b>33,0</b>	5	4,3
22. "Sou capaz de manter um bom autocontrolo nas situações de conflitos que surgem na minha vida".	38	33,0	<b>48</b>	<b>41,7</b>	26	22,6	3	2,6
26. "Na presença de pressões desfavoráveis do exterior sou capaz de manter o meu equilíbrio emocional".	42	36,5	<b>49</b>	<b>42,6</b>	21	18,3	3	2,6

**Tabela 16** - Frequência absoluta (n) e relativa (%) das respostas obtidas no fator (3) "Autocontrolo" no Questionário de Saúde Mental Positiva (QSM+).

O fator "autocontrolo" (F3) constitui, conforme enunciado nos primórdios desta abordagem, o único fator onde não se verificaram a presença de scores elevados, apresentando-se, por contraposição, num posto intermédio. Desta forma, os dados apresentados assinalam a evidente dispersão dos seus resultados, com percentagens de resposta idênticas em quase 3 das 4 opções de resposta veiculadas com o instrumento.

O item com maior frequência de respostas numa só opção foi o item 2. "Os problemas bloqueiam-me facilmente", precisamente o único onde se determinou a resposta com maior índice de positividade (Raramente ou nunca) (n= 54, 47,0%). Por outro lado, o item 21. "Sou capaz de controlar-me quando tenho pensamentos negativos" diferencia-se dos demais como o único onde a resposta mais citada é de componente negativa, pois a maioria dos inquiridos refere só o conseguir fazer por "Algumas vezes" (n= 54, 47%). Esta incapacidade fica semelhantemente patente no que diz respeito à gestão de emoções negativas, conforme

se verifica na dispersão das respostas ao item 5. “Sou capaz de controlar-me quando tenho emoções negativas”.

	<b>Autonomia (F4)</b>							
	<b>Sempre ou quase sempre</b>		<b>Na maioria das vezes</b>		<b>Algumas vezes</b>		<b>Raramente ou nunca</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
10. “Preocupa-me muito o que as pessoas pensam de mim.”	6	5,2	10	8,7	41	35,7	58	50,4
13. “As opiniões dos outros influenciam-me muito na hora de tomar as minhas decisões.”	1	0,9	14	12,2	39	33,9	61	53,0
19. “Preocupa-me que as pessoas me critiquem.”	5	4,3	19	16,5	37	32,2	54	47,0
33 “Tenho dificuldades em ter opiniões pessoais”	1	0,9	7	6,1	32	27,8	75	65,2
34. “Quando tenho que tomar decisões importantes sinto-me muito inseguro(a).”	6	5,2	19	16,5	41	35,7	49	42,6

**Tabela 17** - Frequência absoluta (n) e relativa (%) das respostas obtidas no fator (4) “Autonomia” no Questionário de Saúde Mental Positiva (QSM+).

Com base na análise do fator “autonomia” (F4), os seus resultados vinculam a maior concentração de respostas na opção com valores máximos de positividade (Raramente ou nunca). Assim, importa também enaltecer o item com maior incidência de respostas positivas, nomeadamente, o item 33. “Tenho dificuldade em ter opiniões pessoais” (n= 75, 65,2%). Volta-se, uma vez mais, a verificar uma muito reduzida taxa de respostas negativas, sendo a mais prevalente observada no item 34. “Quando tenho que tomar decisões importantes sinto-me muito inseguro(a).”, onde 21,7% dos atletas revelam as suas inseguranças inerentes.

	<b>Resolução de Problemas (F5)</b>							
	<b>Sempre ou quase sempre</b>		<b>Na maioria das vezes</b>		<b>Algumas vezes</b>		<b>Raramente ou nunca</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
15. "Sou capaz de tomar as decisões por mim mesmo."	<b>79</b>	<b>68,7</b>	25	21,7	7	6,1	4	3,5
16. "Procuro retirar os aspectos positivos das coisas "más" que me acontecem".	41	35,7	<b>45</b>	<b>39,1</b>	23	20,0	6	5,2
17. "Procuro melhorar como pessoa".	<b>94</b>	<b>81,7</b>	16	13,9	4	3,5	1	0,9
27. "Quando surgem alterações na minha vida procuro adaptar-me".	<b>62</b>	<b>53,9</b>	46	40,0	7	6,1	-	-
28. "Perante um problema sou capaz de solicitar informação".	<b>53</b>	<b>46,1</b>	32	27,8	25	21,7	5	4,3
29. "As alterações que ocorrem habitualmente no meu quotidiano estimulam-me."	18	15,7	<b>47</b>	<b>40,9</b>	40	34,8	10	8,7
32. "Procuro desenvolver e potenciar as minhas boas atitudes".	<b>81</b>	<b>70,4</b>	29	25,2	4	3,5	1	0,9
35. "Sou capaz de dizer não quando o quer dizer".	<b>56</b>	<b>48,7</b>	35	30,4	19	16,7	5	4,3
36. "Quando tenho um problema procuro arranjar soluções possíveis".	<b>73</b>	<b>63,5</b>	33	28,7	7	6,1	2	1,7

**Tabela 18** - Frequência absoluta (n) e relativa (%) das respostas obtidas no fator (5) "Resolução de Problemas" no Questionário de Saúde Mental Positiva (QSM+).

Semelhantemente, o fator "resolução de problemas" (F5) volta a configurar respostas predominantemente positivas e onde, nos itens 15, 17, 27, 28, 32, 35 e 36, a resposta mais comum é aquela com maior conotação positiva ("Sempre ou quase sempre"). Quanto ao item com maior frequência de respostas positivas comparativamente com os restantes, destaca-se o item 32. "Procuro desenvolver e potenciar as minhas atitudes" (n= 81, 70,4%).

	<b>Habilidades de Relação Interpessoal (F6)</b>							
	<b>Sempre ou quase sempre</b>		<b>Na maioria das vezes</b>		<b>Algumas vezes</b>		<b>Raramente ou nunca</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
8. "Para mim é difícil dar apoio emocional".	5	4,3	12	10,4	30	26,1	68	59,1
9. "Tenho dificuldades em estabelecer relações interpessoais satisfatórias com algumas pessoas".	4	3,5	14	12,2	29	25,2	68	59,1
11. "Acredito que tenho muita capacidade para colocar-me no lugar dos outros e compreender as suas respostas."	47	40,9	41	35,7	23	20,0	4	3,5
18. "Considero-me um(a) bom/boa conselheiro(a)."	54	47,0	53	46,1	7	6,1	1	0,9
20. "Considero-me uma pessoa sociável".	77	67,0	23	20,0	13	11,3	2	1,7
24. "Para mim é difícil entender os sentimentos dos outros".	2	1,7	9	7,8	36	31,3	68	59,1
30. "Tenho dificuldades em relacionar-me abertamente com os meus professores/chefes."	4	3,5	13	11,3	31	27,0	67	58,3

**Tabela 19** - Frequência absoluta (n) e relativa (%) das respostas obtidas no fator (6) "Habilidades de Relação Interpessoal" no Questionário de Saúde Mental Positiva (QSM+).

Por último, e segundo os dados apresentados na tabela acima, é possível afirmar que o item com melhores resultados no fator "habilidades de relação interpessoal" (F6) é o item 20. "Considero-me uma pessoa sociável", onde 67,0% dos atletas responderam com a opção "Sempre ou quase sempre". A percentagem de respostas negativas foi, uma vez mais, francamente reduzida na globalidade dos tópicos, contrariamente ao que se verificou no item 11. "Acredito que tenho muita capacidade para colocar-me no lugar dos outros e compreender as suas respostas", onde 23,5% dos inquiridos situam as suas respostas nesse patamar.

***Acompanhamento e estratégias desenvolvidas autonomamente por parte dos atletas durante este período***

A esmagadora maioria da população inquirida assume terem sido disponibilizados diferentes apoios por parte dos seus clubes aos atletas (n= 112, 97%). A inclusão desta abordagem pretendia com isso aferir ainda o tipo de acompanhamento em causa, verificando-se, desta forma, que a resposta mais citada foi a de realização de treinos em grupo com recurso às novas tecnologias (n= 87). A realização periódica de reuniões, atividades e dinâmicas em grupo, na mesma com recurso às novas tecnologias, subsiste como a resposta mais respondida em segundo plano (n= 68). De ressaltar, ainda, o desenvolvimento de planos de treino (n= 49) e planos de nutrição individualizados (n= 29). O acompanhamento por parte de profissionais de saúde mental (n= 28) constitui uma resposta com equivalente notoriedade.

O momento último do questionário destina-se a perceber se os jovens desportistas haviam desenvolvido alguma estratégia com um propósito claro de promover a sua saúde mental durante a pandemia. 25% (n= 29) dos atletas respondeu afirmativamente, dispersando vários motivos justificativos e dos quais se relevam a pratica de atividade física/exercício físico/desporto (n= 11) e a definição de objetivos diários e semanais (n= 5) e, portanto, a médio e longo prazo. O acompanhamento e desenvolvimento de contactos com o psicólogo da equipa (n= 3) e abordagens meditacionais (n= 3) emergem também como outras respostas de valia a esta pergunta.

Por fim, a possibilidade de incluir atividades prazerosas na sua rotina, como “conversar com amigos”, “trabalhar para si mesmo sem pensar no resto”, “ter uma boa alimentação, uma boa hidratação, dormir bem e acordar cedo”, constam ainda no compêndio de respostas, mas em frequências menos significativas que as anteriormente mencionadas.

## **2.2 Análises inferenciais**

***Saúde mental positiva e sexo***

			<b>Sexo</b>
			<i>Média (<math>\chi</math>)</i>

	<i>U</i>	<i>P</i>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>
<b>Saúde mental positiva</b>	647	0,475	129,91	<b>132,35</b>
Satisfação pessoal	730	0,130	26,91	<b>28,08</b>
Atitude pró-social	368,500	<b>0,046</b>	<b>19,36</b>	18,14
Autocontrole	556	0,878	<b>15,64</b>	15,41
Autonomia	637,500	0,530	16,64	<b>16,65</b>
Resolução de problemas	834,500	<b>0,012</b>	27,00	<b>30,39</b>
Habilidades de relação interpessoal	547,500	0,815	<b>24,36</b>	23,55

**Tabela 20** - Análise inferencial (Teste de Mann-Whitney) entre as variáveis “Saúde mental positiva” e “Sexo”.

A aplicação do Teste de Mann-Whitney (U) sugere a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre os valores de saúde mental positiva no sexo masculino e feminino ( $p = 0,475, >0,05$ ). A tabela acima representada afirma, porém, valores médios de saúde mental positiva mais elevados nos atletas masculinos. O mesmo veredito acaba por não se verificar, porém, no cômputo dos seus fatores, como é exemplo a atitude pró-social ( $p = 0,046$ ) e a resolução de problemas ( $p = 0,012$ ). Particularizando esta diversidade, no caso da atitude pró-social, são os elementos do sexo feminino a apresentarem valores mais elevados, enquanto que, na resolução de problemas, são os elementos do sexo masculino que se destacam com maior significância.

#### **Saúde mental positiva e idade**

<b>Idade</b>	<b>Saúde mental positiva</b>
	<i>Média (<math>\chi</math>)</i>
16	128,99
17	132,80
18	133,29
<b>19</b>	<b>136,07</b>

**Tabela 21** - Análise inferencial (Teste de Kruskal-Wallis) entre as variáveis “Saúde mental positiva” e “Idade”.

A dimensão saúde mental positiva revelou, através do Teste de Kruskal-Wallis, não apresentar diferenças estatisticamente significativas quando analisada em concomitância com as diferentes idades dos elementos em estudo ( $p= 0,079$ ,  $p > 0,05$ ). Em seguida, foram ainda exploradas as diferenças nos seus fatores e idades. Os resultados obtidos mostraram que existem diferenças estatisticamente significativas na resolução de problemas ( $H= 8,04$ ;  $p= 0,045$ ). Com isto, os atletas com 17 anos obtiveram níveis superiores neste fator ( $x= 31,40$ ), quando comparados com os restantes.

A Correlação de Spearman ( $r$ ) estabelecida entre ambos determinou uma correlação positiva fraca entre estas duas variáveis ( $r_s=0,23$ ;  $N=115$ ;  $p=0,014$ ), verificando-se um paulatino aumento nos valores de saúde mental positiva à medida que as idades em estudo avançam.

**Saúde mental positiva e abandono da modalidade**

	<b>Saúde mental positiva</b>	
<b>5.5 Alguma vez pensou em abandonar o futebol durante este período de pandemia?</b>	<b>N</b>	<b>Média (<math>\chi</math>)</b>
Sim	27	123,15
Não	88	134,86

**Tabela 22** - Análise inferencial (Teste de Mann-Whitney) entre as variáveis “Saúde mental positiva” e a questão “5.5 Alguma vez pensou em abandonar o futebol durante este período de pandemia?”.

O Teste de Mann-Whitney (U), aplicado para comparar os níveis médios de saúde mental positiva com as respostas atribuídas à questão “5.5 Alguma vez pensou em abandonar o futebol durante este período de pandemia?”, observa a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as mesmas ( $U= 1933,500$ ,  $p= 0,001$ ,  $<0,05$ ), verificando-

se níveis mais elevados de saúde mental positiva nos atletas que não ponderaram abandonar a modalidade durante este período.

***Saúde mental positiva e acompanhamento providenciado por parte dos clubes***

		<b><i>Saúde mental positiva</i></b>
<b><i>11.1 Durante este confinamento, o seu clube prestou/presta algum tipo de acompanhamento aos seus atletas?</i></b>	<b><i>N</i></b>	<b><i>Média (<math>\chi</math>)</i></b>
<b>Sim</b>	<b>112</b>	<b>132,34</b>
<b>Não</b>	<b>3</b>	<b>127,33</b>

**Tabela 23** - Análise inferencial (Teste de Mann-Whitney) entre as variáveis “Saúde mental positiva” e a resposta à questão “11.1 Durante este confinamento, os eu clube prestou/presta algum tipo de acompanhamento aos seus atletas?”.

O Teste de Mann-Whitney (U), aplicado para comparar os níveis de saúde mental positiva com as respostas atribuídas à questão “11.1 Durante este confinamento, o seu clube prestou/presta algum tipo de acompanhamento aos seus atletas?”, revela que não se observam diferenças estatisticamente significativas entre os mesmos (U= 137,500, p= 0,611,>0,05).

A tabela acima representada afirma, porém, valores de saúde mental positiva mais elevados nos atletas que apresentaram algum tipo de acompanhamento por parte dos seus clubes durante este percurso pandémico.

***Nível de motivação e saúde mental positiva***

A *Correlação de Spearman (r)* proposta entre estas duas variáveis descreve uma correlação positiva fraca existente entre as mesmas (rs= 0,31; N=115; p=0,001).

### ***Nível de motivação antes da pandemia e sexo***

			<b>Sexo</b>	
			<i>Média (<math>\chi</math>)</i>	
	<i>U</i>	<i>p</i>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>
<b>Nível de motivação</b>	594,500	0,789	8,82	<b>9,27</b>
<b>Total</b>			<b>9,23</b>	

**Tabela 24** - Análise inferencial (Teste de Mann-Whitney) entre as variáveis “Nível de motivação antes da pandemia” e “Sexo”.

O Teste de Mann-Whitney (U), aplicado para comparar os níveis médios de motivação antes da pandemia entre os elementos do sexo feminino e masculino, revela que não se observam diferenças estatisticamente significativas entre as mesmas (U= 594,500 , p= 0,789, >0,05). A tabela acima representada afirma, porém, valores médios de motivação mais elevados nos atletas masculinos num momento antecedente à pandemia.

### ***Nível de motivação durante a pandemia e sexo***

			<b>Sexo</b>	
			<i>Média (<math>\chi</math>)</i>	
	<i>U</i>	<i>p</i>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>
<b>Nível de motivação</b>	315,500	<b>0,011</b>	<b>9,45</b>	7,56
<b>Total</b>			<b>7,74</b>	

**Tabela 25** - Análise inferencial (Teste de Mann-Whitney) entre as variáveis “Nível de motivação durante a pandemia” e “Sexo”.

O Teste de Mann-Whitney (U), aplicado para comparar os níveis médios de motivação durante a pandemia entre os elementos do sexo feminino e masculino, preconiza a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as mesmas (U= 315,500, p= 0,011, <0,05), verificando-se, contrariamente ao tópico anterior, valores substancialmente superiores nas jovens atletas do sexo feminino.

**Nível de motivação durante a pandemia e idade**

<b>Idade</b>	<b>Nível de motivação durante a pandemia</b>
	<i>Média (<math>\chi</math>)</i>
16	7,89
17	7,16
<b>18</b>	<b>8,02</b>
19	7,57
<b>Total</b>	7,74

**Tabela 26** - Análise inferencial (Teste de Kruskal-Wallis) entre as variáveis “Nível de motivação durante a pandemia” e “Idade”.

O Teste de Kruskal-Wallis (U), estabelecido para aferir os níveis de motivação apresentados durante a pandemia nas várias idades em estudo, revela não existirem diferenças estatisticamente significativas entre as mesmas ( $H= 2,081$ ;  $g= 3$ ;  $p= 0,556$ ,  $>0,05$ ). A tabela acima representada ressalva, porém, a existência de valores médios de motivação mais elevados nos atletas com 18 anos de idade.

A Correlação de Spearman ( $r$ ), estabelecida entre o nível de motivação durante a pandemia e a idade, sugere a quase inexistência de uma correlação entre ambas ( $r_s= 0,001$ ;  $N=115$ ;  $p=0,992$ ).

**Nível de motivação durante a pandemia e se pensou em abandonar o futebol durante este período**

	<b>Nível de motivação durante a pandemia</b>	
<b>5.5 Alguma vez pensou em abandonar o futebol durante este</b>	<i>N</i>	<i>Média (<math>\chi</math>)</i>

<i>período de pandemia?</i>		
Sim	27	5,33
Não	<b>88</b>	<b>8,48</b>

**Tabela 27** - Análise inferencial (Teste de Mann-Whitney) entre as variáveis “Nível de motivação durante a pandemia” e a resposta à questão “5.5 Alguma vez pensou em abandonar o futebol durante este período de pandemia?”.

O Teste de Mann-Whitney (U), aplicado para comparar o nível médio de motivação esclarecido durante a pandemia com a resposta atribuída à questão “5.5 Alguma vez pensou em abandonar o futebol durante este período de pandemia?”, elucida para a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as mesmas (U= 1933,500, p= 0,000, <0,05), onde os atletas que não pensaram em abandonar o futebol durante este período apresentavam valores de motivação bem mais elevados.

#### **Literacia em saúde mental e sexo**

			<b>Sexo</b>	
			<i>Média (χ)</i>	
	<i>U</i>	<i>p</i>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>
<b>Questionário de Conhecimento em Saúde Mental</b>	358	<b>0,041</b>	<b>48,18</b>	43,97
<b>Escala de Boa Saúde Mental</b>	451	0,248	<b>22,09</b>	21,48

**Tabela 28** - Análise inferencial (Teste de Mann-Whitney) entre as variáveis “Literacia em saúde mental” e “Sexo”.

O Teste de Mann-Whitney (U), aplicado para comparar as médias de resultados entre as duas escalas de literacia em saúde mental e o sexo, corrobora com a existência de diferenças estatisticamente significativas somente quando abordado o Questionário de Conhecimento em Saúde Mental (U= 358,00, p= 0,041, <0,05). Não obstante, e atendendo ao conteúdo declarado na tabela supramencionada, as atletas do sexo feminino revelam valores de literacia em saúde mental superiores aos atletas do sexo masculino.

### **Literacia em saúde mental e idade**

<b>Idade</b>	<b>Questionário de Conhecimento em Saúde Mental</b>	<b>Escala de Boa Saúde Mental</b>
	<i>Média (<math>\chi</math>)</i>	<i>Média (<math>\chi</math>)</i>
16	44,86	21,74
17	44,12	21,40
<b>18</b>	<b>44,98</b>	21,20
<b>19</b>	41,86	<b>22,29</b>
<b>Total</b>	44,37	21,54

**Tabela 29** - Análise inferencial (Teste de Kruskal-Wallis) entre as variáveis “Literacia em saúde mental” e “Idade”.

O Teste de Kruskal-Wallis ( $U$ ), estabelecido para aferir as médias de resultados entre as duas escalas de literacia em saúde mental e a variável idade, revela não existirem diferenças estatisticamente significativas entre as mesmas ( $H= 0,138$ ;  $g= 3$ ;  $p= 0,987$ ,  $>0,05$ ;  $H= 1,109$ ;  $g= 3$ ;  $p= 0,775$ ,  $>0,05$ ).

A Correlação de Spearman ( $r$ ) entre as duas escalas de literacia em saúde mental e a idade corrobora, respetivamente, com a existência de uma correlação negativa fraca e uma correlação positiva fraca ( $r_s= -0,057$ ;  $N=115$ ;  $p=0,549$ ;  $r_s= 0,13$ ;  $N=115$ ;  $p=0,888$ ).

### **Questionário de conhecimento em saúde mental e Escala de boa saúde mental**

A Correlação de Spearman ( $r$ ) entre estas duas variáveis corrobora a existência de uma correlação positiva fraca ( $r_s= 0,17$ ;  $N=115$ ;  $p=0,072$ ), encarando, *desta forma*, que os valores atribuídos compactuam em cada um dos instrumentos.

### **Literacia em saúde mental e saúde mental positiva**

A Correlação de Spearman ( $r$ ) estabelecida entre o Questionário de Conhecimento em Saúde Mental e o Questionário de Saúde Mental Positiva (QSM+), bem como a Escala de Boa Saúde

Mental e o Questionário de Saúde Mental Positiva (QSM+), sugere a existência de uma correlação negativa fraca entre estas duas variáveis ( $r_s = -0.17$ ;  $N = 115$ ;  $p = 0,064$ ;  $r_s = -0.16$ ;  $N = 115$ ;  $p = 0,091$ ).

***Literacia em saúde mental e estratégias desenvolvidas autonomamente por parte dos atletas para minorarem os danos no seu bem-estar mental***

		<b><i>Questionário de Conhecimento em Saúde Mental</i></b>	<b><i>Escala de Boa Saúde Mental</i></b>
<b><i>11.2 Desenvolveu alguma(s) estratégia(s) ou atividade(s) durante esta pandemia para promover a sua saúde mental?</i></b>	<i>N</i>	<i>Média (<math>\chi</math>)</i>	<i>Média (<math>\chi</math>)</i>
Sim	29	41,90	19,93
Não	86	<b>45,21</b>	<b>22,08</b>

**Tabela 30** - Análise inferencial (Teste de Mann-Whitney) entre as variáveis “Literacia em Saúde Mental” e a resposta à questão “11.2 Desenvolveu algumas estratégias ou atividades durante esta pandemia?”.

O Teste de Mann-Whitney (U), aplicado para comparar as médias de resultados entre as duas escalas de literacia em saúde mental e a resposta atribuída à questão “11.2 Desenvolveu algumas estratégias ou atividades durante esta pandemia?”, constata que existem somente diferenças estatisticamente significativas, quando abordado o Questionário de Conhecimento em Saúde Mental ( $U = 1645,500$ ,  $p = 0,010$ ,  $< 0,05$ ). Em todo o caso, constatou-se que, em ambos instrumentos, são os atletas com maiores níveis de literacia em saúde mental a referirem não terem desenvolvido quaisquer estratégias em concreto durante a pandemia para minorarem os eventuais danos no seu bem-estar mental.

### 3. DISCUSSÃO

A apresentação dos resultados depreende a sua pronta leitura crítico-reflexiva com base no corpo teórico dissecado nos ápices deste documento e em consonância com os objetivos gerais que o impulsionam. O capítulo em curso proporciona, *assim*, um espaço para uma reflexão e argumentação sistematizada da matéria resultante da aplicação do instrumento desenvolvido para a colheita de dados.

Os resultados respeitantes aos objetivos: *“Avaliar diferentes índices de saúde mental”*; *“Avaliar e comparar os níveis de saúde mental positiva de acordo com o seu sexo, idade, nível de literacia em saúde mental, motivação e acompanhamento providenciado por parte dos clubes”*; *“Avaliar e comparar os níveis de motivação evidenciados antes e durante o contexto pandémico de acordo com o sexo e idade”*; *“Avaliar e comparar os níveis de motivação evidenciados durante o contexto pandémico e o abandono da modalidade”*; *“Avaliar e comparar o nível de literacia em saúde mental com o sexo, idade e desenvolvimento de estratégias de coping”* serão explanados em seguida.

#### ***Avaliar diferentes índices de saúde mental***

O propósito primário do estudo *“Saúde mental de jovens atletas de futebol federado perante a privação da prática desportiva em competição”* procura, conforme a sua própria *nomenclatura* antevê, examinar diferentes índices de saúde mental em jovens praticantes de futebol a um estatuto federado.

Os seus resultados foram conotados como francamente positivos e até contraproducentes com o que poderia ser inicialmente previsto, considerando a multiplicidade de vicissitudes ocorridas no quotidiano desportivo de uma população com propriedades únicas e que, atendendo ao seu estadio de desenvolvimento, se caracteriza como de maior vulnerabilidade perante os efeitos *colaterais* desta pandemia (Figueiredo et al., 2020). O prejuízo conjecturado acaba por não ser estritamente verificado com base no meu estudo, nomeadamente, quando abordado o domínio específico da saúde mental positiva, onde se verificam, ainda assim, valores elevados... Este dado pode servir o paradigma prévio de que os adolescentes que mantêm níveis de atividade física mais elevados estarão particularmente preservados para o desenvolvimento de problemáticas e doenças mentais futuras, considerando o efeito

profícuo que as dinâmicas desportivas exercem na saúde física e mental dos seus praticantes (Direcção Geral de Saúde, 2018).

Faria (2005) insinua que a prática desportiva qualifica ao desenvolvimento da autoestima nos seus adolescentes praticantes, sinalizando-os para uma melhor capacidade de percepção sobre a sua imagem corporal e de se moldarem aos múltiplos contextos inerentes à sua vivência. A possibilidade de uma maior aceitação social, a existência de um combinado entre deleite e adversidade e o ênfase prestado ao cooperativismo permitem experimentar universos contraditórios, marcados de sucessos e insucessos e, conseqüentemente, melhorar a aprendizagem e o autoconhecimento (Almeida et al., 2018). Os pressupostos listados no Modelo Multifatorial da Saúde Mental Positiva (Lluch-Canut, 1999) estão implícitos nas referências anteriores e são verdadeiramente aprimorados com a prática desportiva.

As pontuações médias obtidas em cada um dos seis fatores descritos neste modelo atestam, uma vez mais, a linha de raciocínio apresentada até ao momento, esclarecendo, na sua tremenda maioria, um patamar elevado. O facto de, em momento *nenhum*, serem atingidos os seus níveis mínimos concebe um importante resultado igualmente a assinalar. Mirando a inclusão de elementos pertencentes ao sexo feminino e masculino, foram estes últimos a exibirem valores ligeiramente superiores de saúde mental positiva, verificando-se ainda uma tendência progressiva para um aumento nos seus valores à medida que avançamos nas idades em estudo. As diferenças em ambos os casos não foram estatisticamente significativas mas considera-se,  *todavia*, relevante a sua referência para contemplação.

As diferenças encontradas entre os valores médios de saúde mental positiva e o sexo contrariam o estudo desenvolvido por Guo et al. (2018) mas seguem uma restante tendência de pesquisa sobre a temática, onde os níveis de saúde mental positiva se observavam mais elevados em elementos masculinos. As tradicionais normas másculas, que apontam para que o atleta masculino deva preservar ao máximo a sua resiliência e limitar demonstrar as suas debilidades inerentes, podem, a certo ponto, corroborar novamente o identificado, acreditando que estes pressupostos imperam no seu subconsciente ou mesmo inconsciente.

Os resultados indicativos de um aumento nos níveis de saúde mental positiva com a idade convergem com o referido por anteriores teóricos (Gaete, 2015), situando, à partida, a

amostra no seu momento de desenvolvimento. O término da adolescência pressupõe uma melhoria contínua no pensamento abstrato, conceptual e hipotético-dedutivo, adquirindo, por esta via, uma maturidade cognitiva diferenciada e que ampara o jovem através de uma melhor capacidade para previsão de consequências e resolução dos seus problemas.

Os dados encontrados neste estudo contrariam, por último, o estudo comparativo desenvolvido por Pérez et al. (2018), em que concluíram que, se por um lado, as mulheres apresentam melhores níveis na satisfação pessoal, atitude pró-social e habilidades de relação interpessoal, os homens superam no autocontrolo e autonomia, não se verificando, por outro lado, diferenças estatisticamente significativas na resolução de problemas. O mesmo, através deste trabalho, verifica-se apenas na atitude pró-social, encontrando, inclusive, uma das diferenças estatisticamente significativas no domínio da resolução de problemas e que propende para maiores valores nos atletas masculinos.

#### ***Avaliar outros índices de saúde mental***

Os resultados subscritos ao domínio da saúde mental positiva não infirmam, *porém*, a existência de problemáticas de saúde mental na população em estudo, conforme é evidente através da aplicação do Inventário de Saúde Mental- 5 (*ISM-5*), sugestivo da presença média de sintomas moderados.

A ansiedade, particularmente prevalente na adolescência e no mundo do desporto, verificou um ainda aumento nos seus casos perante todas as incertezas e restrições impostas aos seus hábitos desportivos (Lafferty et al., 2020). Avaliando esta componente de uma forma também singularizada, a amostra inquirida demonstrou uma reduzida prevalência de manifestações ansiosas e uma ausência de alterações na frequência com estas são identificadas mas o mesmo não se transcreve a todos os elementos... Um terço dos jovens atletas descreveram sentir-se mais ansiosos durante este período e cerca de um quarto indicavam sentir-se ansiosos “*mais de 7 dias/muitos dias*” durante o último mês.

A evidência teórica encontrada (Ferguson et al., 2019) recomenda que a prática de desporto melhora o autocontrolo, elemento essencial a uma adequada gestão da ansiedade, podendo, em todo o caso, desempenhar um reconhecido efeito ansiolítico nos seus praticantes. O desporto rentabiliza uma componente abstrativa, auxiliando no enfrentamento da ansiedade

e sintomas depressivos, pelo que a sua privação pode promover e justificar a desordem identificada nesta esfera.

Os resultados respeitantes ao domínio do sono traduzem uma ideia semelhante. A sua inclusão no documento rege-se com base no atestado em outros estudos onde se relaciona este período de privação da prática desportiva com eventuais disfuncionalidades no sono (Fullagar et al., 2020), repercutindo-se conseqüentemente no bem-estar físico e psicológico dos atletas (Watson, 2017). O número médio de horas de sono apresentado no estudo revalida, de uma forma genérica, os preceitos teóricos patentes a uma adequada higiene do sono (Paruthi et al., 2016), vetando a existência de um compromisso nesta vertente. Comparando com um momento prévio à pandemia, isento das suas indefinições subjacentes, a maioria dos inquiridos volta a não identificar alterações na qualidade e quantidade de sono percecionada. Cerca de um terço dos atletas descreve alterações neste âmbito, dos quais cerca de um quarto referem dormir menos horas e outros um quarto referem dormir mais horas. No que diz respeito à qualidade, releva-se que apenas um décimo dos atletas dizem dormir pior.

Os discretos comportamentos aditivos presentes nesta amostra exibem, por último, resultados igualmente satisfatórios, contrastando com a tendência para o seu aumento, particularmente, no consumo de substâncias, durante os períodos de privação da prática desportiva (Dumas et al., 2020).

### ***Avaliar e comparar a literacia em saúde mental com outras variáveis***

A literacia em saúde mental preconiza um complemento necessário ao devido reconhecimento, gestão e prevenção de perturbações mentais. Os insuficientes resultados determinados neste âmbito corroboram com o achado em anteriores estudos nacionais e internacionais em que os adolescentes evidenciavam, por tendência, baixos níveis de literacia em saúde mental (Silva, 2012; Medina, 2013; Pedreiro, 2013). A explicação encontrada para o referido fenómeno compactua semelhantemente com as notas deixadas no capítulo de enquadramento teórico. Os jovens atletas em estudo, enquanto, precisamente, adolescentes e atletas, inserem-se, na sua maioria, num universo duplamente formativo - casos daqueles que estudam e praticam uma modalidade desportiva - mas não

subvencionam a sua literacia em saúde mental com as supostas matérias envolvidas no seu processo pedagógico e de desenvolvimento.

O clima de resiliência e de “superioridade” implícito ao universo desportivo, onde, mais que em qualquer outro contexto, demonstrar as suas fraquezas pode ser um sério indício de vulnerabilidade, pode, uma vez mais, contribuir para o avolumar do estigma sobre estas problemáticas e adensar a deficiência dos atletas em verbalizarem os seus problemas e procurarem cuidados especializados... Tal permite-nos indagar sobre a necessidade de um ainda maior vetor de investimento neste conteúdo, subsidiando as gerações futuras com um outro apetrecho para gerir qualificadamente a sua saúde mental e, por consequência, rentabilizar ao máximo o seu potencial nos vários contextos de vida.

A maior parte do tempo consumido por jovens adolescentes destina-se, para além da escola, à sua participação em desportos organizados, atingindo uma taxa de participação superior a 40% em grande parte dos países no mundo (Aubert et al., 2018). O contexto desportivo organizado, similarmente ao que se verifica nas escolas (Morgado & Botelho, 2014), compreende uma considerável área de intervenção e solicita, ainda de um ponto de vista teórico, o desenvolvimento, validação e avaliação de intervenções que promovam os níveis de literacia em saúde mental numa população que vivencia especificidades únicas, bem como nos seus treinadores, figuras parentais e elementos próximos que os abraçam (Pierce et al., 2011; Naoi et al., 2011; Putukian, 2016; Purcell et al., 2019).

A correlação negativa apresentada entre as variáveis “literacia em saúde mental” e “saúde mental positiva” verifica que, não obstante se considerar a primeira enquanto um elemento protetor, benéfico ao desenvolvimento de maiores níveis de saúde mental positiva, a sua estreita proporcionalidade não é uma condição adquirida. A hipótese encontrada para a sua justificação leva-nos a crer que não existe, por parte dos atletas inquiridos, uma adequada consciencialização sobre as necessidades e conteúdos implícitos à saúde mental, sem que se determine, porém, um necessário prejuízo inerente... O mesmo acaba por ser também apoiado com os resultados atípicos que indicam que, por exemplo, a curta fração de elementos que refere ter desenvolvido estratégias autónomas para conservar a sua saúde mental apresentava médias de literacia em saúde mental inferiores aos que, aparentemente, nada desenvolveram durante este período.

Esta discrepância ao que poderia ser considerado como lógico pode dever-se, na mesma, aos fracos índices de literacia em saúde mental apresentados por esta população na sua generalidade, o que se repercute na sua capacidade para reconhecer e apropriar eventuais estratégias promotoras da sua saúde mental. Se analisarmos unicamente os níveis de saúde mental positiva - considerados como elevados - podemos até assumir que o número de elementos que realizaram estratégias durante este período poderá ser, na verdade, superior ao descrito, no entanto, sem que esses atletas identifiquem claramente e de uma forma consciente a finalidade com que determinadas atividades foram concretizadas.

***Avaliar e comparar a motivação dos atletas para a prática desportiva com outras variáveis***

Os decréscimos motivacionais determinados durante o momento pandémico verificam a hipótese previamente estipulada, considerando, de antemão, o conjunto de implicações nefastas com que a mesma cursou nas dinâmicas do exercício da modalidade e, em última instância, na duradoura privação da sua componente competitiva. Os valores médios de motivação descritos para os tempos correntes acabam por, ainda assim, serem bastante satisfatórios. Os atletas do sexo masculino foram os visados com maior circunstância na sua motivação durante o período de pandemia, contrariamente ao que se verificou nas atletas do sexo feminino, com uma subida anómala nos seus níveis comparativamente com um momento precedente à mesma.

A variação nos resultados pode ser justificada, em primeiro lugar, pela diferença de representatividade de sexos na amostra. O período algo extenso em que o questionário esteve disponível para resposta, no qual os atletas foram experimentando diferentes vivências - como um segundo confinamento domiciliário, um retorno ao treino presencial ainda limitado e, em alguns casos, mesmo um retorno às competições - poderá servir também para justificar o enviesamento deste e de outros parâmetros em estudo. O mesmo se aplica também aos diferentes escalões e divisões em que os atletas competem que, por exemplo, numa vertente de alta de competição, não foram lesados da mesma maneira, mantendo ou retornando aos campeonatos mais prontamente.

Os resultados expressos através do Behaviour Regulation Sports Questionnaire (BRSQ), com valores mais elevados nas formas autónomas de motivação, contribuem para um melhor

entendimento desta matéria, na medida em que os jovens esclarecem a sua prática como de índole voluntária, livre e consciente, enquanto algo que lhes proporciona prazer. O referido vai, também, ao encontro de outros estudos (Rottensteiner et al., 2015), onde se constatou que os praticantes de futebol e de outras modalidades - como o hóquei no gelo e o basquetebol - relataram níveis mais elevados de motivação intrínseca e regulação identificada.

A motivação descreve uma das principais premissas para uma participação desportiva continuada no tempo (Pelletier et al., 2001) e, no caso das competições de formação, a presença de níveis mais elevados nas formas autónomas de motivação acresce-se de ainda maior importância, tornando-se imprescindível para uma manutenção firme deste comportamento mesmo perante a adversidade criada.

Os resultados encontrados com o estudo firmam uma conexão entre a saúde mental positiva, a motivação e um possível abandono da modalidade, verificando-se valores respetivamente superiores em ambos os domínios nos atletas que não ponderaram abandonar a modalidade durante este período. O seu abandono e os pensamentos sobre essa possibilidade foram uma realidade latente a estes tumultuosos tempos de pandemia, sendo o possível impacto na saúde física e mental dos seus praticantes de relevar, bem como na subsistência desportiva e económica de algumas instâncias clubística. Um estudo realizado pela UEFA (2021), em parceria com 22 países, estima que o investimento na modalidade no nosso país produza um retorno social na órbita dos 1,7 mil milhões de euros, firmando-se, portanto, como um elemento de interesse para os nossos cofres.

Segundo uma notícia veiculada pelo jornal Sábado, a Federação Portuguesa de Futebol (FPF), órgão máximo responsável pelas competições nacionais de futebol e futsal, apresentou sinais de uma quebra tenebrosa nos seus elementos federados, superior a 75% dos inscritos na temporada anterior (2019/20). A suspensão das suas competições ocorreu no mês de março dessa temporada e, nessa data, os dados facultados pela Federação Portuguesa de Futebol (FPF) contavam com um somatório de 159,318 jovens atletas federados, maioritariamente praticantes de futebol (132,835). A época em curso (2020/21) estima somente 39,471 federados, dos quais 33,922 representativos da modalidade de futebol.

Os resultados desta investigação alarmam, concordantemente, para o duplicar do número de atletas que pensou em abandonar a modalidade desde o aparecimento da pandemia e que, no caso, culminou mesmo com uma taxa de abandono de 4%.

#### 4. LIMITAÇÕES

O presente estudo versa problemáticas com uma notoriedade crescente aos olhos da literatura científica e da própria comunidade desportiva pelo que, naturalmente, padece ainda de “*uma ou outra*” lacuna que limita o alcançar do expoente das suas potencialidades.

A sua primeira limitação fundamenta-se com as características da sua amostra e, conseqüentemente, da pouca representatividade que a mesma traduz para a posterior expansão dos seus resultados a uma maior escala. O princípio elegido para a sua composição e, portanto, um princípio não-probabilístico, poderá igualmente condicionar os resultados obtidos. Atendendo aos propósitos triviais neste estudo, onde procuro congregar e aferir os diferentes índices apresentados nos dois sexos, a pouca representatividade aventada pelos elementos do sexo feminino constitui também uma certa limitação, comprometendo a comparação e até veracidade de alguns dos resultados apresentados.

O período necessário para a colheita de dados, mais extensivo ao que estaria inicialmente estipulado, acabou por ser também algo a ter em conta para este capítulo de reflexão, na medida em que, durante esse tempo, os atletas enfrentaram as múltiplas realidades já descritas. A carência de estudos que enfatizem precisamente as problemáticas que com este abordo limita ainda a possibilidade de comparar e conciliar claramente a abordagem e os resultados deste trabalho com outros numa realidade portuguesa, pelo que, mais uma vez, reitero a deixa para a necessidade de um importante investimento nesta matéria.



## 5. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

O desenvolvimento do presente documento procura, para além dos objetivos parametrizados para a sua enunciação, sensibilizar subjacentemente para a importância da saúde mental no desporto e, em específico, no futebol, mobilizando-a enquanto um instrumento em proveito do próprio rendimento desportivo. Inobstante toda a hipermasculinidade que plana no universo futebolístico, o atleta deve ser observado como alguém que, similarmente a todos os outros seres, está suscetível ao desenvolvimento de problemáticas no âmbito da saúde mental, encarando-as com normalidade e com base na transitabilidade que é patente na natureza da sua vida no desporto. O caso dos adolescentes praticantes da modalidade demarca ainda mais esta ideia. O futebol prima por um culto da boa saúde física, com destaque para o corpo e suas aptidões, mas beneficia também de um trabalho continuado de promoção para a sua saúde mental, exponenciando-se mutuamente.

A profunda revisão da literatura desempenhada para estruturar o enquadramento teórico deste documento concebe uma maior propriedade ao estudo e permitiu uma visão mais robusta sobre a problemática, servindo, precisamente, para reiterar as especificidades intrínsecas ao desporto e que somente os seus atletas usufruem. Os benefícios amovidos com a prática de desporto para a saúde mental dos seus praticantes são vastos, tornando-se irrefutável a causalidade existente entre ambas as entidades. Conforme pronunciado no cômputo do documento, a saúde mental representa um elemento imprescindível ao estado de atividade de um atleta, sendo o seu impacto cada vez mais reconhecido e valorizado por parte das comissões técnicas e instituições clubísticas. O acompanhamento providenciado aos seus praticantes nas suas mais diversas valências durante este período é exemplar disso.

A pandemia (COVID-19) proporcionou, entre muitos problemas, uma outra visibilidade concebida à saúde mental no desporto e a possibilidade de se desenvolverem perante a incerteza e se focarem no que é estritamente controlável por estes (Lafferty et al., 2020). Os milhares de jovens futebolistas existentes no nosso país assistiram durante este fatídico período a variadíssimos testemunhos oriundos de profissionais da mais elevada gama no desporto, o que, naturalmente, os aproxima e sensibiliza a estes e a todas as instâncias desportivas sobre a temática.

O futebol de formação compreende, para além de tudo o que está meramente focado no exercício desportivo, uma componente formativa e pedagógica, pelo que lhe é atribuído um tremendo potencial de trabalho sobre estas temáticas. O presente documento procura deixar algum substrato para os mesmos.

O remanescente propósito do estudo procura conceber um contributo para o desenvolvimento do corpo de conhecimento sobre a temática, formulando uma compreensão apropriada sobre o fenómeno e ampliando, por conseguinte, o campo de intervenção especializado na sua esfera.

A disciplina de enfermagem, que *nobrememente* envergo, apresenta-se como a arte do cuidar e assenta numa intervenção íntegra e holística, abordando o indivíduo, alvo de cuidados, em todo o espectro da sua biopsicossocialidade. O estabelecimento de uma relação terapêutica com o cliente particulariza a excelência do exercício profissional de um enfermeiro, caracterizando-se “pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel” (Ordem dos Enfermeiros, 2010) e almejando sempre o seu inquestionável benefício. Nunca esquecendo que, na medida da sua liberdade, a vontade expressa pelo cliente, alvo primário de uma intervenção, deve ser sempre ouvida e integrada na prestação dos cuidados (Peixoto, Simões, Teles et al., 2012).

A Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) descreve uma vertente qualificada que se inclui na própria disciplina e profissão de enfermagem e acresce à sua prática mais generalista através de uma prática que *“evidencia uma maior profundidade e leque de conhecimentos, uma maior síntese de dados, maior complexidade de aptidões e de leque de intervenções com repercussões no aumento da sua autonomia. (...) sustentada na evidência científica e apoiada nas teorias de enfermagem, psicológicas, psicossociais e neurobiológicas”* (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Segundo alínea b), c) e d) do Artigo nº4, contido no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2018), este profissional está habilitado a assistir e ajudar o indivíduo, integrado na família, grupo e comunidades, através da prestação de *“cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”*.

Decompondo estas referências e a despeito da pouca (ou nenhuma) representatividade desta área no seio do desporto, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP) apresenta-se engenhosamente qualificado para intervir num campo de intervenção tão específico como este, ainda para mais, quando abordadas as problemáticas basilares deste estudo e que muito se apropriam ao seu raio de atividade.



## CONCLUSÃO

A ausência ímpar de treinos e competições no futebol português define uma das muitas e inequívocas reformulações a que o seu universo se submeteu durante este período de pandemia.

Se é um facto assumirmos que o desporto, na sua globalidade, se viu fortemente visado neste momento, um facto é também que as consequências nas suas modalidades jovens terão sido sensivelmente mais gravosas... O futebol jovem em terras lusitanas acresce ao mencionado com o prolongadíssimo período em que as suas competições estiveram paralisadas, golpeando toda a componente de treino e de relação do atleta com os seus companheiros e restantes elementos envolvidos no seu processo. O destaque óbvio atribuído a esta modalidade, consensualmente a mais apreciada e praticada nos adolescentes portugueses, deteve um crescimento ostensivo aos olhos da evidência científica, ponderando sobre as possíveis consequências exibidas no bem-estar psicológico dos seus praticantes e, em todo o caso, na sua motivação para permanência na modalidade.

A sua problemática reveste-se de ainda maior relevância quando considerada a vulnerabilidade duplamente implícita a esta população – sendo adolescentes e, portanto, “usufruindo” da vulnerabilidade de desenvolvimento que lhes está implícita e sendo atletas num momento término do seu processo de formação e de entrada nos campeonatos séniores, com todos os *stressores* característicos e que os predis põem a danos na sua saúde mental.

As conclusões do presente estudo testemunham, em primeira mão, a pertinência e matéria-prima declarada através da sua questão de partida e reiteram a necessidade de desenvolvimento de estudos de acompanhamento futuros, desproporcionados, até, de um presente pandémico para que se possa aferir com maior clarividência os índices de saúde mental residuais, “crónicos” nos atletas.

Os resultados obtidos apontam universalmente para a existência de níveis bem positivos para as variáveis em análise, altamente representados no domínio da saúde mental positiva e nos níveis de motivação para a prática desportiva mantidos durante a pandemia. A sua análise

deve, no entanto, ser também sensível à fatia de alterações que se identificou nos atletas quanto ao sono e ansiedade - cerca de um terço - valores esses que, não sendo representativos de uma maioria, não devem ser deixados para o acaso.

A taxa de abandono da modalidade observada consta também como um resultado satisfatório, compactuando com a realidade prévia conhecida ao estudo e que se compreende pela ausência de competição e restantes modificações implícitas na sua prática.

Os deficitários níveis de literacia em saúde mental alertam para uma importante oportunidade para investimento numa área providencial para uma população adolescente, precisamente num momento em que se começam a assumir e a perpetuar comportamentos para a vida. A aplicação do Inventário de Saúde Mental – 5 (ISM-5) representou, a par deste último, o índice com resultados médios gerais de maior alarme, considerando, segundo a sua interpretação, a presença de sintomas moderados e, numa percentagem considerável (21%), de sintomas até graves... Estes poderão ser contraditórios atendendo ao primeiramente mencionado e suscita uma análise mais profunda sobre a possibilidade de concomitarem sintomas negativos mesmo num estado de saúde mental positiva elevado. As correlações estabelecidas entre algumas das principais variáveis no estudo demonstraram-se também relevantes para uma melhor apropriação do seu conteúdo.

O presente trabalho compõe um importante espaço para reflexão sobre os temas em desígnio, pretendendo, desta forma, atribuir um mote para o desenvolvimento de posteriores estudos que complementem as suas lacunas e que permitam, gradativamente mais, uma operacionalização das intervenções necessárias em campo. Numa nota conclusiva, penso que o trabalho atingiu, de uma forma mais ou menos conseguida, os objetivos a que se convidou e permitiu, acima de tudo, nortear os próximos passos a serem concretizados neste contexto. Passos esses que, novamente, declaram uma necessidade de maior investimento num paradigma de promoção e prevenção da saúde mental dos jovens atletas, assente no desenvolvimento e validação de programas de saúde mental positiva e de literacia em saúde mental adaptados aos mesmos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, L. M., Pereira, H. P., & Fernandes, H. M. (2018). Efeitos de diferentes tipos de prática desportiva no bem-estar psicológico de jovens estudantes do ensino profissional. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 13(1), 15-21.

Ancker, J. S., Grossman, L. V., & Benda, N. C. (2020). Health Literacy 2030: Is It Time to Redefine the Term? *J Gen Intern Med*, 35(8), 2427-2430.

Andreato, L. V., Coimbra, D. R., & Andrade, A. (2020). Challenges to athletes during the home confinement caused by the COVID-19 pandemic. *Strength and Conditioning Journal*.

Antão, N. (2006). *A visão dos treinadores na formação de futebol*. Porto. Papiro.

Appaneal, R. N., Levine, B. R., Perna, F. M., & Roh, J. L. (2009). Measuring postinjury depression among male and female competitive athletes. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 31(1), 60-76.

Arem, H., Moore, S. C., Patel, A., Hartge, P., De Gonzalez, A. B., Visvanathan, K., ... & Matthews, C. E. (2015). Leisure time physical activity and mortality: a detailed pooled analysis of the dose-response relationship. *JAMA internal medicine*, 175(6), 959-967.

Armstrong, S., & Oomen-Early, J. (2009). Social connectedness, self-esteem, and depression symptomatology among collegiate athletes versus nonathletes. *Journal of American College Health*, 57(5), 521-526.

Asztalos, M., Wijndaele, K., De Bourdeaudhuij, I., Philippaerts, R., Matton, L., Duvigneaud, N., & Cardon, G. (2009). Specific associations between types of physical activity and components of mental health. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 12(4), 468- 474. 10.1016/j.jsams.2008.06.009 [doi]].

Aubert, S., Barnes, J. D., Abdeta, C., Abi Nader, P., Adeniyi, A. F., Aguilar-Farias, N., ... & Tremblay, M. S. (2018). Global matrix 3.0 physical activity report card grades for children and

youth: results and analysis from 49 countries. *Journal of physical activity and health*, 15(s2), S251-S273.

Berkman, N. D., Davis, T. C., & McCormack, L. (2010). Health literacy: what is it?. *Journal of health communication*, 15(S2), 9-19).

Bernardes, R. S. (2020). A mediatização do futebol de formação em Portugal (Doctoral dissertation).

Biddle, S., & Mutrie, N. (2007). *Psychology of physical activity: Determinants, well-being and interventions*. Routledge.

Boone, E. M., and Leadbeater, B. J. (2006). Game on: diminishing risks for depressive symptoms in early adolescence through positive involvement in team sports. *Journal of Research on Adolescence* 16(1), 79-90.

Brown, D. R., & Blanton, C. J. (2002). Physical activity, sports participation, and suicidal behavior among college students. *Medicine & Science in Sports & Exercise*.

Bruner, M. W., Munroe-Chandler, K. J., & Spink, K. S. (2008). Entry into elite sport: A preliminary investigation into the transition experiences of rookie athletes. *Journal of applied sport psychology*, 20(2), 236-252.

Caldas de Almeida, J. M., Xavier, M., Cardoso, G., Pereira, M. G., Gusmão, R., & Corrêa, B. (2013). Estudo epidemiológico nacional de saúde mental. Lisboa. Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Nova de Lisboa, 1.

Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., & Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry research*, 287, 112934.

Carvalho, Á. A. D., Mateus, P., Nogueira, P. J., Farinha, C. S., Oliveira, A. L., Alves, M. I., & Martins, J. (2016). Portugal Saúde Mental em Números, 2015. *Portugal Saúde Mental em Números*, 2015, 5-113.

Charles, J. L., & Bentley, K. J. (2016). Stigma as an organizing framework for understanding the early history of community mental health and psychiatric social work. *Social Work in Mental Health, 14*(2), 149-173.

Chen, F., Zheng, D., Liu, J., Gong, Y., Guan, Z., Lou, D., 2020. Depression and anxiety among adolescents during COVID-19: a cross-sectional study. *Brain Behav Immun 88*, 36–38. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.061>. S0889-1591(20)30891-6.

Chinn, D. (2011). Critical health literacy: A review and critical analysis. *Social science & medicine, 73*(1), 60-67.

Coelho, J. (2012). *Formar jovens futebolistas: um projeto formativo dos 6 aos 18 anos*. Lisboa: Chiado Editora, 19-29.

Coordenação Nacional para a Saúde Mental. (2009). *Recomendações para a prática clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa, Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

Cotton, S., Wright, A., Harris, M., Jorm, A., & McGorry, P. (2006). Influence of gender on mental health literacy in young Australians. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40*, 790-796. DOI: 10.1080/j.1440-1614.2006.01885.

Cusack, J., Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. (2004). Who influence men to go to therapy? Reports from men attending psychological services. *International Journal for the Advancement of Counselling, 26*(3), 271-283.

Danese, A., Moffitt, T. E., Harrington, H., Milne, B. J., Polanczyk, G., Pariante, C. M., ... & Caspi, A. (2009). Adverse childhood experiences and adult risk factors for age-related disease: depression, inflammation, and clustering of metabolic risk markers. *Archives of pediatrics & adolescent medicine, 163*(12), 1135-1143.

Davis, N. J. (2002). The promotion of mental health and the prevention of mental and behavioral disorders: surely the time is right. *International journal of emergency mental health*.

Deci, E., & Ryan, R. (2008). Self-determination theory: A macro theory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology*, 49(3), 182–185. doi:10.1037/a0012801.

Ding, D., Lawson, K. D., Kolbe-Alexander, T. L., Finkelstein, E. A., Katzmarzyk, P. T., Van Mechelen, W., ... & Lancet Physical Activity Series 2 Executive Committee. (2016). The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *The Lancet*, 388(10051), 1311-1324.

Direção Geral de Saúde. (2018). A atividade física e o desporto: um meio para melhorar a saúde e o bem-estar. Recuperado de: 81 <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/a-atividade-fisica-e-o-desportoum-meio-para-melhorar-a-saude-e-o-bem-estar.asp>.

Direção Geral da Saúde. (2020). Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença por Novo Coronavírus (COVID-19). Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-preparacao-e-resposta-para-a-doenca-por-novo-coronavirus-covid-19.aspx>.

Direção-Geral de Saúde. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Disponível em: <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/saude-infantil-e-juvenil.aspx>.

Direção-Geral de Saúde. (2017). Programa Nacional para a Saúde Mental 2017. Lisboa. [Consult. a 17 de março de 2021]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-deinformacao/por-serie-883589-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547>.

Direção-Geral de Saúde Ministério da Saúde. (2015). Plano Nacional de Saúde-revisão e extensão a 2020.

Dishman, R. K., Hales, D. P., Pfeiffer, K. A., Felton, G. A., Saunders, R., Ward, D. S., ... & Pate, R. R. (2006). Physical self-concept and self-esteem mediate cross-sectional relations of physical activity and sport participation with depression symptoms among adolescent girls. *Health psychology, 25*(3), 396.

Dosil, J. (2004). *Psicología de la actividad física y del deporte*. Madrid: McGraw-Hill.

Drum, D. J., & Denmark, A. B. (2012). Campus suicide prevention: bridging paradigms and forging partnerships. *Harvard review of psychiatry, 20*(4), 209-221.

Dumas, T. M., Ellis, W., & Litt, D. M. (2020). What does adolescent substance use look like during the COVID-19 pandemic? Examining changes in frequency, social contexts, and pandemic-related predictors. *Journal of Adolescent Health, 67*(3), 354-361.

Eime, R. M., Young, J. A., Harvey, J. T., Charity, M. J., and Payne, W. R. (2013) A systematic review of the psychological and social benefits of participation in sport for children and adolescents: informing development of a conceptual model of health through sport. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 10*(1), 98.

Elias, J. (2014). *Prática desportiva, qualidade de vida, violência escolar, composição e satisfação corporal dos adolescentes algarvios*. Tese de Doutoramento não publicada, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade do Algarve.

ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., ... & Vollebergh, W. A. M. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta psychiatrica scandinavica, 109*, 21-27.

Faria, L. (2005). *Desenvolvimento do auto-conceito físico nas crianças e nos adolescentes*. *Análise Psicológica, 4*(23), 361- 371.

Fazenda, I. (2008). *O puzzle desmanchado: Saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania*. Climepsi Editores. Lisboa.

Fegert, J. M., & Schulze, U. M. (2020). COVID-19 and its impact on child and adolescent psychiatry—a German and personal perspective. *Irish journal of psychological medicine*, 37(3), 243-245.

Ferguson, H. L., Swann, C., Liddle, S. K., & Vella, S. A. (2019). Investigating youth sports Coaches' perceptions of their role in adolescent mental health. *Journal of Applied Sport Psychology*, 31(2), 235-252.

Ferreira, C. (2015). Caraterização da Saúde Mental numa população jovem do concelho da Póvoa de Varzim: da psicopatologia ao bem-estar (Doctoral dissertation, [sn]).

Figueiredo, C. S., Sandre, P. C., Portugal, L. C. L., Mázala-de-Oliveira, T., da Silva Chagas, L., Raony, Í., ... & Bomfim, P. O. S. (2021). COVID-19 pandemic impact on children and adolescents' mental health: Biological, environmental, and social factors. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 106, 110171.

Firmino, M. J. D. A. C. D. S. (2015). Testes de hipóteses: Uma abordagem não paramétrica (Doctoral dissertation).

Firth, J., Cotter, J., Elliott, R., French, P., & Young, A. (2015). A systematic review and meta-analysis of exercise interventions in schizophrenic patients. *Psychological Medicine*, 45, 1343-1361.

Fonseca, H. (2008). *Compreender os Adolescentes Um Desafio para Pais e Educadores*. Lisboa: Editorial Presença.).

Fortin, M. F., & de Investigação, O. P. (1999). *da concepção à realização*. Loures: Lusociência, 36.

Fortin, M. F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*.

Fullagar, H. H., Skorski, S., Duffield, R., Hammes, D., Coutts, A. J., & Meyer, T. (2015). Sleep and athletic performance: the effects of sleep loss on exercise performance, and physiological and cognitive responses to exercise. *Sports medicine*, 45(2), 161-186.

Ghio, L., Gotelli, S., Marcenaro, M., Amore, M., & Natta, W. (2014). Duration of untreated illness and outcomes in unipolar depression: a systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 152, 45-51.

Gorczyński, P. F., Coyle, M., & Gibson, K. (2017). Depressive symptoms in high-performance athletes and non-athletes: a comparative meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, 51(18), 1348-1354.

Gorrese, A., & Ruggieri, R. (2013). Peer attachment and self-esteem: A meta-analytic review. *Personality and Individual Differences*, 55(5), 559-568.

Gotava, Z. (2015). Sport for all, a prerequisite for longevity, health and wellbeing of all age people. *Activities in Physical Education and Sport*, 5 (1), 117-120.

Grubic, N., Jain, S., Mihajlovic, V., Thornton, J. S., & Johri, A. M. (2021). Competing against COVID-19: have we forgotten about student-athletes' mental health?. *British Journal of Sports Medicine*.

Gulliver, A., Griffiths, K. M., Mackinnon, A., Batterham, P. J., & Stanimirovic, R. (2015). The mental health of Australian elite athletes. *Journal of science and medicine in sport*, 18(3), 255-261.

Gunnar, M., Quevedo, K., 2007. The neurobiology of stress and development. *Annu. Rev. Psychol.* 58, 145–173. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085605>.

Guo, C., Tomson, G., Keller, C., & Söderqvist, F. (2018). Prevalence and correlates of positive mental health in Chinese adolescents. *BMC Public Health*, 18(1), 1-11.

Howells, K., & Everard, C. (2020). "What Doesn't Kill Us, Makes Us Stronger": Do Injured Athletes Really Experience Growth?. In *Sport Injury Psychology* (pp. 85-95). Routledge.

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2020). *Estatísticas da saúde - 2018*. Lisboa.

Jahoda, M. (1958). Current concepts of positive mental health.

Jewett, R., Sabiston, C. M., Brunet, J., O'Loughlin, E. K., Scarapicchia, T., & O'Loughlin, J. (2014). School sport participation during adolescence and mental health in early adulthood. *Journal of adolescent health, 55*(5), 640-644.

Jorm, A. (2000). Mental Health Literacy: Public Knowledge and Beliefs about mental Disorders. *The British Journal of Psychiatry, 177*, 396-401.

Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *American psychologist, 67*(3), 231.

Jorm, A. F. (2014). Mental health literacy: Promoting public action to reduce mental health problems. *Literacia em saúde mental: Capacitar as pessoas e as comunidades para agir, 8*, 27-39.

Jorm, A., Korten, A., Jacomb, P., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). "Mental Health literacy": a survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *The Medical Journal of Australia, 166*, 182-18.

Junge, A., & Feddermann-Demont, N. (2016). Prevalence of depression and anxiety in top-level male and female football players. *BMJ Open Sport & Exercise Medicine, 2*(1), e000087.;

Kajbafnezhad, H., Ahadi, H., Heidarie, A. R., Askari, P., and Enayati, M. (2011). Difference between team and individual sports with respect to psychological skills, overall emotional intelligence and athletic success motivation in Shiraz city athletes. *Journal of Basic and Applied Scientific Research 1*(11), 1904-1909.

Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Research, 43*, 207-222.

Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing - a complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist, 62*(2), 95-108. doi: 10.1037/0003-066X.62.2.95

Keyes, C. L. M., Dhingra, S. S., & Simões, E. J. (2010). Changes in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American Journal of Public Health*, 100, 2366-2371. doi:10.2105/ AJP.2010.192245.

Kickbusch, I., & Maag, D. (2008). *Health Literacy* (K. Heggenhougen, Ed.).

Kimhy, D., Vakhrusheva, J., Bartels, M. N., Armstrong, H. F., Ballon, J. S., Khan, S., ... & Sloan, R. P. (2015). The impact of aerobic exercise on brain-derived neurotrophic factor and neurocognition in individuals with schizophrenia: a single-blind, randomized clinical trial. *Schizophrenia bulletin*, 41(4), 859-868.

Kitchner, B., Jorm, A., Kelly, C. (2017). *Mental Health First Aid Manual* (4<sup>a</sup> ed.). Melbourne.

Knoll, A. D., & MacLennan, R. N. (2017). Prevalence and correlates of depression in Canada: Findings from the Canadian Community Health Survey. *Canadian Psychology/psychologie canadienne*, 58(2), 116.).

Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental health literacy: past, present, and future. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(3), 154-158.

Lacey, R. E., Kumari, M., & Bartley, M. (2014). Social isolation in childhood and adult inflammation: Evidence from the National Child Development Study. *Psychoneuroendocrinology*, 50, 85-94.

Lafferty, M., Breslin, G., Britton, D., Butt, J., Lowry, R., Morris, R., ... & Eubank, M. (2020, July). *Supporting Youth Athletes During Covid-19: Advice for Parents and Guardians: Supporting Youth Athletes During Covid-19*. British Psychological Society.

Lee, I. M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N., Katzmarzyk, P. T., & Lancet Physical Activity Series Working Group. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The lancet*, 380(9838), 219-229.

Lee, J. (2020). Mental health effects of school closures during COVID-19. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(6), 421.

Leguizamo, F., Olmedilla, A., Núñez, A., Verdaguer, F., Gómez-Espejo, V., Ruiz-Barquín, R., & Garcia-Mas, A. (2021). Personality, coping strategies, and mental health in high-performance athletes during confinement derived from the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Public Health*, 8, 924.

Leite, A. (2016). *Conceção de um Programa de Saúde Mental Positiva para docentes do Ensino Básico*. Porto: Universidade do Porto, Escola Superior de Enfermagem do Porto. Tese de Mestrado.

Li, J. W., O'Connor, H., O'Dwyer, N., & Orr, R. (2017). The effect of acute and chronic exercise on cognitive function and academic performance in adolescents: A systematic review. *Journal of science and medicine in sport*, 20(9), 841-848.

Liu, C., Wang, D., Liu, C., Jiang, J., Wang, X., Chen, H., Ju, X., & Zhang, X. (2020). What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Fam Med Community Health*, 8(2).

Lluch Canut, M. (2003). Construcción y análisis psicométrico de un cuestionario para evaluar la salud mental positiva. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 2003, vol. 11, num. 1, p. 61-78.

Lluch, M. T. (1999). *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva*. Barcelona: Universidad de Barcelona, 1-308.

Lluch, M. T. (2002). Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva. *Salud mental*, 25(4), 42-55.

Lluch, M. T. (2008). Concepto de salud mental positiva: factores relacionados. Recursos y programas para la salud mental. *Enfermería Psicosocial II*, 37, 69.

Lluch-Canut, M. T., Sequeira, C., & Roldán-Merino, J. F. (2017). La salud mental positiva desde una perspectiva multifactorial. V. Fragoso y M. Sotto Mayor (Coords.), *Gerontologia e transdisciplinariedade I*, 114-129.

Loades, M. E., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S., Shafran, R., Brigden, A., ... & Crawley, E. (2020). Rapid systematic review: the impact of social isolation and loneliness on the mental health of children and adolescents in the context of COVID-19. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(11), 1218-1239.

Loureiro, L., Mateus, S., & Mendes, M. (2009). Literacia em Saúde Mental: conceitos e estratégias para promoção da saúde mental de adolescentes em contexto escolar. *Revista de Enfermagem Referência, III Série (Supl. 10)*, 115.

Loureiro, L. (2014). *Primeira ajuda em saúde mental*. Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem/Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Loureiro, L., Dias, C., & Aragão, R. (2008). Crenças e atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais: Contributos para o estudo das representações sociais da loucura. *Revista de Enfermagem Referência, II Série, 8*, 33-44.

Malloy-Weir, L. J., Charles, C., Gafni, A., & Entwistle, V. (2016). A review of health literacy: Definitions, interpretations, and implications for policy initiatives. *J Public Health Policy*, 37(3), 334-352.

Mancuso, J. M. (2008). Health literacy: a concept/dimensional analysis. *Nursing & health sciences*, 10(3), 248-255.).

Manganello, J. A. (2008). Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health education research*, 23(5), 840-847).

Marques, J. P. D. (2015). *Literacia em saúde: avaliação através do European Health Literacy Survey em português num serviço de internamento hospitalar (Doctoral dissertation)*.

Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A., Drake, R., Jones, P., & Croudace, T. (2005). Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. *Archives of general psychiatry*, 62(9), 975-983.

Martins, M. J. D. (2005). Conduitas agressivas na adolescência: Factores de risco e de protecção. *Análise psicológica*, 23(2), 129-135.

Maxwell, J. A. (2012). *Qualitative research design: An interactive approach*. Sage publications.

McRae, L., O'donnell, S., Loukine, L., Rancourt, N., & Pelletier, C. (2016). Report summary-mood and anxiety disorders in Canada, 2016. *Health promotion and chronic disease prevention in Canada: research, policy and practice*, 36(12), 314.

Medina, M. E. M. (2013). *Abrir espaço à saúde mental – Estudo Piloto sobre Conhecimentos, estigma e Necessidades Relativas a questões de Saúde Mental junto 34 de alunos do 9ºano de escolaridade*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Porto: Universidade Católica Portuguesa.

Miller, K. E. and Hoffman, J. H. (2009) Mental well-being and sport-related identities in college students. *Sociology of Sport Journal* 26(2), 335-356.

Miller, K. E., Barnes, G. M., Melnick, M. J., Sabo, D. F., and Farrell, M. P. (2002). Gender and racial/ethnic differences in predicting adolescent sexual risk: athletic participation versus exercise. *Journal of Health and Social Behavior* 43(4), 436.

Minev, M. (2018). Self-esteem and depression in adolescents. *Trakia Journal of Sciences*, 2, 119-127. doi:10.15547/tjs.2018.02.008.

Mirowsky, J., & Ross, C. E. (1999). Well-being across the life course. *A handbook for the study of mental health*, 328-347.

Moesch, K., Kenttä, G., Kleinert, J., Quignon-Fleuret, C., Cecil, S., & Bertollo, M. (2018). FEPSAC position statement: Mental health disorders in elite athletes and models of service provision. *Psychology of Sport and Exercise*, 38, 61-71.).

Monteiro, D., Moutão, J. M., & Cid, L. (2018). Validation of the behavioural regulation in sport questionnaire in Portuguese athletes. *Revista de psicología del deporte*, 27(1), 0145-150.

Morgado, T., & Botelho, M. (2014). Intervenções promotoras da literacia em saúde mental dos adolescentes: Uma revisão sistemática da literatura.

Morgan, W. P. (1997). *Physical activity and mental health* (pp. 93-106). Philadelphia, PA, US: Taylor & Francis.

Moura, D. L., Dias, A., Torres, J. P., Farinha, P., Ribeiro, B., & Robalo-Cordeiro, C. (2020). *Pandemia COVID-19 e Impacto no Desporto*.

Muñoz-Bullón, F., Sanchez-Bueno, M. J., & Vos-Saz, A. (2017). The influence of sports participation on academic performance among students in higher education. *Sport Management Review*, 20(4), 365-378.

Naoi, A., Watson, J., Deaner, H., & Sato, M. (2011). Multicultural issues in sport psychology and consultation. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 9(2), 110-125.

Nixdorf, I., Frank, R., & Beckmann, J. (2016). Comparison of athletes' proneness to depressive symptoms in individual and team sports: Research on psychological mediators in junior elite athletes. *Frontiers in psychology*, 7, 893

Nixdorf, I., Frank, R., Hautzinger, M., Beckmann, J. (2013). Prevalence of depressive symptoms and correlating variables among German elite athletes. *Journal of Clinical Sport Psychology* 7(4), 313-326.).

Noblet, A., Rodwell, J., & McWilliams, J. (2003). Predictors of the strain experienced by 943 professional Australian footballers. *Journal of Applied Sport Psychology*, 15, 184–193. 944 doi:10.1080/1041320030539.

Nunes, P. (2007). *Psicologia positiva*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal.

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, 15(3), 259-267.

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social science & medicine*, 67(12), 2072-2078.

O'Brien, S. F., & Bierman, K. L. (1988). Conceptions and perceived influence of peer groups: Interviews with preadolescents and adolescents. *Child development*, 1360-1365.

OCDE/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde. Portugal: Perfil de saúde do país 2019. Paris: OCDE; 2019.

Octavius, G. S., Silviani, F. R., Lesmandjaja, A., & Juliansen, A. (2020). Impact of COVID-19 on adolescents' mental health: a systematic review. *Middle East current psychiatry*, 27(1), 1-8.

Orben, A., Tomova, L., & Blakemore, S. J. (2020). The effects of social deprivation on adolescent development and mental health. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(8), 634-640.

Organização das Nações Unidas para Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). (2005). *Aspects of Literacy Assessment: Topics and issues from the UNESCO Expert Meeting*. Paris: UNESCO. [Consult. a 31 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000140125>.

Organização Mundial de Saúde. (2015). WHO/UNAIDS launch new standards to improve adolescent care. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/detail/06-10-2015-whounaids-launch-new-standards-to-improve-adolescent-ca>.

Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO). (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*. Direção-Geral da Saúde. [Consult. a 19 de

fevereiro de 2021]. Disponível em:  
<https://catalogo.inr.pt/documents/11257/0/CIF+2004/4cdfad93-81d0-42de-b319-5b6b7a806eb2>.

Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO). (1998). Health promotion glossary. Genebra. [Consult. a 17 de fevereiro de 2021]. Disponível em:  
<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO). (2013). Mental Health Action Plan 2013-2020. Genebra. [Consult. a 2 de fevereiro de 2021]. Falta LINK

Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO). (2013). Psychological first aid: Facilitator's manual for orienting field workers. Genebra. [Consult. a 28 de fevereiro de 2021]. Disponível em:  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/102380/9789241548618\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/102380/9789241548618_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO). (2014). The 10 Essential Public Health Operations. Copenhaga. [Consult. a 1 de abril de 2021]. Disponível em:  
<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/publichealthservices/policy/the-10-essential-public-health-operations>.

Ornell, F. E. L. I. P. E., Schuch, J. B., Sordi, A. O., & Kessler, F. H. (2020). Pandemia de medo e COVID-19: impacto na saúde mental e possíveis estratégias. *Revista debates in psychiatry*, 2020.

Paruthi, S., Brooks, L. J., D'Ambrosio, C., Hall, W. A., Kotagal, S., Lloyd, R. M., ... & Wise, M. S. (2016). Consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine on the recommended amount of sleep for healthy children: methodology and discussion. *Journal of clinical sleep medicine*, 12(11), 1549-1561.

Pataki, C. (2009). Adolescence In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. eds.

Patten, S. B., Williams, J. V., Lavorato, D. H., Wang, J. L., McDonald, K., & Bulloch, A. G. (2015). Descriptive epidemiology of major depressive disorder in Canada in 2012. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(1), 23-30.

Pearson, C., Janz, T., & Ali, J. (2013). Health at a glance: Mental and substance use disorders in 960 Canada.

Pedersen, B. K., & Saltin, B. (2015). Exercise as medicine—evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 25, 1-72.

Pedersen, M. T., Vorup, J., Nistrup, A., Wikman, J.M., Alstrøm, J.M., Melcher, P.S., Pfister, G.U., and Bangsbo, J. (2017). Effect of team sports and resistance training on physical function, quality of life, and motivation in older adults. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports* 27(8), 852-864.

Pedreiro, A. (2013). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens sobre depressão e abuso de álcool. Dissertação de Mestrado. Coimbra: Escola Superior de Tecnologia da Saúde, do Instituto Politécnico de Coimbra.

Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Health literacy, from data to action: translation, validation and application of the european health literacy survey in Portugal. *Rev Port Saúde Pública [Internet]*, 34(3), 259-75.

Pelletier, L., Fortier, M., Vallerand, R., & Brière, N. (2001). Association among perceived autonomy support, forms of self-regulation, and persistence: A prospective study. *Motivation and Emotion*, 25(4), 279–306. doi:10.1023/A:1014805132406

Perez, L., Fuentes, N., Van Barneveld, H. (2018). Salud mental positiva en adolescentes mexicanos: diferencias por sexo. *Revista Costarricense de Psicología*, 37(2), 131-143.

Pierce, D., Liaw, S. T., Dobell, J., & Anderson, R. (2010). Australian rural football club leaders as mental health advocates: an investigation of the impact of the Coach the Coach project. *International journal of mental health systems*, 4(1), 1-8.

Pinheiro, V., Belchior, D., Sousa, P., & Santos, F. (2018). Manual para treinadores de futebol de excelência. (1ªEdição). Estoril: Prime Books.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2011). Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Artmed Editora.

Pordata (2021). Total de Praticantes desportivos federados.

Poucher, Z. A., Tamminen, K. A., Kerr, G., & Cairney, J. (2021). A commentary on mental health research in elite sport. *Journal of Applied Sport Psychology*, 33(1), 60-82.

Purcell, R., Gwyther, K., & Rice, S. M. (2019). Mental health in elite athletes: increased awareness requires an early intervention framework to respond to athlete needs. *Sports medicine-open*, 5(1), 1-8.

Putukian, M. (2016). The psychological response to injury in student athletes: a narrative review with a focus on mental health. *British Journal of Sports Medicine*, 50(3), 145-148.

Rao, A. L., Asif, I. M., Drezner, J. A., Toresdahl, B. G., & Harmon, K. G. (2015). Suicide in National Collegiate Athletic Association (NCAA) athletes: a 9-year analysis of the NCAA resolutions database. *Sports health*, 7(5), 452-457.

Reardon, C. L., Bindra, A., Blauwet, C., Budgett, R., Campriani, N., Currie, A., ... & Hainline, B. (2021). Mental health management of elite athletes during COVID-19: a narrative review and recommendations. *British journal of sports medicine*, 55(11), 608-615.

Ribeiro, J. L. P. (2011). Inventário de saúde mental. Lisboa: Placebo.

Ribeiro, J. L. P. (2014). Revisão de investigação e evidência científica. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 15(3).

Rice, S. M., Purcell, R., De Silva, S., Mawren, D., McGorry, P. D., & Parker, A. G. (2016). The mental health of elite athletes: A narrative systematic review. *Sports medicine*, 46(9), 1333-1353.

Rickwood, D., Deane, F., Wilson, C., & Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Journal for the Advancement of Mental Health*, 4, 1-3.

Rootman, I. (2009). *Health literacy: What should we do about it*. Victoria, BC, Canada.

Rosa, A. (2018). *Literacia em saúde mental em adolescentes: desenvolvimento de um instrumento de avaliação*. (Tese de doutoramento em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências biomédicas de Abel Salazar, Porto). Disponível em: [http://oasisbr.ibict.br/vufind/Record/RCAP\\_52da998b7e4ba5c2a9d67900f464ebe7](http://oasisbr.ibict.br/vufind/Record/RCAP_52da998b7e4ba5c2a9d67900f464ebe7)

Rosa, A., Loureiro, L., & Sequeira, C. (2019). Literacia em saúde mental sobre depressão: Um estudo com adolescentes portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (21), 40-46.

Rosa, A., Loureiro, L., & Sousa, C. (2014). Reconhecimento e procura de ajuda em saúde mental: uma revisão dos estudos realizados em amostras de adolescentes. In L. Loureiro (Coord.), *Literacia em saúde mental: capacitar as pessoas e as comunidades para agir* (pp. 77- 91). Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde-Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Rosenbaum, S., Tiedemann, A., Sherrington, C., Curtis, J., & Ward, P.B. (2014). Physical activity interventions for people with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75, 964-974.

Rossi, T., Trevisol, A., Santos-Nunes, D. D., Dapieve-Patias, N., & Hohendorff, J. V. (2020). Autoeficácia geral percebida e motivação para aprender em adolescentes do Ensino Médio. *Acta Colombiana de Psicología*, 23(1), 264-271.

Rottensteiner, C., Tolvanen, A., Laakso, L., & Konttinen, N. (2015). Youth athletes' motivation, perceived competence, and persistence in organized team sports. *Journal of Sport Behavior*, 38(4), 1-18.

Sabiston, C. M., Jewett, R., Ashdown-Franks, G., Belanger, M., Brunet, J., O'Loughlin, E., & O'Loughlin, J. (2016). Number of years of team and individual sport participation during adolescence and depressive symptoms in early adulthood. *Journal of sport and exercise psychology*, 38(1), 105-110.

Saboga-Nunes, L., Sørensen, K., & Pelikan, J. M. (2014). Hermenêutica da literacia em saúde e sua avaliação em Portugal (HLS-EU-PT). In VIII Congresso Português de Sociologia (Vol. 40). Salim J, Wadey R, Diss C. Examining hardiness, coping and stress-related growth following sport injury. *J Appl Sport Psychol.* (2015) 28:154–69. doi: 10.1080/10413200.2015.1086448.

Sampaio, D. A. F. (2010). Imagem corporal e excesso de peso em adolescentes (Doctoral dissertation).

Santos, M. M. G. D. (2019). Atitudes e comportamentos perante o adolescente (Doctoral dissertation)).

Saurabh, K., & Ranjan, S. (2020). Compliance and psychological impact of quarantine in children and adolescents due to Covid-19 pandemic. *The Indian Journal of Pediatrics*, 87(7), 532-536.

Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. (2018). The age of adolescence. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2(3), 223-228.

Schaal, K., Tafflet, M., Nassif, H., Thibault, V., Pichard, C., Alcotte, M., ... & Toussaint, J. F. (2011). Psychological balance in high level athletes: gender-based differences and sport-specific patterns. *PloS one*, 6(5), e19007.).

Scheid, T. L., & Wright, E. R. (2017). *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems.* Cambridge University Press..

Sequeira, C. (2015). Saúde Mental Positiva. In Comemorações – Dia Mundial da Saúde. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/282663073\\_Saude\\_Mental\\_Positiva](https://www.researchgate.net/publication/282663073_Saude_Mental_Positiva).

Sequeira, C., & Carvalho, J. C. (2009). Tradução para a população portuguesa do questionário de saúde mental positiva (QSM+). In Saúde e Qualidade de Vida em análise: IV Congresso Saúde e Qualidade de Vida: Livro de Actas (pp. 303-314). Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Sequeira, C., Carvalho, J. C., Sampaio, F., Sá, L., Lluch-Canut, T., & Roldán-Merino, J. (2014). Avaliação das propriedades psicométricas do Questionário de Saúde Mental Positiva em estudantes portugueses do ensino superior. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (11), 45-53.

Shahidi, S. H., Stewart-Williams, J., & Hassani, F. (2020). Physical activity during COVID-19 quarantine. *Acta Paediatr*, 109(10), 2147–2148.

Silva, I. (2012). Abrir espaço à saúde mental – Estudo piloto sobre conhecimentos, estigma e necessidades relativas a questões de saúde mental, junto de alunos do 7º ano de escolaridade. Dissertação de Mestrado. Porto: Universidade Católica Portuguesa.

Simões, C. (2010). Adolescentes e comportamentos de saúde. Disponível em: <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/769/1/Adolescentes%20e%20comportamentos%20de%20saúde.pdf>.

Simonds, S. K. (1974). Health education as social policy. *Health Education Monograph*, 2, 1-25.

Smetanin, P., Stiff, D., Briante, C., Adair, C., Ahmad, S., & Khan, M. (2017). The life and economic impact of major mental illnesses in Canada: 2011 to 2041 (2011). RiskAnalytica, on behalf of the Mental Health Commission of Canada.

Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2009). *Psicologia positiva*. Porto Alegre: Artmed.

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12(1), 1-13.

Steinfeldt, J. A., & Steinfeldt, M. C. (2012). Profile of masculine norms and help-seeking stigma in college football. *Sport, Exercise, and Performance Psychology*, 1(1), 58.

Tayech, A., Mejri, M. A., Makhlof, I., Mathlouthi, A., Behm, D. G., & Chaouachi, A. (2020). Second wave of covid-19 global pandemic and athletes' confinement: Recommendations to better manage and optimize the modified lifestyle. *International journal of environmental research and public health*, 17(22), 8385.

Teixeira, P., Tomás, R., & Mendes, R. (2017). Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física 2017.

Teixeira, S., Sequeira, C., & Lluch Canut, M. (2021). Programa de promoción de la Salud Mental Positiva para adultos (Mentis Plus+): manual de apoyo.

Telo de Arriaga, M., dos Santos, B., Silva, A., Mata, F., Chaves, N., & Freitas, G. (2019). Plano de Ação para a Literacia em Saúde. *Health Literacy Action Plan Portugal*.

União das Federações Europeias de Futebol (UEFA). (2021). *Social Return On Investment*.

Vella, S. A., Swann, C., Allen, M. S., Schweickle, M. J., & Magee, C. A. (2017). Bidirectional associations between sport involvement and mental health in adolescence. *Medicine and science in sports and exercise*, 49(4), 687-694.

Vilelas, J. (2009). *Investigação. O processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.

Ware, J. E., Sherbourne, C. D., & Davies, A. R. (1992). Developing and testing the MOS 20-item short-form health survey: A general population application. In A. L. Stewart & J. E. Ware (eds.), *Measuring functioning and well-being: The Medical Outcomes Study approach* (pp. 277-290), Durham, NC: Duke University Press.

Watson, A. M. (2017). Sleep and athletic performance. *Current sports medicine reports*, 16(6), 413-418.

Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., ... & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The lancet*, 382(9904), 1575-1586.

Wolanin, A., Hong, E., Marks, D., Panchoo, K., & Gross, M. (2016). Prevalence of clinically elevated depressive symptoms in college athletes and differences by gender and sport. *British journal of sports medicine*, 50(3), 167-171

World Health Organization. (2003). Adolescent friendly health services: an agenda for change (No. WHO/FCH/CAH/02.14). World Health Organization.

World Health Organization. (2011). Global Recommendations on Physical Activity for Health. Disponível em <http://www.who.int/dietphysicalactivity/physicalactivity-recommendations-18-64years.pdf?ua=1>.

World Health Organization. (2014). Health for the world's adolescents: A second chance in the second decade. Recuperado de: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/second-decade/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/second-decade/en/).

World Health Organization. (2018). Adolescents Mental Health. World Health Organization. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>).

World Health Organization. (2018). Gender and women's mental health. Retrieved from: 404 (who.int).

World Health Organization. (2020). WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: web annex: evidence profiles.

World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Jama*, 310(20), 2191-2194.

Zafra, A. O., & García-Mas, A. (2009). El modelo global psicológico de las lesiones deportivas. *Acción psicológica*, 6(2), 77-91.

Zanini, D., Pais-Ribeiro, J. L., & Fernandes, I. (2021). Psicologia positiva e saúde: desenvolvimento e intervenções. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 22(1), 3-13

Zhang, Y., Zhang, H., Ma, X., & Di, Q. (2020). Mental health problems during the COVID-19 pandemics and the mitigation effects of exercise: a longitudinal study of college students in China. *International journal of environmental research and public health*, 17(10), 3722.



## ANEXOS



## ANEXO I - QUESTIONÁRIO

# Saúde mental de jovens atletas de futebol federado perante a privação da prática desportiva em competição

## \*Obrigatório

### Questionário

O contexto pandémico indiciado pelo aparecimento do novo coronavírus SARS-COV-2 suscitou uma reformulação plena na nossa vivência, com inegáveis repercussões nos mais variados setores da sociedade. O desporto, naturalmente, não foi uma exceção, sendo também afetado de uma forma sem quaisquer precedentes na história. Com o decreto de sucessivos estados de emergência e medidas consequentemente impostas, os atletas de formação vêem-se privados da prática desportiva no seu esplendor, impedindo-os de treinar no seu ambiente, com os métodos prévios e interrompendo a sua vertente de competição, de jogo. Por conseguinte, esta situação poderá despoletar o aparecimento de algumas problemáticas de saúde mental nos seus praticantes.

O questionário que se segue insere-se no meu projeto de Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MESMP), realizado na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), sob orientação do Prof.º Dr.º Carlos Sequeira, docente na mesma instituição, e da Prof.ª Dr.ª Lara Pinho, docente na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora (ESESJD). O mesmo aborda a seguinte temática: "Saúde mental de jovens atletas de futebol federado perante a privação da prática desportiva em competição".

O estudo foi delineado com vários propósitos, dos quais: salientar o desempenho altamente positivo da prática desportiva na saúde física e mental de adolescentes e jovens adultos; avaliar a saúde mental de jovens atletas de futebol federado perante um momento uno de jejum da prática desportiva em competição; contribuir para o desenvolvimento do conhecimento nesta área.

O preenchimento deste questionário é destinado a atletas de futebol federado feminino e masculino, compreendidos numa faixa-etária entre os 16 e os 19 anos. A sua integração no estudo é inteiramente voluntária, sendo também assegurada a sua desistência a qualquer momento, sem prejuízo para os participantes. Para a sua admissão, a participação terá de ser autorizada através da assunção do consentimento informado, que se apresenta seguidamente. No caso dos atletas menores de idade, o consentimento informado deverá ser atribuído por parte dos seus representantes legais num documento em separado.

Os critérios de confidencialidade estão também assegurados, sendo que, em momento algum, serão questionadas ou divulgadas as verdadeiras identidades dos participantes. Quanto ao questionário, o mesmo não será alvo de uma "avaliação", não serão atribuídas respostas certas ou erradas, de forma a que os participantes possam expressar livremente a sua perceção acerca dos tópicos perguntados.

### 1. Consentimento informado \*

*Marcar apenas uma oval.*

Declaro, na condição de maior de idade, que compreendi todo o conteúdo expresso na apresentação do estudo e consinto a minha participação no mesmo.

Declaro, na condição de menor de idade, que o meu representante legal tomou conhecimento do propósito do estudo e que consente a minha participação no mesmo.

### 1. Contextualização Sociodemográfica

2. 1.1 Qual é a sua idade? \*

---

3. 1.2 Assinale o seu sexo. \*

*Marcar apenas uma oval.*

Masculino

Feminino

4. 1.3 Qual é a sua nacionalidade? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Portuguesa

Estrangeira

## 5. 1.4 Em que distrito reside? \*

Marcar apenas uma oval.

- Açores
- Aveiro
- Beja
- Braga
- Bragança
- Castelo Branco
- Coimbra
- Évora
- Faro
- Guarda
- Leiria
- Lisboa
- Madeira
- Portalegre
- Porto
- Santarém
- Setúbal
- Viana do Castelo
- Vila Real
- Viseu

## 6. 1.5 Com quem vive? \*

Marcar tudo o que for aplicável.

- Pai
- Mãe
- Irmão(s)/Irmã(s)
- Avô/Avó(s)
- Outros familiares
- Sozinho
- Outros

## 7. 1.6 Assinale o grau de escolaridade frequentado durante este ano letivo. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Ensino Básico (Terceiro ciclo - 7º ano)
- Ensino Básico (Terceiro ciclo - 8º ano)
- Ensino Básico (Terceiro ciclo - 9º ano)
- Ensino Secundário (10º ano)
- Ensino Secundário (11º ano)
- Ensino Secundário (12º ano)
- Ensino Superior
- Não aplicável

## 8. 1.7 Classifique a sua situação profissional. \*

*Marcar tudo o que for aplicável.*

- Estudante
- Atleta profissional
- Trabalhador por conta própria
- Trabalhador por conta de outrem
- Outros

*Avançar para a pergunta 9*

**2. Contextualização Clínica**

## 9. 2.1 Tem algum(ns) problema(s) de saúde? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

10. 2.1.1 Se sim, especifique qual(is) o(s) problema(s) de saúde que o afetam.

*Marcar tudo o que for aplicável.*

- Doenças do sistema cardíaco
- Doenças do sistema respiratório
- Doenças do sistema circulatório
- Doenças de pele
- Doenças do sistema imunológico
- Transtornos mentais, comportamentais ou de desenvolvimento neurológico
- Doenças do aparelho genito-urinário
- Doenças do sistema musculoesquelético ou tecido conjuntivo
- Doenças do sistema digestivo
- Doenças do sistema nervoso
- Doenças visuais
- Doenças do ouvido ou processo mastóide
- Doenças do sangue ou dos órgãos formadores do sangue
- Neoplasias
- Doenças infecciosas ou parasitárias
- Distúrbios do sono-vigília
- Doenças endócrinas, nutricionais ou metabólicas

11. 2.2 Faz alguma medicação há mais de um ano? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

12. 2.2.1 Se sim, especifique qual(is) o(s) medicamento(s) que faz diariamente, bem como a sua dose e frequência de toma.

---

---

---

---

---

13. 2.3 Iniciou alguma medicação para ansiedade, depressão ou perturbações do sono durante esta pandemia? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

14. 2.3.1. Se sim, indique qual(is).

---

15. 2.4 Alguma vez teve uma lesão que a/o impossibilitou de treinar ou competir durante um período de tempo superior a um mês? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

16. 2.4.1 Se sim, indique qual(is).

*Marcar tudo o que for aplicável.*

Entorse(s)

Fratura(s)

Lesões nos ligamentos

Lesões musculares

Lesões provocadas por choques/traumatismos

Outras

### 3. Contextualização Desportiva

17. 3.1 Atualmente pratica futebol federado? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

## 18. 3.1.1 Se sim, indique o(s) escalão(ões) que integra durante esta temporada.

*Marcar tudo o que for aplicável.*

- Séniores
- Sub-23
- Sub-19
- Sub-17

## 19. 3.1.2 Em que divisão(ões) compete? \*

*Marcar tudo o que for aplicável.*

- Séniores - Liga NOS (I Liga Portuguesa)
- Séniores - Liga Portugal 2 SABSEG (II Liga Portuguesa)
- Séniores - Campeonato de Portugal (CNS - III Liga Portuguesa)
- Séniores - Distritais
- Séniores - Nacional Feminino BPI (I Divisão)
- Séniores - II Divisão Feminino
- Séniores - III Divisão Feminino
- Sub-23 - Liga Revelação (Campeonato Nacional de Sub-23)
- Sub-23 - Distritais
- Sub-19 - Campeonato Nacional de Sub-19 (I Divisão)
- Sub-19 - Campeonato Nacional de Sub-19 (II Divisão)
- Sub-19 - Distritais
- Sub-17 - Campeonato Nacional de Sub-19 (I Divisão)
- Sub-17 - Campeonato Nacional de Sub-19 (II Divisão)
- Sub-17 - Distritais

## 20. 3.2 Há quantos anos pratica futebol federado? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Há menos de 1 ano
- Há 1-3 anos
- Há 4-6 anos
- Há 7-10 anos
- Há mais de 10 anos

21. 3.3 Quantos clubes já representou na sua carreira? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5  
 Mais de 5

22. 3.4 Já praticou outro(s) desporto(s) a nível federado? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

23. 3.5.1 Se sim, indique qual(is).

*Marcar tudo o que for aplicável.*

- Andebol  
 Atletismo  
 Basquetebol  
 Musculação  
 Natação  
 Padel  
 Skate  
 Surf  
 Ténis  
 Ténis de mesa/Ping-pong  
 Voleibol  
 Outros

24. 3.5 Pratica algum(ns) desporto(s) de forma recreativa? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

25. 3.5.1 Se sim, indique qual(is).

*Marcar tudo o que for aplicável.*

Andebol

Atletismo

Basquetebol

Musculação

Natação

Padel

Skate

Surf

Ténis

Ténis de mesa/Ping-pong

Voleibol

Outros

26. 3.6 Que tipo de atividade(s) gosta de fazer nos seus tempos livres? \*

*Marcar tudo o que for aplicável.*

Ler

Ver televisão/filmes/documentários/séries

Ver vídeos no youtube

Ouvir música

Ouvir podcasts

Estar nas redes sociais

Jogar videojogos/jogos online

Conviver com os amigos

Praticar desporto

Outros

27. 3.7 Quantos treinos tinha por semana antes do início desta pandemia (Março/2020)? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- 0  
 1  
 2  
 3  
 4  
 5  
 Mais de 5

28. 3.7.1 Qual a sua duração? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Menos de 45min  
 45min  
 60min  
 90min  
 Mais de 90min

29. 3.8 Quantos treinos teve por semana durante esta época antes deste último confinamento (Agosto/Setembro 2020–Janeiro 2021)? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- 0  
 1  
 2  
 3  
 4  
 5  
 Mais de 5

30. 3.8.1 Qual a sua duração?

*Marcar apenas uma oval.*

- Menos de 45min  
 45min  
 60min  
 90min  
 Mais de 90min

31. 3.9 Quantos treinos tem por semana atualmente? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- 0  
 1  
 2  
 3  
 4  
 5  
 Mais de 5

32. 3.9.1 Qual a sua duração?

*Marcar apenas uma oval.*

- Menos de 45min  
 45min  
 60min  
 90min  
 Mais de 90min

4. SONO

33. 4.1 Em média, quantas horas dorme durante a noite? Indique a sua resposta inserindo o algarismo correspondente. \*

---

34. 4.2 Classifique o seu sono, em função da quantidade, tendo como ponto comparativo um momento anterior ao início da pandemia (Março/2020). \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Durmo mais horas  
 Durmo menos horas  
 Durmo o mesmo número de horas

35. 4.3 Classifique o seu sono, quanto à qualidade, tendo como ponto comparativo um momento anterior ao início da pandemia (Março/2020). \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Durmo melhor  
 Durmo pior  
 Durmo igual

## 5. Motivação

### 5.1 Aplicação do Behavioral Regulation Sports Questionnaire (BRSQ)

Utilizando a escala abaixo descrita, indique, por favor, em que medida cada um dos seguintes itens corresponde a um dos motivos pelos quais pratica este desporto atualmente, tendo por base que:

- 1- Nada verdadeira para mim  
7- Totalmente verdadeira para mim

Porque pratica este desporto?

36. 1. Porque me dá prazer. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Nada verdadeira para mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente verdadeira para mim

37. 2. Porque faz parte de mim. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Nada verdadeira para mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente verdadeira para mim

38. 3. Porque é uma oportunidade para ser quem eu sou. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Nada verdadeira para mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente verdadeira para mim

39. 4. Porque me sentiria envergonhado se desistisse. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Nada verdadeira para mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente verdadeira para mim

40. 5. Mas as razões para tal já não são claras para mim. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Nada verdadeira para mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente verdadeira para mim

41. 6. Porque me sentiria um falhado se desistisse. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Nada verdadeira para mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente verdadeira para mim

42. 7. Mas questiono-me se valerá a pena. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Nada verdadeira para mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente verdadeira para mim

43. 8. Porque o que faço no desporto é uma expressão do que eu sou. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Nada verdadeira para mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente verdadeira para mim

44. 9. Porque os benefícios são importantes para mim. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Nada verdadeira para mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente verdadeira para mim

45. 10. Porque se não o fizer as outras pessoas não ficarão satisfeitas comigo. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Nada verdadeira para mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente verdadeira para mim

46. 11. Porque gosto. \*

*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Nada verdadeira para mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente verdadeira para mim

47. 12. Porque me sinto obrigado a continuar. \*

*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Nada verdadeira para mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente verdadeira para mim

48. 13. Mas questiono-me porque razão continuo. \*

*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Nada verdadeira para mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente verdadeira para mim

49. 14. Porque me sinto pressionado por outras pessoas para o praticar. \*

*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Nada verdadeira para mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente verdadeira para mim

50. 15. Porque as pessoas me pressionam para praticar. \*

*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Nada verdadeira para mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente verdadeira para mim

51. 16. Porque é divertido. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Nada verdadeira para mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente verdadeira para mim

52. 17. Porque me ensina a ser autodisciplinado. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Nada verdadeira para mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente verdadeira para mim

53. 18. Porque me sentiria culpado se desistisse. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Nada verdadeira para mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente verdadeira para mim

54. 19. Porque acho agradável. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Nada verdadeira para mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente verdadeira para mim

55. 20. Porque valorizo os seus benefícios. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Nada verdadeira para mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente verdadeira para mim

56. 21. Mas questiono-me porque razão me sujeito a isto. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Nada verdadeira para mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente verdadeira para mim

57. 22. Porque é uma boa forma de aprender coisas que podem ser úteis na minha vida. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Nada verdadeira para mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente verdadeira para mim

58. 23. Para satisfazer todos aqueles que querem que eu pratique. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Nada verdadeira para mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente verdadeira para mim

59. 24. Porque me permite viver de acordo com os meus valores. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Nada verdadeira para mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente verdadeira para mim

60. 5.2 Classifique o seu nível de motivação para ir treinar antes do início da pandemia (Março/2020)? \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

61. 5.3 Classifique o seu nível de motivação para ir treinar durante a pandemia? \*

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

62. 5.4 Alguma vez pensou em abandonar o futebol previamente à pandemia (Antes de Março/2020)? \*

Marcar apenas uma oval.

- Sim  
 Não

63. 5.5 Alguma vez pensou em abandonar o futebol durante este período de pandemia? \*

Marcar apenas uma oval.

- Sim  
 Não

64. 5.5.1 Se sim, chegou mesmo a abandonar futebol?

Marcar apenas uma oval.

- Sim  
 Não

65. 5.5.2 Se ponderou abandonar/abandonou a prática de futebol federado durante este período, assinale a(s) opção(ões) que melhor justificam esse pensamento/decisão.

*Marcar tudo o que for aplicável.*

- Medo de ser infetado com COVID-19
- Medo de infetar alguém com COVID-19
- Motivos económicos
- Ausência de competição
- Alterações nas dinâmicas de treino
- Alterações nas relações interpessoais
- Pressões externa (Família, amigos, etc.)
- Outros

#### 6. Comportamentos aditivos

66. 6.1 Tem algum(ns) tipo(s) de comportamento(s) aditivo(s)? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

67. 6.1.1 Se sim, indique qual(is).

*Marcar apenas uma oval.*

- Tabaco
- Álcool
- Drogas (Ex: cannabinóides, cocaína, ecstasy, LSD, etc.)
- Jogo (Ex: apostas desportivas, casino, etc.)
- Internet (Ex: jogos online, redes sociais, etc.)
- Outros

68. 6.1.2 Iniciou o(s) respetivo(s) comportamento(s) durante esta pandemia (Março/2020-Atualmente)?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

## 7. Literacia em Saúde Mental

7.1 Aplicação da Escala "O que é importante para uma boa saúde mental?"

Seguem abaixo 10 declarações sobre coisas que podem ser importantes para uma boa saúde mental. Responda, por favor, de acordo com o seu grau de concordância com as seguintes afirmações.

69. 1. Lidar com situações stressantes de uma forma adequada. \*

*Marcar apenas uma oval.*

Discordo totalmente

Discordo parcialmente

Nem concordo nem discordo

Concordo parcialmente

Concordo totalmente

70. 2. Acreditar em si próprio. \*

*Marcar apenas uma oval.*

Discordo totalmente

Discordo parcialmente

Nem concordo nem discordo

Concordo parcialmente

Concordo totalmente

71. 3. Ter boas rotinas de sono. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Nem concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

72. 4. Tomar decisões baseado na sua própria vontade. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Nem concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

73. 5. Estabelecer limites para as suas próprias ações. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Nem concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

74. 6. Sentir-se que pertence a uma comunidade. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Nem concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

75. 7. Dominar os seus pensamentos negativos. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Nem concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

76. 8. Definir limites sobre o que é aceitável para si. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Nem concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

77. 9. Sentir-se valioso, independentemente das suas próprias realizações. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Discordo totalmente  
 Discordo parcialmente  
 Nem concordo nem discordo  
 Concordo parcialmente  
 Concordo totalmente

78. 10. Vivenciar o sucesso escolar/profissional. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Discordo totalmente  
 Discordo parcialmente  
 Nem concordo nem discordo  
 Concordo parcialmente  
 Concordo totalmente

## 7. Literacia em Saúde Mental

### 7.2 Aplicação do Questionário de Conhecimento de Saúde Mental

Responda, por favor, às seguintes afirmações de acordo com o seu grau de concordância com as mesmas.

79. 1. A saúde mental é uma componente da saúde. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Discordo totalmente  
 Discordo parcialmente  
 Nem concordo nem discordo  
 Concordo parcialmente  
 Concordo totalmente

80. 2. Os distúrbios mentais são causados por pensamentos incorretos. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Nem concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

81. 3. Muitas pessoas têm problemas mentais, mas não se apercebem. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Nem concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

82. 4. Todos os distúrbios mentais são causados por stressores externos. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Nem concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

83. 5. Componentes da saúde mental incluem inteligência normal, humor estável, uma atitude positiva, relações interpessoais de qualidade e adaptabilidade. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Discordo totalmente  
 Discordo parcialmente  
 Nem concordo nem discordo  
 Concordo parcialmente  
 Concordo totalmente

84. 6. A maioria dos distúrbios mentais não pode ser curada. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Discordo totalmente  
 Discordo parcialmente  
 Nem concordo nem discordo  
 Concordo parcialmente  
 Concordo totalmente

85. 7. Devem ser procurados serviços psicológicos ou psiquiátricos se suspeitarmos da presença de problemas ou distúrbios mentais. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Discordo totalmente  
 Discordo parcialmente  
 Nem concordo nem discordo  
 Concordo parcialmente  
 Concordo totalmente

86. 8. Problemas psicológicos podem ocorrer em qualquer idade. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Nem concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

87. 9. Distúrbios mentais e problemas psicológicos não podem ser evitados. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Nem concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

88. 10. Nos distúrbios mentais graves (por exemplo, esquizofrenia), os medicamentos devem ser tomados apenas por um determinado período de tempo. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Nem concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

89. 11. Atitudes positivas, boas relações interpessoais e um estilo de vida saudável podem ajudar a manter a saúde mental. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Nem concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

90. 12. Indivíduos com história familiar de distúrbios mentais tem maior risco de problemas psicológicos e distúrbios mentais. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Nem concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

91. 13. Problemas psicológicos nos adolescentes não influenciam os resultados académicos. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Nem concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

92. 14. É improvável que indivíduos de meia-idade ou idosos desenvolvam problemas psicológicos e distúrbios mentais. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Nem concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

93. 15. Indivíduos com fraco temperamento são mais propensos a ter problemas mentais. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Nem concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

94. 16. Problemas ou distúrbios mentais podem ocorrer quando um indivíduo está sob stress psicológico ou enfrenta uma situação significativa na sua vida (por exemplo, morte de membros da família). \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Nem concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

95. 17. Já ouviu falar do Dia Mundial da Saúde Mental? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

96. 18. Já ouviu falar do Dia Internacional contra o Abuso de Drogas e o Tráfico Ilícito de Drogas? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

97. 19. Já ouviu falar sobre o Dia Internacional de Prevenção do Suicídio? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

98. 20. Já ouviu falar do Dia Mundial do Sono? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

## 8. Saúde Mental Positiva

### 8.1 Aplicação do Questionário de Saúde Mental Positiva

Este questionário contém uma série de 39 afirmações sobre a sua forma de pensar, sentir e agir, que são mais ou menos frequentes em cada um.

Para responder, leia cada frase e responda de acordo com a frequência que melhor caracteriza o seu caso, de acordo com as seguintes possibilidades de resposta: sempre ou quase sempre, na maioria das vezes, algumas vezes, raramente ou nunca.

99. \*

*Marcar apenas uma oval por linha.*

	Sempre ou quase sempre	Na maioria das vezes	Algumas vezes	Raramente ou quase nunca
1. Para mim, é difícil aceitar os outros quando tem atitudes diferentes das minhas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Os problemas bloqueiam-me facilmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Para mim é difícil escutar os problemas das pessoas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Gosto de mim como sou.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sou capaz de controlar-me quando tenho emoções negativas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Sinto-me capaz de explodir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Para mim a vida é aborrecida e monótona.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Para mim é difícil dar apoio emocional.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Tenho dificuldades em estabelecer relações interpessoais satisfatórias com algumas pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Preocupa-me muito o que as pessoas pensam de mim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Acredito que tenho muita capacidade para colocar-me no lugar dos outros e compreender as suas respostas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Vejo o meu futuro com pessimismo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. As opiniões dos outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

influenciam-me muito na hora de tomar as minhas decisões.

14. Considero-me uma pessoa menos importante do que as outras pessoas que me rodeiam.

15. Sou capaz de tomar as decisões por mim mesmo.

16. Procuo retirar os aspetos positivos das coisas "más" que me acontecem.

17. Procuo melhorar como pessoa.

18. Considero-me um(a) bom/boa conselheiro(a)

19. Preocupa-me que as pessoas me critiquem.

20. Considero-me uma pessoa sociável.

21. Sou capaz de controlar-me quando tenho pensamentos negativos.

22. Sou capaz de manter um bom autocontrolo nas situações de conflito que surgem na minha vida.

23. Penso que sou uma pessoa digna de confiança.

24. Para mim é difícil entender os sentimentos dos outros.

25. Penso nas necessidades dos outros.

26. Na presença de pressões desfavoráveis do exterior sou capaz de manter o meu equilíbrio pessoal.

27. Quando surgem alterações na minha vida procuro adaptar-me.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Perante um problema sou capaz de solicitar informação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. As alterações que ocorrem habitualmente no meu quotidiano estimulam-me.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Tenho dificuldades em relacionar-me abertamente com os meus professores/chefes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Penso que sou um(a) inútil e que não sirvo para nada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Procuo desenvolver e potenciar as minhas boas atitudes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Tenho dificuldades em ter opiniões pessoais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Quando tenho que tomar decisões importantes sinto-me muito inseguro(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Sou capaz de dizer não quando o quero dizer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Quando tenho um problema procuro arranjar soluções possíveis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Gosto de ajudar os outros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Sinto-me insatisfeito(a) comigo mesmo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Sinto-me insatisfeito(a) com o meu aspeto físico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**9. Ansiedade**

100. 9.1 Indique, de acordo com as seguintes opções disponibilizadas, com que frequência se sentiu ansioso(a) durante o último mês. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Raramente, menos de um ou dois dias
- Muitos dias
- Mais de 7 dias
- Quase todos os dias

101. 9.2 Classifique a sua ansiedade tendo como ponto comparativo um momento anterior ao início da pandemia (Março/2020). \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sinto-me mais ansioso(a)
- Sinto-me igual
- Sinto-me menos ansioso(a)

**10. Aplicação do Inventário de Saúde Mental - 5**

Em seguida será apresentado um conjunto de questões sobre o modo de como se sente no seu dia-a-dia. Responda, por favor, a cada uma delas indicando qual a resposta que melhor se aplica a si.

102. 1. Durante quanto tempo, no mês passado, se sentiu muito nervoso? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

103. 2. Durante quanto tempo, no mês que passou, se sentiu calmo e em paz? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

104. 3. Durante quanto tempo, no mês que passou, se sentiu triste e em baixo? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

105. 4. Durante quanto tempo, no mês que passou, se sentiu triste e em baixo, de tal modo que nada o conseguia animar? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

106. 5. No último mês, quanto tempo se sentiu uma pessoa feliz? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

#### 11. Acompanhamento e Estratégias de Coping

107. 11.1 Durante este confinamento, o seu clube prestou/presta algum tipo de acompanhamento aos seus atletas? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

108. 11.1.1 Se sim, indique que tipo de acompanhamento tem vindo a ser desenvolvido.

*Marcar tudo o que for aplicável.*

- Treinos em grupo com recurso às novas tecnologias
- Elaboração de planos de treino individual
- Elaboração de planos de nutrição
- Reuniões de equipa, atividades e dinâmicas em grupo com recurso às novas tecnologias
- Acompanhamento por profissionais de saúde mental (Psiquiatras, psicólogos, enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental, etc.)
- Outros

109. 11.2 Desenvolveu alguma(s) estratégia(s) ou atividade(s) durante esta pandemia para promover a sua saúde mental? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

110. 11.2.1 Se sim, indique qual(is).

---

111. 11.2.2 Considera que a implementação dessa(s) estratégia(s) tiveram um impacto positivo no seu bem-estar durante este período de privação da prática desportiva? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

---

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários



**ANEXO II – CONSENTIMENTO INFORMADO PARA OS REPRESENTANTES LEGAIS**

## **ESTUDO “Saúde mental de jovens atletas de futebol federado perante a privação da prática desportiva em competição”**

### **Apresentação e consentimento informado**

O contexto pandémico indiciado pelo aparecimento do novo coronavírus SARS-COV-2 suscitou uma reformulação plena na nossa vivência, com inegáveis repercussões nos mais variados setores da sociedade. O desporto, naturalmente, não foi uma exceção, sendo também afetado de uma forma sem quaisquer precedentes na história. Com o decreto de sucessivos estados de emergência e medidas consequentemente impostas, os atletas de formação vêem-se privados da prática desportiva no seu esplendor, impedindo-os de treinar no seu ambiente, com os métodos prévios e interrompendo a sua vertente de competição, de jogo. Por conseguinte, esta situação poderá despoletar o aparecimento de algumas problemáticas de saúde mental nos seus praticantes.

O presente estudo, intitulado de “Saúde mental de jovens atletas de futebol federado perante a privação da prática desportiva em competição”, integra-se no meu projeto de Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MESMP), realizado na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), sob orientação do Prof.º Dr.º Carlos Sequeira, docente na mesma instituição, e da Prof.ª Dr.ª Lara Pinho, docente na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora (ESESJD). O mesmo foi delineado com os seguintes propósitos: salientar o desempenho altamente positivo da prática desportiva na saúde física e mental de adolescentes e jovens adultos; avaliar a saúde mental de jovens atletas de futebol federado perante um momento uno de jejum da prática desportiva em competição; contribuir para o desenvolvimento do conhecimento nesta área.

A recolha de dados irá processar-se através da aplicação de um questionário por via informática, on-line. De uma forma breve, e para além de toda a contextualização sociodemográfica, clínica e desportiva, o corpo do instrumento desenvolvido contempla uma avaliação de diferentes dimensões como o sono, a motivação, a ansiedade, os comportamentos aditivos, a literacia em saúde mental, a saúde mental positiva e ainda uma

abordagem relacionada com o tipo de acompanhamento providenciado pelas instituições desportivas durante este período, bem como as estratégias de *coping* mobilizadas autonomamente por parte dos atletas para minorar os danos no seu bem-estar mental.

O preenchimento deste questionário é destinado a atletas de futebol federado feminino e masculino, com idades compreendidas entre os 16 e os 19 anos. A sua integração no estudo é inteiramente voluntária, sendo também assegurada a sua desistência a qualquer momento, sem prejuízo para os participantes. Para a sua admissão, a participação terá de ser autorizada através da assunção do consentimento informado. Na medida em que o estudo congrega diferentes idades, e para cumprimento e salvaguarda de todos os requisitos éticos necessários para a sua elaboração, dirijo-me também aos representantes legais dos atletas ainda menores, com idades inferiores a dezoito anos, de modo a solicitar a atribuição do seu parecer para integração dos educandos no estudo.

Os critérios de confidencialidade estarão logicamente assegurados, sendo que, em momento algum, serão questionadas ou divulgadas as verdadeiras identidades dos participantes aquando o preenchimento do questionário. Ainda, o mesmo não será alvo de uma “avaliação”, não serão atribuídas respostas certas ou erradas, de forma a que os participantes possam expressar livremente a sua perceção acerca dos tópicos perguntados.

Posto o mencionado:

Eu, \_\_\_\_\_,  
responsável legal do atleta  
\_\_\_\_\_, declaro que  
compreendi todo o conteúdo expresso na apresentação do estudo e que, na condição de seu representante, consinto a sua participação no mesmo.

Porto, 2021

\_\_\_\_\_

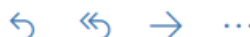


**ANEXO III – AUTORIZAÇÕES DOS AUTORES DOS INSTRUMENTOS INCLUÍDOS NO QUESTIONÁRIO**



Diogo Moura

qua, 24-02-2021 12:20



Para: diogomonteiro@esdrm.ipsantarem.pt

Muito boa tarde Prof.º Dr.º Diogo Monteiro,

O meu nome é Diogo Moura, eu sou enfermeiro, licenciado há cerca de ano e meio na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e encontro-me neste momento a frequentar, precisamente na mesma instituição, o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MESMP). O presente contacto assenta no âmbito do meu projeto de dissertação intitulado de: "Saúde mental de jovens atletas de futebol federado perante a privação da prática desportiva em competição".

De uma forma muito breve, este estudo visa uma avaliação epidemiológica, quantitativa, transversal, de diferentes índices de saúde mental em jovens atletas de futebol federado feminino e masculino, com idades compreendidas entre os dezasseis e os dezanove anos, pretendendo também enaltecer, precisamente, a preponderância da prática desportiva neste domínio e nesta particular população-alvo. A recolha de dados irá processar-se através da aplicação de um questionário por via informática, on-line, no qual se abordará temáticas várias, dentro das quais, a motivação.

Assim, venho por este meio requerer a sua autorização para que se possa utilizar o *Behavioral Regulation Sports Questionnaire (BRSQ)* na sua versão validada para a população portuguesa.

Agradeço, desde já, a sua compreensão e apresento-me disponível para qualquer esclarecimento adicional.

Com os melhores cumprimentos,

Diogo Moura

DE Diogo Monteiro - ESDRM <diogo  
monteiro@esdrm.ipsantarem.pt>



qua, 24-02-2021 13:55

Para: Você

Anexo13.pdf

485 KB

Mostrar os 5 anexos (16 MB) Transferir tudo Guardar tudo no OneDrive

Boa tarde Diogo!

Obrigado pelo e-mail.

Claro que sim, pode usar.

Em anexo o questionários e as duas publicações que suportam a sua utilização para a população portuguesa.

Monteiro, D., Teixeira, D.S., Vitorino, A., Moutão, J., Rodrigues, F., Machado, S., & Cid, L. (2019). Behavioral Regulation Sport Questionnaire (BRSQ): Gender and Sport Invariance in Portuguese Athletes. *Perceptual and Motor Skills*, 126 (2), 323-341. doi: 10.1177/0031512519825700.

Monteiro, D., Moutão, J., & Cid, L. (2018). Validation of the Behavioral Regulation Sport Questionnaire in Sample of Portuguese Athletes. *Revista de Psicologia del Deporte [Journal of Sport Psychology]*, 27 (1), 145-150.

Envio-lhe ainda algumas publicações onde usamos o BRSQ no futebol e na natação.

Desejo-lhe sucessos pessoais e profissionais.

Cumprimentos,

Diogo Monteiro, PhD

---

Escola Superior de Desporto de Rio Maior (ESDRM-  
IPSantarém)|Sport Science School of Rio Maior- Polytechnique  
Institute of Santarém  
Research Center in Sport, Health and Human Development  
(CIDESD)



Diogo Moura

qua, 24-02-2021 12:21

Para: jlpr@fpce.up.pt



Muito boa tarde Prof.º Dr.º José Luís Pais Ribeiro,

O meu nome é Diogo Moura, eu sou enfermeiro, licenciado há cerca de ano e meio na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e encontro-me neste momento a frequentar, precisamente na mesma instituição, o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MESMP). O presente contacto assenta no âmbito do meu projeto de dissertação intitulado de: "Saúde mental de jovens atletas de futebol federado perante a privação da prática desportiva em competição".

De uma forma muito breve, este estudo visa uma avaliação epidemiológica, quantitativa, transversal, de diferentes índices de saúde mental em jovens atletas de futebol federado feminino e masculino, com idades compreendidas entre os dezasseis e os dezanove anos, pretendendo também enaltecer, precisamente, a preponderância da prática desportiva neste domínio e nesta particular população-alvo. A recolha de dados irá processar-se através da aplicação de um questionário por via informática, on-line, no qual se abordará temáticas várias.

Assim, venho por este meio requerer a sua autorização para que se possa utilizar o Inventário de Saúde Mental na sua versão reduzida.

Agradeço, desde já, a sua compreensão e apresento-me disponível para qualquer esclarecimento adicional.

Com os melhores cumprimentos,

Diogo Moura

JR

José Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt



>

qua, 24-02-2021 15:28

Para: Você

Caro colega

Autorizamos o uso da versão da escala Mental Health Inventory - 5, que estudámos e adaptámos para uso com a população portuguesa. No meu site, na secção "books" encontra o manual do questionário que é de acesso livre.

Cordialmente

José Luís Pais Ribeiro

[jlpr@fpce.up.pt](mailto:jlpr@fpce.up.pt)

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>

ResearchGate- [https://www.researchgate.net/profile/Jose\\_Pais-Ribeiro/publications](https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications)



**ANEXO IV – PROJETO**

Admissão à dissertação/trabalho de projeto/estágio de natureza profissional

**Nome:** Diogo Neves Moura (6478)

**Curso:** Mestrado em Saúde Mental e Psiquiatria

**Admissão a** Dissertação

**Proposta de tema:** Saúde mental de jovens atletas de futebol federado perante a privação da prática desportiva em competição

**Plano:**

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2010), o conceito de atividade física remonta a todo e qualquer movimento corporal gerado pela musculatura esquelética em diferentes momentos do seu quotidiano, incluindo o trabalho, a recreação, o exercício e a prática desportiva. Desta forma, o construto teórico de desporto floresce neste preciso campo, diferenciando-se, porém, pela sua maior especificidade, estruturação, competitividade e submissão a regras (Dasil, 2004). O seu propósito, para além da aquisição de uma determinada compleição física, baseia-se, fundamentalmente, no rendimento.

A atividade física desempenha uma função preponderante na saúde das populações, conectando-se à prevenção de um conjunto vasto de doenças crónicas não transmissíveis. O benefício para a saúde mental é também já sobejamente reconhecido pela literatura científica, pelo contributo conferido na qualidade de vida percecionada e consequente diminuição dos índices de ansiedade, depressão e stress (Direção Geral de Saúde, 2018). Outros autores, como Gotava (2015) e Elias (2014) proclamam ainda outros benefícios que convergem da prática desportiva, como, respetivamente, um maior desenvolvimento de competências sociais e maior satisfação com a própria imagem corporal.

A cultura desportiva em solo nacional vem a obter um acréscimo significativo, demonstrativo através da duplicação do número de atletas federados nos últimos vinte anos (Pordata, 2018). O futebol perdura como a modalidade desportiva mais representada, seguindo também o padrão de aumento mencionado e reiterando precisamente a preferência desportiva para a população adolescente, numa faixa etária entre os 15 e 21 anos de idade (Programa Nacional para a Promoção de Atividade Física, 2017). O momentâneo contexto pandémico, despontado pelo surgimento da COVID-19, demandou uma reformulação plena na nossa vivência, repercutindo-se igualmente no desporto e, de forma mais notória, no futebol de formação. No transato mês de março, a Federação Portuguesa de Futebol anunciou, através de comunicado, a suspensão das competições jovens, situação essa que se vem a alastrar até ao momento corrente e que naturalmente levanta interrogações sobre as possíveis repercussões geradas na saúde mental dos praticantes da modalidade. O desporto formula um espaço inigualável de formação e educação, pelo que a remoção da sua vertente competitiva desvirtua a sua génese (Marques, 2014). O mesmo autor esclarece ainda que a competição proporciona uma oportunidade de avaliação das capacidades de cada atleta, numa iminente comparação consigo e com os outros, sustentando a criação de uma boa imagem social e desenvolvimento de valores transponíveis para a sua vida em sociedade. O apogeu do desporto remete assim, na ótica do atleta, para o momento do jogo.

TIPO DE ESTUDO: Estudo quantitativo, epidemiológico, observacional transversal.

PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO: Qual o impacto causado pela privação da prática desportiva em competição na saúde mental de jovens atletas de futebol federado?

FINALIDADE: Contribuir para o desenvolvimento do conhecimento e cimentar a competência e possibilidade de intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na área do desporto.

Escola Superior de Enfermagem do Porto //

Rua Dr. António Bernardino de Almeida // 4200-072 Porto // Tel.: 225096337 // [esep@esenf.pt](mailto:esep@esenf.pt) // [www.esenf.pt](http://www.esenf.pt)

**Por uma enfermagem mais significativa para as pessoas**

Admissão à dissertação/trabalho de projeto/estágio de natureza profissional

**OBJETIVOS:** - Avaliar os índices de saúde mental em jovens atletas de futebol federado; - Determinar e analisar o impacto causado pela privação da prática desportiva em competição na saúde mental de jovens atletas de futebol federado.

**PARTICIPANTES:** A população-alvo para o presente estudo compreende todos os atletas de futebol federado pertencentes aos escalões sub-17 e sub-19 e, portanto, restringindo a abordagem a uma faixa etária entre os 16 e 19 anos.

**CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:** A seleção dos participantes será obtida através de uma amostragem não probabilística por seleção racional, sendo incluídos todos os jovens atletas que cumpram os referidos critérios de inclusão e que consentam a sua participação voluntária no estudo.

**MATERIAL:** A recolha de dados será processada através da elaboração de um questionário a disponibilizar por via-online a todos os jovens atletas de futebol federado.

**PROCEDIMENTOS E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS:** A investigação será regida com base nos cinco direitos fundamentais determinados pelos códigos de ética (Fortin, 1999). Partindo deste pressuposto, serão ainda contactadas todas as instituições envolvidas, de forma a solicitar a autorização para realização do estudo. Será também elaborado um consentimento informado para os participantes e para os pais daqueles ainda menores.

**Proposta de Orientador da ESEP:** CARLOS ALBERTO DA CRUZ SEQUEIRA

Preencher, se aplicável:

**Proposta de co-orientador da ESEP:**

**Proposta de Co-Orientador externo à ESEP:**

Nome: LARA MANUELA GUEDES DE PINHO

Instituição: ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS DA UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Grau académico: DOUTORAMENTO

X Declaro que a proposta de orientador é do conhecimento do coordenador do curso.

Declaro que a proposta de orientador não é do conhecimento do coordenador do curso.

Data: 04/12/2020



**ANEXO V – DESPACHO DO CONSELHO TÉCNICO-CIENTÍFICO DA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO (ESEP) RELATIVO AO PEDIDO DE ADMISSÃO À DISSERTAÇÃO**

← **Informação sobre o Despacho do CTC relativo ao Pedido de Admissão à Dissertação de Diogo Neves Moura - MIESMP**

EC

ESEP - SIGA.Secretariado CTC <secretariado.ctc@esenf.pt>  
qui, 14-04-2022 16:06

Para: ep64.78@esenf.pt; carlossequeira@esenf.pt; larapinho7@gmail.com

Exmos. (as) Senhores (as),

Em referência ao assunto em epígrafe, registado no documento ADTE\_7/2022, damos conhecimento a V. Exas. do teor do despacho exarado sobre o mesmo, em reunião do Conselho Técnico-Científico narrada na ata n.º 4/2022, de 14 de março de 2022, e a seguinte decisão: "Apreciada a proposta de tema e o teor do plano de trabalho, tendo em conta a observação dos requisitos regulamentares e o parecer do Coordenador do respetivo Curso de Mestrado, o CTC decidiu aceitar o pedido de admissão à dissertação de Diogo Neves Moura, com o seguinte tema: "Saúde mental de jovens atletas de futebol federado perante a privação da prática desportiva em competição".

Com os melhores cumprimentos,

**Otilia Barbosa**

Assistente técnica

SIGA - Secretariado CTC

E-mail: [secretariado.ctc@esenf.pt](mailto:secretariado.ctc@esenf.pt)



Escola Superior de Enfermagem do Porto

Rua Dr. António Bernardino de Almeida, 830, 844, 856

4200-072 Porto

Email: [esep@esenf.pt](mailto:esep@esenf.pt)

Telef: +351 22 507 35 00

Fax: +351 22 509 63 37

**ANEXO V – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE  
PORTALEGRE**

COMISSÃO DE ÉTICA

A Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre, vem deste modo informar que na reunião de 25 de fevereiro de 2021 deliberou emitir *Parecer Positivo* à realização do estudo de Investigação “*Saúde mental de jovens atletas de futebol federado perante a privação da prática desportiva em competição*” no âmbito da *Dissertação do Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica a decorrer na Escola Superior de Enfermagem do Porto*, da responsabilidade do Investigador Diogo Neves Moura, sob a orientação da Prof. Doutora Lara Guedes de Pinho.

A Presidente da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre

Assinado por: **ANA PAULA CALADO BAPTISTA**

**ENES DE OLIVEIRA**

Num. de Identificação: BI073081388

Data: 2021.03.09 10:24:56+00'00'



Ana Paula Enes de Oliveira

09-03-2021