UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA

ALEXANDRE CONTTATO COLAGRAI

SAÚDE MENTAL DE ATLETAS E TREINADORES NO ESPORTE BRASILEIRO DE ALTO RENDIMENTO

Campinas, 2024

ALEXANDRE CONTTATO COLAGRAI

SAÚDE MENTAL DE ATLETAS E TREINADORES NO ESPORTE BRASILEIRO DE ALTO RENDIMENTO

Tese apresentada à Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requistidos exigidos para obtenção do título de Doutor em Educação Física, área de concentração Biodinâmica do Movimento e Esporte.

Orientadora: Profa. Dra. Paula Teixeira Fernandes

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA TESE DEFENDIDA PELO ALUNO ALEXANDRE CONTTATO COLAGRAI E ORIENTADO PELA PROFA. DRA. PAULA TEIXEIRA FERNANDES.

Campinas, 2024

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Educação Física
Dulce Inês Leocádio - CRB 8/4991

C67s

Colagrai, Alexandre Conttato, 1978-
Saúde mental de atletas e treinadores no esporte brasileiro de alto rendimento / Alexandre Conttato Colagrai. – Campinas, SP : [s.n.], 2024.

Orientador: Paula Teixeira Fernandes.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação Física.

1. Psicologia do esporte. 2. Transtornos mentais. 3. Resiliência. 4. Motivação. 5. Ansiedade. I. Fernandes, Paula Teixeira. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação Física. III. Título.

Informações Complementares

Título em outro idioma: Mental health of athletes and coaches in Brazilian high-performance sport
Palavras-chave em inglês:
Sport psychology
Mental disorders
Resilience
Motivation
Anxiety
Área de concentração: Biodinâmica do Movimento e Esporte
Titulação: Doutor em Educação Física
Banca examinadora:
Paula Teixeira Fernandes
Amilton dos Santos Junior
Franco Noce
Lenamar Fiorese
István de Abreu Dobránszky
Data de defesa: 12-03-2024
Programa de Pós-Graduação: Educação Física

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)
- ORCID do autor: http://orcid.org/0000-0001-7731-0638
- Currículo Lattes do autor: https://lattes.cnpq.br/2681873844098211

COMISSÃO EXAMINADORA

Profa. Dra. Paula Teixeira Fernandes
Presidente da Comissão Examinadora

Prof. Dr. Amilton dos Santos Junior
Membro titular

Prof. Dr. Istvan de Abreu Dobranszky
Membro titular

Prof. Dr. Franco Noce
Membro titular

Profa. Dra. Lenamar Fiorese
Membro titular

A Ata da defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da Unidade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à vida, à sua complexidade e dinamismo, ao fato de ser única e irrepetível, e que com isso se configura por diversas interferências, muitas perceptíveis, e a grande maioria nem tanto, às quais me trouxeram até aqui e me tornaram quem sou nesse momento. Dessa forma, agradeço aos meus pais Apparecido Colagrai e Leonilda Conttato Colagrai que permitiram que essa vida nascesse, e no seio dessa relação surgiram os primeiros fatores de interferência na configuração de quem eu sou, minha primeira relação com o mundo, que positiva e negativamente me fizeram seguir nessa caminhada.

Agradeço à minha psicóloga Idania Blanca Pena Grass, companheira de caminhada de longa data que, primeiramente me auxiliou com sua extrema capacidade profissional e técnica, alinhada à uma humanidade excepcional, a continuar caminhando na busca de mim mesmo e da identificação do que mais me movia nesse mundo, fazendo com que eu conseguisse entrar em contato com minha essência, me auxiliando na mudança de rotas, manutenção de foco no que era importante, e que me despertou o interesse por estudar Psicologia, área pela qual quero seguir daqui em diante. Foi em uma sessão de terapia com Idania que todo esse Doutorado se deu forma, pois foi ela quem encontrou o GEPEN, me indagou sobre "porque não seria possível estudar na UNICAMP", algo inimaginável para mim até aquele momento.

Agradeço à minha orientadora e professora Paula Teixeira Fernandes, que me recebeu em sua sala no nosso primeiro encontro com um sorriso e um abraço acolhedor, uma tranquilidade, uma humanidade que sempre a acompanham, para que eu pudesse me expressar, dizer do meu desejo de estar ali no grupo de estudos, o GEPEN. Me lembro da conversa naquele momento, uma terça-feira, como foi encantador, estimulante, esperançoso naquela mesa redonda de canto de sala, em um dia de sol radiante de fevereiro às 14 horas. Paula seguiu por anos no grupo de estudos me instigando com suas apresentações e explicações, nos apresentava as áreas de estudos possíveis, os conceitos da Psicologia, a diversidade de situações psicológicas dentro do contexto esportivo, até que depois de dois anos no grupo esse tema da saúde mental me tocou, inicialmente pensando apenas no suicídio do atleta. Essa pequena faísca foi fazendo com que eu me debruçasse sobre o tema, sempre com o apoio, dedicação e correção de rotas feitas pela professora Paula. Só tenho a agradecê-la eternamente pela oportunidade que me ofereceu de participar do GEPEN e depois permitir que eu ingressasse no doutoramento sobre sua excelente orientação, e assim nos tornamos também parceiros na elaboração de muitos artigos. Gratidão sempre.

Agradeço ao GEPEN, aos amigos e amigas que ali encontrei e às trocas que realizamos nos encontros, congressos, eventos, fatores esses que muito me instigaram, me fizeram refletir, aprender, seguir nos estudos, pois o grupo desde meu primeiro dia de participação me instigou, me desafiou, pela força e capacidade dos seus membros. Cada amizade no GEPEN foi importante para me configurar no caminho que se concretiza nessa defesa de tese. Também agradeço os amigos e amigas do grupo de estudo pelo ombro que sempre me cederam para que pudesse me apoiar nas dificuldades enfrentadas, nos erros quanto ao que seguir, nos congressos, apresentações, agradeço por seus encorajamentos.

Agradeço à professora Júlia Barreira, com a qual primeiramente comecei a estudar Estatística, devido à sua enorme capacidade de ensinar nessa área. Essa relação se estreitou e nos tornamos parceiros na escrita de artigos científicos sobre saúde mental. Sem sua ajuda, esse momento de defesa não seria possível de ocorrer devido à enormidade de dados avaliados, onde debatemos em muito momentos quais as melhores estratégias a seguir nas avaliações, na escrita dos artigos, uma pessoa muito importante nesse processo.

Agradeço aos amigos de trabalho no esporte, onde com eles desenvolvo na prática minhas indagações sobre o que é realmente desenvolver um trabalho esportivo partindo de um nível social e de iniciação, chegando às equipes de rendimento e alto rendimento, no projeto que criamos através do nosso Instituto Crescer no Esporte com César Augusto Picardt um irmão e amigo, e Affonso Gabriel de Macedo, um grande filhão que ganhei nessa caminhada.

Agradeço à família, tios, tias, especialmente minha prima Luiza Andolpho Contato, que sempre esteve comigo e hoje é formada em psicologia, uma pessoa à qual amo e me tras muitas alegrias, sempre me protegendo, sempre sendo um estímulo para minha vida.

Agradeço à minha professora de português Juliana Duarte por sempre me atender quando eu solicitava, corrigindo tudo o que eu precisava, a qualquer momento ela esteve pronta e a disposição para ajudar, e me indagando sobre a forma de escrever.

RESUMO

A necessidade de estudar a saúde mental no contexto de alto rendimento é evidente devido ao seu impacto no desempenho esportivo. Estudos sobre o tema ainda são escassos no Brasil. Assim, este estudo objetivou compreender a saúde mental de atletas e treinadores brasileiros que trabalham no esporte de alto rendimento. Buscamos abranger esses profissionais de forma ampla, coletando dados quantitativos e qualitativos, cruzando informações de treinadores com as de atletas para que pudéssemos ampliar a nossa visão sobre o tema no contexto brasileiro. Buscamos uma abordagem para este estudo com foco na identificação tanto de fatores ligados aos sintomas de transtornos mentais como também em fatores protetivos da saúde mental, por compreendermos que esse tema é complexo, multifatorial, e que, portanto, compreender a saúde mental não é apenas avaliar os sintomas de transtorno, como ocorre com a maioria dos estudos sobre o tema, mas também avaliar os fatores protetivos que ajudam a equilibrar os vetores que determinam o nível de saúde mental da pessoa. Esta tese está organizada em 9 capítulos: os quatro primeiros referem-se à 4 revisões de literatura em diferentes dimensões da saúde mental no alto rendimento; os dois seguintes ressaltam os fatores protetivos e não protetivos nos atletas; o sétimo capítulo enfatiza o impacto de diferentes variáveis na saúde mental de treinadores; o capítulo 8 salienta a diferença da saúde mental em atletas e treinadores e o último capítulo mostra a saúde mental de atletas e treinadores brasileiros pela perspectiva qualitativa. Os resultados mostraram sintomas de transtornos depressivos e de ansiedade nessa população, em níveis baixos a moderados na sua maioria - o que já nos preocupa - assim como observamos valores médios nos fatores de proteção como resiliência, apoio social, motivação, estratégias de enfrentamento, autoestima. Um aspecto que nos chama atenção é a existência de casos de abuso sexual e de ideação suicida nos atletas brasileiros, sabendo que estes dados podem ser ainda maiores devido à subnotificação existente nessas áreas. A relação treinador-atleta é importante e impactante na vida de ambos, em especial do atleta, sendo determinante para o resultado esportivo. A relação entre saúde mental e rede social no esporte de alto rendimento precisa de aprofundamento científico, pois tem impactado a evolução do atleta para o alto rendimento e ainda não existem estudos que embasem esse tema. Os treinadores precisam ser mais estudados, em especial as treinadoras mulheres, pois os dados mostram que sua saúde mental é a mais impactada pelo contexto esportivo de alto rendimento. Assim, enfatizando que para que atletas e treinadores obtenahm sucesso no alto rendimento, é necessário considerar a saúde mental, pois ela tem papel fundamental no desempenho e, especialmente, no desenvolvimento integral e pleno do ser humano. Precisamos ampliar esta perspectiva no Brasil, aprimorando o conhecimento sobre o tema e o comprometimento das pessoas envolvidas no contexto esportivo para que tenhamos condições de prevenir e promover melhores estratégias de saúde mental no esporte.

Palavras-chaves: Psicologia do Esporte, transtornos mentais, resiliência, motivação, ansiedade, depressão.

ABSTRACT

The need to study mental health in the context of high performance is evident due to its impact on sports performance. Studies on the topic are still scarce in Brazil. Thus, this study aimed to understand the mental health of Brazilian athletes and coaches who work in high-performance sports. We sought to cover these professionals broadly, collecting quantitative and qualitative data, crossing information from coaches with that from athletes so that we could broaden our view on the topic in the Brazilian context. We sought an approach for this study focused on identifying factors linked to the symptoms of mental disorders as well as factors protective of mental health, as we understand that this topic is complex, multifactorial, and that, therefore, understanding mental health is not just assess the symptoms of the disorder, as is the case with most studies on the subject, but also assess the protective factors that help balance the vectors that determine the person's level of mental health. This thesis is organized into 9 chapters: the first four refer to 4 literature reviews on different dimensions of mental health in high income; the next two highlight protective and non-protective factors in athletes; the seventh chapter emphasizes the impact of different variables on the mental health of coaches; chapter 8 highlights the difference between mental health in athletes and coaches and the last chapter shows the mental health of Brazilian athletes and coaches from a qualitative perspective. The results showed symptoms of depressive and anxiety disorders in this population, at low to moderate levels for the most part - which already worries us - as well as we observed average values in protective factors such as resilience, social support, motivation, coping strategies, self-esteem . One aspect that draws our attention is the existence of cases of sexual abuse and suicidal ideation among Brazilian athletes, knowing that these figures may be even higher due to underreporting in these areas. The coach-athlete relationship is important and impactful in the lives of both, especially the athlete, being decisive for the sporting result. The relationship between mental health and social network in high-performance sports needs further scientific investigation, as it has impacted the athlete's evolution towards high performance and there are still no studies that support this topic. Coaches need to be studied more, especially female coaches, as data shows that their mental health is the most impacted by the high-performance sporting context. Thus, emphasizing that for athletes and coaches to achieve high-performance success, it is necessary to consider mental health, as it plays a fundamental role in performance and, especially, in the integral and full development of the human being. We need to expand this perspective in Brazil, improving knowledge on the topic and the commitment of people involved in the sporting context so that we are able to prevent and promote better mental health strategies in sport.

Keywords: Sports Psychology, mental disorders, resilience, motivation, anxiety, depression.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

INTRODUÇÃO

Figura 1. *Dual Continum* Saúde *versus* Doença..... 32

CAPÍTULO 1

Figura 1. Protocolo PRISMA utilizado para seleção dos artigos sobre saúde mental e atleta de alto rendimento 41

Quadro 1. Processo de coleta dos dados..... 42

Quadro 2. Classificação dos esportes investigados pelos artigos internacionais sobre saúde mental e atleta de alto rendimento..... 43

CAPÍTULO 2

Figura 1. Fluxograma dos artigos selecionados para análise..... 63

Quadro 1. Transtornos mentais mais pesquisados..... 65

CAPÍTULO 3

Figure 1. *PRISMA flowchart regarding the accomplishment of the work* 76

CAPÍTULO 4

Figure 1. *PRISMA flowchart of the study selection process* 87

Figure 2. *Factors that negatively influence the mental health of elite coaches* 95

CAPÍTULO 5

Figura 1. Valores para depressão dos atletas brasileiros (pelo instrumento PHQ) 118

Figura 2. Valores para ansiedade (pelo instrumento GAD-7) 118

CAPÍTULO 9

Figura 1. Temas e subtemas comuns entre atletas e treinadores 238

LISTA DE TABELAS

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Tabela 1. Caracterização dos participantes (atletas e treinadores) 37

CAPÍTULO 1

Tabela 1. Mapeamento das publicações sobre saúde mental em atletas de alto rendimento.. 44

Tabela 2. Modalidades pesquisadas pelas publicações sobre saúde mental em atletas de alto rendimento..... 45

Tabela 3. Temas mais pesquisados sobre saúde mental e atletas de alto rendimento..... 45

Tabela 4. Instrumentos de coleta de dados nas publicações sobre saúde mental em atletas de alto rendimento 46

CAPÍTULO 4

Table 1. *Eligibility criteria for selecting studies on mental health and disorders of sport coaches* 86

Table 2. *Information regarding the aim, methods and key finding of the studies on mental health or disorders of sport coaches* 88

Table 3. *Characteristics of the studies on mental health or disorders of sport coaches* 90

CAPÍTULO 5

Tabela 1. Caracterização de atletas participantes do estudo 111

Tabela 2. Uso de álcool e outras drogas pelos participantes 111

Tabela 3. Comparação dos aspectos psicológicos entre atletas que tomam e que não tomam remédio para dormir 113

Tabela 4. Comparação dos aspectos psicológicos entre atletas que sofreram e não sofreram abuso 114

Tabela 5. Comparação dos aspectos psicológicos entre atletas que pensaram e não pensaram (ideação) em cometer suicídio e os instrumentos de rastreio de sintomas e de fatores protetivos 115

Tabela 6. Comparação dos aspectos psicológicos entre atletas que tentaram e não tentaram cometer suicídio e os instrumentos de rastreio de sintomas e de fatores protetivos 116

Tabela 7. Comparação entre escalas de aspectos psicológicos utilizadas para rastreio de sintomas e de fatores protetivos da saúde mental 117

CAPÍTULO 6

Tabela 1. Caracterização de atletas participantes do estudo 139
Tabela 2. Comparação entre homens e mulheres e escalas de aspectos psicológicos utilizadas para rastreio de sintomas e de fatores protetivos da saúde mental 140
Tabela 3. Comparação entre modalidades coletivas e individuais e escalas de aspectos psicológicos utilizadas para rastreio de sintomas e de fatores protetivos da saúde mental .. 141
Tabela 4. Comparação entre nível de participação esportiva e escalas de aspectos psicológicos utilizadas para rastreio de sintomas e de fatores protetivos da saúde mental .. 143
Tabela 5. Correlação entre idade e escalas de aspectos psicológicos utilizadas para rastreio de sintomas e de fatores protetivos da saúde mental 144
Tabela 6. Comparação entre tempo de atuação e escalas de aspectos psicológicos utilizadas para rastreio de sintomas e de fatores protetivos da saúde mental 145

CAPÍTULO 7

Table 1. *Characterization of the coaches participating in the study* 166
Table 2. *Comparison of mental health between male and female coaches* 167
Table 3. *Comparison of mental health between coaches working in team or individual sports* 168
Table 4. *Comparison of mental health among coaches working in regional, national and international performance level* 169
Table 5. *Comparison of mental health among coaches with different experiences* 170

CAPÍTULO 8

Tabela 1. Caracterização dos treinadores e treinadoras participantes do estudo 184
Tabela 2. Busca de ajuda de profissionais da área de saúde mental 184
Tabela 3. Uso de Álcool e outras drogas 185
Tabela 4. Comparação da saúde mental dos atletas e treinadores homens e mulheres..... 188

CAPÍTULO 9

Tabela 1. Características dos atletas entrevistados 210
Tabela 2. Temas e subtemas dos atletas 210
Tabela 3. Características dos treinadores entrevistados 224
Tabela 4. Temas e subtemas dos treinadores 225

LISTA DE ABREVIATURAS

AAS	*Anabolic-Androgenic Steroids* (Esteróide Anabólico Androgênico)
APA	*American Psychiatric Association* (Associação Americana de Psiquiatria)
AUDIT-C	*Alcohol Use Disorders Identification Test* (Teste de Identificação de Transtornos por Uso de Álcool)
CFQ	*Coping Function Questionnaire* (Questionário de Avaliação de Estresse e Estratégias de Enfrentamento
CID	Classificação Internacional de Doenças
COI	Comitê Olímpico Internacional
COVID-19	*Corona Vírus Disease-19*
DSM	*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais
EAR	Escala de autoestima de Rosenberg
ER-Esp	Escala de Resiliência no Esporte
EUA	Estados Unidos da América
FCA	Faculdade de Ciências Médicas
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
CAAE	Certificado de Apresentação de Aprovação Ética
FINA	ederação Internacional de Esportes Aquáticos
GAD-7	*General Anxiety Disorder-7* (Transtorno de Ansiedade Generalizada-7)
GEPEN	Grupo de Estudos em Psicologia do Esporte e Neurociências
IOC	*International Olympic Committee* (Comitê Olímpico Internacional)
MeSH	*Medical Subject Headings* (Títulos de assuntos médicos)
MHC-SF	*Mental Health Continuum* - Short Form (Continuum de Saúde Mental - Forma Breve
NBB	Novo Basquete Brasil
NCAA	*National Collegiate Athletic Association* (Associação Atlética Universitária Nacional)
OMS	Organização Mundial da Saúde
PHQ-9	*Patient Health Questionnaire-9* (Questionário de Saúde do Paciente-9)

PRIME-MD	*Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (Avaliação de Transtornos Mentais na Atenção Primária)
PRISMA	*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (Itens de Relatório Preferidos para Revisões Sistemáticas e Meta-análises)
PROMIS	*Patient-Reported Outcome Measurement Information System* (Sistema de informações de medição de resultados relatados pelo paciente)
SMS	*Sport Motivation Scale* (Escala de Motivação no Esporte)
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNESP	Universidade do Estado de São Paulo
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
WHO	*World Health Organization* (Organização Mundial da Saúde)

SUMÁRIO

Memorial 15
Apresentação 18
Introdução 21
Cultura Esportiva no Alto Rendimento e Fatores de Estresse 24
Conceitos e Noções de Saúde e Doença Mental 27
Capítulos 35
Objetivos 36
Caracterização dos Participantes..... 37
Capítulo 1: Saúde e Transtorno Mental no atleta de alto rendimento: mapeamento dos artigos científicos internacionais..... 38
Capítulo 2: Saúde Mental no atleta de elite: revisão sistemática de estudos nacionais e internacionais 58
Capítulo 3: *The paradox of mental health versus mental disease in elite athletes: a scoping review* 73
Capítulo 4: *Mental Health and disorders in elite sports coaches: a systematic scoping literature review* 82
Capítulo 5: A saúde mental em atletas brasileiros de elite: fatores protetivos e não protetivos 104
Capítulo 6: Saúde mental de atletas de elite brasileiros: fatores de proteção e sintomas de transtornos em relação ao gênero, nível, experiência e tipo de esporte..... 133
Capítulo 7: *The impact of gender, sport, performance level and experience on the mental health of sports coaches* 158
Capítulo 8: O esporte de elite impacta da mesma maneira a saúde mental de treinadores e atletas? 177
Capítulo 9: Saúde mental de atletas e treinadores no esporte de alto rendimento: estudo qualitativo no contexto brasileiro..... 202
Considerações finais da Tese..... 252
Implicações Práticas..... 255
Referências Bibliográficas 256
Anexos
Anexo I: Questionário de Atletas e de Treinadores..... 266
Anexo II: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAMP 284

MEMORIAL

Farei aqui uma breve apresentação de como e porque cheguei a esse tema para melhor compreensão de minhas indagações, além da lacuna encontrada nos estudos científicos. Na infância, desde os 7 anos de idade, fiz muitos esportes e disputei competições de federações, ligas, associações e jogos estaduais. Parei minha carreira esportiva com dedicação exclusiva definitivamente aos 20 anos, devido a desgastes e lesões com necessidades cirúrgicas, e sem recursos para realiza-las. Além disso, existiram questões relacionadas à saúde mental difíceis de gerenciar, que jamais imaginei ou identifiquei na época, mas que hoje estudando o assunto, compreendo como elas limitaram a minha continuidade no esporte, assim como o meu desempenho. A soma desses fatores gerou uma mudança de foco, direcionando agora minha carreira profissional para a área da Educação Física, curso no qual me formei pela UNESP de Rio Claro em 1999.

Estudar saúde mental ou transtornos mentais em atletas implica reviver minhas questões pessoais sobre o tema. Sem saber disso enquanto era atleta, os sintomas se intensificaram em 1999 quando tinha 20 anos, e tive que procurar ajuda profissional. Naquele momento não estava mais dando conta sozinho e não sabia exatamente o que estava acontecendo, chorava todos os dias, sem entender o que estava ocorrendo, com ideações suicidas. A ajuda profissional na minha saúde mental se manteve na minha vida até o momento presente, e valorizo a sua importância. Mesmo depois de 24 anos de terapia, tive minhas recaídas devido a um estresse elevado, e além de conviver com sintomas de ansiedade e depressão, surgiram em 2023 os problemas de insônia chegando a entrar com medicação, e a descoberta de abusos sofridos na infância. Dessa forma, estudar o tema de forma profunda ajudou a ressignificar minha história, oferecendo um sentido maior ao que passei, e ainda passo, enfrentando os desafios diários ligados à saúde mental com outros olhares. Agora, com conhecimento teórico, e com minha própria experiência pessoal sobre o tema na vida diária, espero que seja possível ajudar da melhor forma jovens atletas em início de carreira. Nesse contexto, vale destacar o Instituto Crescer no Esporte, organização sem fins lucrativos que fundei em 2005, onde trabalhamos o esporte com crianças e adolescentes de 7 a 19 anos, em nível de iniciação até o alto rendimento, e que nele implanto esse olhar mais atencioso às questões de saúde mental aos meninos e meninas ali presentes.

Consequentemente, os estudos apresentados nessa tese podem ajudar a aprimorar o tema e ampliar a base de discussão sobre saúde *versus* doença no contexto esportivo, para que os

envolvidos reflitam sobre seus atos, ações e comportamentos. Essa reflexão é importante uma vez que adultos e gestores de todos os níveis criam o ambiente esportivo e influenciam diretamente o comportamento dos atletas. Pessoalmente, acredito que expor e falar sobre o assunto pode ser um remédio, pois possibilita o início da busca por ajuda. Falar sobre o tema, escrever, pesquisar e me expressar através de um trabalho como este é me expor para que possa estimular outros a falarem e se ajudarem nessa caminhada contra o preconceito ainda existente, em especial no público masculino que, de acordo com as pesquisas, é o que mais comete suicídio por sofrer em silêncio.

Atualmente, encaro essas questões de maneira diferente, mesmo sabendo que estão aqui em mim, e por isso, devem ser diariamente e cuidadosamente trabalhadas, sendo ressignificadas a todo momento. Hoje consigo administrá-las melhor, por meio de mudanças de posturas e olhares sobre mim, sobre mim no mundo, buscando outras práticas e formas de viver, de desenvolver novas crenças. Consegui transformar os meus sintomas em estudo para que eu possa aprender mais sobre o tema e, assim, poder ajudar a sociedade. Me formei em Educação Física, trabalhei como professor, treinador e gestor esportivo em diversos contextos. Fiz especialização e mestrado em gestão esportiva, e quando olho com calma para este estudo de Doutorado, vejo que não é apenas sobre o esporte de alto rendimento que estou estudando, e sim realizo aqui um estudo crítico sobre o esporte, pois grande parte do investimento público e privado é direcionado para a manifestação esportiva de alto rendimento. Esse estudo reforça a necessidade de abranger o atleta e o treinador de forma completa, englobando a estrutura psicológica nos trabalhos, desde o início até o final de uma carreira esportiva, afinal, existe um ser humano completo na prática do esporte de alto rendimento, e não uma máquina.

Hoje tenho a consciência de que essa batalha saúde *versus* doença é constante, diária, sem um ponto final. Enfrentar esses transtornos em prol da saúde mental é caminhada, é processo. O atleta e o treinador passam por isso como todas as outras pessoas e profissionais, sendo que a cultura social do esporte pode mascarar ainda mais os sintomas devido ao mito do herói, o mito de que o atleta é forte e não pode ter “frescura”. Assim, estudar esse tema significa devolvê-lo, de maneira científica agora, para o mundo em termos de estudos, resultados, provocações, indagações, ressignificações e reflexões. Espero que outros atletas, treinadores e outros profissionais da área tenham conhecimento adequado para que questões sobre saúde mental não sejam limitadores na prática esportiva competitiva. Na gestão esportiva, da qual faço parte, passei pelo cargo de diretor de clube, diretor administrativo de secretaria de esportes, coordenador de secretaria de esportes, chefe de gabinete, fundador de projetos no esporte, e vi o descaso, o desinteresse, o preconceito e o desconhecimento sobre o tema. Atualmente, vejo

que a negligência dos aspectos psicológicos no treinamento esportivo é diária, pois o foco é na máquina atleta e não no ser humano.

Infelizmente, ainda existe preconceito com a área da Psicologia, especialmente relacionado às doenças (transtornos) mentais, e, gostaria de ajudar nessa mudança de paradigma. Quero buscar o lado positivo do desenvolvimento humano, no apoio ao aprimoramento da Psicologia do Esporte no Brasil. Como profissional e pessoa, criei o Instituto Crescer no Esporte, no qual inserimos a Psicologia e Assistência Social para atender crianças e adolescentes de nosso projeto, e também já iniciei minha faculdade de Psicologia, área que aprendi a amar e admirar, para poder desenvolver mais projetos com esse enfoque no Instituto Crescer no Esporte, e também em outras esferas esportivas.

Dessa forma, este trabalho de doutrado para mim, é como jogar um olhar por trás do "véu", por trás da "cortina do palco", e mostrar que a busca por motivação no esporte será limitada se o atleta estiver com a mente e com os afetos processando informação em outra direção. Acredito que a exposição do tema - no ambiente acadêmico, em congressos, em reuniões de ligas e federações, em cursos relacionados a profissionais da área, na criação de manuais práticos e livros, de publicações científicas - podem despertar atletas, treinadores e profissionais da área para ampla discussão sobre o tema.

APRESENTAÇÃO

Nesta parte apresentaremos como este trabalho surgiu, como foi elaborado, as etapas, as dificuldades, as adaptações, as considerações da banca de qualificação, o pré-teste e a elaboração do texto final.

Começamos a pensar sobre o tema deste estudo no ano de 2018, durante um dos encontros do GEPEN (Grupo de Estudos em Psicologia do Esporte e Neurociências) da UNICAMP, quando surgiu o assunto sobre suicídio no esporte, algo para mim que era impossível de se imaginar, devido à minha visão de senso comum do atleta como mito. Isso me tocou devido à minha conexão íntima e pessoal com o tema e por sempre ver o atleta como um ser forte, determinado, saudável, uma visão que hoje reconheço apresentar limitações. Portanto, em meados de 2018 começamos, eu e a professora Paula, e também durante minha terapia com minha psicóloga, a conversar sobre possibilidades de estudo sobre suicídio do atleta de alto rendimento. Foi nesse momento que, ao analisar alguns trabalhos, vimos que não havia na época estudos publicados sobre suicídio em atletas brasileiros, e também que faltavam estudos sobre outras temáticas de saúde mental no Brasil e em muitos outros contextos. Naquela época eu ainda olhava para a saúde mental como ausência de transtorno.

Após ler alguns artigos, entendemos a necessidade de realizar uma revisão sistemática ampla, não apenas de estudos quantitativos, mas também de captar todo tipo possível de estudo que falasse sobre saúde mental no mundo sobre atletas e treinadores, a fim de que pudéssemos compreender melhor a temática. Com isso, publicamos três revisões sistemáticas de saúde mental de atletas e uma sobre treinadores. Nessa caminhada, logo percebemos a complexidade da questão saúde *versus* doença, e que saúde mental não era apenas a ausência de transtorno mental, o que gerou muita curiosidade na busca por estudos que indagassem essa dualidade. Com isso, surgiu o nosso estudo que debate a dualidade entre saúde e doença publicado na Revista Motriz, o que também nos fez observar que pouquíssimos estudos usavam instrumentos para rastrear os sintomas de transtornos de forma conjunta com outros para identificar aspectos protetivos na promoção da saúde mental, o que gerou nossa ideia de construção de um instrumento que compreendesse ambos os lados para a realização de nossa pesquisa.

Observamos também poucos estudos publicados sobre saúde mental de treinadores de elite. Isso nos chamou a atenção, já que esse personagem é fundamental para a criação do ambiente esportivo de treinamento, influenciando atletas com os quais trabalha diariamente. Portanto, se o treinador não apresentar uma saúde mental adequada, será visto pelos atletas de

forma inadequada, e também poderá tratar estes atletas com descaso, indiferença, irritabilidade excessiva, falta de motivação e atenção, devido a problemas com sua própria saúde mental. Com isso, realizamos uma revisão sistemática também sobre estudos com foco no detalhamento de resultados sobre treinadores de elite, e assim passamos a planejar ainda uma coleta de dados com a mesma temática para esse profissional.

Ao refletir sobre a complexidade do tema saúde mental, e sobre a carência de estudos com atletas e treinadores nacionais, decidimos realizar um estudo misto, no qual coletaríamos dados quantitativos através de questionário com atletas e treinadores, e depois realizaríamos uma entrevista qualitativa. Por fim, cruzamos os dados entre atletas e treinadores. Esses estudos estão apresentados como capítulos desta tese.

Para a coleta de dados, buscamos formalizar contato com federações e confederações, inicialmente por e-mail, com uma carta formal de apresentação da UNICAMP. Não obtivemos retornos dessas entidades mostrando interesse em nos ouvir ou ajudar na divulgação do material para atletas e treinadores. Apenas as confederações de ginástica e de vela nos deram um retorno, mostrando abertura para detalharmos mais a pesquisa. Dessa forma, passamos a procurar diretamente clubes, equipes, atletas e treinadores, como forma de solicitar a participação na pesquisa anônima, e também a divulgar o questionário de acordo com o método bola de neve. Nesse método, um indivíduo que recebe o instrumento repassa para outros com quem tenha contato, de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos. Salientamos que, assim como muitos estudos apontam, coletar dados no esporte de alto rendimento foi complexo e difícil.

Optamos por não focar em aspectos ligados à pandemia por alguns motivos. Primeiramente porque como começamos a analisar o tema antes da pandemia, em 2018, queríamos compreender a relação da saúde mental com a realidade do esporte de alto rendimento. Segundo que coletamos os dados em dezembro de 2022 até meados de 2023, quando o interesse pela pandemia e seu impacto havia sido negligenciado e deixada de lado com relação aos cuidados, comentários, associações, apesar de atualmente os efeitos pós pandemia na saúde mental das pessoas estarem em maior discussão. Os estudos incluídos na nossa revisão sistemática até 2019, antes da pandemia, já apresentavam valores sobre saúde mental que chamavam a atenção para a necessidade de estudos, característicos do dia a dia do atleta em sua vida cotidiana e também dos aspectos específicos do esporte de alto rendimento. Esses fatos também foram observados em muitos estudos publicados entre 2020 e 2023, em uma revisão atualizada que fizemos, porém, ainda não publicada. Em terceiro lugar, pelo fato de os atletas e treinadores já estarem focados no novo ciclo olímpico pós-pandemia, que finaliza em 2024, voltando a uma rotina de trabalho semelhante à que existia antes de 2020.

Nosso instrumento inicial de coleta de dados foi adaptado do estudo de Amilton dos Santos Junior, na Faculdade de Ciências Medicas (FCA) Unicamp - CAAE: 64436416.7.0000.5404, com atletas de futebol juniores, e readaptado após a realização de uma revisão sistemática sobre o tema, onde compreendemos a necessidade da inclusão de mais instrumentos e substituição de outros. Com base nisso, criamos um instrumento que foi submetido a um pré-teste.

O pré-teste foi realizado com pesquisadores da universidade com formações nas áreas de Educação Física, Estatística e Psicologia, com mestrado e doutorado, e com atletas e treinadores de alto rendimento nas modalidades de Handebol e Taekwondo, de acordo com nossos critérios de inclusão que serão apresentados na tese. Foi salientado a esses participantes que, além de responderem o questionário, também fizessem suas considerações sobre as questões, a distribuição dos instrumentos, tempo para resposta, compreensão das questões e percepções diversas, para que pudéssemos adequar o instrumento. Também apresentamos o instrumento de coleta de dados para a banca de qualificação juntamente com o resultado do pré-teste, para que apontassem pontos positivos e negativos. Com base nessas informações, o instrumento inicial foi alterado, reduzimos a quantidade e trocamos algumas escalas, como sugeridos pela banca, chegando assim à versão final do questionário de atletas e de treinadores apresentada em anexo (ANEXO I) no final deste trabalho, junto com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAMP (ANEXO II).

Esta tese está estruturada com uma introdução teórica sobre esporte de alto rendimento e saúde mental. Na sequência, apresentamos os capítulos, que representam artigos publicados ou submetidos à publicação, tanto de revisão sistemática como das coletas de dados com atletas e treinadores brasileiros. Ao final da tese, apresentamos as considerações finais, que englobam as conclusões do trabalho, indicando que não existe um fim para este tema. Estamos apenas começando!

INTRODUÇÃO

O esporte vem se desenvolvendo cada vez mais, devido a uma multiplicidade de fatores, entre os quais destacamos: crescente número de praticantes de diversas modalidades esportivas, interesse do meio científico e tecnológico para melhorar a sua eficiência, espaço ocupado na mídia, quantidade de notícias produzidas sobre o tema e significativa movimentação de recursos financeiros. Suas atividades abrangem as áreas da saúde, educação, lazer, turismo e política (BUENO, 2008; CARVALHO; MARQUES; CARVALHO, 2009; DE BOSSCHER et al., 2006; GALATTI, 2017; VARGAS, 2017).

Ele pode ser visto como sinônimo de espetáculo, cultura, cidadania e integração social, tornando-se relevante para pessoas, governos e organizações de diversos segmentos. Com isso, o esporte é considerado fenômeno sociocultural da humanidade (BUENO, 2008; DE BOSSCHER et al., 2006; EKHOLM, 2013; GALATTI, 2017; VARGAS, 2017). Observando essas características, torna-se difícil deparar-se com um fenômeno assim, e não se importar com o mesmo (BUENO, 2008; DE BOSSCHER et al., 2007; LUCENA, 2001).

No Brasil, o esporte se manifesta, de acordo com a Lei 9.615 de março de 1998, por meio do esporte educacional, do esporte de participação e do esporte de alto rendimento (BRASIL, 1998). Dentre essas formas, enfatizaremos neste estudo o esporte de alto rendimento, caracterizado como a manifestação esportiva que tem a função de representar um povo, um país, buscando resultados positivos em competições de alto nível de dificuldade, tanto nacionais como internacionais, associando diretamente o rendimento esportivo com o desenvolvimento do país, tornando-o assim um instrumento social e político (BRASIL, 1998).

Definimos atleta de alto rendimento (ou de elite) em nosso estudo, utilizando as caracterizações de Swann, Moran e Piggott (2015) que são:

- Atleta semi-elite: quem participa de programas de desenvolvimento de jovens com alto desempenho atlético, bem como membros de esportes universitários com elevado nível profissional e competitivo, até atletas que participam de competições de federações, abaixo das competições de alto padrão, como os torneios nacionais;
- Atletas de elite competitiva: são os que participam de competições de alto nível;
- Atletas de elite bem-sucedidos: que participam constantemente de competições internacionais como Olimpíadas e Mundiais, obtendo pouco sucesso;

- Atleta de elite de classe mundial: que participam dessas mesmas competições, mas que conseguem vitórias e títulos expressivos com frequência.

Em nosso estudo focamos nos atletas semi-elite, mas sem considerar o atleta universitário e de nível de formação, aceitando nesse nível apenas os atletas que participam de competições de federações, seguindo para os atletas de elite competitiva, atletas de elite bem-sucedidos, e atletas de elite de classe mundial. Também foi utilizada a definição do termo "elite" para treinador, com base nas definições do Comitê Olímpico Internacional (IOC, 2021) e na conceituação de esporte de elite de Reardon et al. (2019). Neste estudo intercalamos o uso dos termos como elite e como alto rendimento.

O esporte de alto rendimento baseia-se na lógica do mundo privado, seletivo, excludente, com foco nos resultados, no qual os mais aptos são os protagonistas (BUENO, 2008). A consagração dos atletas como detentores de poderes sobrenaturais (RUBIO, 2001), somado à mágica de sua competitividade, são responsáveis pela sua expansão e popularização. Esse tipo de esporte é produzido, gerenciado, organizado e desenvolvido por estruturas internacionais e nacionais, hierarquizadas em comitês, confederações, federações e ligas, que juntas constituem o sistema esportivo dos países, regiões, estados e municípios. Desta forma, o esporte é estruturado, pensado, planejado, com regras e delimitações claras (BUENO, 2008).

Dentre as três manifestações esportivas, a Lei 9.615/1998 cita que a prioridade de investimento público brasileiro deveria ser para o esporte educacional, em seguida, em casos específicos, para o de base e, em última instância, para o de alto rendimento. Porém, na prática, é o esporte de alto rendimento que mais recebe recursos públicos, tanto de forma indireta, com financiamento e incentivos fiscais de organizações não governamentais, como direta, feita pelo Estado por meio de repasses a federações e confederações (MEIRA; BASTOS; BÖHME, 2012). Isso ocorre porque o apelo da competição transforma o esporte em mercadoria de consumo. Dessa forma, é possível verificar que o Brasil, assim como outros países, prioriza o esporte de alto rendimento (BUENO, 2008; MEIRA; BASTOS; BÖHME, 2012).

O estudo de De Bosscher et al. (2006), por exemplo, mostra que as políticas de esporte são focadas na busca do sucesso internacional por meio dos atletas de elite de alto rendimento. Os autores pontuam que é importante desenvolver modelos que avaliem se esse método realmente vale a pena, pois a literatura nessa área ainda é escassa, mas paradoxalmente muitos governos parecem ter interesse considerável em tentar superar os países rivais por meio do esporte. De Bosscher et al. (2006, 2007) afirmam que muitas pesquisas foram realizadas sobre os sistemas esportivos de alto rendimento em países de sucesso, mas pouco se sabe sobre a relação entre esses sistemas, e o sucesso do "ciclo virtuoso do esporte", que afirma que investir

no alto rendimento significa o mesmo que estimular a prática esportiva na população de forma geral.

Portanto, sendo prioridade nos investimentos governamentais e privados, o esporte de alto rendimento deveria então abranger de forma ampla a preocupação com o atleta, por ser esse o personagem principal deste espetáculo (DE BOSSCHER et al., 2006, 2007), e também com o treinador, por exercer significativa influência sobre o atleta, pois é ele quem cria e lidera o ambiente esportivo (BRONFENBRENNER, 2011). Pensar no treinador também é importante, pois a relação deste com os atletas tem influência direta no rendimento. Para isso, o desenvolvimento de competências sociais, pessoais e profissionais deve existir no ambiente esportivo de forma planejada, satisfazendo as necessidades psicológicas básicas dos atletas e treinadores (CÔTÉ; GILBERT, 2009; MACDONALD; CÔTÉ; DEAKIN, 2010; NELSON; CUSHION; POTRAC, 2006; VELLA et al., 2015).

Por esse motivo, além dos atletas, também levantamos dados sobre os treinadores, buscando conhecer seu bem-estar emocional, perfil psicológico, e fatores que podem influenciar a saúde mental do atleta. A revisão sistemática de Rice et al. (2019) mostrou que o *feedback*, preciso e detalhado, do desempenho do atleta por parte do treinador está associado a menor nível de ansiedade por parte do atleta logo após uma tarefa competitiva. Ao mesmo tempo, a falta de *feedback* foi associada, a curto prazo, ao aumento do nível de ansiedade do atleta, mostrando a importância do treinador na qualidade do *feedback* adequado, e da qualidade da relação treinador-atleta. Desta forma, o estudo sugeriu que o treinador necessita ter uma saúde mental de qualidade, reforçando a necessidade de estudos científicos.

A urgência de se aprofundar sobre o tema saúde mental em todo o contexto esportivo faz-se importante, dentre diversos motivos, dada a sobreposição significativa entre os anos competitivos para atletas de alto rendimento na maioria das modalidades, sendo entre 15 a 30 anos aproximadamente (ALLEN; HOPKINS, 2015; CURRIE et al., 2019; FOSKETT; LONGSTAFF, 2018; GULLIVER; GRIFFITHS; CHRISTENSEN, 2012; GULLIVER et al., 2012; KESSLER , 2002; RICE et al., 2016; SCHAAL et al., 2011; SEBBENS et al., 2016; SMITH; MILLINER, 1994; STRÖHLE, 2019; WOLANIN; GROSS; HONG, 2015), e o pico de aparecimento de transtornos mentais na população, sendo entre 15 a 25 anos (DSM-5, 2014; WHO, 2017). Problemas de saúde mental despertados devido a fatores de estresse estão começando em idades mais jovens, com atletas sendo canalizados para esportes específicos ainda quando adolescentes ou pré-adolescentes, passando por mudança nas demandas da vida com menos habilidades psicológicas de enfrentamento.

Cultura Esportiva no Alto Rendimento e Fatores de Estresse

O esporte tem sido o palco da espécie humana, disputando a superioridade de etnias, grupo ou nações. Essa manifestação também tem sido utilizada para a resolução de conflitos, para desafiar os limites da capacidade humana e para testar a coragem e o caráter da pessoa (MENON, 2016). Dessa forma, o ambiente esportivo de elite no alto rendimento pode exigir do atleta a dedicação exclusiva ao esporte, somado à elevada carga de estresse, deixando poucas opções para que escolham outros caminhos (HUGHES; LEAVEY, 2012; JEWETT; KERR; TAMMINEN, 2019).

A cultura esportiva, em especial a de alto rendimento, cria a imagem de que os atletas são seres superiores, e estimula que lutem pelo sucesso, mesmo com dor, apoiando aspectos da resistência mental (BAR; MARKSER, 2013; GLICK et al., 2012; MOESCH et al., 2018; REARDON; FACTOR, 2010; RUBIO 2001; SCHINKE et al., 2018; SCHWENK, 2000; SOUTER; LEWIS; SERRANT, 2018; WATSON, 2006). Essa cultura é tal que os atletas aprendem - por meio de experiências de socialização e normatização deste ambiente - que devem ser valentes, dificultando saber se o risco de lesões e outros problemas de saúde são voluntários ou coagidos por mecanismos de pressão social (WIESE-BJORNSTAL, 2010). Portanto, o estigma sobre mostrar fraqueza pode impedir que atletas busquem apoio para problemas diversos, em especial com relação à sua saúde mental, com medo do julgamento dos outros (treinadores, atletas, gestores esportivos, mídia, torcida, familiares), até que seus problemas com sintomas subclínicos de saúde mental se tornem distúrbios clínicos, ou seja, se tornem transtornos propriamente manifestos que necessitam de apoio constante em clínicas de profissionais da psicologia e da psiquiatria (BAR; MARKSER, 2013; BRESLIN et al., 2019a,b; GULLIVER; GRIFFITHS; CHRISTENSEN, 2012; HUGHES; LEAVEY, 2012; MCARDLE; MEADE; MOORE, 2016; MENON, 2016; MOESCH et al., 2018; SCHINKE et al., 2018; SCHWENK, 2000; WATSON, 2006; PUTUKIAN, 2016; REARDON; FACTOR, 2010; WOOD; HARRISON; KUCHARSKA, 2017).

Os clubes e as organizações esportivas profissionais são entidades que desejam entreter o público e, ao mesmo tempo, gerar rendimentos. Se o atleta se machucar ou adoecer, ele fica momentaneamente indisponível para ajudar a promover essa estrutura, gerando impacto potencialmente negativo no sistema esportivo (CALHOUN; HERRING; IADEVITO, 2005). Existe uma relação complexa entre atleta e ambiente esportivo, pois atletas apresentam traços de personalidade que são, de certa forma, aceitos nesse ambiente em comparação com outros. Isso ocorre porque o esporte fornece o palco para atletas exibirem personalidades perfeccionistas e narcísicas, e por promovê-los ao centro das atenções (MENON, 2016). No

esporte de alto rendimento, os atletas estão acostumados a ser exclusivos e estar no comando da situação, como se estivessem em um pedestal, o que pode ser denominado “narcisismo situacional” (GLICK et al., 2012).

Os atletas são estereotipados como pessoas que não deveriam ter dificuldades psicológicas e, quando apresentam sintomas, seu temperamento é questionado (MENON, 2016; RUBIO, 2001). A sensação de ser uma mercadoria, com valor condicional, reflete a experiência de desumanização que pode ser vivida pelo atleta (WOOD; HARRISON; KUCHARSKA, 2017). Os métodos de treinamento agressivos e abusivos, tolerados e usados pelos treinadores, são física e psicologicamente prejudiciais para muitos atletas (WIESE-BJORNSTAL, 2010). Portanto, o esporte apresenta uma cultura dominante que pode resultar na exclusão de atletas com sintomas de transtorno mental (BIGGIN; BURNS; UPHILL, 2017).

O desejo de sacrificar a saúde em busca de grandes conquistas no esporte é perceptível por meio de muitas ações realizadas pelos atletas, como por exemplo a disposição de usar drogas para mascarar a dor ou melhorar o desempenho (WIESE-BJORNSTAL, 2010). A maneira como o esporte é retratado na mídia nos permite perceber que sua própria natureza cria crenças irracionais. Linguagens como “performances terríveis” e “jogos vencedores” são comuns, e até usadas como um distintivo de honra para demonstrar o quanto um atleta se importa com seu desempenho, e se entrega até a “morte” para obter o resultado esportivo desejado (TURNER, 2016).

Com isso, possíveis relações entre esporte e transtornos psiquiátricos podem existir, pois: 1) atletas podem obter sucesso, apesar de um transtorno psiquiátrico primário coexistente que pode estar sendo mascarado, até que algo no ambiente esportivo, como, por exemplo, uma lesão ou um fracasso no desempenho, o exponha; 2) os atletas podem ter escolhido a arena esportiva como meio de administrar um distúrbio, usando esse ambiente para “descarregar” sua carga emocional; 3) os atletas podem ter doenças psiquiátricas precipitadas ou agravadas pelo próprio esporte de alto nível, devido ao estresse específico desse contexto. Além disso, os comportamentos atléticos às vezes se assemelham aos sintomas de distúrbios mentais (por exemplo, atenção meticulosa à dieta, hiperatividade com excesso de prática de exercícios, esgotamento excessivo devido ao treino, perfeccionismo, agressividade), confundindo assim o reconhecimento da doença (MASSIMINO, 1987; REARDON; FACTOR, 2010).

Embora o exercício físico e a participação no esporte sejam geralmente favoráveis ao humor e à autoestima, o treinamento intenso, como ocorre com atletas de alto rendimento, aumenta o estresse, o que estimula a manifestação de efeitos adversos (CHANG et al., 2020; DOHERTY; HANNIGAN; CAMPBELL, 2016; EGAN, 2019; NIXDORF et al., 2013;

PUTUKIAN, 2016; HUGHES; LEAVEY, 2012; NEWMAN; HOWELLS; FLETCHER, 2016; JEWETT; KERR; TAMMINEN, 2019; LEBRUN et al., 2018; REARDON, 2017; SOUTER; LEWIS; SERRANT, 2018). Dessa forma, a incidência de problemas de saúde mental pode ser elevada, devido ao aumento das cargas de treinamento, da quantidade de competições, e da pressão sobre os atletas (GERBER et al., 2018).

Atletas de alto rendimento são expostos a estressores distintos (ARNOLD; FLETCHER, 2012), como por exemplo, a lesão que é uma das principais causadoras de problemas mentais (APPANEAL et al., 2009; BIGGIN; BURNS; UPHILL, 2017; EGAN, 2019; FOSKETT; LONGSTAFF, 2018; GOUTTEBARGE; SLUITER, 2014; GOUTTEBARGE et al., 2016; GOUTTEBARGE et al., 2019; HAMMOND et al., 2013; HUGHES; LEAVEY, 2012; JEWETT; KERR; TAMMINEN, 2019; KILIÇ et al., 2017, 2018; MASSIMINO, 1987; MOESCH et al., 2018; RICE et al., 2016; PRINZ; DVOŘÁK; JUNGE, 2016; PUTUKIAN, 2016; RAO; HONG, 2016; REARDON, 2017; SHEEHAN; HERRING; CAMPBELL, 2018; SCHURING et al., 2017a,b; SMITH; MILLINER, 1994; SOUTER; LEWIS; SERRANT, 2018; STILLMAN et al., 2019). O estresse é um antecedente importante das lesões, assim como ansiedade e eventos negativos que ocorrem na vida do atleta (HERRING; KIBLER; PUTUKIAN, 2017; MOESCH et al., 2018; PUTUKIAN, 2016; SCHINKE et al., 2017; SCHURING et al., 2017a,b; STILLMAN et al., 2019; WIESE-BJORNSTAL, 2010). Sofrer uma lesão pode ameaçar a identidade de um atleta de alto rendimento, pois é uma experiência de perda, principalmente se os atletas não desenvolveram uma identidade diferente da identidade atlética (PUTUKIAN, 2016). Esses atletas correm maior risco de lesões do que outras populações (FOSKETT; LONGSTAFF, 2018).

Além da lesão, outros diversos fatores auxiliam no surgimento de sintomas de transtornos mentais no atleta de alto rendimento, como: a) falha no desempenho; b) pressão, interna e externa, exercida pelos atletas sobre si mesmos para alcançar resultados; c) crescente interesse da mídia, que acompanha de perto a vida do atleta; d) viagens para competições, o que pode gerar distúrbios do sono; e) aposentadoria, ainda mais se for de forma involuntária; f) falta de planejamento da aposentadoria; g) eventos da vida pessoal que são negativos e adversos; h) baixo suporte social, dependendo muitas vezes da rede dos próprios companheiros de equipe para se apoiarem, mas que também podem ser fonte de estresse pelo fato de serem concorrentes perante *status* e vaga na equipe; i) gerenciar estudos; j) manter a saúde; k) pressão do técnico, dos colegas e dos pais; l) rescisão de contrato; m) cronogramas exigentes; n) autoestima; o) *overtraining*, que é o treinamento em excesso; p) apego psicológico ao esporte e exclusão de outras atividades; q) perda da qualidade e quantidade de atividade física quando lesionado ou

quando aposentado; r) dor física, em especial proveniente de lesões passadas; s) oportunidades sociais restritas devido a compromissos de treinamento e viagens; t) horários e restrições de tempo; u) pressão para manter um condicionamento físico e desempenho superiores; v) isolamento; w) manutenção de relacionamentos múltiplos; x) falta de energia e motivação devido ao cansaço físico; y) estresse pré-competição; z) menor nível educacional;, entre outros (APPANEAL et al., 2009; ARNOLD; FLETCHER, 2012; BEABLE et al., 2017; BIGGIN; BURNS; UPHILL, 2017; CURRIE; JOHNSTON, 2016; DIDEHBANI et al., 2013; FOSKETT; LONGSTAFF, 2018; GAVRILOVA; DONOHUE, 2018; GOUTTEBARGE et al., 2019; HAMMOND et al. 2013; HUGHES; LEAVEY, 2012; IVERSON 2019; JEWETT; KERR; TAMMINEN, 2019; KRISTIANSEN et al, 2012; MOESCH et al., 2018; NEAL et al., 2013; NEWMAN; HOWELLS; FLETCHER, 2016; PRINZ; DVOŘÁK; JUNGE, 2016; PURCELL; GWYTHER; RICE, 2019; RAO; HONG, 2016; REARDON, 2017; RICE et al., 2016; SOUTER; LEWIS; SERRANT, 2018; TROJIAN, 2016; WOLANIN; GROSS; HONG, 2015).

Conceitos e Noções de Saúde e Doença Mental

O termo ou expressão Saúde Mental é frequentemente usado em diversos meios e situações, como, por exemplo, em legislações, políticas governamentais, manuais, artigos científicos, livros, meios de comunicação, reportagens, entre outros. Mesmo sendo um termo comum e habitual, não existe um consenso claro e totalmente definido sobre o significado do termo saúde mental (ALCÂNTARA; VIEIRA; ALVES, 2022). Existe um contraste entre modelos teóricos de doença mental e o conceito saúde mental, e isso ocorre porque privilegia-se a doença em detrimento da saúde, porém a díade saúde-doença é multidimensional (ALMEIDA FILHO; COELHO; PERES, 1999).

Dois modos de entendimento da saúde e doença se destacam: 1) a compreensão positivista, pragmática, baseada nas ciências empíricas (biologia, física e química), que considera a saúde e a doença através da bioestatística e da ideia de seleção natural dos que estão mais aptos a enfrentar o ambiente e superar a doença. Nessa perspectiva, saúde e doença estão relacionadas à normalidade. Logo, a anormalidade seria um desvio estatístico entre o funcionamento normal do organismo e o funcionamento debilitado, comparando o funcionamento de cada indivíduo com o modelo geral padrão da espécie humana em larga escala; 2) a compreensão subjetivista, que pensa a saúde e a doença por meio de um universo linguístico, genealógico, que busca entender a origem do ocorrido e a sua possível

consequência, relacionados à cultura, antropologia e história (ALCÂNTARA; VIEIRA; ALVES, 2020).

Alcântara, Vieira e Alves (2020) pontuam que saúde e doença não podem ser vistas como um desvio da norma, mas como uma construção mutável, variando em um gradiente entre os extremos, com caráter subjetivo e intencional, conhecidas por meio da descrição dos fenômenos. Essa compreensão se divide em duas outras:

> 2 a) as que percebem a saúde como um valor externo, baseado nas regras de uma determinada comunidade, que é quem define o que é doença;
>
> 2 b) as que percebem a saúde como valor interno, baseado naquilo que os indivíduos descrevem como percepção da própria incapacidade, que é a experiência de adoecimento.

Portanto, existe um discurso persistente e histórico que insiste em separar o corpo da mente com forte base no raciocínio biomédico, o qual considera determinadas características normais ou anormais com base no comportamento médio da população (ALCÂNTARA; VIEIRA; ALVES, 2022). A saúde é percebida como um ideal, e a doença como um problema que precisa ser localizado, descrito, medido e resolvido (ALMEIDA FILHO; COELHO; PERES, 1999).

Em 1977, Arthur Kleinman criticou o pressuposto das categorias diagnósticas e defendeu uma distinção entre as dimensões biológica e cultural da doença em duas categorias: patologia e enfermidade, e que ambas são construções sociais. A patologia significa mau funcionamento ou má adaptação de processos biológicos e psicológicos no indivíduo perante o ambiente. A enfermidade refere-se à nossa forma de perceber, pensar, expressar e lidar com o processo de adoecimento, sendo anterior à doença, representando reações pessoais, interpessoais e fortemente influenciada pela cultura.

Antes de 1980, pesquisadores e médicos não tinham definições consistentes de vários transtornos mentais e, como resultado, eles usavam diferentes ferramentas de medição e diagnóstico para classificar pacientes, o que levava a diagnósticos diferenciais com base no diagnosticador (DOHRENWEND, 1990; POUCHER et al., 2021). O uso de diferentes ferramentas de medição e diagnóstico foi problemático porque a confiança em vários padrões levou a resultados de pesquisas e diagnósticos de pacientes inválidos e não confiáveis (WAKEFIELD; SCHMITZ, 2010).

Os psiquiatras desenvolveram o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) em 2017 pela *American Medical-Psychological Association*, que mais tarde se tornaria a *American Psychiatric Association (APA)*. No entanto, foi somente em 1952 que a primeira

versão do DSM foi publicada (WAKEFIELD; SCHMITZ, 2010). O desenvolvimento do DSM, em especial o III em 1980 foi um marco importante no campo da saúde mental, pois levou à criação de critérios diagnósticos padronizados que poderiam ser implementados tanto por profissionais de saúde quanto por pesquisadores, o que aumentou a confiabilidade da medição da saúde mental (POUCHER et al., 2021)

O DSM tem como proposta servir como um guia prático, funcional e flexível para organizar informações que podem auxiliar no diagnóstico preciso e no tratamento desses transtornos. A classificação dos transtornos está harmonizada com a Classificação Internacional de Doenças (CID), da Organização Mundial da Saúde, o sistema oficial de codificação usado nos Estados Unidos, de forma que os critérios do DSM definem transtornos identificados pela denominação diagnóstica e pela codificação alfanumérica da CID (DSM-5, 2014).

Além da contribuição ao fornecer instrumentos de diagnóstico, o DSM também contribuiu com a comunidade ao recomendar o uso do termo "transtorno mental" em detrimento do termo "doença mental", acreditando que a expressão implica uma definição ampla que agrega outras condições como a enfermidade mental, a incapacidade intelectual, os transtornos de personalidade e também o uso de álcool e outras drogas (DSM-5, 2014; ALCÂNTARA; VIEIRA; ALVES, 2022). Um componente chave desta definição é que a saúde mental consiste em mais do que apenas a ausência de doença ou distúrbio, e inclui uma ênfase no bem-estar e na realização do potencial dos indivíduos (WHO, 2017). O transtorno mental, por outro lado, refere-se à perturbação clinicamente significativa na cognição, regulação emocional ou comportamento de um indivíduo, que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental, como por exemplo depressão, ansiedade e distúrbios alimentares (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

No esporte, o uso desses critérios diagnósticos padronizados para informar entrevistas clínicas e medidas de pesquisa permitiu uma medição mais confiável da saúde mental do atleta de elite, em oposição a cada pesquisador ou clínico usando suas próprias definições e critérios diagnósticos para medir os mesmos distúrbios (NESSE; JACKSON, 2011; NESSE; STEIN, 2012). A padronização dos critérios diagnósticos permitiu aos pesquisadores analisar coletivamente os achados das pesquisas em saúde mental. Por exemplo, todos os estudos incluídos em uma meta-análise recente comparando os sintomas depressivos de atletas de elite e não atletas usaram medidas baseadas nos critérios diagnósticos do DSM (GORCZYNSKI et al., 2017). No entanto, é importante observar que atualmente os pesquisadores costumam usar medidas diferentes para identificar a prevalência dos mesmos transtornos. Embora essas

medidas sejam baseadas nos mesmos critérios do DSM, o uso de diferentes medidas pode dificultar comparações precisas entre diferentes estudos de pesquisa.

Outro fator é a recente Declaração de Consenso de Especialistas do Comitê Olímpico Internacional (COI) que estimula a produção científica para se conhecer a saúde mental de atletas de alto rendimento. Porém, devemos analisar criticamente como a saúde mental está sendo conceituada e medida, considerando modos alternativos de medição que podem aumentar a validade do diagnóstico (POUCHER et al., 2021).

Os estudos de prevalência atualmente disponíveis no esporte de elite têm limitações significativas, incluindo a falta de dados que diferenciem os sintomas de saúde mental dos transtornos, sendo que esses, para serem mais precisos, necessitam de avaliação clínica que considere as demandas intensas e únicas que os atletas e treinadores enfrentam. Essas demandas intensas influenciam a forma como os sintomas e distúrbios podem se manifestar. Acrescentando a esses fatores, existe o estigma para tratar o tema dentro e fora dos contextos esportivos, que provavelmente afetam as respostas dos atletas sendo barreiras adicionais à notificação, especificamente barreiras culturais, incluindo sexo, religião, raça e fatores socioeconômicos (CURRIE et al. 2019; PURCELL et al., 2022; GULLIVER et al., 2012; CASTALDELLI-MAIA et al., 2019).

A saúde mental é uma construção complexa. A literatura da psicologia do esporte, assim como a literatura da psicologia clínica, tem lutado para chegar a um consenso sobre uma definição ou uma abordagem viável para investigar a saúde mental (LUNDQVIST; ANDERSSON, 2021). A falta de consenso resultou em uma ampla gama de definições, teorias, modelos ou paradigmas de saúde mental (MANWELL et al., 2015; KUETTEL; PEDERSEN; LARSEN, 2021; LUNDQVIST; ANDERSSON, 2021). Avaliações de bem-estar em termos de funcionalidade positiva na vida (a perspectiva eudaimônica; RYFF, 2014) e felicidade percebida e satisfação com a vida (a perspectiva hedônica; DIENER, 2009) seriam, portanto, indicadores adequados de saúde mental.

Dessa forma, as perspectivas holísticas mais amplas, que considerem aspectos relacionados à saúde mental, que não sejam apenas a ausência de transtornos e que considerem o padrão de interação entre a pessoa e seu ambiente, incluindo uma variedade de fatores como objetivos, valores, funcionalidade/capacidade, aspectos culturais e normas na sociedade, podem ser mais adequadas para avaliar a saúde mental (MANWELL et al., 2015; LUNDQVIST; ANDERSSON, 2021). Assim, a saúde mental é considerada nesses modelos como um construto altamente complexo e multidimensional.

Modelos contínuos de saúde mental têm se tornado cada vez mais promovidos. Esses modelos de *continuum* baseiam-se na ideia de que os indivíduos podem se mover bidirecionalmente ao longo de um único *continuum* de saúde mental e transtorno mental (CHEN et al., 2020; LUNDQVIST; ANDERSSON, 2021). Os indicadores de saúde mental geralmente variam de:

a) variações normais no humor e na atividade psicológica e social;

b) reações emocionais ou comportamentais normais a situações da vida (por exemplo, estar nervoso, triste, diminuição da atividade social);

c) aumento nos níveis de danos ou lesões psicológicas (por exemplo, ansiedade, desempenho reduzido, tristeza generalizada, dificuldades de concentração, retraimento social);

d) doença mental em termos de condições psiquiátricas diagnosticáveis (CHEN et al., 2020).

Alguns modelos também sugerem intervenções destinadas à redução do risco de sintomas de doenças mentais (ou seja, prevenção) em um extremo do *continuum* e tratamento e prevenção de recaídas conduzidos em atendimento clínico no extremo oposto. Keyes (2002, 2003) apontou que a saúde e a doença mental devem ser consideradas como construções distintas, mas relacionadas.

O autor observou que uma confiança unidimensional na avaliação do bem-estar ou do mal-estar para indicar a saúde mental, pode ser inadequada para uma compreensão abrangente da saúde mental completa e, portanto, introduziu uma abordagem bidimensional chamada o modelo dual-continuum. O modelo dual-continuum sugere que a saúde mental consiste em um continuum de doença mental e de saúde mental, onde os sintomas em cada dimensão podem variar independentemente de alto a baixo. As duas dimensões são vistas como relacionadas, mas essencialmente distintas. De acordo com essa perspectiva, avaliações dos sintomas de saúde mental (ou seja, bem-estar emocional, psicológico e social) e sintomas de doença mental devem ser realizadas simultaneamente para obter uma compreensão abrangente do estado de saúde mental completo do indivíduo.

O cruzamento das dimensões resulta em três estados plausíveis de saúde mental: enfraquecimento ou definhamento, saúde mental moderada e prosperidade ou florescimento (KEYES, 2002, 2003, 2005). Os termos “florescimento” e “definhamento” referem-se à presença ou ausência de uma série de fatores relacionados tanto ao bem-estar (humor positivo, satisfação com a vida) quanto ao funcionamento positivo (por exemplo, autoaceitação,

crescimento pessoal, propósito, autonomia, conexão social, entre outros), sendo que o florescimento se relaciona com a presença de bem-estar hedônico (por exemplo, afeto positivo) e fatores de funcionamento positivo da vida (KEYES, 2002, 2005). A saúde mental completa seria indicada por níveis baixos ou ausência total de sintomas de doença mental e altos níveis de sintomas de saúde mental. A doença mental seria indicada pelo padrão oposto, com níveis baixos ou ausência completa de sintomas de bem-estar combinados com altos níveis de sintomas de mal-estar (KEYES, 2002).

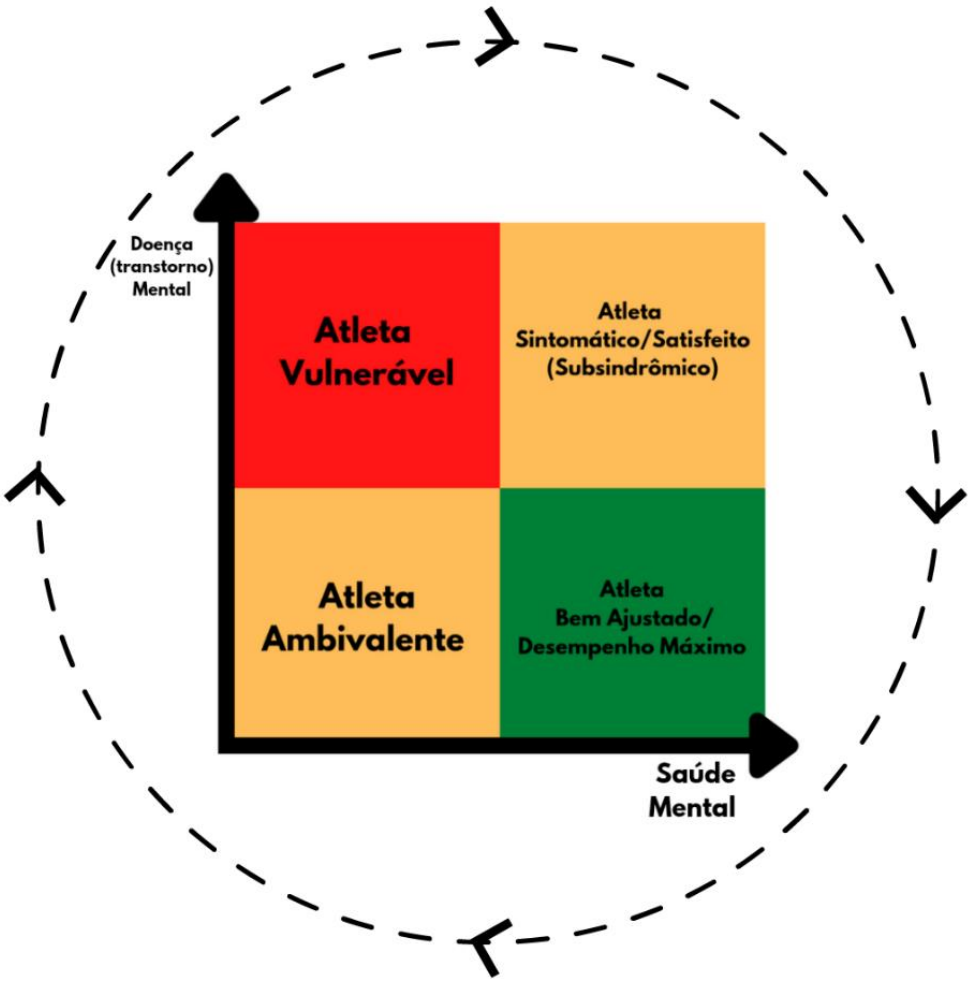


Figura 1. *Dual Continuum* Saúde x Doença Mental

Através dessa lente, um atleta ou treinador podem manter uma boa saúde mental (prosperar) mesmo vivendo com uma doença mental ou, inversamente, ter uma saúde mental ruim (definhar) na ausência de doença mental. O termo “prosperar” (florescer) é frequentemente usado no contexto esportivo para descrever uma combinação de alto bem-estar

(ou seja, florescimento) e um alto nível sustentado de desempenho (BROWN et al., 2017). Especificamente, o sucesso do atleta tem sido caracterizado por atitudes positivas, motivação, desenvolvimento holístico contínuo e um sentimento de pertencimento (BROWN et al., 2017).

A partir de uma amostra de atletas e treinadores, Brown et al. (2017) identificou uma série de fatores contextuais e pessoais para promover a prosperidade:

Os fatores contextuais incluíram: a) fortes relacionamentos interpessoais dentro da organização esportiva, b) percepção de apoio de treinadores, companheiros de equipe, equipe de apoio e famílias, c) ambientes de treinamento de suporte (por exemplo, treinamento adequadamente desafiador), d) experimentando níveis apropriados de pressão.

Os fatores pessoais que eles identificaram como facilitadores do sucesso incluem: a) desejo e motivação, b) confiança e comprometimento com o processo de desenvolvimento, c) autoconfiança, d) estabelecimento de metas, e) compreensão de exigências pessoais e desportivas, f) capacidade para gerir situações de stress e g) estados mentais positivos (BROWN et al., 2017). Vários desses fatores dizem respeito à capacidade de promover ou manter a motivação autodirigida, o comprometimento, a compreensão e a autorregulação, alinhando-se com os princípios da Teoria da Autodeterminação (DECI; RYAN, 2012).

Os modelos holísticos podem, de fato, fornece uma visão abrangente da saúde mental dos atletas e treinadores de elite, e os fatores de risco e proteção para a saúde mental destes, relacionados no ambiente multifatorial e complexo de esportes de elite orientados para o desempenho (SCHINKE et al., 2017; VAN SLINGERLAND et al., 2019; MOESCH et al., 2018; PURCELL; GWYTHER; RICE, 2019; HENRIKSEN et al., 2020; STAMBULOVA et al., 2020; STORM et al., 2021). De uma perspectiva holística, as variáveis relacionadas à promoção da saúde mental, bem como à prevenção e tratamento do mal-estar mental, podem ser consideradas em conjunto (PURCELL; GWYTHER; RICE, 2019). A complexidade e o grande número de parâmetros a serem investigados, entretanto, aumentam os desafios metodológicos.

Com base na natureza complexa dos esportes de elite, em que uma variedade de sintomas relacionados à saúde pode ser relatada, alguns estudiosos, por exemplo, Uphill et al. (2016), argumentaram a favor da adoção teórica do modelo *dual-continuum* para melhorar nossa compreensão de saúde mental de atletas de elite. No entanto, a utilização do modelo de Keyes (2002) impõe desafios acrescidos na interpretação do estado de saúde mental dos atletas, e sendo assim, ao adotar o modelo *dual-continuum*, a ausência de saúde mental no atleta e treinador de elite não implica a presença de doença mental, e a presença de doença mental, não implica a ausência de saúde mental (UPHILL et al., 2016).

Desse modo, nosso estudo utilizou a abordagem de *dual-continuam*, e por isso utilizamos de forma intercalada em nosso instrumento final, questões e escalas que avaliam transtornos como abuso sexual, ideação suicida, abuso de álcool, problemas com sono, depressão, ansiedade, com instrumentos que avaliam os fatores protetivos como motivação, resiliência, estratégias de *coping*, apoio social, autoestima, entre outros, em especial o *MHC-Short Form*, instrumento desenvolvido por Keyes para avaliar aspectos psicológicos, sociais e emocionais. Este instrumento foi construído para responder à seguinte questão de pesquisa: como está a saúde mental de atletas e treinadores brasileiros de alto rendimento em modalidades coletivas e individuais olímpicas no momento atual?

CAPÍTULOS

- **Capítulo 1:** Saúde e Transtorno Mental no atleta de alto rendimento: mapeamento dos artigos científicos internacionais.
- **Capítulo 2:** Saúde Mental no atleta de elite: revisão sistemática de estudos nacionais e internacionais.
- **Capítulo 3:** *The paradox of mental health versus mental disease in elite athletes: a scoping review.*
- **Capítulo 4:** *Mental Health and disorders in elite sports coaches: a systematic scoping literature review.*
- **Capítulo 5:** A saúde mental em atletas brasileiros de elite: fatores protetivos e não protetivos.
- **Capítulo 6:** Saúde mental de atletas de elite brasileiros: fatores de proteção e sintomas de transtornos em relação ao gênero, nível, experiência e tipo de esporte.
- **Capítulo 7:** *The impact of gender, sport, performance level and experience on the mental health of sports coaches.*
- **Capítulo 8:** O esporte de elite impacta da mesma maneira a saúde mental de treinadores e atletas?
- **Capítulo 9:** Saúde mental de atletas e treinadores no esporte de alto rendimento: estudo qualitativo no contexto brasileiro.

OBJETIVOS

- Avaliar a saúde mental de atletas e treinadores brasileiros de alto rendimento (elite).

Assim, cada capítulo da tese tem seus objetivos específicos:

- **Capítulo 1:** avaliar a produção científica sobre saúde mental dos atletas de alto rendimento por meio da revisão sistemática.
- **Capítulo 2:** investigar os transtornos relacionados à saúde mental e sua prevalência em atletas de elite.
- **Capítulo 3:** analisar os conceitos de saúde e doença mental (transtornos), bem como os instrumentos que podem ser utilizados para medi-los no contexto do esporte de elite, com base em uma revisão bibliográfica.
- **Capítulo 4:** compreender como foram produzidos os estudos científicos sobre a saúde mental dos treinadores de elite.
- **Capítulo 5:** compreender a saúde mental de atletas de elite no Brasil.
- **Capítulo 6:** avaliar a saúde mental de atletas de elite no Brasil, e a relação entre fatores promotores da saúde mental e os sintomas de transtornos mentais.
- **Capítulo 7:** avaliar a influência do gênero, tipo de esporte, da experiência e do nível de desempenho na saúde mental dos treinadores desportivos.
- **Capítulo 8:** comparar os aspectos protetores da saúde mental, assim como o rastreio de sintomas, de treinadores e atletas, e gênero.
- **Capítulo 9:** compreender, pela perspectiva qualitativa, como está a saúde mental dos atletas e treinadores brasileiros de alto rendimento, e como esta cultura do esporte influencia a saúde mental e o desempenho de ambos.

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Antes de apresentarmos os capítulos, apresentaremos a caracterização dos participantes na Tabela 1, que ilustra com detalhes os xx atletas e os xx treinadores que participaram deste estudo.

Tabela 1. Caracterização dos participantes (atletas e treinadores)

Características	Atletas % (n) Total 148	Treinadores % (n) Total 106
Sexo		
Masculino	61% (90)	89% (94)
Feminino	39% (58)	11% (12)
Modalidade		
Coletiva	68% (100)	77% (72)
Individual	32% (48)	23% (34)
Região do país onde mora atualmente		
São Paulo	58,1% (86)	57% (61)
Rio de Janeiro	2% (3)	6,5% (7)
Minas Gerais	2,7% (4)	6,5% (7)
Santa Catarina	8,78% (13)	2,8% (3)
Paraná	4,73% (7)	4,7% (5)
Rio Grande do Sul	2,7% (4)	2,8% (3)
Rio Grande do Norte	1,4% (2)	.
Ceará	0,7% (1)	4,7% (5)
Bahia	0,7% (1)	2,8% (3)
Amazonas	0,7% (1)	-
Alagoas	0,7% (1)	-
Espírito Santo	0,7% (1)	-
Mato Grosso	0,7% (1)	-
Sergipe	(0,7% 1)	-
Escolaridade		
Ensino fundamental	4% (6)	-
Ensino médio	48% (71)	2,8% (3)
Ensino superior	42,6% (63)	32,7% (35)
Pós-Graduação	5,4% (8)	64,5% (40)
Estado civil		
Solteiro	80,4% (119)	26,2% (12)
Casado	11,5% (17)	52,3% (56)
Morando com parceiro	7,4% (11)	12,1% (8)
Viúvo	-	-
Divorciado/separado	0,7% (1)	8,4% (3)
Religião		
Católica	35,14% (52)	35,5% (35)
Evangélica	25,68% (38)	16,8% (18)
Espírita	4,73% (7)	15,9% (17)
Não segue uma religião, mas acredita em Deus	29,73% (44)	25,2% (27)
Não acredita em Deus	4,73% (7)	6,5% (7)
Dedicação exclusiva à modalidade		
Sim	62,84% (93)	47,7% (50)
Não (tem dupla carreira)	37,16% (55)	52,3% (56)
Renda mensal		
Consegue se manter	51,35 % (76)	53,3% (56)
Não consegue se manter	48,65% (72)	46,7% (50)

CAPÍTULO 1

SAÚDE E TRANSTORNO MENTAL NO ATLETA DE ALTO RENDIMENTO: MAPEAMENTO DOS ARTIGOS CIENTÍFICOS INTERNACIONAIS

Alexandre Conttato Colagrai

Júlia Barreira

Fernanda Tartalha Nascimento

Paula Teixeira Fernandes

Publicado na Revista Movimento[1]

v. 28, e28008, 2022, DOI: 10.22456/1982-8918.118845

[1] A revista Movimento é uma publicação de acesso aberto da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança da Universidade Federal do Rio Grande do Sul que tem por objetivo divulgar a produção científica nacional e internacional, sobre temas relacionados à Educação Física, no que tange aos seus aspectos pedagógicos, históricos, políticos e culturais. https://www.scielo.br/journal/mov/about/

MOVIMENTO
ISSN: 1982-8918

ARTIGO ORIGINAL

SAÚDE E TRANSTORNO MENTAL NO ATLETA DE ALTO RENDIMENTO: MAPEAMENTO DOS ARTIGOS CIENTÍFICOS INTERNACIONAIS

HEALTH AND MENTAL DISORDERS IN HIGH PERFORMANCE ATHLETES: A MAPPING OF INTERNATIONAL SCIENTIFIC ARTICLES

SALUD Y TRASTORNO MENTAL EN ATLETAS DE ALTO RENDIMIENTO: MAPEO DE LOS ARTÍCULOS CIENTÍFICOS INTERNACIONALES

https://doi.org/10.22456/1982-8918.118845

Alexandre Conttato Colagrai* <alexandreccolagrai@gmail.com>
Júlia Barreira* <jubarreira2@hotmail.com>
Fernanda Tartalha Nascimento* <fertartalha@gmail.com>
Paula Teixeira Fernandes* <paula@fef.unicamp.br>

*Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Campinas, SP, Brasil.

Resumo: Estudos sobre a saúde mental de atletas de alto rendimento vêm crescendo internacionalmente, porém a produção nacional ainda é limitada. Esta revisão sistemática tem como objetivo mapear a produção do conhecimento sobre saúde mental desses atletas, seguindo a diretriz PRISMA para revisões sistemáticas. Encontramos aumento no número de publicações nos últimos cinco anos, com predomínio de publicações por autores de países de língua inglesa (EUA, Inglaterra/Reino Unido e Austrália) focando principalmente nos transtornos mentais mais comuns (ansiedade, depressão, distúrbio de sono, uso de álcool). Verificamos que atletas de elite têm taxas similares ou mais elevadas de transtornos mentais do que a população em geral. O esporte coletivo de invasão e o esporte individual de marca aparecem como os mais pesquisados. Este estudo avança com o debate sobre a saúde mental em atletas de alto rendimento e chama a atenção de pesquisadores, gestores e psicólogos brasileiros para essa temática.

Palavras-chave: Literatura de revisão como assunto. Psicologia do Esporte. Saúde Mental.

Recebido em: 28 set. 2021
Aprovado em: 17 jan. 2022
Publicado em: 21 fev. 2022

Este é um artigo publicado sob a licença *Creative Commons* Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

1 INTRODUÇÃO

O desempenho do atleta de alto rendimento é influenciado por diversos fatores, como aspectos técnicos, táticos, físicos e psicológicos. Grande corpo da literatura se dedica aos primeiros aspectos, sendo que as pesquisas na área de saúde mental são realizadas em menor escala, recebendo poucos recursos e gerando relevante lacuna científica (RICE *et al*., 2016, 2019). Dada a elevada prioridade dos investimentos governamentais e privados, o esporte de alto rendimento deveria abranger também a preocupação com a saúde mental dos atletas, devido à sua importância para o desempenho esportivo e para a sua qualidade de vida (BUENO, 2008, MEIRA; BASTOS; BÖHME, 2012, DE BOSSCHER *et al*., 2006, 2007).

O esporte, como atividade humana, também apresenta fatores negativos que impactam a vida diária do praticante (NEWMAN; HOWELLS; FLETCHER, 2016, GALATTI, 2017). O esporte de alto rendimento pode gerar estresse de forma elevada, devido a diversos fatores, como lesão, *overtraining*, *burnout*, vida fora de casa, ausência de rede social de apoio íntima e afetiva, pressão interna e externa para alcançar resultados, restrições alimentares, uso de substâncias para melhorar o desempenho e administrar o estresse, entre outros (APPANEAL *et al*., 2009, WOLANIM; GROSS; HONG, 2015, GULLIVER *et al*., 2015, RICE *et al*., 2016, GORCZYNSKI; COYLE; GIBSON, 2017, GOUTTEBARGE *et al*., 2019, RICE *et al*., 2019, REARDON *et al*., 2019).

Fatores de estresse específicos do esporte, quando somados aos fatores de risco preexistentes, como genética, transtornos de personalidade, uso de drogas e álcool, abuso sexual na infância e outros, podem atuar como catalisadores para a manifestação de transtornos mentais (REARDON *et al*., 2019, RICE *et al*., 2016, 2019). Estudos realizados nos últimos anos mostram que atletas de alto rendimento geralmente estão vulneráveis a transtornos mentais, sendo o transtorno de ansiedade, transtorno depressivo, suicídio, transtornos alimentares, transtorno compulsivo obsessivo e transtorno bipolar, os mais comuns entre essa população (BAUMAM, 2016, REARDON *et al*., 2019, RICE *et al*., 2016, 2019).

Ressaltamos a urgência deste olhar para a saúde mental de atletas de alto rendimento, especialmente pela sobreposição significativa entre os anos competitivos, que varia entre os 15 e 30 anos, aproximadamente, e o pico de aparecimento de transtornos mentais na população em geral, que se encontra entre os 15 e 25 anos (SMITH; MILLINER, 1994, GULLIVER; GRIFFITHS; CHRISTENSEN, 2012, GULLIVER *et al*., 2012, APA, 2014, ALLEN; HOPKINS, 2015, WHO, 2017).

Apesar da relevância da temática no cenário internacional, a discussão sobre saúde do atleta de alto rendimento no contexto brasileiro ainda é escassa. Desconhecemos trabalhos que tenham investigado esses aspectos em atletas nacionais, indicando a necessidade de produção de conhecimento que auxilie na tomada de decisão de gestores, psicólogos e demais profissionais envolvidos no treinamento esportivo ou na ciência do esporte de maneira geral. Esta revisão sistemática sobre os estudos realizados na área fornece um panorama do conhecimento atual e indica caminhos a serem seguidos, contribuindo para ampliar

a discussão em âmbito nacional. Assim, o objetivo deste artigo é avaliar a produção científica sobre saúde mental dos atletas de alto rendimento por meio de uma revisão sistemática.

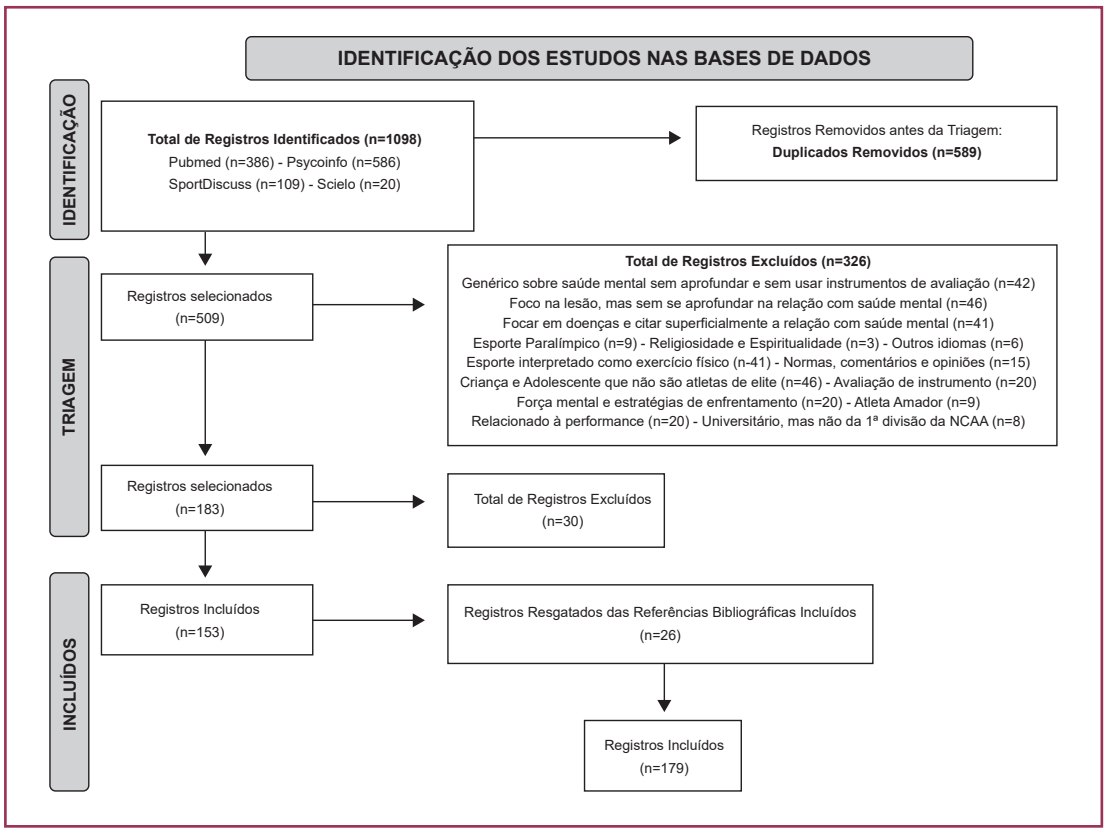
2 MÉTODO

Este estudo identificou, organizou e sistematizou as pesquisas realizadas sobre o tema saúde mental no esporte em atletas de alto rendimento. Para encontrar os trabalhos, utilizamos o processo sistemático de busca, detalhado a seguir. Para a coleta de dados, nos guiamos por estudos de revisão (EGGER *et al*. 2003, GALVÃO; PEREIRA, 2014, PEREIRA; GALVÃO, 2014) que sugerem a definição de cinco etapas para o desenvolvimento do trabalho:

1) Tema: Saúde Mental (ou Transtorno Mental) em Atletas de Alto Rendimento.
2) Pergunta de Pesquisa: quais as características dos artigos sobre saúde mental de atletas de alto rendimento?
3) Descritores: Foram definidos após consulta da terminologia padronizada dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) os seguintes descritores: “esportes”, “atletas”, “saúde mental”, utilizados em português, inglês e espanhol.
4) Estratégia de Busca nas Fonte de Dados: “Saúde Mental” AND “Esporte AND “Atleta”; “*Mental Health*” AND “*Sport”* AND “*Athlete*;” “*Salud Mental*” AND “*Deporte”* AND “Atleta”. Foco: encontrar os termos no título, resumo e palavras-chave.
5) Bases de Dados: *PubMed*, por ser referência nas pesquisas na área de saúde de forma geral; *SPORTDiscus*, por ser referência na área de Educação Física e Esportes; *PsycINFO* por ser referência em pesquisa na Psicologia; e *SciELO* pela possibilidade de encontrar literatura publicadas em português e espanhol.

Todos os métodos de análise e o relatório de dados seguiram as diretrizes para revisões sistemáticas e meta-análises do PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-analyses*: *The PRISMA Statement*) (MOHER *et al*., 2009) (Figura 1). Consideramos os estudos publicados apenas em revistas científicas com revisão pelos pares, desconsiderando, portanto, teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso, revistas de outros formatos, livros, trabalhos apresentados em congressos, infográficos, edital de chamamento, normas, comentários e opiniões. A pesquisa foi realizada entre 12 de outubro de 2019 e 31 de dezembro de 2019.

Figura 1 - Protocolo PRISMA utilizado para seleção dos artigos sobre saúde mental e atleta de alto rendimento.



Fonte: elaborada pelos próprios autores.

Foram considerados atletas de alto rendimento aqueles que competem em nível nacional, internacional e olímpico de forma profissional, ou universitários que comprometem sua carga horária diária e semanal a treinamentos com o objetivo de melhorar seu desempenho para a obtenção de títulos nessas competições. Dessa forma, apenas os atletas universitários que disputam os campeonatos da primeira divisão da NCAA (*National College American Association*) foram considerados, pelo elevado nível competitivo deste segmento, sendo uma passagem direta para o esporte profissional norte-americano.

Não foram incluídos nessa revisão: i) estudos com atletas colegiais que disputam os campeonatos da sua faixa etária; ii) estudos que não se aprofundaram, testaram ou apresentaram dados referentes a transtornos mentais de atletas de alto rendimento; iii) estudos que focaram na lesão, sem se aprofundar na relação com a saúde mental; iv) estudos que focaram em doenças gerais e citaram superficialmente sua relação com saúde mental, sem apresentar avaliações psicológicas; v) estudos que envolveram religiosidade e espiritualidade; vi) estudos que interpretavam o esporte como exercício físico; vii) estudos sobre avaliação de instrumentos de coleta de dados; viii) estudos com foco na força mental; ix) estudos relacionados ao esporte paralímpico e esporte amador.

A seleção dos estudos foi realizada em etapas. Primeiro, os artigos pesquisados nos bancos de dados foram exportados para uma pasta principal no *software* gerenciador de referências *Mendeley*. Todos os títulos e resumos foram selecionados

por um pesquisador que, em seguida, removeu os estudos duplicados. Depois, todos os resumos foram analisados por três pesquisadores de forma independente para avaliar sua elegibilidade. Os artigos que apresentaram divergências de opiniões foram para uma segunda rodada de análise entre os três pesquisadores. Nesse caso, a metodologia dos estudos foi analisada com base nos critérios de inclusão e exclusão para verificar sua elegibilidade.

Os artigos escolhidos para a terceira etapa de análises seguiram para leitura completa pelos três pesquisadores. Ao ser analisado, as informações do artigo foram organizadas em categorias usando o *software* Excel, de acordo com subáreas: a) nível do atleta e nível de competição (nacional, internacional/olímpico, universitário); b) tipo de pesquisa (quantitativa, qualitativa, mista); c) transtornos ou tema principal do estudo; d) instrumentos utilizados para coleta de dados; e) tipo de esporte; f) sexo. O Quadro 1 apresenta as informações e processo de coleta de dados utilizado na leitura dos artigos.

Quadro 1 - Processo de coleta dos dados.

Categoria	Descrição	Coleta de dados
Dados bibliográficos	Título, ano, revista e nomes autores	Direta
Esportes	Classificação dos esportes foi estabelecida de acordo Gonzalez (1999), Parlebas (1988, 2001), Riera (1989), Werner e Almond (1990)	Direta
Tipo de pesquisa	Definidas como qualitativas, quantitativas, mistas e de revisão	Direta
Gênero	Grupo investigado pelo artigo (homem, mulher ou ambos)	Direta
País dos autores	Países das universidades onde estão vinculados os autores	Direta
Transtornos abordados	Temáticas investigadas pelo estudo com base no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)	Direta
Nível de desempenho	Classificado em universitário, nacional, internacional ou Olímpico	Direta
Instrumentos de coleta de dados	Nome dos questionários utilizados para coleta de dados	Direta

Fonte: Elaborado pelos próprios autores.

Os esportes foram classificados de acordo com as categorias discutidas por autores como Gonzalez (1999), Parlebas (1988, 2001), Riera (1989), Werner e Almond (1990), como mostra o Quadro 2.

Quadro 2 - Classificação dos esportes investigados pelos artigos internacionais sobre saúde mental e atleta de alto rendimento.

Interação	Individual ou coletivo	Tipo	Esportes
Com	Individual	Combate	*Wrestling*, boxe, karatê, artes marciais mistas, judô, jiu-jítsu, *taekwondo*, esgrima
		Quadra dividida	Tênis, *badminton*, tênis de mesa, *squash*
	Coletivo	Campo e taco	Críquete, beisebol, *softball*
		Invasão	Futebol, basquete, futebol americano, *rugby*, futsal, hóquei, *lacrosse*
		Quadra Dividida	Voleibol
Sem	Individual	Marca	Decatlon, heptatlo, triátlon e biatlon, atletismo, natação, ciclismo, levantamento de peso, hipismo
		Estético	Ginástica artística e rítmica, saltos ornamentais, culturismo, patinação
		Precisão	Golfe, tiro, tiro com arco
	Coletivo	Marca	Vela, remo, canoa

Fonte: Elaborado pelos próprios autores.

Em seguida, dentre os artigos finais escolhidos, os autores analisaram as referências bibliográficas citadas nesses estudos, objetivando encontrar novos trabalhos que não tivessem sido detectados durante a revisão nas bases de dados. Os novos artigos encontrados foram analisados seguindo as mesmas etapas apresentadas anteriormente.

3 RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta as características dos estudos analisados. Encontramos um aumento no número de publicações sobre saúde mental e atletas de alto rendimento ao longo dos anos, com produção mais significativa nos últimos cinco anos. A análise dos países mostrou que a maioria (58%) dos estudos é produzida em países de língua inglesa, como Estados Unidos, Reino Unido e Austrália. Notamos que a maioria dos estudos é conduzida com atletas de ambos os sexos e que a metodologia quantitativa é a mais utilizada.

Tabela 1 - Mapeamento das publicações sobre saúde mental em atletas de alto rendimento.

		f	%
Período	1985-1989	1	1%
	1990-1994	4	2%
	1995-1999	3	2%
	2000-2004	3	2%
	2005-2009	11	6%
	2010-2014	21	12%
	2015-2019	136	76%
País dos autores	Estados Unidos	88	35%
	Reino Unido/Inglaterra	35	14%
	Austrália	23	9%
	Holanda	17	7%
	Canadá	13	5%
	Suécia	10	4%
	Irlanda/Irlanda Norte	8	3%
	Japão	8	3%
	África do Sul	7	3%
	Alemanha	7	3%
	Brasil	5	2%
	Itália	5	2%
	Suíça	5	2%
	Nova Zelândia	4	2%
	Dinamarca	3	1%
	França	3	1%
	Noruega	3	1%
	China	2	1%
	Outros	7	3%
Gênero	Apenas Homens	27	29%
	Apenas Mulheres	10	11%
	Ambos	55	60%
Métodos	Qualitativos	5	4%
	Quantitativos	68	53%
	Mistos	5	4%
	Revisões	50	39%

Fonte: Elaborado pelos próprios autores.

A Tabela 2 apresenta os tipos de modalidades mais pesquisadas. Notamos que os esportes coletivos de invasão são os mais investigados, seguidos pelos esportes individuais de marca.

Tabela 2 - Modalidades pesquisadas pelas publicações sobre saúde mental em atletas de alto rendimento.

Interação	Categorias	Prática	f	%
Sem	Marca	Individual	100	24,8%
		Coletivo	22	5,4%
	Técnico-combinatório/Estético	Individual	32	7,9%
		Coletivo	2	0,5%
	Precisão	Individual	19	4,7%
		Coletivo	2	0,5%
Com	Invasão	Coletivo	126	31,2%
	Divisória	Individual	23	5,7%
		Coletivo	15	3,7%
	Campo e taco	Coletivo	25	6,2%
	Combate	Individual	38	9,4%

Fonte: Elaborado pelos próprios autores.

A Tabela 3 apresenta os temas mais investigados sobre saúde mental em atletas de alto rendimento. Verificamos uma diversidade de temas, sendo depressão e ansiedade as temáticas mais investigadas. A categoria "Saúde Mental Geral" representa artigos que investigaram uma ampla gama de temas relacionados aos transtornos e aspectos psicológicos de forma conjunta no esporte de alto rendimento.

Tabela 3 - Temas mais pesquisados sobre saúde mental e atletas de alto rendimento.

Temas	f	%
Depressão	68	24%
Ansiedade	44	16%
Transtorno Alimentar	21	7%
Conscientização em Saúde Mental	18	6%
Distúrbios do Sono	17	6%
Uso de álcool e outras drogas	17	6%
Angústia	16	6%
Barreiras para a procura de tratamento em Saúde Mental	14	5%
Suicídio	11	4%
Uso de Esteroides Anabolizantes	6	2%
Transtorno Bipolar e Psicótico	4	1%
Dependência de Jogos de Azar	2	1%
Violência Sexual, Física e Psicológica	2	1%
Saúde mental geral	41	15%

Fonte: Elaborado pelos próprios autores.

A Tabela 4 apresenta os instrumentos mais utilizados para detecção dos transtornos mentais e temas relacionados. Os instrumentos CES-D, GAD-7, PROMIS e AUDIT-C, foram os mais utilizados pelos estudos analisados.

Tabela 4 - Instrumentos de colete de dados nas publicações sobre saúde mental em atletas de alto rendimento.

Tema	Instrumento	f	%
	Centro de Estudos Epidemiológicos Escala de Depressão CES-D	11	16%
Depressão	*Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9)	8	12%
	Inventário de Depressão de Beck (BDI)	4	6%
	Generalized Anxiety Disorder 7 Scale (GAD-7)	9	13%
Ansiedade	*Social Phobia Inventory* (SPIN) para pedir a fobia social	2	3%
	Inventário de Ansiedade Traço-Estado (STAI)	3	4%
Sono	PROMIS	10	15%
Álcool	AUDIT-C	15	22%
Transtorno Alimentar	*Eating Disorders Inventory* II (EAD-II)	5	7%

Fonte: Elaborado pelos próprios autores.

4 DISCUSSÃO

Neste estudo realizamos uma revisão sistemática de literatura que possibilitou caracterizar os estudos desenvolvidos na área da saúde mental e atletas de alto rendimento. Os resultados de nosso estudo mostram o aumento significativo de publicações sobre o tema nos últimos cinco anos, representando 76% dos artigos científicos encontrados (Tabela 1). Nossos achados corroboram estudos anteriores que mostraram o aumento do interesse pelo tema saúde mental em atletas de alto rendimento ao longo dos anos (MENON, 2016, PURCELL; GWYTHER; RICE, 2019, RICE *et al*., 2016, STILLMAN *et al*., 2019, STRÖHLE, 2019, WOLANIN; GROSS; HONG, 2015).

Alguns fatores podem explicar esse maior interesse, por exemplo, o desenvolvimento de estudos apoiados pelo Sindicato Mundial dos Jogadores (FIFPro) e pela *Fédération Internationale de Football Association* (FIFA), organizações que têm se dedicado a compreender a saúde mental dos atletas e estimulado pesquisas nesse segmento (GOUTTEBARGE *et al.,* 2015, GOUTTEBARGE; AOKI; KERKHOFFS, 2015, GOUTTEBARGE *et al*., 2016, GOUTTEBARGE *et al*., 2018, JENSEN *et al.,* 2018). Outro fator é a recente Declaração de Consenso de Especialistas do Comitê Olímpico Internacional (COI) que estimula a produção científica para se conhecer a saúde mental de atletas de alto rendimento (PURCELL; GWYTHER; RICE, 2019).

Observa-se também que os departamentos de esportes universitários norte-americanos, o Comitê Olímpico dos EUA, os Órgãos Diretivos Olímpicos dos EUA e as organizações esportivas profissionais norte-americanas estão contratando mais profissionais da área da psicologia para acompanhar a saúde mental de seus atletas, revelando a importância dessa área para o desenvolvimento integral dessa população (BAUMAN, 2016). Também é possível observar que a Sociedade Internacional de Psicologia do Esporte tem aumentado o estímulo a discussões sobre a saúde dos atletas e a sua relação com o desempenho esportivo (CARSON *et al*., 2018). Fatores como esses podem justificar o aumento de interesse de pesquisadores pelo tema.

Encontramos no nosso estudo um predomínio de publicações nos países EUA, Inglaterra/Reino Unido e Austrália, sendo responsáveis por quase 60% das publicações. Os estudos existentes, na sua maioria, são de atletas universitários (GOUTTEBARGE *et al*., 2019, NEWMAN; HOWELLS; FLETCHER, 2016, PROCTOR; BOAN-LENZO, 2010). Em contrapartida, encontramos baixa participação de pesquisadores da América do Sul, África e Ásia que pode ser explicada por algum desses fatores, como: i) desinteresse desses países pela saúde mental de atletas de alto rendimento; ii) baixo investimento recebido para estudos sobre essa temática.

Embora existam esforços para disseminar pesquisas de saúde mental no esporte, alguns órgãos do governo e clubes ainda minimizam sua importância no contexto esportivo (REARDON; FACTOR, 2010, RICE *et al*., 2016). Com isso, é fundamental conhecer mais sobre o assunto, ampliando sua disseminação, prevenção e tratamento. Dessa forma, mesmo com o crescimento entre 2015 e 2019, verifica-se que ainda faltam estudos epidemiológicos que abordam sintomas e distúrbios de saúde mental entre atletas e ex-atletas de elite (DOHERTY; HANNIGAN; CAMPBELL, 2016, FOSKETT; LONGSTAFF, 2018, GOUTTEBARGE *et al*., 2015, GOUTTEBARGE; AOKI; KERKHOFFS, 2015, GOUTTEBARGE *et al*., 2016, 2018, 2019, KILIC *et al*., 2017, MOESCH *et al*., 2018, REARDON; FACTOR, 2010, RICE *et al*., 2016, SCHAAL *et al*., 2011).

Verificamos no nosso estudo que a maioria das investigações sobre a saúde mental de atletas de alto rendimento utiliza instrumentos quantitativos para a coleta de dados. Entre os três mais utilizados encontramos o AUDIT-C para avaliar uso de álcool e outras drogas, o PROMIS para os distúrbios de sono e o CES-D para a depressão. Chama a atenção a ansiedade, tema bastante investigado pelos estudos, mas com variedade maior de instrumentos. Nossos achados corroboram resultados anteriores mostrando que a ansiedade, o distúrbio de sono, o uso-abuso de álcool e a depressão correspondem aos quatro transtornos mentais mais comuns (APA, 2014, WHO, 2017). Além disso, os estudos com foco na saúde mental dos atletas têm se baseado principalmente em análises transversais, em especial com dados de autorrelatos, o que interfere na subnotificação dos dados (GOUTTEBARGE *et al*., 2016, JUNGE; FEDDERMANN-DEMONT, 2016).

A maioria dos estudos, conforme mostramos na Tabela 1, investigou atletas de alto rendimento masculinos, corroborando os achados de estudos anteriores (GOUTTEBARGE *et al*., 2019, NEWMAN; HOWELLS; FLETCHER, 2016, PROCTOR; BOAN-LENZO, 2010). Esse é um fator que precisa ser repensado, já que estudos mostram que atletas mulheres apresentam maiores taxas para transtorno de ansiedade (ÅKESDOTTER *et al*., 2019, FOSKETT; LONGSTAFF, 2018, GULLIVER *et al*., 2015, JUNGE; PRINZ, 2019, RICE *et al*., 2019, SCHAAL *et al*., 2011), transtorno depressivo (ÅKESDOTTER *et al*., 2019, BEABLE *et al*., 2017, GERBER *et al*., 2018, GORCZYNSKI; COYLE; GIBSON, 2017, HAMMOND *et al*., 2013, HAGIWARA *et al*., 2017, JUNGE; PRINZ, 2019, JUNGE; FEDDERMANN-DEMONT, 2016, PRINZ; DVOŘÁK; JUNGE, 2016, REARDON *et al*., 2019, YANG *et al*., 2007) transtornos alimentares (GLAZER, 2008, HULLEY; HILL, 2001, JOY; KUSSMAN; NATTIV, 2016, JUNGE; FEDDERMANN-DEMONT, 2016, KRAUS; HOLTMANN; LEGENBAUER,

2018, MATHISEN; SUNDGOT-BORGEN, 2019, NEAL *et al*., 2013, PLATEAU *et al*., 2017, PRINZ; DVOŘÁK; JUNGE, 2016, REARDON *et al*., 2019, RICE *et al*., 2016, SOUTER; LEWIS; SERRANT, 2018) e distúrbios do sono (MAH *et al*., 2018, SCHAAL *et al*., 2011). Já os atletas masculinos apresentam maiores taxas de transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas (CASTALDELLI-MAIA *et al*., 2019, EGAN 2019, MCDUFF *et al*., 2019, REARDON, 2017, RICE *et al*., 2016, SCHAAL *et al*., 2011, SOUTER, LEWIS; SERRANT, 2018, STILLMAN *et al*., 2019).

Os esportes com as maiores taxas de uso de álcool e outras drogas por atletas homens são: *lacrosse*, hóquei no gelo, futebol, *rugby*, beisebol, futebol, luta livre, levantamento de peso, esqui, biatlon, *bobsleigh* e natação. Para as atletas mulheres, destacamos: hóquei no gelo, ginástica, lacrosse, *softball,* natação e remo, sendo mais comum entre atletas de esportes coletivos do que individuais (REARDON *et al*., 2019, SOUTER; LEWIS; SERRANT, 2018). Diversos autores também citam que o esporte coletivo é o mais pesquisado, assim como ocorre nos resultados apresentados pelo nosso estudo, sendo um fator limitante na comparação com diferentes modalidades esportivas (GOUTTEBARGE *et al*., 2019, NEWMAN; HOWELLS; FLETCHER, 2016, PROCTOR; BOAN-LENZO, 2010).

Notamos que a prevalência de Transtorno Depressivo Maior chega a 15% em atletas alemães (NIXDORF *et al*., 2013) e 68% em nadadores de elite do Canadá (HAMMOND *et al*., 2013). Wolanin, Gross e Hong (2015) pesquisaram artigos sobre transtornos mentais no esporte e descobriram que a taxa de depressão entre atletas é considerada relevante. Atletas australianos de alto rendimento (críquete, futebol, hóquei, *netball*, remo, polo aquático, vela, *softball*, de 18 e 25 anos) tiveram taxas de 46,6% de sintomas de transtorno depressivo, sendo semelhante à população australiana em geral e, em alguns casos, até superior (GULLIVER *et al*., 2015). Da mesma maneira, Rice *et al*. (2016) realizaram uma revisão sistemática de literatura e observaram que atletas de alto rendimento apresentam riscos de transtorno depressivo comparáveis aos da população em geral, podendo ter índices ainda mais elevados.

Os transtornos de ansiedade também aparecem em alta prevalência. Na Austrália, 7,1% dos atletas de alto rendimento preenchiam os critérios para Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), e 4,5% para transtorno do pânico (GULLIVER *et al*., 2015). Segundo os mesmos autores, mesmo com as altas taxas de TAG e pânico, ainda existem poucas pesquisas avaliando a prevalência, as causas e os tratamentos desses transtornos em atletas.

Embora nosso estudo tenha apresentado um interessante panorama das publicações sobre o tema saúde mental em atletas de alto rendimento, é importante reconhecer suas limitações. Primeiro, a busca foi restrita a algumas bases de dados específicas, podendo não ter alcançado trabalhos indexados em outras bases, como *Web of Science* e Scopus. Segundo, as buscas foram restritas às línguas inglesa, espanhola e portuguesa. Estudos importantes publicados em outros idiomas não foram incluídos nesta revisão. Portanto, sugerimos que estudos futuros complementem os atuais achados abrangendo as bases utilizadas e os idiomas de publicação.

5 CONCLUSÕES

Baseados na revisão de literatura sobre saúde mental em atletas de alto rendimento encontramos um aumento no número de estudos sobre o tema nos últimos cinco anos, com predomínio de publicações por autores de países de língua inglesa (EUA, Inglaterra/Reino Unido e Austrália). Não encontramos estudos sobre o tema no Brasil na literatura científica analisada.

O foco dos estudos foi principalmente nos transtornos mentais comuns (ansiedade, depressão, distúrbio de sono e uso-abuso de álcool). Verificamos que os atletas de alto rendimento apresentam taxas de transtornos mentais similares ou mais elevadas que a população em geral. O esporte coletivo de invasão e o esporte individual de marca aparecem como os mais pesquisados. A maioria dos estudos investigou atletas masculinos, indicando a necessidade de investigações com atletas mulheres pois, de acordo com a literatura, apresentam níveis mais elevados de depressão e ansiedade.

Observa-se que mesmo com o crescimento das pesquisas sobre o tema, ainda faltam estudos mais específicos. A maioria dos estudos coletou dados através de instrumentos de autorrelato, indicando a necessidade de análises clínicas para uma melhor compreensão dos transtornos. Este estudo avança com o debate sobre a saúde mental em atletas de alto rendimento e chama a atenção de pesquisadores, gestores e psicólogos brasileiros para essa temática.

REFERÊNCIAS

ÅKESDOTTER, Cecília *et al.* The prevalence of mental health problems in elite athletes. **Journal of Science and Medicine in Sport**, v. 23, n. 4, p. 329–335, 2019. DOI: 10.1016/j.jsams.2019.10.022

ALLEN, Sian; HOPKINS, Will. Age of peak competitive performance of elite athletes: a systematic review. **Sports Medicine**, v. 45, n. 10, p. 1431–1441, 2015. DOI: 10.1007/s40279-015-0354-3.

APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM 5:** Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

APPANEAL, Renee Newcommer *et al.* Measuring postinjury depression among male and female competitive athletes. **Journal of Sport and Exercise Psychology**, v. 31, n. 1, p. 60-76, 2009. DOI: 10.1123/jsep.31.1.60.

BAUMAN, James. The stigma of mental health in athletes: are mental toughness and mental health seen as contradictory in elite sport? **British Journal of Sports Medicine**, v. 50, n. 3, p. 135-136, 2016. DOI: 10.1136/bjsports-2015-095570

BEABLE, Sarah *et al.* SHARPSports mental health awareness research project: Prevalence and risk factors of depressive symptoms and life stress in elite athletes. **Journal of Science and Medicine in Sport**, v. 20, n. 12, p. 1047–1052, 2017. DOI: 10.1016/j.jsams.2017.04.018

BUENO, Luciano. **Políticas públicas do esporte no Brasil**: razões para o predomínio do alto rendimento. Tese (Doutorado em Administração Pública e Governo) - Faculdade Getúlio Vargas. São Paulo. 2008.

CARSON, Fraser *et al.* High performance coaches' mental health and wellbeing: applying the areas of work life model. **International Sport Coaching Journal***, v. 5*, n. 3, p. 293-300, 2018. DOI:10.1123/iscj.2017-0078.

CASTALDELLI-MAIA, João Maurício *et al.* Mental health symptoms and disorders in elite athletes: a systematic review on cultural influencers and barriers to athletes seeking treatment. **Britsh Journal Sports Medicine**, v. 53, n. 11, p. 707-721, 2019. DOI: 10.1136/bjsports-2019-100710.

DE BOSSCHER, Veerle *et al.* A conceptual framework for analysing sports policy factors leading to international sporting success. **European Sport Management Quarterly.** v. 6, n. 2, p. 185-215, 2006. DOI: 10.1080/16184740600955087

DE BOSSCHER, Veerle *et al.* **Sports Policy factors Leading to International Sporting Success.** Oxford: Meyer & Meyer Sport (UK) Ltd. Sport, Culture & Society, 2007.

DOHERTY, Steve; HANNIGAN, Barbara; CAMPBELL, Mark J. The experience of depression during the careers of elite male athletes. **Frontiers in Psychology,** v. 7, p. 1069, 2016. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.01069.

EGAN, Karen. Supporting mental health and well-being among student-athletes. **Clinics in Sports Medicine**, v. 38, n. 4, p. 537-544, 2019. DOI: 10.1016/j.csm.2019.05.003.

EGGER, Matthias *et al.* How important are comprehensive literature searches and the assessment of trial quality in systematic reviews? Empirical study. **Health Technology Assessment**, v. 7, n. 1, p.1-76, 2003. DOI: 10.3310/hta7010.

FOSKETT, Ryan; LONGSTAFF, Fran Jane. The mental health of elite athletes in the United Kingdom. **Journal of Science and Medicine in Sport**, v. 21, n. 8, p. 765-770, 2018. DOI: 10.1016/j.jsams.2017.11.016

GALATTI, Larissa Rafaela. AFEs desenvolvimento humano e esporte de alto rendimento. *In***: Movimento é vida:** Atividades Físicas e Esportivas para todas as pessoas. Relatório Nacional de Desenvolvimento Humano do Brasil. Brasília: PNUD, 2017. p.1-50.

GALVÃO, Taís Freire; PEREIRA, Maurício Gomes. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 1, p. 183-184, 2014. DOI: 10.5123/S1679-49742014000100018.

GERBER, Markus *et al.* Effects of stress and mental toughness on burnout and depressive symptoms: A prospective study with young elite athletes. **Journal of Science and Medicine in Sport**, v. 21, n. 12, p. 1200-1205, 2018. DOI: 10.1016/j.jsams.2018.05.018.

GLAZER, James. Eating disorders among male athletes. **Current Sports Medicine Reports**, v. 7, n. 6, p. 332-337, 2008. DOI: 10.1249/JSR.0b013e31818f03c5.

GONZALEZ, Fernando. Influência do nível de desenvolvimento cognitivo na tomada de decisão durante jogos motores de situação. **Movimento (Porto Alegre)**, v. 5, n. 10, p. 3-14, 1999. DOI: 10.22456/1982-8918.2449.

GORCZYNSKI, Paul Filip; COYLE, Melissa; GIBSON, Kass. Depressive symptoms in high-performance athletes and non-athletes: a comparative meta-analysis. **British Journal of Sports Medicine***,* v. 51, n.18, p. 1348-1354, 2017. DOI: 10.1136/bjsports-2016-096455.

GOUTTEBARGE, Vincent *et al.* A 12-month prospective cohort study of symptoms of common mental disorders among professional rugby players. **European Journal of Sport Science**, v. 18, n. 7, p.1004-1012, 2018. DOI: 10.1080/17461391.2018.1466914.

GOUTTEBARGE, Vincent *et al.* Are severe musculoskeletal injuries associated with symptoms of common mental disorders among male European professional footballers? **Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy**, v. 24, p. 3934-3942, 2016. DOI: 10.1007/s00167-015-3729-y.

GOUTTEBARGE, Vincent *et al.* Occurrence of mental health symptoms and disorders in current and former elite athletes: a systematic review and meta-analysis. **British Journal of Sports Medicine**, v. 53, n. 11, p.700-706, 2019. DOI: 10.1136/bjsports-2019-100671.

GOUTTEBARGE, Vincent *et al.* Symptoms of common mental disorders in professional football (soccer) across five european countries. **Journal of Sports Science and Medicine**, v. 14, n. 4, p. 811-818, 2015. PMID: **26664278**. PMCID: PMC4657424.

GOUTTEBARGE, Vincent; AOKI, Haruito; KERKHOFFS, Gino. Symptoms of common mental disorders and adverse health behaviours in male professional soccer players. **Journal of Human Kinetics**, v. 49, n. 1, p. 277–286, 2015. DOI: 10.1515/hukin-2015-0130.

GULLIVER, Amelia *et al.* Internet-based interventions to promote mental health help-seeking in elite athletes: An exploratory randomized controlled trial. **Journal of Medical Internet Research,** v. 14, n. 3, p. e69, 2012. DOI: 10.2196/jmir.1864.

GULLIVER, Amelia *et al.* The mental health of Australian elite athletes. **Journal of Science and Medicine in Sport,** v. 18, n. 3, p. 255-261, 2015. DOI: 10.1016/j.jsams.2014.04.006.

GULLIVER, Amelia; GRIFFITHS, Katheleen M.; CHRISTENSEN, Helen. Barriers and facilitators to mental health help-seeking for young elite athletes: A qualitative study. **BMC Psychiatry**, v. 12, p. 157, 2012. DOI: 10.1186/1471-244X-12-157.

HAGIWARA, Goichi *et al.* Relationships among sports helplessness, depression, and social support in american college student-athletes. **Journal of Physical Education and Sport,** *v*. 17, n. 2, art. 114, p. 753, 2017. DOI: 10.7752/jpes.2017.02114.

HAMMOND, Thomas *et al.* The prevalence of failure-based depression among elite athletes. **Clinical Journal of Sport Medicine,** v. 23, n. 4, p. 273-277, 2013. DOI: 10.1097/JSM.0b013e318287b870.

HULLEY, Angela; HILL, Andrew. Eating disorders and health in elite women distance runners. **International Journal of Eating Disorders,** v. 30, n. 3, p. 312-317, 2001. DOI: 10.1002/eat.1090.

JENSEN, Stine Nylandsted *et al.* Depression in Danish and Swedish elite football players and its relation to perfectionism and anxiety. **Psychology of Sport and Exercise**, v. 36, p. 147-155, 2018. DOI: 10.1016/j.psychsport.2018.02.008

JOY, Elizabeth; KUSSMAN, Andrea; NATTIV Aurelia. 2016 update on eating disorders in athletes: A comprehensive narrative review with a focus on clinical assessment and management. **British Journal of Sports Medicine**. v. 50, n. 3, p. 154-162, 2016. DOI: 10.1136/bjsports-2015-095735.

JUNGE, Astrid; FEDDERMANN-DEMONT, Nina. Prevalence of depression and anxiety in top-level male and female football players. **BMJ Open Sport & Exercise Medicine**, v. 19, n. 2, p. e000087, 2016. DOI: 10.1136/bmjsem-2015-000087.

JUNGE, Astrid; PRINZ, Birgit. Depression and anxiety symptoms in 17 teams of female football players including 10 German first league teams. **British Journal of Sports Medicine**, v. 53, n. 8, p. 471-477, 2019. DOI: 10.1136/bjsports-2017-098033.

KILIC Özgur *et al.* Symptoms of common mental disorders and related stressors in Danish professional football and handball. **European Journal of Sport Science**, v. 17, n. 10, p. 1328-1334, 2017. DOI: 10.1080/17461391.2017.1381768.

KRAUS, Uta; HOLTMANN, Sophie Clara; LEGENBAUER, Tanja. Eating disturbances in competitive lightweight and heavyweight rowers. **Journal of Clinical Sport Psychology**, v. 12, n. 4, p. 630-646, 2018. DOI: 10.1123/jcsp.2016-0042

MAH, Cheri D. *et al.* Poor sleep quality and insufficient sleep of a collegiate student-athlete population. **Sleep Health**, v. 4, n. 3, p. 251-257, 2018. DOI: 10.1016/j.sleh.2018.02.005.

MATHISEN, Therese. F.; SUNDGOT-BORGEN, Jorunn. Mental Health Symptoms Related to Body Shape Idealization in Female Fitness Physique Athletes. **Sports**, v. 7, n. 11, p. 236, 2019. DOI: 10.3390/sports7110236.

MCDUFF David *et al.* Recreational and ergogenic substance use and substance use disorders in elite athletes: A narrative review. **British Journal of Sports Medicine**, v. 53, n. 12, p. 754-760, 2019. DOI: 10.1136/bjsports-2019-100669.

MEIRA, Tatiana de Barros; BASTOS, Flávia da Cunha; BÖHME, Maria Tereza Silveira. Análise da estrutura organizacional do esporte de rendimento no Brasil: um estudo preliminar. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte,** v. 26, n. 2, p. 251-262, 2012. DOI: 10.1590/S1807-55092012000200008.

MENON, Ranjit. Sports psychiatry--the lack of an Australian narrative. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 50, n. 3, p.197-198, 2016. DOI: 10.1177/0004867415609422.

MOESCH, Karin *et al.* FEPSAC position statement: mental health disorders in elite athletes and models of service provision. **Psychology of Sport and Exercise**, v. 38, p. 61-71, 2018. DOI: 10.1016/j.psychsport.2018.05.013

MOHER, David *et al*. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. **PLoS Medicine**, v. 6, n. 7, p. e1000097, 2009. DOI: 10.1371/journal.pmed.1000097.

NEAL, Timothy L. *et al.* Inter-association recommendations for developing a plan to recognize and refer student-athletes with psychological concerns at the collegiate level: An executive summary of a consensus statement. **Journal of Athletic Training**, v. 48, n. 5, p. 716–720, 2013. DOI: 10.4085/1062-6050-48.4.13

NEWMAN, Hannah; HOWELLS, Karen; FLETCHER, David. The dark side of top level sport: an autobiographic study of depressive experiences in elite sport performers. **Frontiers in Psychology**, v. 7, n. 7, p.868, 2016. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.00868.

NIXDORF, Insa *et al.* Prevalence of depressive symptoms and correlating variables among German elite athletes. **Journal of Clinical Sport Psychology,** v. 7, n. 4, p. 313-326, 2013. DOI: 10.1123/jcsp.7.4.313.

PARLEBAS, Pierre. **Elementos de sociología del deporte**. Andalucia: Junta de Andalucia, 1988.

PARLEBAS, Pierre. **Juego deporte y sociedad. Léxico de praxiología motriz**. Barcelona: Paidotribo, 2001.

PEREIRA, Maurício Gomes Pereira; GALVÃO, Taís. Etapas de busca e seleção de artigos em revisões sistemáticas da literatura. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, v. 23, n. 2, p. 369-371, 2014.

PLATEAU, Carolyn *et al.* Female athlete experiences of seeking and receiving treatment for an eating disorder. **Eating Disorders**, v. 25, n. 3, p. 273-277, 2017. DOI: 10.1080/10640266.2016.1269551.

PRINZ, Birgit; DVOŘÁK, Jiři; JUNGE, Astrid. Symptoms and risk factors of depression during and after the football career of elite female players. **BMJ Open Sport & Exercise Medicine**, v. 2, n. 1, p. e000124, 2016. DOI: 10.1136/bmjsem-2016-000124.

PROCTOR, Steven; BOAN-LENZO, Candace. Prevalence of depressive symptoms in male intercollegiate student-athletes and nonathletes. **Journal of Clinical Sport Psychology,** v. 4, n.3, p. 204–220, 2010. DOI: 10.1123/jcsp.4.3.204.

PURCELL, Rosemary; GWYTHER, Kate; RICE, Simon. Mental health in elite athletes: increased awareness requires an early intervention framework to respond to athlete needs. **Sports Medicine – Open,** v. 5**,** n. 46, p. 1-8, 2019. DOI: 10.1186/s40798-019-0220-1.

REARDON, Claudia. Psychiatric comorbidities in sports. **Neurologic Clinics**, v. 35, n. 3, p. 537-546, 2017. DOI: 10.1016/j.ncl.2017.03.007.

REARDON, Claudia; FACTOR, Robert. Sport psychiatry: a systematic review of diagnosis and medical treatment of mental illness in athletes. **Sports Medicine,** v. 40, n. 11, p. 961-980, 2010. DOI: 10.2165/11536580-000000000-00000.

REARDON, Claudia *et al.* Mental health in elite athletes: International Olympic Committee consensus statement. **British Journal of Sports Medicine**, v. 53, p. 667-699, 2019. DOI: 10.1136/bjsports-2019-100715.

RICE, Simon *et al.* Determinants of anxiety in elite athletes: a systematic review and meta-analysis. **British Journal of Sports Medicine**, v. 53, n. 11, p. 722-730, 2019. DOI: 10.1136/bjsports-2019-100620.

RICE, Simon *et al.* The mental health of elite athletes: A narrative systematic review. **Sports Medicine,** v. 46, n. 9, p. 1333-1353, 2016. DOI: 10.1007/s40279-016-0492-2.

RIERA, Joan. **Fundamentos del aprendizaje deportivo**. Barcelona: INDE, 1989.

SCHAAL, Karine *et al.* Psychological balance in high level athletes: Gender-based differences and sport-specific patterns**. PLoS ONE**, v. 6, n. 5, p. e19007, 2011. DOI: 10.1371/journal.pone.0019007.

SMITH, Aynsley; MILLINER, Eric. Injured athletes and the risk of suicide. **Journal of Athletic Training,** v. 29, n. 4, p. 337-341, 1994. PMID: **16558297.** PMCID: PMC1317809

SOUTER, Gary; LEWIS, Robin; SERRANT, Laura. Men, mental health and elite sport: a narrative review. **Sports Medicine – Open,** v. 4**,** n. 57, 2018. DOI: 10.1186/s40798-018-0175-7.

STILLMAN, Mark *et al.* Psychotherapy for mental health symptoms and disorders in elite athletes: a narrative review. **British Journal of Sports Medicine**, v. 53**,** n. 12, p. 767-771, 2019. DOI: 10.1136/bjsports-2019-100654.

STRÖHLE, Andreas. Sports psychiatry: mental health and mental disorders in athletes and exercise treatment of mental disorders. **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience**, v. 269, n. 5, p. 485-498, 2019. DOI: 10.1007/s00406-018-0891-5.

WERNER, Peter; ALMOND, Len. Models of games education. **Journal of Physical Education, Recreation and Dance**, v. 61, n. 4, p.23-30, 1990. DOI: 10.1080/07303084.1990.10606501.

WHO. **Depression and other common mental disorders.** Geneva: Global Health Estimates, 2017. p. 1-24.

WOLANIN, Andrew; GROSS, Michael; HONG, Eugene. Depression in athletes: prevalence and risk factors. **Current Sports Medicine Reports**, v. 14, n. 1, p. 56-60, 2015. DOI: 10.1249/JSR.0000000000000123.

YANG, Jingzhen *et al.* Prevalence of and risk factors associated with symptoms of depression in competitive collegiate student athletes. **Clinical Journal of Sport Medicine,** v. 17, n. 6, p. 481-487, 2007. DOI: 10.1097/JSM.0b013e31815aed6b.

MOVIMENTO
ISSN: 1982-8918

Abstract: Studies on the mental health of elite athletes have been growing internationally. However, Brazilian contribution to this theme is still limited. This systematic review aims to map the studies on the mental health of elite athletes, following the PRISMA guidelines for systematic reviews. We found an increase in the number of publications in the last five years, with a predominance of publications by authors from English-speaking countries (USA, England/UK and Australia) focusing mainly on the most common mental disorders (anxiety, depression, sleep disorder, use of alcohol). We found that elite athletes have similar or higher rates of mental disorders than the general population. Team sports and athletic individual sports appear as the most investigated. This study advances the debate on mental health in elite athletes and draws the attention of Brazilian researchers, managers and psychologists to this theme.

Keywords: Review Literature as topic. Sport Psychology. Mental health.

Resumen: Los estudios sobre la salud mental de los deportistas de alto rendimiento han aumentado a nivel internacional, pero la producción nacional aún es limitada. Esta revisión sistemática tiene como objetivo mapear la producción de conocimiento sobre la salud mental de esos atletas siguiendo la directriz PRISMA para revisiones sistemáticas. Encontramos un aumento en el número de publicaciones en los últimos cinco años, donde predominan publicaciones de autores de países de lengua inglesa (EE.UU., Inglaterra/Reino Unido y Australia) centradas principalmente en los trastornos mentales más comunes (ansiedad, depresión, desorden del sueño, consumo de alcohol). Encontramos que los atletas de élite presentan tasas similares o más elevadas de trastornos mentales que la población en general. El deporte colectivo de invasión y el deporte individual de marca aparecen como los más investigados. Este estudio avanza en el debate sobre la salud mental en deportistas de alto rendimiento y llama la atención de investigadores, gestores y psicólogos brasileños sobre este tema.

Palabras clave: Literatura de revisión como asunto. Psicología del Deporte. Salud mental.

MOVIMENTO
ISSN: 1982-8918

LICENÇA DE USO

Este é um artigo publicado em acesso aberto (*Open Access*) sob a licença *Creative Commons* Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0), que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o trabalho original seja corretamente citado. Mais informações em: https://creativecommons.org/licenses/by/4.0

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declararam que não existe nenhum conflito de interesses neste trabalho.

CONTRIBUIÇÕES AUTORAIS

Alexandre Conttato Colagrai: definição do projeto de pesquisa, coleta dos dados, tratamento dos dados, discussão dos resultados e escrita do manuscrito.

Júlia Barreira: tratamento dos dados, discussão dos resultados e escrita do manuscrito.

Fernanda Tartalha Nascimento: coleta dos dados, tratamento dos dados.

Paula Teixeira Fernandes: definição do projeto de pesquisa, coleta dos dados, tratamento dos dados, discussão dos resultados e escrita do manuscrito.

FINANCIAMENTO

O presente trabalho foi realizado sem o apoio de fontes financiadoras.

ÉTICA DE PESQUISA

Essa revisão de literatura é baseada em estudos anteriores e não envolve coleta de dados com seres humanos

COMO REFERENCIAR

COLAGRAI, Alexandre Conttato; BARREIRA, Júlia; NASCIMENTO, Fernanda Tartalha; FERNANDES, Paula Teixeira. Saúde e transtorno mental no atleta de alto rendimento: mapeamento dos artigos científicos internacionais. **Movimento,** v.28, p. e28008, jan./dez. 2022. DOI: https://doi.org/10.22456/1982-8918.118845. Disponível em: https://seer.ufrgs.br/Movimento/article/view/118845. Acesso em: [dia] [mês abreviado]. [ano].

RESPONSABILIDADE EDITORIAL

Alex Branco Fraga*, Elisandro Schultz Wittizorecki*, Ivone Job*, Mauro Myskiw*, Raquel da Silveira*

*Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança, Porto Alegre, RS, Brasil.

CAPÍTULO 2

SAÚDE MENTAL NO ATLETA DE ELITE: REVISÃO SISTEMÁTICA DE ESTUDOS NACIONAIS E INTERNACIONAIS

Alexandre Conttato Colagrai
Fernanda Tartalha Nascimento
Paula Teixeira Fernandes

Publicado na Revista Brasileira de Psicologia do Esporte[2]
v. 11, n° 3, 2021, Doi10.31501/rbpe.v11i3

[2] Esta revista oferece acesso livre imediato ao seu conteúdo, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico ao público proporciona maior democratização mundial do conhecimento. https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rbpe/about

Saúde mental no atleta de elite: revisão sistemática de estudos nacionais e internacionais

Alexandre Conttato Colagrai,
Fernanda Tartalha Nascimento,
Paula Teixeira Fernandes

Resumo

O objetivo desse estudo é, a partir de uma revisão sistemática, investigar os principais transtornos relacionados à saúde mental de atletas de elite. A busca por artigos científicos foi realizada nas bases PubMed, SportDiscuss, Psycoinfo e Scielo, onde foram encontrados 1098 artigos que passaram por um processo de análise. Os 179 artigos incluídos nessa revisão mostraram que para compreender a saúde mental, os estudos focam nos transtornos, sendo os considerados comuns (depressão, ansiedade, distúrbio do sono, uso de álcool e outras drogas) somado ao transtorno alimentar, os mais pesquisados. Atletas de elite apresentam taxas desses transtornos semelhantes às da população em geral, porém com relação ao distúrbio do sono e transtornos alimentares, a taxa é mais elevada, em especial no transtorno alimentar no caso das atletas mulheres. Essa revisão chama a atenção de profissionais do esporte para a elevada prevalência de transtornos mentais em atletas de elite

Palavras-chave: Saúde Mental; Esporte; Atleta de Elite; Psicologia do Esporte.

Mental health in elite athlete: systematic review of national and international studies

Alexandre Conttato Colagrai, Fernanda Tartalha Nascimento, Paula Teixeira Fernandes

Abstract

The aim of this study was to investigate the main disorders related to mental health in elite athletes using a systematic review. The search for scientific articles was carried out in PubMed, SportDiscuss, Psycoinfo and Scielo, where 1098 articles were found and underwent an analysis process. The 179 articles included in this review showed that to understand mental health, studies focus on the common mental disorders such as depression, anxiety, sleep disorders, use of alcohol and other drugs. Elite athletes present rates of these disorders similar to those of the general population, but with regard to sleep disorders and eating disorders, the rate is higher, especially eating disorders for female athletes. This review draws the attention of sports professionals to the high prevalence of mental disorders in elite athletes.

Keywords: Mental health; Sport; Elite Athlete; Sport Psychology.

Salud mental en atleta de élite: revisión sistemática de estudios nacionales e internacionales

Alexandre Conttato Colagrai, Fernanda Tartalha Nascimento, Paula Teixeira Fernandes

Resumen

El objetivo de este estudio es, a partir de una revisión sistemática, investigar los principales trastornos relacionados con la salud mental en deportistas de élite. La búsqueda de artículos científicos se realizó en PubMed, SportDiscuss, Psycoinfo y Scielo, donde se encontraron 1098 artículos que pasaron por un proceso de análisis. Los 179 artículos incluidos en esta revisión mostraron que para comprender la salud mental, los estudios se enfocan en los trastornos, siendo los transtornos comunes (depresión, ansiedad, trastornos del sueño, uso de alcohol y otras drogas) y trastornos alimentarios los más investigados. Los deportistas de élite presentan tasas similares a las de la población general, pero en cuanto a los trastornos del sueño y los trastornos de la alimentación la tasa es superior. Esta revisión llama la atención de los profesionales del deporte sobre la alta prevalencia de trastornos mentales en deportistas de élite.

Palabras-clave: Salud mental; Deporte; Atleta de élite; Psicología del deporte.

Introdução

As pesquisas na área de saúde mental em atletas de elite têm aumentado ao longo dos últimos anos (Colagrai et al., 2022; Chang et al. 2020; Gouttebarge et al. 2019; Reardon et al. 2019), entretanto elas ainda são realizadas em menor escala quando comparamos aos estudos sobre treinamento físico, técnico, tático, saúde física (lesões), indicando a necessidade de mais investigações na área (Rice et al., 2019). As demandas do esporte de elite como vida fora de casa, ausência de uma rede social de apoio íntima e afetiva, pressão interna e externa para alcançar resultados, restrições alimentares, uso de substâncias para melhorar o desempenho, lesões, *overtraining* e *burnout* podem produzir um elevado nível de estresse e, consequentemente, afetar a saúde mental dos atletas de elite (Gouttebarge et al., 2019; Gulliver, Griffiths, Mackinnon, Batterham & Stanimirovic, 2015; Rice et al., 2019; Reardon et al., 2019). Sendo o esporte de elite uma prioridade nos investimentos governamentais e privados (De Bosscher, Bingham, Shibli, Bottenburg & Knop, 2007), ele deveria abranger a preocupação com a saúde do atleta de forma completa.

Os fatores de estresse relacionados ao esporte quando somado aos fatores de risco pré-existentes como, genética, transtornos de personalidade, histórico de doenças mentais na pessoa e na família, uso de drogas e álcool, abuso sexual na infância e estressores psicossociais da vida cotidiana (luto por exemplo) funcionam como combustível para a manifestação de transtornos mentais como: ansiedade, depressão, tentativas de suicídio, transtornos alimentares, transtorno compulsivo obsessivo e transtorno bipolar (Chang et al., 2020; Doherty et al., 2016; Lebrun et al., 2018; Reardon, 2017; Reardon et al., 2019; Rice et al., 2019; Souter et al., 2018). Com isso, é importante enfatizar que o esporte, como atividade humana, também apresenta conflitos psicológicos pouco divulgados (Reardon et al., 2019).

O transtorno mental é caracterizado pela alteração da saúde mental da pessoa, podendo se manifestar de diversas formas, em especial com a depressão e ansiedade, tidos como os transtornos mais comuns (DSM-5, 2014; World Health Organization, 2017). A prevalência de Transtorno Depressivo Maior chega a 15% em atletas alemães (Nixdorf, Frank, Hautzinger & Beckmann, 2013) e 68% em nadadores de elite do Canadá (Hammond, Gialloreto, Kubas & Hap Davis, 2013). Atletas australianos de elite (críquete, futebol, *hokey*, *netball*, remo, polo aquático, vela, *softball)* de 18 a 25 anos, tiveram taxas de 46,6% de transtorno depressivo, o que é semelhante à população australiana não atleta e, em alguns casos, até superiores (Gulliver et al., 2015). Os transtornos de ansiedade também existem em atletas de elite, em especial sendo iniciados pela ansiedade competitiva na busca por resultados, e na Austrália, 7,1% dos atletas preenchiam os critérios para Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), e 4,5% para transtorno do pânico (Gulliver et al., 2015).

Pesquisas sobre a saúde mental de atletas de elite são desafiadoras devido ao estigma e outras barreiras que cercam o tema. Dessa maneira, o atleta pode recusar-se a entrar em contato com seus sentimentos ou negar o problema devido à cultura esportiva que vincula esses aspectos à franqueza. Essa mesma cultura, ao negligenciar os transtornos mentais ao longo da vida, pode permitir que o atleta chegue ao suicídio (Biggin, Burns & Uphill, 2017). Embora existam esforços para disseminar pesquisas sobre a saúde mental no esporte, alguns órgãos do governo e clubes ainda não reconhecem a sua

importância (Rice et al., 2019). Com isso, é fundamental ampliar o conhecimento e as perspectivas sobre o tema, contribuindo para sua disseminação, prevenção e tratamento.

Neste sentido, esta revisão sistemática nos convida a olhar com profundidade para os transtornos mentais de atletas de elite, o reconhecendo como um ser humano que sofre pressões internas e externas para alcançar resultados, e que pode estar em sofrimento psicológico. A visão de saúde *versus* doença precisa ser discutida para que os tabus sobre o tema sejam desmitificados. Assim, este artigo tem como objetivo investigar os transtornos relacionados à saúde mental e sua prevalência em atletas de elite.

Métodos

Amostra

Este estudo identificou, organizou e sistematizou as pesquisas já realizadas sobre o tema Saúde Mental no Esporte de Elite seguindo o protocolo PRISMA para elaboração de revisões sistemáticas (Moher, Liberati, Tetzlaff & Altman, 2009). Dessa forma, nos propusemos a responder à pergunta de pesquisa: quais são os principais transtornos de saúde mental explorados pela literatura científica e qual a sua prevalência no esporte de elite?

Instrumentos

Para isso, utilizamos os descritores "esporte", "atleta", "saúde mental", utilizados em português, inglês e espanhol, após consulta da terminologia padronizada dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). A estratégia de busca nas bases de dados foram: "Saúde Mental" AND "Esporte" AND "Atleta; "*Mental Health*" AND "*Sport*" AND "*Athlete*"; "*Salud Mental*" AND "Deporte" AND "Atleta". A busca pelos artigos foi realizada nas seguintes bases de dados: *PubMed*, SPORT *Discuss, PsycINFO* e *Scielo*. Consideramos os estudos publicados apenas em revistas científicas com revisão pelos pares. A pesquisa foi realizada entre 12 de outubro de 2019 ao dia 31 de dezembro de 2019, e não utilizamos o ano de publicação dos artigos como critério de inclusão ou exclusão, e nem tipos de pesquisa, permitindo assim a inclusão de diversas formas de coleta de dados.

Procedimentos

Foram considerados atletas de elite aqueles que comprometem sua carga horária diária e semanal a treinamentos, com o objetivo de melhorar o desempenho para a obtenção de títulos de forma profissional em nível nacional, internacional, olímpico ou universitário (Reardon et al., 2019). Os atletas de nível universitário foram considerados, porém, apenas os que disputam os campeonatos da primeira divisão da NCAA (National College American Association), pelo elevado nível competitivo deste segmento, sendo uma passagem direta para o esporte profissional americano.

Foram descartados estudos que apenas citaram o termo saúde mental no texto, sem buscar uma avaliação aprofundada através de instrumentos; estudos que interpretavam o esporte como exercício físico; estudos sobre

avaliação de instrumentos de coleta de dados; estudos com foco na força mental sendo apresentados como saúde mental; esporte paralímpico; atleta amador.

Análise de Dados

A seleção dos estudos foi concluída em etapas (Figura 1). Primeiro, os títulos e resumos foram selecionados por um pesquisador, que removeu os trabalhos duplicados. Em seguida, todos os resumos foram analisados por três pesquisadores de forma independente para avaliar sua elegibilidade ou não. Posteriormente, os trabalhos selecionados foram lidos na íntegra e suas informações tabuladas em uma planilha de acordo com subáreas: a) nível de atleta/ competição (nacional, internacional/olímpico, universitário); b) tipo do estudo (revisões sistemática, integrativa, narrativa, meta-análise, dados primários quantitativos, dados primários qualitativos, dados secundários, relatos, editoriais, consenso de autores); d) transtornos ou tema principal do estudo; e) instrumentos utilizados para coleta de dados; j) tipo de esporte; k) tamanho da amostra; m) comparação entre atleta e não atleta; n) sexo; o) principais considerações do estudo. Os artigos que apresentaram divergências de opiniões, foram para a segunda rodada de análise entre os três pesquisadores seguindo os mesmos processos e critérios.

Em seguida, dentre os artigos finais escolhidos, os autores analisaram os títulos das referências bibliográfica citadas nesses estudos, objetivando encontrar artigos que não foram detectados durante a revisão nas bases de dados. Esses novos trabalhos passaram pelo mesmo processo e critério de análise dos artigos.

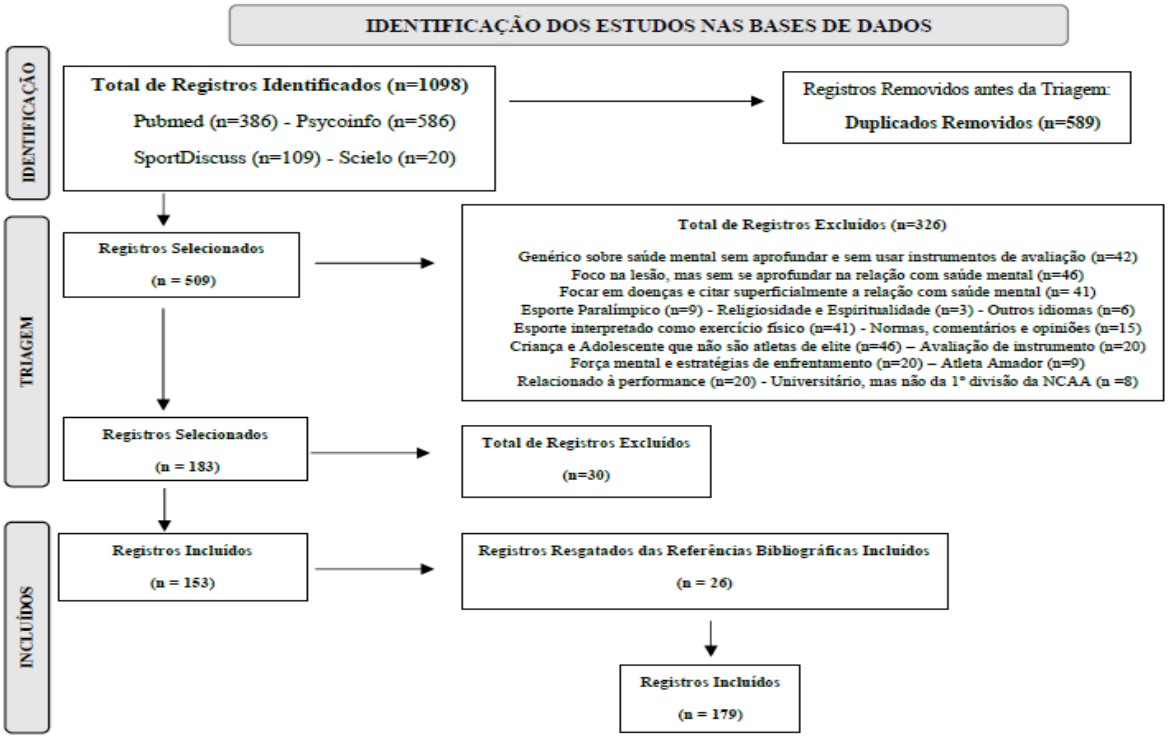


Figura 1. Fluxograma dos artigos selecionados para análise

Resultados

O resultado mostrou que quando se pretende compreender a saúde mental de atletas de elite, os estudos focam na compreensão dos transtornos através de instrumentos específicos. Os transtornos depressivos (24%), transtornos de ansiedade (16%), transtornos alimentares (7%), abuso de uso de álcool e outras drogas (6%), distúrbio do sono (6%), foram os transtornos mentais mais pesquisados e, portanto, serão abordados nessa revisão (Ver Quadro 1).

Verificamos que, de forma geral, atletas de elite apresentam taxas de depressão, ansiedade e uso de álcool semelhantes às da população. Já em relação ao distúrbio do sono e transtornos alimentares, a taxa é mais elevada em atletas de elite. Atletas mulheres apresentaram taxas mais elevadas de sintomas de transtornos mentais em relação aos homens, os quais tiveram taxas mais elevadas do que elas apenas com relação ao uso de álcool e outras drogas (Åkesdotter et al., 2019; Gouttebarge et al, 2019; Reardon et al, 2019; Rice et al. 2019). Outros distúrbios como bipolaridade, TDAH, Transtorno Obssessivo-Compulsivo e Transtorno Pós-traumático também foram investigados, porém receberam menor atenção da literatura científica (Reardon et al, 2019).

Quadro 1. Transtornos mentais mais pesquisados

Transtorno	Incidência em atletas	Gênero	Modalidade	Principais fatores desencadeadores	Referências
Depressão	4 a 68%	Maior em mulheres	Maior em esportes de habilidades motoras estéticas ou finas	Lesões	Hammond et al. (2013); Schaal et al. (2011); Reardon et al. (2019)
Ansiedade	6 a 14%	Maior em mulheres	Maior em esportes estéticos	Resultados negativos de desempenho Lesões	Du Preez et al. (2017); Reardon et al. (2019)
Transtorno alimentar	0 a 45%	Maior em mulheres	Maior em modalidades estéticas, de resistência e de peso como caráter classificatório	Pressão para controlar a dieta e o peso	Branland-Sanda et al. (2013); Reardon et al. (2019)
Abuso de álcool e outras drogas	6 a 68%	Maior em homens	Maior em modalidades coletivas	Estresse Sociabilidade	Du Preez et al. (2017); Reardon et al. (2019)
Distúrbio do Sono	49 a 64%	-	-	Dormir fora de casa Ansiedade	Drew et al. (2018); Juliff et al. (2019); Reardon et al. (2019)

Discussão

Transtorno Depressivo

O tema mais pesquisado entre os estudos analisados foi a depressão. Os atletas de elite apresentam taxas semelhante à da população em geral, e podem até estar mais predispostos ao desenvolvimento de sintomas pelo fato de o esporte de elite gerar estresse de forma elevada (Doherty, Hannigan & Campbell, 2016; Lebrun, MacNamara, Rodgers & Collins, 2018; Reardon, 2017; Souter, Lewis & Serrant, 2018). Isso porque a cultura esportiva promove pressão interna e externa para alcançar resultados, desenvolvendo assim uma elevada identidade atlética, e expõe o desempenho do atleta publicamente, o que faz com que ele tenha medo do fracasso, sofra com lesões graves, tenha uma aposentadoria precoce, enfrente estresse com rescisões de contratos, entre outros fatores (Chang et al., 2020; Doherty et al., 2016; Lebrun et al., 2018; Reardon, 2017; Souter et al., 2018).

Atletas de elite parecem responder à depressão, em determinados casos, focando mais na sua prática esportiva, como forma de esquivar-se de seu sofrimento interno, entregando-se totalmente ao esporte como forma de fuga. Porém, nestas situações, quando o atleta fracassa, se lesiona de forma grave ou se aposenta de precocemente, a depressão pode se manifestar de forma mais intensa, pois o que não foi trabalhado anteriormente poderá se tornar agudo (Doherty et al., 2016; Lebrun et al., 2018; Reardon, 2017; Souter et al., 2018).

As lesões por exemplo, podem aumentar os sintomas depressivos chegando a 80% das causas do desenvolvimento destes sintomas (Gouttebarge, Frings-Dresen & Sluiter, 2015; Gulliver et al. 2015; Losty et al., 2019; Mackinnon et al., 2019; Souter et al., 2018). Atletas mulheres apresentam mais sintomas de depressão em comparação aos homens (Åkesdotter, Kenttä, Eloranta & Franck, 2019; Hammond et al., 2013; Junge & Prinz, 2019; Junge & Feddermann-Demont, 2016; Reardon et al., 2019), porém, os motivos que estimulam esta discrepância ainda não são claros.

Atletas de esportes de habilidades motoras estéticas ou finas correm maior risco de experimentar sintomas depressivos em comparação com aqueles que participavam de esportes de bola em equipe (Reardon et al., 2019; Schaal et al., 2011). A aposentadoria pode ser motivo gerador de estresse e de sintomas depressivos, em especial quando ocorre de forma não planejada e por motivos externos – como lesão (Gouttebarge et al., 2015).

Transtorno de Ansiedade

Sobre a ansiedade, quando é relacionada apenas à competição, certamente não deve ser confundida com ansiedade patológica. No entanto, tem sido especulado que um tipo de ansiedade pode evoluir para outra, principalmente em atletas com traços perfeccionistas de forma negativa, em que sua autoestima é amplamente baseada em aspectos externos para avaliar sua competência e sucesso (Schaal et al., 2011).

Altas taxas de ansiedade estão associadas a resultados negativos de desempenho (Rice et al., 2019). O transtorno de ansiedade generalizada (TAG), é o tipo de ansiedade mais prevalente entre atletas de elite (Gulliver

et al., 2015; Junge & Prinz, 2019; Rice et al., 2019; Schaal et al., 2011), sendo que suas maiores taxas aparecem em esportes estéticos, de controle de peso e de avaliação externa (jurados) (Rice et al., 2019; Schaal et al., 2011). A lesão também pode prever sintomas de TAG, assim como altas taxas de ansiedade podem prever lesões, sendo que atletas lesionados relatam sintomas mais graves de TAG (Losty et al., 2019). Apesar das pressões inerentes ao esporte de elite, a prevalência de TAG em atletas não parece maior do que na população em geral (Losty et al., 2019).

A ansiedade social é comum para os atletas jovens devido ao nível de exposição ao público durante competições em que são submetidos a uma elevada avaliação social (Gulliver et al., 2015; Junge & Feddermann-Demont, 2016; Reardon et al., 2019; Rice et al., 2019; Schaal et al., 2011). As atletas mulheres apresentam taxas mais elevadas de ansiedade em comparação com atletas homens (Åkesdotter et al., 2019; Gulliver et al., 2015; Junge & Prinz, 2019; Rice et al., 2019; Schaal et al., 2011). A maioria dos homens com diagnóstico de TAG não apresentam outros transtornos de ansiedade, enquanto as atletas geralmente são diagnosticadas concomitantemente com outros transtornos como: transtorno obsessivo compulsivo (TOC), agorafobia, transtorno do pânico (Åkesdotter et al., 2019; Gulliver et al., 2015; Junge & Prinz, 2019; Rice et al., 2019; Schaal et al., 2011).

Transtorno Alimentar

Existe maior risco para o desenvolvimento de transtorno alimentar (TA) em atletas de elite quando comparados à população não atleta, sendo que anorexia nervosa, bulimia nervosa e compulsão alimentar periódica são os TAs mais comuns em atletas de elite, com as mulheres apresentando maior risco de desenvolvê-los (Junge & Feddermann-Demont, 2016; Reardon et al., 2019).

Diversos esportes estão associados com elevada prevalência de TAs, incluindo: esportes estéticos (nado sincronizado, culturismo, ginástica artística, ginástica rítmica, ginástica de trampolim, patinação, salto ornamental, entre outros), nos quais a pontuação é influenciada pela forma do corpo; esportes em que a gordura corporal baixa é vantajosa (remo, culturismo, ginástica artística, ginástica rítmica, jokey, natação de curta distância, atletismo, nas provas de corrida e de saltos, entre outros); esportes de resistência (corridas, maratonas, provas de ciclismo, natação de longa distância, triátlon, entre outros); esportes em que há a necessidade de alcançar um certo peso para a competição (lutas de forma geral) (Souter et al., 2018). Ser jovem, mulher, competir em esportes estéticos ou naqueles em que a baixa gordura corporal é fundamental, é uma combinação de alto risco para o desenvolvimento de sintomas de TA (Gulliver et al., 2015; Schaal et al., 2011).

Os critérios diagnósticos do DSM-5 (2014) (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) para identificar sintomas de TAs podem ser difíceis de aplicar em atletas de elite, pois comportamentos críticos para um transtorno em qualquer situação são permitidos e esperado na cultura esportiva (Hainline & Reardon, 2019; Reardon et al., 2019). Atletas com TA geralmente apresentam baixa autoestima, insatisfação corporal, sentimentos de ineficácia, comportamento perfeccionista, sensação de perda de controle,

tendo maior prevalência de comorbidades, como depressão, ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e abuso de substâncias (Helms, Prnjak & Linardon, 2019; Schaal et al., 2011).

A atenção para identificar sintomas de TA deve focar nos fatores de risco mais ameaçadores: 1) pressão para controlar a dieta e o peso, pois este é o principal gatilho para desenvolver sintomas; 2) perda de peso inexplicada ou não programada; 3) pressão para aumentar o desempenho; 3) aspectos socioculturais direcionados à mídia e avaliações externas; 4) ênfase na aparência de magreza; 5) comportamentos de esquiva; 6) insatisfação corporal; 7) predisposição do atleta devido à sua personalidade perfeccionista; 8) baixos níveis de energia (Hill, MacNamara, Collins & Rodgers, 2016).

Abuso de álcool e outras drogas

A prevalência do uso de substâncias entre atletas de elite varia significativamente de acordo com tipo de substância, modalidade esportiva, período de uso (temporada versus fora de temporada), idade, nível de competição, gênero, país, orientação sexual ou etnia (Reardon et al., 2019; Rice et al. 2019). Atletas usam substâncias por diversos motivos, tais como: prazer, socialização, aumento da autoestima, melhora da confiança, aumento da atenção, maior da energia, controle do estresse, redução da ansiedade, alívio da dor, melhora do rendimento (força, resistência, concentração e tempo de reação), aumento do transporte de oxigênio no sangue, redução da fadiga, recuperação de exercícios e lesões, redução do tédio e entre outros (Mcduff, Stull, Castaldelli-Maia & Hitchcock, 2019; Reardon et al., 2019; Souter et al., 2018).

Os esportes com as maiores taxas de uso de substâncias para atletas homens são: lacrosse, hóquei no gelo, futebol, rugby, beisebol, futebol, luta livre, levantamento de peso, esqui, biatlon, bobsleigh e natação. Para as mulheres são: hóquei no gelo, ginástica, lacrosse, softbol, natação e remo, sendo mais comum entre atletas de esportes de equipe do que outros esportes (Reardon et al., 2019; Souter et al., 2018).

O álcool é utilizado pelos atletas em taxas semelhantes aos da população em geral e de forma mais elevada no período entre temporadas, sendo a substância mais utilizada entre atletas de elite (Åkesdotter et al., 2019; Gouttebarge et al., 2019), Em segundo lugar está a maconha, em especial entre atletas homens (Mcduff et al., 2019; Reardon, 2017; Rice et al., 2019; Schaal et al., 2011; Souter et al., 2018).

Distúrbio do Sono

Distúrbios do sono acontecem em maior prevalência em atletas de elite em comparação com ex-atletas, sendo que em ambos os grupos acontecem de maneira mais frequente do que na população em geral (Gouttebarge et al., 2019; Schaal et al., 2011). A insônia é o distúrbio mais comum e parece estar associada à ansiedade, tornando-se mais evidente quando os atletas estão dormindo fora de casa (Hill et al., 2016; Reardon et al., 2019). Importante ressaltar que os distúrbios do sono comprometem o rendimento e a recuperação do esforço (Kroshus, Wagner, Wyrick & Athey, 2019). Podem também gerar prejuízos significativos para os atletas, como:

aumento da percepção de dor, redução da tolerância à execução de tarefas, diminuição da função cognitiva e motora, decréscimo do tempo de reação aos estímulos e risco aumentado de se lesionar (Pujalte & Benjamin, 2018).

Considerações finais

Essa revisão sistemática forneceu um amplo panorama dos estudos realizados sobre saúde mental e atletas de elite abrangendo trabalhos de diversos formatos (revisões, dados primários, dados secundários, relatos, editoriais, consenso de autores) e em diferentes idiomas (inglês, espanhol e português). Ao buscar compreender a saúde mental de atletas de elite, a maioria dos estudos utilizou instrumentos específicos para avaliar os transtornos mentais dos participantes. Entre os transtornos mais investigados, encontramos os depressivos, de ansiedade, alimentares, abuso de uso de álcool e outras drogas, e distúrbio do sono.

Verificamos que, de forma geral, atletas de elite apresentam taxas de depressão, de ansiedade e uso de álcool semelhantes às da população. O distúrbio do sono e os transtornos alimentares chamam a atenção de profissionais da saúde uma vez que sua incidência em atletas de elite é mais elevada do que na população. Em relação ao gênero dos atletas, mulheres apresentaram taxas mais elevadas de sintomas de transtornos mentais. Já os homens apresentaram taxas mais elevadas de uso de álcool e outras drogas.

Em relação a coleta dos dados, notamos que instrumentos específicos para analisar a saúde mental no esporte de elite são escassos e aqueles utilizados são os mesmos para a população comum em geral, sendo na sua maioria de autorrelato. Diante do exposto, este estudo amplia o olhar sobre o tema, enfatizando a necessidade: i) de mais investigações sobre o tema; ii) da construção de instrumentos para compreensão da saúde mental para a realidade do atleta de elite; iii) da construção de instrumentos que considerem os fatores operantes de saúde mental (estratégias de enfrentamento de estresse, resiliência, autoestima, autoconfiança, entre outros). Esses avanços possibilitariam uma abordagem mais preventiva e positiva do tema.

Referências

Åkesdotter, C., Kenttä, G., Eloranta, S. & Franck, J. (2019) The prevalence of mental health problems in elite athletes. *Journal of Science and Medicine in Sport*, *23*(4), 329–335.

Biggin, I. J. R., Burns, J. H. & Uphill, M. (2017) An investigation of athletes' and coaches' perceptions of mental ill-health in elite athletes. *Journal of Clinical Sport Psychology*, *11*(2), 126–147.

Chang, C., Putukian, M., Aerni, G., Diamond, A., Hong, G., Ingram, Y. et al. (2020) Mental health issues and psychological factors in athletes: detection, management, effect on performance and prevention: American Medical Society for Sports Medicine Position Statement-Executive Summary. British Journal of Sports Medicine, 54(4), 216-220.

Colagrai, A. C., Barreira, J., Nascimento, F. T., Fernandes, P. T. Saúde e Transtorno mental no atleta de alto rendimento: mapeamento dos artigos

científicos internacionais. (2022) *Movimento (Porto Alegre)*, 28.

De Bosscher, V., Bingham, J., Shibli, S., Bottenburg, M. V. & Knop, P. (2007) *Sports Policy factors Leading to International Sporting Success.* Oxford: Meyer & Meyer Sport (UK) Ltd. Sport, Culture & Society; v. 8.

Doherty, S., Hannigan, B. & Campbell, M. J. (2016) The experience of depression during the careers of elite male athletes. *Frontiers in Psychology*, *7*, 1–11.

DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5) (2014) American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais***:** tradução Maria Inês Corrêa Nascimento et al.; 5º Edição. Porto Alegre: Artmed.

Gouttebarge, V.; Castaldelli-Maia, J. M., Gorczynski, P., Hainline, B., Hitchcock, M. E., Kerkhoffs, G.M.M.J., et al. (2019) Occurrence of mental health symptoms and disorders in current and former elite athletes: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, *53*(11), 700–706.

Gouttebarge, V., Frings-Dresen, M. H. W. & Sluiter, J. K. (2015) Mental and psychosocial health among current and former professional footballers. *Occupational Medicine*, *65*(3), 190–196.

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.

Hainline, B. & Reardon, C. L. Breaking a taboo: Why the International Olympic Committee convened experts to develop a consensus statement on mental health in elite athletes (2019) *British Journal of Sports Medicine, 0*(0), 1-4.

Hammond, T., Gialloreto, C., Kubas, H. & Hap Davis, H. (2013) The prevalence of failure-based depression among elite athletes. *Clinical Journal of Sport Medicine, 23*(4), 273–277.

Helms, E. R., Prnjak, K. & Linardon, J. (2019) Towards a Sustainable Nutrition Paradigm in Physique Sport: A Narrative Review. *Sports, 7*(7), 172-182.

Hill, A., MacNamara, A., Collins, D. & Rodgers, S. (2016) Examining the role of mental health and clinical issues within talent development. *Frontiers in Psychology, 6*(1), 1–11.

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.

Junge, A. & Prinz, B. (2019) Depression and anxiety symptoms in 17 teams of female football players including 10 German first league teams. *British Journal of Sports Medicine, 53*(8), 471–477.

Kroshus, E., Wagner, J., Wyrick, D. L & Athey, A. (2019) Wake up call for collegiate athlete sleep: Narrative review and consensus recommendations from the NCAA Interassociation Task Force on Sleep and Wellness. *British Journal of Sports Medicine, 53*(12), 731–736.

Lebrun, F. MacNamara, A., Rodgers, S. & Collins, D. (2018) Learning from Elite Athletes' experience of depression. *Frontiers in Psychology, 9*(OCT), p. 1–11.

Losty, C., Warrington, G., McGoldrick, A., Murphy, C, Burrows, E. & Cullen, S. (2019) Mental health and wellbeing of jockeys. *Journal of Human Sport and Exercise, 14*(1), 147–158.

Mackinnon, A. L., Jackson, K., Kuznik, K., Turner, A., Hill, J., Davies, M.A.M. et al. (2019) Increased Risk of Musculoskeletal Disorders and Mental Health Problems in Retired Professional Jockeys: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Sports Medicine, 40*(11), 732–738.

Mcduff, D., Stull, T., Castaldelli-Maia, J.M. & Hitchcock, M. (2019) Recreational and ergogenic substance use and substance use disorders in elite athletes: A narrative review. *British Journal of Sports Medicine, 53*(12), 754–760.

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. & Altman, D.G. (2009) et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Medicine, 6*(7), e1000097.

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.

Pujalte, G. G. A. & Benjamin, H. J. (2018) Sleep and the athlete. *Current Sports Medicine Reports, 17*(4), 109–110.

Reardon, C. L., Hainline, B., Aron, C.M., Baron, D., Baum, A.L., Bindra, A., Budget, R. et al. (2019) Mental health in elite athletes: International Olympic Committee consensus statement (2019). *British Journal of Sports Medicine, 53*(11), 667–699.

Reardon, C. L. (2017) Psychiatric Comorbidities in Sports. *Neurologic Clinics, 35*(3), 537–546.

Rice, S. M., Gwyther, K., Santesteban-Echarri, O., Baron, D., Gorczynski, P., Gouttebarge, V. et al. (2019) Determinants of anxiety in elite athletes: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine, 53*(11), 722-730.

Schaal, K., Tafflet, M., Nassif, H., Thibault, V., Pichard, C., Alcotte, M. et al. (2011) Psychological balance in high level athletes: Gender-Based differences and sport-specific patterns. *PLoS ONE,* 6(5), 1-9.

Souter, G., Lewis, R. & Serrant, L. (2018) Men, Mental Health and Elite Sport: a Narrative Review. *Sports Medicine - Open, 4*(1), 1–8.

World Health Organization (2017) Depression and other common mental disorders. Global Health Estimates. Geneva. p. 1-24.

Sobre o autor

Alexandre Conttato Colagrai
Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP - FEF, Campinas (SP), Brasil

Fernanda Tartalha Nascimento
Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP - FEF, Campinas (SP), Brasil

Paula Teixeira Fernandes
Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP - FEF, Campinas (SP), Brasil

Contato

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA
Alexandre Conttato Colagrai
Avenida 22, número 2334, bloco 4 apto 433, bairro Jardim São Paulo, Rio Claro -SP - CEP 13503-050

TELEFONE

(019) 98380 4215

CAPÍTULO 3

THE PARADOX OF MENTAL HEALTH VERSUS MENTAL DISEASE IN ELITE ATHLETES: A SCOPING REVIEW

Alexandre Conttato Colagrai
Júlia Barreira
Fernanda Tartalha Nascimento
Paula Teixeira Fernandes

Publicado na Revista Motriz[3]
v. 28, 2022, e10220001722, Doi10.1590/S1980-6574202200001722

[3] A Revista Motriz é open access. https://www.scielo.br/j/motriz/

Motriz, Rio Claro, v. 28, 2022, e10220001722 *DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S1980-6574202200001722*

Mini-Review/Systematic Review

The paradox of mental health versus mental disease in elite athletes: a scoping review

Alexandre Conttato Colagrai[1], Júlia Barreira[1], Fernanda Tartalha Nascimento[1], Paula Teixeira Fernandes[1]

[1]*Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação Física, GEPEN, Campinas, SP, Brazil.*

Associate Editor: Angelina Zanesco. [1]Universidade Metropolitana de Santos, Faculdade de Medicina, Santos, SP, Brazil; [2]Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Departamento de Educação Física, Instituto de Biociências, Rio Claro, SP, Brazil. E-mail: angelina.zanesco@unesp.br.

Abstract - Aim: To analyze the concepts of mental health and illness as well as the instruments used to measure them in the elite athlete. **Methods:** The scoping review was conducted using PubMed, SPORTDiscus, PsycINFO, and Scielo. The keywords "Mental Health" AND "Sport" AND "Athlete" were used to find studies in peer-reviewed scientific journals published in English, Spanish, and Portuguese. Studies went through four stages of analysis according to PRISMA guidelines. A total of 179 records were included in this review. **Results:** Recent studies suggest that health and illness should not be recognized as deviations from the norm, but as a changing construct, varying on a continuum, where, at one extreme, we have health; and, at the other, we have illness even coexisting in an orthogonal way. Between the two extremes, there are degrees of psychological well-being and distress, leading from reduced functioning to effective functioning. This indicates the need for psychological support for both the maintenance and enhancement of mental health. An alarming result was that, although most of the studies investigated mental health, they used primarily instruments focused on illness. This new perspective of health-illness brings the need for the development of new instruments that encompass protective factors and symptom screening. **Conclusions:** We reinforce the need for a paradigm shift in relation to the mental health of elite athletes understanding it as a changing construct that should be constantly improved and/or maintained. This change led to the need for broader assessment instruments that encompass protective factors and illness symptoms.

Keywords: sport, mental health, psychology, athlete.

Introduction

Health, mental illness (mental disorders) and their related factors have received increasing attention in the scientific literature and, more recently, have been investigated in the context of elite sport[1-10]. The concern with the psychological aspects reflects the increasing interest in most positive experiences for sport practitioners as well as the potential benefits of mental health for sports performance. Therefore, there is a need to assess the aspects related to health and/or mental illness (mental disorder) in elite athletes, providing important information to sport scientists and psychologists.

Several reviews (narrative, systematic, meta-analysis, and integrative) have been conducted so far, presenting an overview of the international literature on the topics related to mental health or illness in elite athletes, such as mental health awareness[11-13], barriers to seeking help[14], stigma[15], mental health services[16], common mental disorders (depression, anxiety, sleep disorder, and alcohol use, together)[2], anxiety[7], depression[5,17-19], suicide[20], eating disorders[21], sleep disorders[22], bipolar and psychotic disorder[23], as well as consensus assessment reports among researchers[3,4,9].

Based on these reviews, it is noted that, during the last half-century, psychology studies have focused on mental illness (disorder). Their focus was on the support for people with disorders, neglecting positive aspects of human functioning and perpetuating the stigma towards the field[24], especially in elite sport[11,25-27]. Understanding the mental health of athletes can elucidate the underpinnings of their motivation to engage in sports[28]. A broader and deeper approach could clarify that mental health or mental illness (disorder) are sides of the same coin, and the presence of one does not imply the absence of the other[25,26,29-34]. The traditional dualistic view of mental health versus mental illness may be hiding the reality about the issue and, consequently, perpetuating over-

estimations and stigmas in the athletes and professionals involved in sports training[35]. Overcoming this paradox is important for constant monitoring of the athlete, promoting his/her well-being, and improving his/her sports performance.

A review of the studies on this topic could clarify the concepts of mental health and illness as well as the instruments that can be used for their assessment. This information potentializes the assessment of psychological aspects in elite athletes integrally, allowing the understanding of the elite athletes' dynamics within the spectrum of health diseases. Accordingly, this study had the objective of analyzing the concepts of health and mental illness (disorders) as well as the instruments that can be used to measure them in the context of elite sport, based on a scoping literature review.

Methods

This study identified, organized, and systematized the studies on the mental health of elite athletes. A scoping review was carried out to map the existing knowledge on the theme and to point out the gaps for future studies[36]. Scoping reviews are seen as a valid approach in circumstances where systematic reviews are unable to meet the objectives. The scoping review allowed the inclusion of a greater variety of study types, providing a more accurate status of the published research and the concept of metal health in elite sport[36]. The scoping review is similar to systematic reviews, following a structured process, aiming at identifying and mapping the available evidence and clarifying the main concepts/definitions in the literature[36,37]. Unlike the systematic review, which has a closed question and compares results of similar studies, the scoping review seeks to understand and discuss the concept, which was appropriated to our case.

In order to perform the data collection, it was adopted the five-stage scoping process proposed by Arksey and O'Malley[37]:

Stage 1: Identification of the research question

Considering the studies, concepts, data collection instruments, themes, and contexts of interest of the research, we formulate a broad research question: what is the concept of health and mental illness, and which instruments have been used for its assessment in elite athletes?

Stage 2: Identification of relevant studies

The following inclusion and exclusion criteria were chosen based on previous review studies on specific mental health topics and after several discussions among the researchers.

Inclusion criteria:

- Research articles published in English, Spanish and Portuguese;
- Articles published in peer-reviewed scientific journals;
- Diverse sources of information, including research with primary data (quantitative and qualitative), secondary data, reviews (systematic, meta-analysis, narrative, integrative, scoping, others), annual consensus reports, case reports, and manuals prepared by authors.

Exclusion criteria:

- Opinion articles;
- Articles from magazines and newspapers,
- Dissertations, theses, end-of-course papers, books,
- Papers presented during conferences,
- Infographics, call notices, standards, comments.

The search strategies and databases were conducted in three steps as described below.

A limited initial search

A limited initial search (August 2019) was performed in the PubMed database to analyze articles that could guide our review. Elite athletes were considered those who compete at the national, international, and Olympic levels professionally, or university students who commit their daily and weekly workload to training to improve performance, focused on obtaining titles in competitions at various levels[4,38]. University-level athletes were considered in this review, but only those who compete in the first division championships of the NCAA (National College American Association), due to the highly competitive level of this segment, constituting a direct passage to the North American professional sport.

Identifying keywords and index terms

The keywords were defined after consulting the standardized terminology in MeSH, using the following descriptors: "sport", "athlete", and "mental health". The PubMed database was used due to its relevance in the health area; SPORT Discuss, due to its relevance in the field of sports and physical activity; and PsycINFO, due to its relevance in the field of psychology, all the priority areas of our theme. For the search strategy in all databases, the following terms were used: "Saúde Mental" AND "Esporte" AND "Atleta"; "Mental Health" AND Sport AND Athlete; "Salud Mental" AND "Deporte" AND "Atleta". The Boolean term AND was used to extract relevant studies. Our review took place between October 12, 2019, and December 31, 2019. We did not use the year of publication as an inclusion or exclusion criterion.

Additional search for references and citations

An additional search was performed in the reference list of the selected articles. These new findings went through the same selection analysis process.

Stage 3: Study selection

The selection of the studies was performed in steps. First, all titles, abstracts, and keywords were screened by

the first researcher (ACC), who removed duplicate studies. Subsequently, all abstracts were independently reviewed by three researchers, in order to assess their eligibility. The information (title, abstract, and keywords) of the articles was tabulated in a spreadsheet and analyzed according to the pre-established criteria. The articles selected for the third stage of analysis were read in their entirety. Disagreements proceeded to a fourth step, which was resolved through discussion among the researchers, debating all items in the articles.

All these steps followed a systematic search process using the PRISMA protocol (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses: The PRISMA Statement)[39] (Figure 1).

Inclusion criteria

Studies needed to include at least one outcome measure categorized as related to mental health attitudes (stigma, prejudice); mental health knowledge (recognition of disorders and symptoms); behavior in relation to mental health (intended or actual search for help); specific mental health (covering the disorders themselves, that is, anxiety, depressive symptoms, among others); well-being outcomes (subjective/psychological well-being domains, satisfaction with life, positive focus on mental health, selves - self-esteem and self-confidence, resilience, coping strategies); systematic reviews and/or meta-analyses; and consensus report among researchers.

Exclusion criteria

Studies with college athletes were discarded, unless they represent national teams; studies that do not use instruments for testing mental health; studies that focused on injuries and illnesses, but without delving into the relationship with mental health; studies involving religiosity and spirituality; studies in other languages; studies that interpreted sport as physical exercise; studies on instrument assessment; studies focusing on mental strength; studies related to paralympic sport and amateur sport.

Stage 4: Mapping the data

Extracting the results

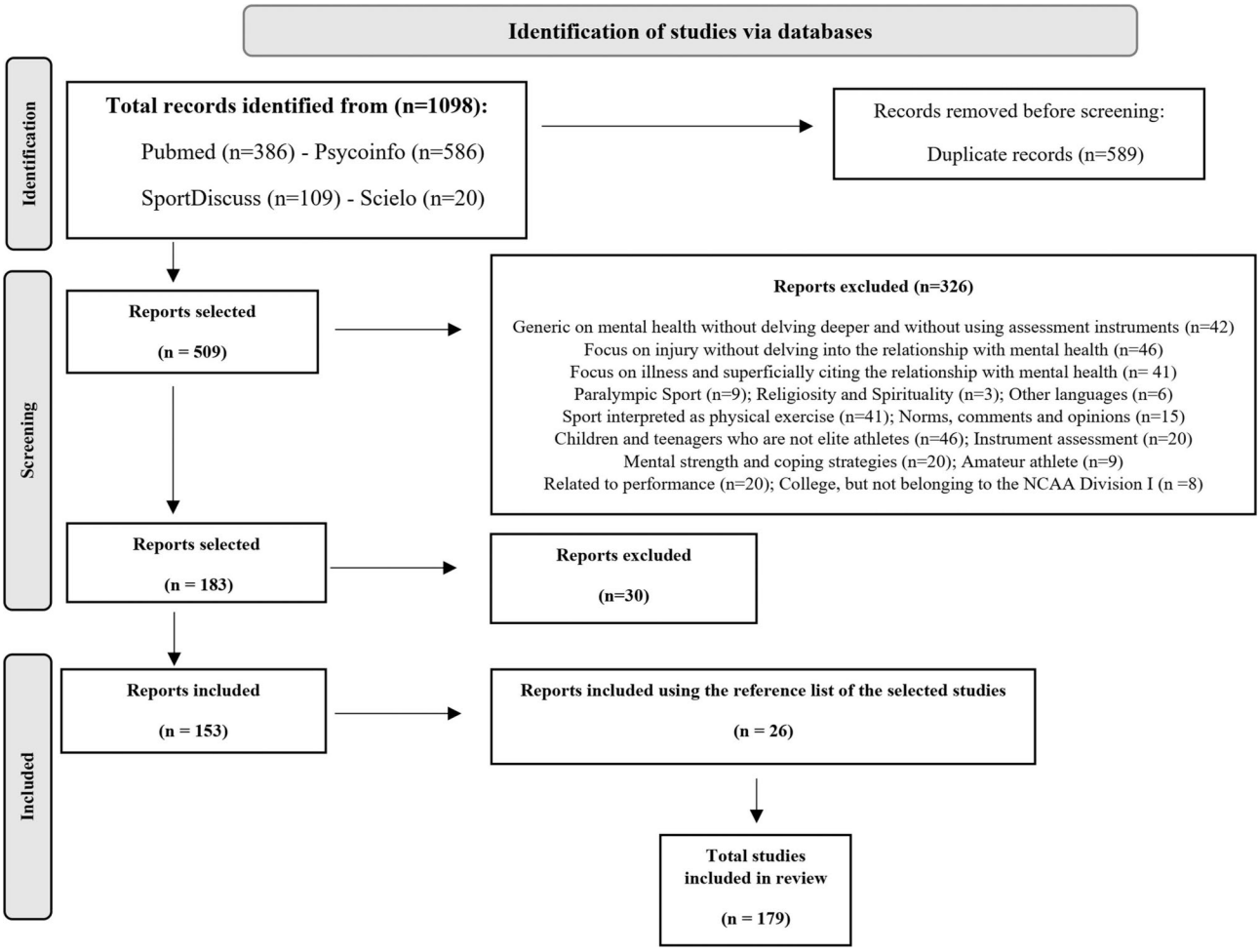


Figure 1 - PRISMA flowchart regarding the accomplishment of the work.

The selected articles were divided into categories in a spreadsheet, also based on the inclusion criteria, in order to obtain a better analysis of the studies, which are:

a) name of the article
b) year of publication
c) journal
d) names of the authors
e) country of the authors
f) study objective
g) level of athlete and competition (national, international/Olympic, university)
h) type of research conducted: primary data (quantitative, qualitative, mixed), secondary data, reviews (narrative, systematic, scoping, meta-analysis, others), consensus reports, case reports
i) disorders or main theme of the study
j) instruments used for data collection
k) type of sport
l) type of sample
m) sample size
n) gender
n) if there was a comparison between athletes and non-athletes or former athletes
p) main results and considerations

Stage 5: Grouping, summarizing, and reporting the results

The methods employed in the protocol designed by Arksey and O'Malley[37] allowed us to analyze the knowledge on this broad topic as:

A. Evidence and the key concepts on health versus mental illness (mental disorder).
B. Discussion and reflection on the mental health of elite athletes.
C. Analysis of the instruments used to assess mental health in elite athletes.
D. Research gaps in the existing literature on mental health versus mental illness.

Results and discussion

Figure 1 summarizes the search process and the 179 articles included in this review. Of these, 68 used quantitative methods to investigate the mental health of elite athletes, measuring the level and quality of mental health. Just a few studies (27%) investigated topics such as the search for help, service for mental health care, awareness of mental health aspects, and analysis of the level of stigma. The main findings of this review are discussed below.

The term "mental health" is frequently used in various media and situations, such as legislation, government policies, manuals, scientific papers, and books, among others. Even though it is a common term, there is no clear and fully defined consensus on its meaning. There is a contrast between theoretical models of mental health and mental illness, especially because the analysis of illness is privileged over health, but the health-illness dyad is multidimensional[29-34]. The World Health Organization[40] disseminates the concept of mental health in its reports, which is understood as: a state of well-being in which the individual realizes his/her own capabilities, being able to manage the normal stresses of life productively, bearing fruits, and contributing to society. Therefore, mental health cannot be understood only through the pathophysiological measurements of the level of illness (disorder).

Illness is a concept, elaborated based on data from phenomena that have been observed over time, related to distress[29,30]. Even subclinical levels of psychological distress symptoms, referring to psychological problems that do not fully meet the criteria for clinical diagnosis of a mental disorder, have a negative impact on athlete functioning[25,26,41,42]. Commonly, health is perceived as an ideal, and disease as a problem that needs to be located, described, measured, and solved. There is a distinction between the biological and cultural dimensions of disease in two categories: pathology and infirmity. Pathology involves the malfunctioning or maladaptation of biological and psychological processes in the individual in relation to the environment[29,30]. Infirmity refers to our way of perceiving, thinking, expressing, and dealing with the process of illness, being prior to the disease and strongly influenced by culture, representing personal and interpersonal reactions[29,30].

Inadequate mental health is associated with increased performance impairment and disability[31,32]. In turn, mental illness (mental disorder), combined with low levels of mental health, is associated with greater impairment in athlete performance[43,44]. Early diagnosis of mental disorder symptoms, as well as their appropriate treatment, could optimize sports performance and quality of life[2]. In addition to the early diagnosis, protective aspects of mental health, such as the selves (self-esteem, self-concept, among others), coping strategies, resilience, quality of life, and social aspects, could also positively impact the athlete's performance[26,31].

It is interesting to point out that, even though the studies sought to analyze the mental health of athletes, the investigations primarily contemplated the assessment of mental disorders (focus on the disease), such as depression, anxiety, eating disorders, sleep disorders, use of alcohol and other drugs, anguish, suicide, bipolar and psychotic disorders, sexual, physical and psychological violence, obsessive-compulsive disorder, among others, using isolated instruments that prioritized the knowledge of symptoms. In this context, health and illness could be seen not as a deviation from the norm, but as a changing construct, varying in a continuum, where, at one extreme, we have health; and, at the other, we have illness even coexisting in an orthogonal way[29-34]. Between the two extremes, there are degrees of psychological well-being

and distress, ranging from reduced functioning to effective functioning[25,26,31].

While participation in sports has many benefits, the stressful nature of competitions can cause, increase or expose the athlete to psychological problems. This fact is complex to be analyzed because certain personality traits may improve athletic success and also be associated with mental health disorders[9]. Thus, there should be no precise limit between health and illness, but a reciprocal relationship between them. The same factors that allow human beings to live can cause diseases, because what is considered normal in one individual may not be in another, and there should be no rigidity in the health-disease or normal-pathological relationship[29,30].

In this understanding of a continuum, the status of the elite athletes considered high functioning, whose psychological state does not interfere with daily activities, is at one extreme; and the athletes considered low functioning, whose psychological states consist of a variety of problematic cognitive, emotional or behavioral characteristics, often referred to as mental illness, is at the other extreme; and, in between these extremes, it is possible to find athletes functioning in a complex relationship between performance and mental disorder symptoms[26,45]. Therefore, the absence of mental health does not imply the presence of mental illness, and the presence of mental illness does not imply the absence of mental health, particularly in the elite athlete[25,26,31,46-49]. However, mental health research in elite athletes predominantly focuses on analyzing prevalence rates of mental illness (disorder) by virtue of a clinical score[25,47,50].

This position should be reviewed because the relationship between sport and mental illness can occur in three ways, as follows: 1) sport can cause or worsen pre-existing mental illness in the athlete; 2) the psychiatric symptoms may somehow attract him/her to sport or some type of sport, perhaps as a way of coping with the symptoms, or because the symptoms are somehow adaptable and accepted in the sports environment; 3) there may be no obvious relationship between sport and the mental illness in the athlete[12]. Thus, strategies designed to ameliorate distressing symptoms may not necessarily be the same with regard to flourishing the mental health of athletes. In other words, it is possible to organize models such as athlete considered well-adjusted, and with maximum performance (high mental health, low mental illness); symptomatic but satisfied athlete, who would present a subsyndromic illness (high mental health, high mental illness); ambivalent athlete (low mental health, low mental illness); vulnerable athlete (low mental health, high mental illness)[44]. Accordingly, all these athletes can benefit from different interventions in mental health services[26,31,48,49].

Mental health is seen as a resource for a successful career, while mental illness (mental disorder) is considered a barrier to facing situations and, frequently, a reason for the premature retirement of the athletes[26]. Developing the ability to cope with mental disorder symptoms, and stressful and conflicting situations, through improving mental health is important, and it becomes a cycle, as athletes with stronger positive coping skills had more favorable attitudes towards seeking psychological help[27].

Just as there are challenges associated with diagnosing mental illness, there are also challenges in assessing mental health[31]. Appropriate instruments for facilitating this assessment are still needed, particularly in sports, showing that the presence of mental illness (mental disorder) does not automatically imply low levels of well-being[44]. In general, there is little consensus on the best way to assess the mental health of elite athletes, with little systematic progress in promoting their mental health[25]. Recently, the International Olympic Committee convened several researchers to analyze the topic of the mental health of elite athletes[4]. Based on this meeting, ideas emerged for the development of an instrument that analyses the mental health of elite athletes[3]. Despite the great contribution brought by the authors, it is noted that the focus continues to be on the analysis of the mental disorder symptoms (focus on the disease), without presenting instruments that make a counterpoint and analyze protective factors for the development of mental health.

Among the quantitative studies found in our scoping review (n = 68, 100%), most of them (n = 50, 73%) was designed to assess the quality of mental health, using instruments focused only on screening for mental disorder symptoms. The most researched themes and the most used instruments in data collection are anguish, with priority use of the Distress Screener (4DSQ); depression, where the Center for Epidemiological Scale - Depression (CES-D) and Patient Health Questionnaire - 9 (PHQ-9) are the most used; anxiety, mainly using the Generalized Anxiety Disorder 7 Scale (GAD-7); sleep disorder, with the Patient, Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS) being the most used instrument; alcohol use, with the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) as the main instrument for analysis; eating disorder, where several studies used a wide range of instruments, such as SCOFF Questionnaire (Sick Control One stone Fat Food) and Eating Disorder Examination - Questionnaire (EDE-Q), followed by Drive for Thinness (DFT) and Eating Disorder Inventory- 2 (EDI-II).

Of these 50 quantitative studies, only 7 used other instruments to assess operant or protective aspects of mental health, such as self-esteem, resilience, satisfaction with life, quality of life, mental health, and social aspects. In these studies, one can reflect if the positive results in the instruments of self-esteem, motivation, resilience, quality of life, stress recovery, motivation, the satisfaction of basic needs, analysis of competence, and self-worth, among others, indicate good levels of mental health[28,44,51-54].

Therefore, the construction and validation of an instrument that assesses the disease (mental disorder), as well as operative or protective aspects of mental health, could provide a broader and more integrated vision of the mental health of elite athletes.

Only one study with elite athletes proposed to directly analyze mental health, using a mental health continuum form for adults: Mental Health Continuum (MHC-SF)[44]. The short form of the Mental Health Continuum (MHC-SF) is derived from the long-form (MHC-LF) and assesses emotional, psychological, and social well-being. The internal consistency reliability estimates for each of these three sets of measures were all high (> 0.80)[32]. Its use as a measure of positive global mental health was first introduced by Keyes[31] and summarized in his 2007 study. The MHC-SF consists of 14 items that represent the definition of the construct for each facet of well-being (3 for emotional well-being, 6 for psychological well-being, and 5 for social well-being). The objective of the instrument is to measure how often participants experienced each symptom of positive mental health, and thus provide a standard for categorizing their levels. In order to be diagnosed with flourishing mental health, individuals must experience "every day" or "almost every day" at least one of three signs of hedonic well-being and at least six of eleven signs of positive functioning during the previous month.

The instrument showed excellent internal consistency (> 0.80) and discriminant validity in teenagers, college students, and adults in the United States, the Netherlands, and South Africa[41,55-60]. The test-retest reliability of the MHC-SF instrument over three successive 3-month periods averaged 0.68, and the 9-month test-retest was 0.65. However, this instrument was not designed for elite sports, but the person in his/her everyday life. Another factor is that, even if it is considered that the assessment of mental health should be based on the assessment of mental illness (mental disorder) and its respective instruments, these instruments are not oriented to the reality of the elite athlete, but to the general population, which does not count in its daily life with the specific nuances of competitive high-performance sports.

Conclusions

Based on the extensive literature review conducted in our study, health and illness should not be seen as deviations from the norm, but as a changing construct, varying on a *continuum*, where, at one extreme, we have health; and, at the other, we have illness even coexisting in an orthogonal way. Between the two extremes, there are degrees of psychological well-being and distress, leading from reduced functioning to effective functioning. This change in outlook indicates the need for psychological support for both the maintenance and enhancement of mental health. In addition, this new perspective brings the need for the joint use of instruments that encompass protective factors and symptom screening.

When analyzing the studies on the mental health of elite athletes, we found that studies primarily use only instruments to assess mental disorder symptoms. This review indicates the need for the construction and validation of specific instruments capable of assessing mental health in the reality of competitive high-performance sports, because the instruments used are, in their majority, the same as those used for the reality of the general population. The instruments should also consider the assessment symptoms of illness (mental disorder) as well as protective factors. Therefore, it may also be interesting to think about adapting the Mental Health Continuum (MHC-SF) to the reality of the sports context of elite athletes.

References

1. Gouttebarge V, Jonkers R, Moen M, Verhagen E, Wylleman P, Kerkhoffs G. The prevalence and risk indicators of symptoms of common mental disorders among current and former Dutch elite athletes. J Sports Sci. 2017;35(21):2148-56. doi
2. Gouttebarge V, Castaldelli-Maia JM, Gorczynski P, Hainline B, Hitchcock ME, Kerkhoffs GM, et al. Occurrence of mental health symptoms and disorders in current and former elite athletes: a systematic review and meta-analysis. Br J Sports Med. 2019;53(11):700-6. doi
3. Gouttebarge V, Bindra A, Blauwet C, Campriani N, Currie A, Engebretsen L, et al. International Olympic Committee (IOC) Sports Mental Health Assessment Tool 1 (SMHAT-1) and Sport Mental Health Recognition Tool 1 (SMHRT-1): towards better support of athletes' mental health. Br J Sports Med. 2021;55(1):30-7. doi
4. Reardon CL, Hainline B, Aron CM, Baron D, Baum AL, Bindra A, et al. Mental health in elite athletes: International Olympic Committee consensus statement (2019). Br J Sports Med. 2019;53(11):667-99. doi
5. Rice SM, Purcell R, De Silva S, Mawren D, McGorry PD, Parker AG. The mental health of elite athletes: a narrative systematic review. Sport Med. 2016;46:1333-53. doi
6. Rice SM, Parker AG, Rosenbaum S, Bailey A, Mawren D, Purcell R. Sport-related concussion and mental health outcomes in elite athletes: a systematic review. Sport Med. 2018;48(2):447-65. doi
7. Rice SM, Gwyther K, Santesteban-Echarri O, Baron D, Gorczynski P, Gouttebarge V, et al. Determinants of anxiety in elite athletes: a systematic review and meta-analysis. Br J Sports Med. 2019;53(11):722-30. doi
8. Rice SM, Parker AG, Mawren D, Clifton P, Harcourt P, Lloyd M, et al. Preliminary psychometric validation of a brief screening tool for athlete mental health among male elite athletes: the athlete psychological strain questionnaire. Int J Sport Exerc Psychol. 2020;18(6):850-65. doi
9. Chang CJ, Putukian M, Aerni G, Diamond AB, Hong ES, Ingram YM, et al. American Medical Society for sports medicine position statement: mental health issues and psy-

chological factors in athletes: detection, management, effect on performance, and prevention-executive summary. Clin J Sport Med. 2020;30(2):91-5. doi
10. Nabhan D, Lewis M, Taylor D, Bahr R. Expanding the screening toolbox to promote athlete health: how the US Olympic & Paralympic Committee screened for health problems in 940 elite athletes. Br J Sports Med. 2021;55 (4):226-30. doi
11. Gavrilova Y, Donohue B. Sport-specific mental health interventions in athletes: a call for optimization models sensitive to sport culture. J Sport Behav. 2018;41(3):283-304.
12. Reardon CL. Psychiatric comorbidities in sports. Neurol Clin. 2017;35(3):537-46. doi
13. Purcell R, Gwyther K, Rice SM. Mental health in elite athletes: increased awareness requires an early intervention framework to respond to athlete needs. Sport Med - Open. 2019;5(1):1-8. doi
14. Castaldelli-Maia JM, Gallinaro JGDME, Falcão RS, Gouttebarge V, Hitchcock ME, Hainline B, et al. Mental health symptoms and disorders in elite athletes: a systematic review on cultural influencers and barriers to athletes seeking treatment. Br J Sports Med. 2019;53(11):707-21. doi
15. Bauman NJ. The stigma of mental health in athletes: are mental toughness and mental health seen as contradictory in elite sport? Br J Sports Med. 2016;50(3):135-6. doi
16. Moreland JJ, Coxe KA, Yang J. Collegiate athletes' mental health services utilization: a systematic review of conceptualizations, operationalizations, facilitators, and barriers. J Sport Heal Sci. 2018;7(1):58-69. doi
17. Gorczynski PF, Coyle M, Gibson K. Depressive symptoms in high-performance athletes and non-athletes: a comparative meta-analysis. Br J Sports Med. 2017;51(18):1348-54. doi
18. Wolanin A, Gross M, Hong E. Depression in athletes: prevalence and risk factors. Curr Sports Med Rep. 2015;14 (1):56-60. doi
19. Hutchison MG, Di Battista AP, McCoskey J, Watling SE. Systematic review of mental health measures associated with concussive and subconcussive head trauma in former athletes. Int J Psychophysiol. 2018;132(Pt A):55-61. doi
20. Rao AL, Hong ES. Understanding depression and suicide in college athletes: emerging concepts and future directions. Br J Sports Med. 2016;50(3):136-7. doi
21. Helms ER, Prnjak K, Linardon J. Towards a sustainable nutrition paradigm in physique sport: a narrative review. Sports. 2019;7(7):172. doi
22. Pujalte GGA, Benjamin HJ. Sleep and the athlete. Curr Sports Med Rep. 2018;17(4):109-10. doi
23. Currie A, Gorczynski P, Rice SM, Purcell R, McAllister-Williams RH, Hitchcock ME, et al. Bipolar and psychotic disorders in elite athletes: a narrative review. Br J Sports Med. 2019;53(12):746-53. doi
24. Seligman ME, Csikszentmihalyi M. Positive psychology. An introduction. Am Psychol. 2000; 55(1):5-14. doi
25. Uphill M, Sly D, Swain J. From mental health to mental wealth in athletes: looking back and moving forward. Front Psychol. 2016;7(935):1-6. doi
26. Schinke RJ, Stambulova NB, Si G, Moore Z. International society of sport psychology position stand: athletes' mental health, performance, and development. Int J Sport Exerc Psychol. 2018;16(6):622-39. doi
27. Kroshus E. Stigma, coping skills, and psychological help-seeking among collegiate athletes. Athl Train Sport Heal Care. 2017;9(6):254-62. doi
28. Sheehan RB, Herring MP, Campbell MJ, Sheehan RB. Associations between motivation and mental health in sport: a test of the hierarchical model of intrinsic and extrinsic motivation. Front Psy. 2018;9:1-10. doi
29. Canguilhem G. O normal e o patológico. 6th ed. São Paulo, Forense Universitária; 2011.
30. Szas TS. O mito da doença mental. Rio de Janeiro, Zahar; 1979.
31. Keyes CLM. The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. J Health Soc Behav. 2002;43 (2):207-22. doi
32. Keyes CLM. Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. J Consult Clin Psychol. 2005;73(3):539-48. doi
33. Keyes CLM. Mental health in adolescence: is America's youth flourishing? Am J Orthopsychiatry. 2006;76(3):395-402. doi
34. Keyes CLM. Promoting and protecting mental health as flourishing: a complementary strategy for improving national mental health. Am Psychol. 2007;62(2):95-108. doi
35. Gardner F, Moore Z. Clinical sport psychology. Champaign, Human Kinetics; 2006.
36. Munn Z, Peters MDJ, Stern C, Tufanaru C, McArthur A, Aromataris E. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. BMC Med Res Methodol. 2018;18(143):1-7. doi
37. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. Int J Soc Res Methodol Theory Pract. 2005;8(1):19-32. doi
38. Swann C, Moran A, Piggott D. Defining elite athletes: issues in the study of expert performance in sport psychology. Psychol Sport Exerc. 2015;16(P1):3-14. doi
39. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. PLoS Med. 2009;6(7):e1000097. doi
40. WHO. Other common mental disorders: global health estimates. Geneva, World Health Organization; 2017.
41. Eklund K, Dowdy E, Jones C, Furlong M. Applicability of the dual-factor model of mental health for college students. J College Stud Psychother. 2011;25(1):79-92. doi
42. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Barriers and facilitators to mental health help-seeking for young elite athletes: a qualitative study. BMC Psychiatry. 2012;12(157):1-14. http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12/157
43. Keyes CLM, Michalec B. Viewing mental health from the complete state paradigm. In: A handbook for the study of mental health. 2nd Edition. Cambridge, Cambridge University Press; 2010. p. 125-134.
44. Van Slingerland KJ, Durand-Bush N, Rathwell S. Levels, and prevalence of mental health functioning in Canadian university student-athletes. Can J High Educ. 2018;48 (2):149-68. doi

45. Lardon MT, Fitzgerald MW. Performance enhancement and the sports psychiatrist. In: Clinical sports psychiatry: an international perspective. Oxford, John Wiley & Sons; 2013. p. 132-146.
46. Cromby J, Harper D, Reavey P. Psychology, mental health, and Distress. London, Red Globe Press; 2013.
47. Souter G, Lewis R, Serrant L. Men, mental health and elite sport: a narrative review. Sport Med. 2018;4(1):1-8. doi
48. Keyes CLM, Lopez SJ. Toward a science of mental Health. Handbook of positive psychology. Oxford, Oxford University Press; 2002.
49. Keyes CLM. Mental health as a complete state: how the salutogenic perspective completes the picture. In: Bridging occupational, organizational, and public health. New York, Springer; 2014. p. 179-92.
50. Coyle M, Gorczynski P, Gibson K. "You have to be mental to jump off a board any way": elite divers' conceptualizations and perceptions of mental health. Psychol Sport Exerc. 2017;29(3):10-8. doi
51. Drew MK, Vlahovich N, Hughes D, Appaneal R, Peterson K, Burke L, et al. A multifactorial evaluation of illness risk factors in athletes preparing for the Summer Olympic Games. J Sci Med Sport. 2017;20(8):745-50. doi
52. Gouttebarge V, Frings-Dresen MHW, Sluiter JK. Mental and psychosocial health among current and former professional footballers. Occup Med. 2015;65(3):190-6. doi
53. Vertommen T, Kampen J, Schipper-van Veldhoven N, Uzieblo K, Van Den Eede F. Severe interpersonal violence against children in sport: associated mental health problems and quality of life in adulthood. Child Abus Negl. 2018;76 (2):459-68. doi
54. Houltberg BJ, Wang KT, Qi W, Nelson CS. Self-narrative profiles of elite athletes and comparisons on psychological well-being. Res Q Exerc Sport. 2018;89(3):354-60. doi
55. Gallagher MW, Lopez SJ, Preacher KJ. The hierarchical structure of well-being. J Pers. 2009;77(4):1025-50. doi
56. Lamers SMA, Westerhof GJ, Bohlmeijer ET, Ten Klooster PM, Keyes CLM. Evaluating the psychometric properties of the mental health Continuum-Short Form (MHC-SF). J Clin Psychol. 2011;67(1):99-110. doi
57. Robitschek C, Keyes CLM. Keyes's Model of mental health with personal growth initiative as a parsimonious predictor. J Couns Psychol. 2009;56(2):321-9. doi
58. Westerhof GJ, Keyes CLM. Mental illness and mental health: the two continua model across the lifespan. J Adult Dev. 2010;17(2):110-9. doi
59. Keyes CLM, Wissing M, Potgieter JP, Temane M, Kruger A, Van Rooy S. Evaluation of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC- SF) in Setswana-speaking South Africans subjective well-being: something positive. Clin Psychol Psychother Clin Psychol Psychother. 2008;15 (3):181-92. doi
60. Keyes C. Brief description of the mental health continuum short form (MHC-SF). Am J Public Health. 2009;100 (12):2366-71.

Corresponding author

Alexandre Conttato Colagrai, Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação Física, Campinas, SP, Brazil.
E-mail: alexandreccolagrai@gmail.com.

Manuscript received on January 31, 2022
Manuscript accepted on April 6, 2022



Motriz. The Journal of Physical Education. UNESP. Rio Claro, SP, Brazil - eISSN: 1980-6574 - under a license Creative Commons - Version 4.0

CAPÍTULO 4

MENTAL HEALTH AND DISORDERS IN ELITE SPORTS COACHES: A SYSTEMATIC SCOPING LITERATURE REVIEW

Alexandre Conttato Colagrai
Júlia Barreira
Paula Teixeira Fernandes

Submetido para Revista *International Sport Coaching Journal*
em 02 de novembro de 2023

Abstract
Few studies have analyzed mental health of elite coach. This scoping review aimed to provide an up-to-date and critical review of the coaching mental-health literature. Four electronic databases were used in the literature search up to March, 2023 (PsycINFO, Scopus, PubMed, and SPORTDiscus). Initially, 354 papers were identified and after analyzing them based on the inclusion criteria, seven peer-reviewed papers were selected. The findings indicate that studies on the mental health of elite coaches are recent, published mainly in the last 5 years. All studies were conducted in Europe or Oceania, most were cross-sectional studies. The findings indicate that female coaches face more mental health challenges compared to male coaches. Personal, organizational, and performance-related factors directly influence the mental health of this population. Research on the mental health of elite coaches is recent and that several aspects could be addressed in future studies aiming to improve knowledge and practical applications.

Keywords: Sport Psychology; Well-being; Stress; professional career.

INTRODUCTION

The value of sports coaches in athlete development is widely accepted and recognized by policymakers, researchers, and athletes (Weinberg, Gold, 2019). In sports, the mental health and well-being of athletes have been a focus at all levels of competition, especially in elite sports (Reardon et al., 2019; Gouttebarge et al., 2019, 2021; Rice et al., 2016, 2018, 2019), and despite working in the same high-pressure environment, coaches do not attract the same attention in studies on mental health (Kim et al., 2020; Bentzen, Kenttä, Richter e Lemyre, 2020; Gorczynski et al., 2020; Kegelaers et al., 2021; Pilkington et al., 2022; Åkesdotter et al., 2022; Carson et al., 2019; Norris, Didymus, Kaiseleret, 2017; Olusoga, Bentzen, Kenttä, 2019; Smith et al., 2020). A coach is responsible for the performance, health, and well-being of athletes, and is one of the main agents responsible for managing this environment, and for this reason, he or she must maintain high levels of well-being and mental functioning (Carson et al., 2019). In this sense, understanding the elite coaches and their work environment is critical, as well as the protective factors and/or factors that negatively influence their mental health.

The World Health Organization (WHO) (2017) defines mental health as a "state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community". In this sense, mental health is impacted by the stress that affects the individual, and it occurs when he or she perceives that environmental demands increase or exceed his or her adaptive capacity. Keyes (2002, 2005) provides a definition of mental health using a two continuum mental health framework, which proposes two distinct but related dimensions: the presence or absence of mental health and the presence or absence of mental disorder. This model recognizes flourishing or languishing mental health along with the presence or absence of mental disorder, respectively. For example, an individual may experience positive mental health (i.e., flourishing) and symptoms of mental disorder, or may experience low levels of mental health (i.e., languishing) although this person is not considered to have a mental disorder. Positive mental health and mental disorder are two distinct but interrelated domains of mental health, each with shared and unique predictors influencing each other through complex interrelationships (Iasiello, van Agteren, Muir-Cochrane, 2020).

Sports coaching has unique stressors that are not seen in other professions, which highlights the potentially stressful nature of this type of work (Norris, Didymus, Kaiseleret, 2017). In a meta-analysis, Stansfeld and Candy (2016) suggested that knowledge about work environments is important to understand the mental health of individuals inserted in such environments, because it can predict the presence of mental disorders. Norris, Didymus and

Kaiseleret (2017), in a systematic review, highlighted several stress factors in sports coaches: a) organizational factors (overload, leadership, finances, sports administration, sports environment/culture, team factors, work organization, working in extended hours, impact on the balance of roles with the family); b) contextual factors (schedule, safety at work); c) performance factors (athlete's injury, athlete's performance, athlete's training ability, athlete's attitude and commitment, self-performance as a coach); d) interpersonal factors (relationship with athletes, expectation of others); e) intrapersonal factors (lack of control over the environment).

Organizational and performance stressors are the most impactful for the elite coaches given that they achieve high results at work imposed by their organization and their own sports culture (Fletcher, Scott, 2010; Norris, Didymus, Kaiseleret, 2017; Didymus, 2017). These coaches are affected by many stressors that are also common among elite athletes. The stressors are not only related to the coach's performance, but also to the performance of their athletes, as well as organizational factors, which include a complex network of other people (for example, other coaches, support staff, media, fans, among others) (Norris, Didymus, Kaiseleret, 2017). Therefore, elite sports coaching is a potentially stressful and demanding profession, which challenges the mental health and sustainability of these professionals (Didymus, 2017).

Hinojosa-Alcalde et al. (2020) showed that 80% of Spanish coaches were at risk for emotional demands, while 60% reported job insecurity, presenting higher rates when compared to the Spanish population in other professions. Coaches face constant pressure related to performance expectations, funding cuts, and job losses, work overtime, frequent travels, implying their dedication to the profession 24 hours a day, 7 days a week, spending around 200 days a year traveling with their team (Bentzen, Lemyre, Kenttä, 2016). Pressures are strong in a results-oriented culture, requiring considerable time and resources in the pursuit of competitive advantage, and consequently, employment agreements tend to be short, with tenuous and highly desired positions (Fletcher, Scott, 2010). Also, elite coaches reported living in a sports culture in which showing vulnerability and seeking help are weaknesses, while suppressing symptoms of stress and burnout - which potential trigger symptoms of mental health problems - is the norm (Bentzen, Lemyre, Kenttä, 2016).

The few studies that investigated the mental health of elite coaches showed important results on stressors and the incidence of mental disorders in this population. However, to the best of our knowledge, no literature review has summarized the findings so far, indicating directions for future research. The results of the review would be important to know the most prevalent disorders, differences according to gender and types of sports, as well as factors that

positively and negatively influence mental health of elite coaches. This research uses the term 'elite' for coach, based on the definitions of the International Olympic Committee (IOC) and the conceptualization of elite sport by Reardon et al. (2019). Therefore, we conducted a systematic scoping review on the mental health of elite coaches, and our guiding question was: how have scientific studies on the mental health of elite coaches been produced?

MATERIALS AND METHODS

A literature search was performed to identify relevant published studies focusing on the mental health and mental disorder of elite sports coaches. To achieve this objective, we developed our method based on the recommendations of Peters et al. (2015) for a scoping review. This method was selected as a literature search process because it allows more flexibility to include a wide range of publication types (Armstrong, Hall, Doyle, Waters, 2011; Clark, Camiré, Wade, Cairney, 2015). Also, it allows the inclusion of studies that use different structures, designs, and measurements. This method consists of five main steps: 1) Identification of the study question (see introduction); 2) Identification of relevant studies (search strategies); 3) Selection of studies (eligibility criteria); 4) Data extraction; 5) Comparison, summary, and description of results (results) (Arksey, O'Malley, 2005; Levac, Colquhoun, O'Brian, 2010). All these steps are described below. The Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) guidelines for systematic reviews were also used in this review (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, 2015).

Eligibility criteria

For this review, the inclusion criteria were studies published in peer-reviewed journals, disregarding abstracts published in event proceedings, dissertations, theses, books, book chapters, consensus reports, and mental health policies. Our review only considered studies in English, Spanish, Portuguese and did not include the publication year among eligibility criteria. The search was conducted in March 2023, including studies published up to this date. Only studies that explicitly showed interest in aspects related to mental health and/or mental disorder in their titles, abstracts, or keywords were taken into account. Specific inclusion/exclusion criteria were defined according to Sample, Phenomenon of Interest, Design, Evaluation, Research type (SPIDER), which is a recommended search strategy for studies that used quantitative, qualitative, and mixed methods research (Cooke, Smith, Booth, 2012). This selection is consistent with scoping reviews, as it incorporates studies of different study designs. Table 1 shows these eligibility criteria.

Table 1. Eligibility criteria for selecting studies on mental health and disorders of sport coaches.

	Inclusion	Exclusion
Sample	Current elite coaches working with national or international athletes from individual or team sports.	Elite coaches from paralympic sports.
Phenomenon of Interest	Studies that investigated well-being dimensions (such as resilience, coping, self-esteem) or symptoms of mental disorders (such as depression, anxiety, etc.). Studies that investigated one or more of these primary outcomes.	Studies that investigated performance states (e.g., performance stress and anxiety).
Design	Case study, cross-sectional, longitudinal, and intervention designs.	Studies using secondary source of data
Evaluation	Studies focusing on the presence or prevalence of mental health or disorders outcome(s), comparisons with other populations, assessment of determinants for MH outcomes or MH interventions.	Studies focusing on instrument development or validation. Studies focused on the coach-athlete relationship. Studies that evaluated the psychological aspect of sport coaches by collecting data only with athletes.
Research type	Quantitative, qualitative, and mixed methods research	Theoretical and review papers

Some studies investigated elite coaches with other populations (such as athletes, sports initiation coaches, community coaches, support staff etc). Only studies presenting specific results for elite coaches were selected. Studies such as Carson et al. (2019), Gorczynski et al. (2020), Smith et al. (2020), McNeill, Durand-Bush and Lemyre (2018), Stebbings et al. (2012), Hill et al. (2021), Esteves et al. (2020), and Hinojosa-Alcalde et al. (2020) were excluded because they did not meet this criterion. Also, studies with coaches in university were excluded due to possible differences in the structure between countries for this type of sport, which do not necessarily represent high performance (Pankow, McHugh, Mosewich, Holt, 2021).

Search strategy

In our review, a literature search strategy was designed and performed in the following databases: PubMed; Scopus, APA PsycInfo, and SPORTDiscus. These databases were selected because they are well established in the academic community and have been used in recent systematic reviews in sport psychology with a focus on coaches regarding stress (Norris, Didymus, Kaiseleret, 2017) and regarding burnout (Olusoga, Benzten, Kenttä, 2019). According to the objective of this scoping review, a broad search strategy was adopted rather than searching for specific mental health or disorder components. Then, we used a combination

of the following keywords: “Mental health” OR “Mental disorders” AND “sports” AND “coach” to include terminologies of coach, coachers, and coaching. All words were retrieved from Medical Subject Headings (MeSH). The initial search resulted in 354 mentions that were registered in a reference manager software system (Figure 1). After removing duplicates, 335 studies were analyzed (titles and abstracts). This process was conducted simultaneously by two authors. All three authors collaborated in a complete evaluation of selected studies through a broad discussion.

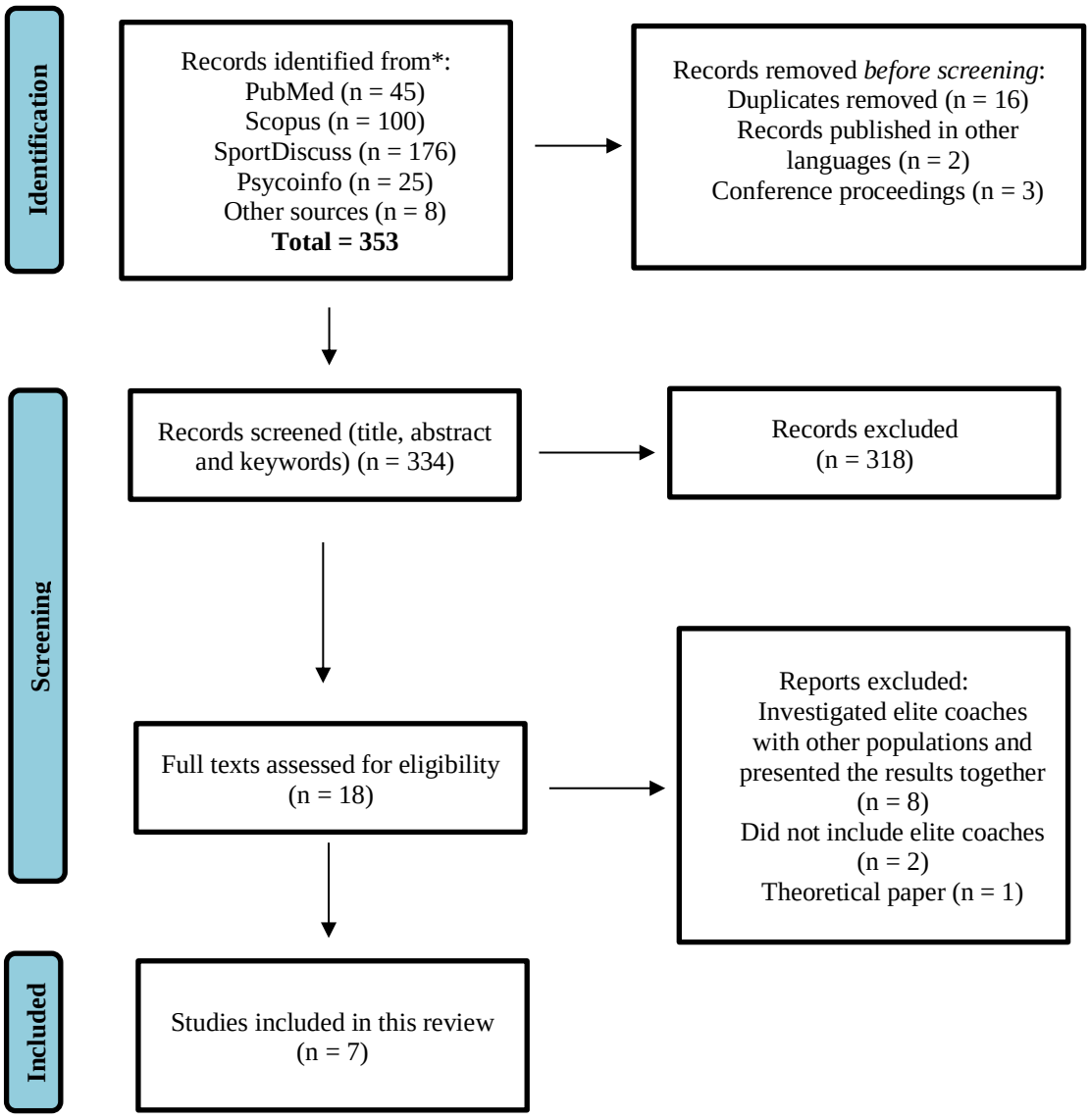


Figure 1. PRISMA flowchart of the study selection process.

Data extraction

Data extraction was performed independently by the first and second authors as proposed by Peters et al. (2015). In addition to general study information (i.e., authors, journal,

year of publication, country), we extracted data of sample characteristics and study type (i.e., sample size, gender distribution, performance level, type of sport, local geography, study type, study design, instruments), types of results (i.e., prevalence rates of mental health outcomes, variables associated with mental health outcomes). All information was added to an Excel spreadsheet.

RESULTS

A total of seven studies were identified. Information regarding the aim, methods and key finding of the papers were extracted and is presented in Table 2.

Table 2. Information regarding the aim, methods and key finding of the studies on mental health or disorders of sport coaches.

Study	Population	Instruments or MH outcome(s)	Main findings
Pilkington et al. (2022)	78 coaches (mean age=46.4 years, 23.8% female)	· General Health Questionnaire (GHQ-28) for mental health symptoms · Kessler-10 for psychological distress · Alcohol Use Disorder Identification Tool-Concise for alcohol consumption · Athlete Sleep Screening Questionnaire	· 13.9% reported high to very high psychological distress · 41.8% reported potential risky alcohol consumption · 17.7% reported moderate to severe sleep disturbance
Kim et al. (2020)	71 coaches (71% aged under 50 years, 23% female)	· Center for Epidemiological Studies Depression Scale-Revised for depressive symptoms · Daily Hassles Scale for daily life hassle	· 14% reported at least moderate depressive symptoms · Those contemplating retirement were more likely to show depressive symptoms · Female coaches and those contemplating retirement reported higher life stress
Bentzen et al. (2020)	299 coaches (mean age=40.7 years, 8% female)	· Areas of Worklife Scale for coaches' perceived job value · Job insecurity (measured with a single item) · Items from the Satisfaction with Life Scale, Subjective Vitality Scale, Maslach Burnout Inventory-General Scale were used for psychological well-being and ill-being	· Experiencing higher levels of job insecurity during the middle of the season significantly predicted an increase in coaches' psychological ill-being, and a decrease in their psychological well-being at the end of the season

Cont. Table 2

Study	Population	Instruments or MH outcome(s)	Main findings
Roberts et al. (2018)	One male coach in his mid-40s	· Qualitative method based on interviews	· The coach reported depression and alcohol-related problems that negatively impacted his mental health
Kegelaers et al. (2021)	119 coaches (mean age=43.0 years, 18% female)	· A new inventory was developed to access coach stressors and mental health · General Health Questionnaire for depression and anxiety · Distress Screener for distress · Patient-Reported Outcomes Measurement System for sleep disturbance · Alcohol Use Disorders Identification Test for adverse alcohol use · Connor-Davidson Resilience Scale 10 for resilience	· Athlete injury was the most common stressor · Performance stressors were experienced most frequently, followed by organizational stressors and personal stressors. · No stressors were perceived to have a strong to very strong impact on mental health, · Symptoms of common mental disorders were prevalent among coaches, ranging from 39%, for depression/anxiety, to 19%, for distress and adverse alcohol use.
Åkesdotter et al. (2022)	34 coaches (mean age=42.4 years, 32% female)	· Diagnostic assessments were performed by a licensed psychiatrist according to ICD-10 criteria, but it did not include a standardized diagnostic interview	· Anxiety disorders were the most prevalent (91%) · Stress-related disorders were found in 72% of the coaches · Affective disorders were found in 52% of the coaches · Substance use disorders were found in 17% of the coaches
Kenttä et al. (2020)	37 coaches (mean age=42.3, 100% female)	· A questionnaire was developed by the researchers with open-ended questions	· The challenges related to well-being included coping with the stereotypical male culture and balancing the work-life interface · Sustainability and mental health are challenged to another level during and after motherhood

Table 3 presents the characteristics of the studies on mental health or disorders of elite sport coaches.

Table 3. Characteristics of the studies on mental health or disorders of sport coaches.

Characteristic	Description	N	%
Journal	Int. Journal of Environmental Research and Public Health	1	14%
	BMJ Open Sport & Exercise Medicine	2	28%
	International Sport Coaching Journal	2	28%
	Sports Medicine	1	14%
	Qualitative Research in Sport, Exercise and Health	1	14%
Years	2022	2	28%
	2021	1	14%
	2020	3	43%
	2019	0	0%
	2018	1	14%
Method	Quantitative	4	57%
	Qualitative	3	43%
	Mixed	0	0%
Design	Cross-sectional	6	86%
	Longitudinal	1	14%
Country	United Kingdom	1	14%
	Australia	1	14%
	Sweden	3	43%
	New Zealand	1	14%
	Netherlands	1	14%

Journals, years and geographic location

A number of journals have published studies on the mental health of elite coaches. In our review, BMJ Open Sport & Exercise Medicine and International Sport Coaching Journal have two publications each (28%). The first study was published only in 2018 (Roberts et al., 2018), which was a qualitative single case study, revealing the recent interest in this topic. All studies were conducted in countries in Europe and Oceania. Therefore, all results reflect characteristics of western countries and a high socioeconomic profile.

Research design

Most studies used cross-sectional designs (Table 3). Only the study by Bentzen et al. (2020), who investigated perceptions of job insecurity from elite coaches, used a longitudinal design to assess the psychological well-being and distress of coaches during one competitive season. Still, no study has reported the effects of a longitudinal intervention on the mental health or disorders of elite coaches.

Most studies (n=4; 57%) adopted a quantitative approach. They used several validated psychometric instruments to analyze the mental health and disorder of elite coaches, and all of them used more than one data collection instrument. Particularly, 14 distinct measurements were identified, investigating aspects related to general health, distress, sleep disturbance,

alcohol use, and resilience, as well as depression and anxiety. The most common instruments were the General Health Questionnaire (GHQ-28) (n=2) and the Alcohol Use Disorder Identification (n=2). None of them used validated instruments for the context of sports coaching, but validated questionnaires for the general population. Of note, the study by Kegelaers et al. (2021) used validated instruments and also developed a specific instrument for the context of elite coaches. In this sense, Kenttä, Bentzen, Dieffenbach and Olusoga (2020) investigated factors related to the mental health of female elite coaches using a questionnaire with open-ended questions developed by the authors.

Regarding qualitative studies, different approaches were used for data collection. Roberts et al. (2018) investigated the trajectory of an elite coach using a semi-structured interview. Åkesdotter et al. (2022) used diagnostic evaluations performed by a psychiatrist according to ICD-10 (International Classification of Diseases) criteria, but did not include a standardized diagnostic interview.

Participants

The number of participants ranged from 1 (Roberts et al., 2018) to 299 (Bentzen et al., 2020), with a total of 638 participants. All studies investigated coaches aged between 30 and 50 years, with a low number of female participants (n=128), representing only 20% of the total. Regarding the other social markers, only Pilkington et al. (2022) identified participants as being mostly heterosexual (95.1%). When comparing male and female coaches, Kim et al. (2020) observed that female coaches reported an average of 14 daily concerns – which were related to depressive symptoms and stress – more than male coaches, in addition to perceiving these stressors as more serious, reporting the following main causes of such concerns: a) thoughts about the future; b) many responsibilities to be fulfilled; c) having to meet high performance standards; d) having too many things to do; and e) not having time for the family. In this sense, Kegelaers et al. (2021) showed that male coaches have statistically lower values for depression/anxiety compared to female coaches. Åkesdotter et al. (2022) found among female coaches a higher prevalence of psychiatric treatment (female coaches: 100%; male coaches: 90%) and affective disorders (female coaches: 78%; male coaches: 40%). In the study conducted by Pilkington et al. (2022) no significant difference was observed between male and female coaches regarding psychological disorders. Kenttä et al. (2020) conducted a study with female participants only, seeking to identify factors that influence the mental health of this specific population.

The studies also investigated coaches of different sports, but not all of them specified the types of sports. Only the studies by Pilkington et al. (2022), Kegelaers et al. (2021), and Bentzen et al. (2020) presented the number of coaches in individual or team sports. Of these, only two studies explored differences between team and individual sports. Kegelaers et al. (2021) investigated the self-perceived impact of life and sport stressors on the mental health of coaches. The authors found a statistically significant difference (p-value=0.004), with a moderate effect size (0.55) for the adverse use of alcohol among coaches of individual and team sports. However, they did not identify differences between the other variables (resilience, sleep disturbance, anguish, depression/anxiety) according to the type of sport. In the study by Pilkington et al. (2022), no significant difference was observed in relation to individual and team sports for the variables of mental health symptoms, distress, risky alcohol consumption, and sleep.

Mental disorder prevalence

Studies show different prevalence of mental disorder symptoms in elite coaches. Kim et al. (2020), in a study with 72 coaches from New Zealand, reported a predominance of depressive symptoms and stress (number of daily concerns) in the participants, with 10 coaches meeting the criteria for depressive symptoms, with 14.1% indicating moderate level and 4.2% severe level. Kegelaers et al. (2021) observed prevalent symptoms of common mental disorders (distress, anxiety, depression, sleep disturbance, alcohol and other drug abuse) in elite coaches from the Netherlands, ranging from 39% for depression/anxiety to 19% for distress and adverse alcohol use. A total of 55.5% of coaches reported symptoms of at least one common mental disorder, and comorbidity of two or more of these disorders was present in 32.7% of coaches. In studies by Pilkington et al. (2022) with Australian coaches, a significant proportion reached the threshold for some mental disorder (40%); for alcohol consumption at risk level, the index was 41.8%; and for psychic distress, 13.9% presented high to very high levels.

Åkesdotter et al. (2022) assessed the prevalence of mental disorders among elite Swedish athletes and coaches who sought treatment at psychiatric outpatient clinics and identified that all coaches had at least one disorder from these four groups: 1) disorders due to the use of psychoactive substances; 2) affective disorders (e.g. depression); 3) anxiety disorders; 4) eating disorders. Anxiety disorder was found in 93% (100% female and 90% male Swedish coaches), and of these, stress-related disorders were the most frequent (72%), followed by other specific anxiety disorders (28%). Around half (52%) were diagnosed with an affective disorder (female coaches: 78%; male coaches: 40%), such as depression. Disorders resulting from the use of

psychoactive substances were found in 17%. Isolated anxiety disorders were the most common (30%), followed by concomitant anxiety with affective disorders (23%) and isolated affective disorders (14%). Comorbidity between these two diagnostic groups (anxiety and affective disorder) was also common.

Factors related to mental health

Studies show several factors with both negative and positive influence on the quality of mental health, and mental and psychological well-being. Bentzen et al. (2020) show that elite coaches experience higher levels of job insecurity in the middle of the season, which significantly predicts an increase in psychological distress, and a decrease in well-being at the end of the season. Kim et al. (2020) showed that contemplating retirement and having a family history of mental disorder were associated with a score of depressive symptoms 5.7 times higher than those who did not consider retirement. A strong association was observed between the number and severity of daily concerns of coaches and the onset of depressive symptoms, such as: a) thoughts about the future; b) many responsibilities to be fulfilled; c) having to meet high performance standards; d) having too many things to do; and e) not having time for the family. The authors also reported an average increase of 7% in the chances of having symptoms of moderate or severe depression for each reported concerns as they increase (Kim et al., 2020).

Kegelaers et al. (2021) observed that performance stressors were highly experienced by coaches (93.1%), with athlete's injury presenting the highest incidence, followed by organizational stressors (88.7%) and personal stressors (74.6%). The authors identified moderate overall impact of stressors on the mental health of coaches. Only nine stressors were perceived as responsible for moderate to strong impact on mental health, as follows: a) lack of athlete commitment; b) poor performance of the athlete or team; c) poor preparation for the competition; d) poor organizational communication; e) lack of athlete coachability; f) athlete's injury; g) unclear roles; h) conflict with athletes; i) challenges in the psychological management of athletes. Also, organizational stressors were a positive predictor of depression/anxiety symptoms. A small significant correlation was found between personal stressors and depression/anxiety (Kegelaers et al., 2021).

Pilkington et al. (2022), in studies with Australian elite coaches with 10 years or more of experience in the profession, identified that around 1 out of 3 coaches sought treatment for a psychological or mental health problem at some point (34.6%) due to any adverse factors throughout life, and the most reported were: a) death of a close person (54.3%); b) a relative or close friend with a serious illness, injury, or aggression (51.9%); c) feeling depreciated or

underpaid (54.3%). These data were consistent with adverse events also reported by elite athletes (Pilkington et al., 2022).

In the study by Kenttä et al. (2020) about the challenges of being a female coach in elite sport, working at this level of sport covers practically two main areas for female coaches: a) stereotyped male culture/coach; b) emotional well-being. Regarding the stereotyped male coach/culture, some factors are impactful, such as: a) lack of female role models; b) there is no gender equality; c) men choose men as work partners; d) prejudice against female coaches; e) culture dominated by a larger number of men; f) culture with specific sexist vocabulary; g) culture that encourages people not to show vulnerability if they are not feeling well; h) lack of self-confidence and competence when compared to men. It is an environment characterized by sexist and inappropriate language that makes female coaches uncomfortable. Regarding emotional well-being, influence was observed from: a) work-home interference; b) travel demand; c) time demand; d) high workload. Several female coaches described that work-home interference has negative consequences, and they questioned whether this type of work can be matched with family life. Work-home interference was perceived as a particularly difficult challenge for female coaches (Kenttä et al., 2020).

A number of different adaptive coping strategies are performed by female coaches to manage their emotional well-being at this level of sport, such as: a) exercise; b) time with family; c) recovery strategies for psychological detachment; d) strategies to balance the workload; d) family support; e) work-home balance; f) monitor the workload. Spending time with family and perceiving family support were seen as two important themes (Kenttä et al., 2020).

Figure 2 shows a summary of the factors that negatively influence the mental health of elite coaches categorized into organizational, performance, and personal aspects.

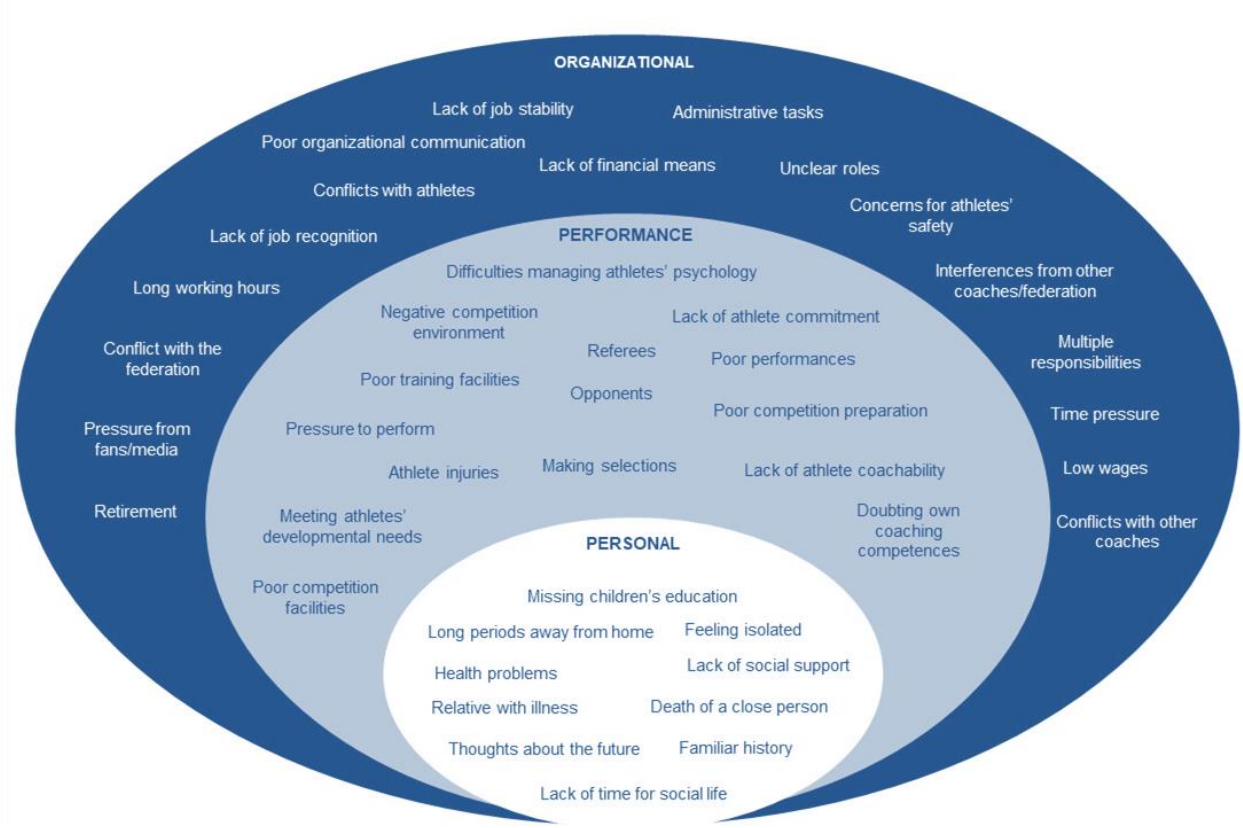


Figure 2. Factors that negatively influence the mental health of elite coaches. Source: Developed by the authors.

Social support is a protective factor for mental health, and almost all participants in the study by Pilkington et al. (2022) reported having it and being satisfied with it. Most coaches (85%) reported that their main source of social support was someone outside the sport context, mostly a spouse/partner, followed by a friend and parents, while no coach reported receiving support from a mental health professional. Satisfaction with life balance was reported by less than half of the sample of coaches (43.6%), with most participants rating their quality of life as "good" or "very good" while a small number said it was "bad" or "very bad." In this population, the most common strategies to manage stress included: a) talking to a friend/partner (71.4%); b) exercising for pleasure (67.5%); c) performing routine pleasant activities, such as walking the dog or listening to music (59.7%); d) sleeping (61.0%) (Pilkington et al., 2022).

Among elite coaches, satisfaction with life balance, satisfaction with social support, and being older were associated with lower psychological distress scores (Pilkington et al., 2022). Pilkington et al. (2022) identified that satisfaction with life balance was associated with lower alcohol consumption among coaches.

DISCUSSION

Our study, as far as we could identify in our search in the databases and in the references of studies about the mental health of coaches, is the first to conduct a systematic scoping review, presenting data from quantitative, qualitative or mixed methods research on the mental health of elite coaches. The main findings include: i) underrepresentation of women as coaches combined with higher rates of mental health disorders; ii) anxiety disorder was the most prevalent diagnosis among elite coaches; iii) the factors that negatively influence the mental health of coaches can be categorized into organizational, performance, and personal factors; iv) among the main protective aspects of mental health is social support, and the main source of such support is someone outside the sport context; v) coaches are not used to seeking support for their mental health from professionals in the field.

The study sample was mostly comprised of male coaches (80%), in agreement with prior studies reporting few women as elite coaches (Reade, Rodgers, Norman, 2009; Bentzen, Kenttä, Richter, Lemyre, 2020; Kenttä et al., 2020). They face more challenges than male coaches to work in a sport culture dominated by men, suggesting they have additional mental health issues (Kenttä et al., 2020), with more daily concerns perceived by them as more serious in their lives (Kim et al., 2020). They also present higher rates of depression, anxiety and other affective disorders than men (Kegelaers et al., 2021; Åkesdotter et al., 2022). Female coaches face challenges related to work-life balance, lack of trust from organizations, lack of job stability, and limited professional networking opportunities to a greater extent when compared to male coaches (Kenttä et al., 2020). They try to adjust, accept, and fit into the macho sports culture, knowing that they need to achieve better results to prove their knowledge and skills as coaches when compared to male coaches (Kenttä et al., 2020). Although they are aware of different types of coping strategies related to life balance, it is difficult to use them in their personal lives and handle the stress of being a woman in this profession, leading to maladaptive coping strategies that result in work overload (Kenttä et al., 2020).

Regarding the prevalence of mental disorders, studies have reported rates of 39% for depression/anxiety and 19% for distress and adverse alcohol use, and 32.7% of them have comorbidity of two or more common mental disorders (depression, anxiety, distress, use of alcohol and other drugs, and sleep disorders) (Kegelaers et al., 2021), with anxiety as the most common diagnosis (Åkesdotter et al., 2022). It is difficult to compare the prevalence of depression and anxiety between elite coaches and athletes because of a high variability in the rate among athletes, ranging from 4 to 68% for depression and from 6 to 14% for anxiety (Reardon et al., 2019), as well as differences in data collection instruments. Kim et al. (2020)

showed that elite coaches in New Zealand are affected by depression, with the rate of 14%, which is comparable to the general adult population of the country, but lower than the population of elite athletes in New Zealand. Regarding alcohol abuse, studies have reported that coaches consume more alcohol than athletes (Åkesdotter et al., 2022; Pilkington et al., 2022).

It is not just competing as an elite athlete that ensures a risk for mental health problems, but participating in the context of elite sports, as is the case with coaches (Åkesdotter et al., 2022; Bentzen et al., 2020; Kim et al., 2020; Kegelaers et al., 2021; Pilkington et al., 2022; Roberts et al., 2018). Risk factors for mental health problems in coaches are typically related to stress (Norris, Didymus, Kaiseleret, 2017; Kim et al., 2020; Hill et al., 2021; Åkesdotter et al., 2022). Coaches are subjected to a high number of stressors such as: work overload, leadership issues, finances, issues with the administrative environment, team management issues, working long hours, schedule, job instability, impact on the relationship with the family, athlete's injury, athlete's performance, athlete's coachability, athlete's attitude and commitment, expectations of others, and own performance as coaches (Norris, Didymus, Kaiseleret, 2017).

When investigating factors that positively influence the mental health of elite coaches, we found social support as one of the main protective factors (Pilkington et al., 2022), and the main source of support is someone outside the sport environment. Although psychological support is important within the organization, coaches still report stigma when talking about this subject with their peers. However, developing an open and supportive culture that accepts coaches are fallible can be challenging in the context of elite sports (Roberts et al., 2018). Pilkington et al. (2022) show that female coaches are more likely to seek help than male coaches, which may favor less stigmatizing attitudes about this topic among female coaches. Spending time with the family, simply because they are close, regardless of what they do together, is a strategy for coping with stress and mental disorder symptoms adopted by Canadian, Norwegian, and Swedish coaches and presented in the study by Kenttä et al. (2020).

Job security, professional development opportunities, and less conflict between work and personal life were associated with fulfillment of psychological needs, which, in turn, was related to an adaptive process of psychological well-being and support to perceived autonomy (Stebbings et al., 2012). On the other hand, coaches who did not have these opportunities felt their needs were frustrated and they were not able to develop professionally (Smith et al., 2020; Stebbings et al., 2012). Studies on the mental health and well-being of coaches have received more attention in recent years, suggesting a relevant opportunity for researchers (Keaglears et al., 2021; Kim et al., 2020; Norris, Didymus, Kaiseleret, 2017;).

Limitations

Although our study provided an innovative picture of the mental health of elite coaches, it has some limitations. First, the search in databases was performed only in English, so it may have not included important contributions to this topic published in other languages. Also, we did not use books, theses, dissertations, event annals, among others, in our search, which may represent a knowledge gap. Third, we only used studies that presented results for elite coaches, disregarding other studies with combined results that consider other groups of professionals and levels of coaches, which also offer important knowledge on the subject.

CONCLUSIONS AND FUTURE STUDIES

This systematic scoping review showed that research on the mental health of elite coaches is recent and that several aspects could be addressed in future studies aiming to improve knowledge and practical applications. It is important to recognize the relevance of the studies conducted to date due to the challenge of recruiting elite coaches to participate in studies (Kegelaers et al., 2021; Kim et al. 2020). According to our review, studies on the mental health of elite coaches have been published mainly in the last 5 years. The most prevalent disorders include anxiety and depression. Personal, performance, and organizational factors directly influence the mental health of this population.

All studies were conducted in European countries or in Australia and New Zealand, and most were cross-sectional studies. The hegemony of countries in the northern hemisphere and high socioeconomic profile indicate investigations must be conducted in other contexts. In addition, longitudinal studies should be conducted to investigate the effects of interventions and variation on mental health considering the stressors in the sports environment. The findings also indicate that female coaches face more mental health challenges when compared to male coaches. Regarding future studies, it is important to investigate how gender issues are related to markers such as race, sexuality, social class, among others. About study participants, it is important to investigate the differences between coaches of different types of sports, performance levels, and at different times of the season (Pilkington et al., 2022).

Finally, data collection instruments used in our review were validated for the general population, indicating that specific instruments should be developed for elite coaches. Challenges are observed in both diagnosis of mental disorder and assessment of mental health, as disorder and positive mental health have different continuums, which can be observed in a dual-continuum model versus traditional bipolar model. Then, positive mental health and mental disorder are two distinct but interrelated domains of mental health, each with unique

and shared predictors, influencing each other through complex interrelationships (Iasiello, van Agteren, Muir-Cochrane, 2020). Then, adequate instruments are required to support this assessment, particularly of elite coaches, to demonstrate the presence of a mental disorder does not automatically imply low levels of well-being (Colagrai, Barreira, Nascimento, Fernandes, 2022).

BIBLIOGRAPHIC REFERENCES

Åkesdotter, C., Kenttä, G., Eloranta, S., Håkansson, A., Franck, J. (2022). Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders among treatment-seeking elite athletes and high-performance coaches. *BMJ Open Sport & Exercise Medicine*, 8, e001264. DOI: 10.1136/bmjsem-2021-001264

Arksey, H., O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology, 8*(1), 19-32. DOI: 10.1080/1364557032000119616

Armstrong, R., Hall, B. J., Doyle, J., Waters, E. (2011). 'Scoping the scope' of a cochrane review. *Journal of Public Health, 33*(1), 147-150. DOI: 10.1093/pubmed/fdr015

Bentzen, M., Kenttä, G., Richter, A., Lemyre, P. N. (2020). Impact of Job Insecurity on Psychological Well- and Ill-Being among High Performance Coaches. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(19), 6939. DOI: 10.3390/ijerph17196939.

Bentzen, M., Lemyre, P. N., Kenttä, G. (2016). Development of exhaustion for highperformance coaches in association with workload and motivation: A person-centered approach. *Psychology of Sport and Exercise, 22*, 10–19. DOI: 10.1016/j.psychsport.2015.06.004

Breslin, G., Shannon, S., Haughey, T., Donnelly, P., Leavey, G. (2017). A systematic review of interventions to increase awareness of mental health and wellbeing in athletes, coaches and officials. *Systematic Reviews, 6*(1):1–15. DOI: 10.1186/s13643-017-0568-6

Breslin, G., Shannon, S., Cummings, M., Leavey, G. (2022). An updated systematic review of interventions to increase awareness of mental health and well-being in athletes, coaches, officials and parents. *Systematic Reviews, 11*(1), 99. DOI: 10.1186/s13643-022-01932-5.

Carson, F., Malakellis, M., Walsh, J., Main, L. C., Kremer, P. (2019). Examining the Mental Well-Being of Australian Sport Coaches. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(23), 4601. DOI: 10.3390/ijerph16234601.

Clark, H. J., Camiré, M., Wade, T. J., Cairney, J. (2015). Sport participation and its association with social and psychological factors known to predict substance use and abuse among youth: A scoping review of the literature. *International Review of Sport and Exercise Psychology, 8*(1), 224-250. DOI: 10.1080/1750984X.2015.1068829

Colagrai, A. C., Barreira, J., Nascimento, F. T., Fernandes, P. T. (2022). The paradox of mental health versus mental disease in elite athletes: a scoping review. *Motriz, 28, e10220001722*. DOI: 10.1590/S1980-6574202200001722.

Cooke, A., Smith, D. Booth, A. (2012). Beyond PICO: the SPIDER tool for qualitative evidence synthesis. *Qualitative Health Research, 22*(10):1435-43. DOI: 10.1177/1049732312452938

Didymus, F. F. (2017). Olympic and international level sports coaches' experiences of stressors, appraisals, and coping. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health, 9*(2), 214–232. Doi:10.1080/2159676X.2016.1261364

Esteves, N. S., De Brito, M. A., Soto, D. A. S., Müller, V. T., Aedo-Muñoz, E., Brito, C. J., Miarka, B. (2020). Effects of the COVID 19 pandemic on the mental health of professional soccer teams: epidemiological factors associated with state and trait anxiety. *Journal of Physical Education and Sport, 20*(5), 3038-3045. DOI: 10.7752/jpes.2020.413.

Fletcher, D., Scott, M. (2010). Psychological stress in sports coaches: A review of concepts, research, and practice. *Journal of Sports Sciences*, *28*(2), 127-137. Doi:10.1080/02640410903406208

Gorczynski, P., Gibson, K., Clarke, N., Mensah, T., Summers, R. (2020). Examining mental health literacy, help-seeking behaviours, distress, and wellbeing in UK coaches. *European Physical Education Review*, *26*(3), 713–726. DOI: 10.1177/1356336X19887772

Gouttebarge, V., Castaldelli-Maia, J. M., Gorczynski, P., Hainline, B., Hitchcock, M. E., Kerkhoffs, G. M. et al. (2019). Occurrence of mental health symptoms and disorders in current and former elite athletes: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, *53*(11), 700-706. DOI: 10.1136/bjsports-2019-100671.

Gouttebarge, V., Bindra, A., Blauwet, C., Campriani, N., Currie, A., Engebretsen, L., et al. (2021). International Olympic Committee (IOC) Sports Mental Health Assessment Tool 1 (SMHAT-1) and Sport Mental Health Recognition Tool 1 (SMHRT-1): towards better support of athletes' mental health. *British Journal of Sports Medicine, 55*(1), 30-37. DOI: 10.1136/bjsports-2020-102411.

Hill, D. M., Brown, G., Lambert, T.-L., Mackintosh, K., Knight, C., Gorczynski, P. (2021). Factors perceived to affect the wellbeing and mental health of coaches and practitioners working within elite sport. *Sport, Exercise, and Performance Psychology*, *10*(4), 504–518. DOI: 10.1037/spy0000263.

Hinojosa-Alcalde, I., Andrés, A., Didymus, F. F., Norman, L., Soler, S. (2020). Assessing Psychosocial Work Environments of Coaches in Spain and Their Relationships With Mental Health, Behavioral Stress Symptoms, and Burnout. *The Sport Psychologist, 34*(2), 1-10. DOI: 10.1123/tsp.2018-0114

Iasiello, M.; van Agteren, J. Muir-Cochrane, E. (2020) Mental Health and/or Mental Illness: A Scoping Review of the Evidence and Implications of the Dual-Continua Model of Mental Health. *Evidence Base, 1*, 45. DOI: 10.21307/eb-2020-001.

Kegelaers, J., Wylleman, P., Van Bree, I. (Belle) N. A., Wessels, F., Oudejans, R. R. (2021). Mental Health in Elite-Level Coaches: Prevalence Rates and Associated Impact of Coach Stressors and Psychological Resilience. *International Sport Coaching Journal*, *8*(3), 338-347. DOI: 10.1123/iscj.2020-0066

Kenttä, G., Bentzen, M., Dieffenbach, K., Olusoga, P. (2020). Challenges Experienced by Women High-Performance Coaches: Sustainability in the Profession, *International Sport Coaching Journal*, *7*(2), 200-208. DOI: 10.1123/iscj.2019-0029.

Keyes, C. L. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, *43*(2), 207-22. DOI: 10.2307/3090197.

Keyes, C. L. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*(3), 539-48. DOI: 10.1037/0022-006X.73.3.539.

Kim, S. S. Y., Hamiliton, B.; Beable, S.; Cavadino, A., Fulcher, M. L. (2020). Elite coaches have a similar prevalence of depressive symptoms to the general population and lower rates than elite athletes. *BMJ Open Sport & Exercise Medicine,6*, e000719. DOI: 10.1136/bmjsem-2019-000719

Levac, D., Colquhoun, H., O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Science*, *5*(1), 69. DOI: 10.1186/1748-5908-5-69.

McNeill, K., Durand-Bush, N., Lemyre, P. (2018). Thriving, Depleted, and At-Risk Canadian Coaches: Profiles of Psychological Functioning Linked to Self-Regulation and Stress, *International Sport Coaching Journal, 5*(2), 145-155. DOI: 10.1123/iscj.2017-0042

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G. (2009) PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med, 6*(7), e1000097. DOI: 10.1371/journal.pmed.1000097.

Norris, L. A., Didymus, F. F., Kaiseler, M. (2017). Stressors, coping, and well-being among sports coaches: A systematic review. *Psychology of Sport and Exercise, 33,* 93- 112. DOI: 10.1016/j.psychsport.2017.08.005

Olusoga, P., Bentzen, M., Kenttä, G. (2019). Coach Burnout: A Scoping Review. International *Sport Coaching Journal, 6,* 42-62. DOI: 10.1123/iscj.2017-0094

Pankow, K., Mosewich, A. D., McHugh, T.-L. F., Holt, N. L. (2022). The role of mental health protection and promotion among flourishing Canadian university sport coaches. *Sport, Exercise, and Performance Psychology, 11*(1), 28–43. DOI: 10.1037/spy0000277

Peters, M. D., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *JBI Evidence Implementation, 13*(3), 141-146. DOI: 10.1097/XEB.0000000000000050.

Pilkington, V., Rice, S. M., Walton, C. C., Gwyther, K., Olive, L., Butterworth, M., Purcell, R. (2022). Prevalence and Correlates of Mental Health Symptoms and Well-Being Among Elite Sport Coaches and High-Performance Support Staff. *Sports Medicine-Open, 8*(1), 89. DOI: 10.1186/s40798-022-00479-y

Reade, I., Rodgers, W., Norman, L. (2009). The under-representation of women in coaching: A comparison of male and female Canadian coaches at low and high levels of coaching. *International Journal of Sports Science & Coaching, 4*, 505–520. DOI: 10.1260/174795409790291439

Reardon, C. L., Hainline, B., Aron, C. M., Baron, D., Baum, A. L., Bindra, A., Budgett, R., Campriani, N., Castaldelli-Maia, J. M., Currie, A., Derevensky, J. L., Glick, I. D. et al. (2019). Mental health in elite athletes: International Olympic Committee consensus statement (2019). *British Journal of Sports Medicine, 53*(11), 667-699. DOI: 10.1136/bjsports-2019-100715.

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), 1333-53. DOI: 10.1007/s40279-016-0492-2.

Rice, S. M., Parker, A. G., Rosenbaum, S., Bailey, A., Mawren, D., Purcell, R. (2018). Sport-Related Concussion and Mental Health Outcomes in Elite Athletes: A Systematic Review. *Sports Medicine, 48*(2), 447-465. DOI: 10.1007/s40279-017-0810-3.

Rice, S. M., Gwyther, K., Santesteban-Echarri, O., Baron, D., Gorczynski, P., Gouttebarge, V., Reardon, C. L., Hitchcock, M. E., Hainline, B., Purcell R. (2019). Determinants of anxiety in elite athletes: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine, 53*(11):722-730. DOI: 10.1136/bjsports-2019-100620.

Roberts, S. J., Baker, M., Reeves, M. J., Jones, G., Cronin, C. (2019). Lifting the veil of depression and alcoholism in sport coaching: how do we care for carers? *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health, 11*(4), 510-526. DOI: 10.1080/2159676X.2018.1556182 .

Smith, A., Haycock, D., Jones, J., Greenough, K., Wilcock, R., Braid, I. (2020). Exploring Mental Health and Illness in the UK Sports Coaching Workforce. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(24), 9332. DOI: 10.3390/ijerph17249332.

Stansfeld, S., Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health--a meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 32*(6), 443-62. DOI: 10.5271/sjweh.1050.

Stebbings, J., Taylor, I. M., Spray, C. M., Ntoumanis, N. (2012). Antecedents of perceived coach interpersonal behaviors: the coaching environment and coach psychological well- and ill-being. *Journal of Sport and Exercise Psychology, 34*(4), 481-502. DOI: 10.1123/jsep.34.4.481.

Vella, S. A., Schweickle, M. J., Sutcliffe, J. T., Swann, C. (2021). A systematic review and meta-synthesis of mental health position statements in sport: Scope, quality and future directions. *Psychology of Sport and Exercise*, *55*, 101946. DOI: 10.1016/j.psychsport.2021.101946.

Weinberg, R. S., Gould, D. (2019). Foundations of Sport and Exercise Psychology. 7th Edition. Champaign, IL: Human Kinetics.

World Health Organization (WHO). (2017). Other common mental disorders: global health estimates. Geneva.

CAPÍTULO 5

A SAÚDE MENTAL EM ATLETAS BRASILEIROS DE ELITE: FATORES PROTETIVOS E NÃO PROTETIVOS

Alexandre Conttato Colagrai

Júlia Barreira

Paula Teixeira Fernandes

Artigo para ser submetido na Revista Brasileira de Ciências do Esporte

Resumo

Apesar do aumento de estudos sobre saúde mental de atletas, o contexto brasileiro ainda é pouco investigado. Assim, esta pesquisa teve como objetivo avaliar a saúde mental de atletas de elite no Brasil, utilizando instrumentos de rastreio de sintomas de transtornos mentais - fatores não protetivos da saúde mental (abuso sexual, suicídio, distúrbios do sono, abuso de álcool, depressão, ansiedade) em conjunto com instrumentos de fatores protetivos (motivação, resiliência, autoestima, *coping*, saúde mental positiva, paixão no esporte) para a promoção da saúde mental. O questionário foi enviado de forma online para os participantes. Participaram da pesquisa 148 atletas brasileiros de elite de modalidades coletivas e individuais, sendo a maioria homens (61%), de modalidades coletivas (68%), com até 20 anos de experiência (88%) e competindo em nível nacional (42%) e internacional (26%). No que se refere aos fatores não protetivos de saúde mental, os resultados mostraram sintomas de depressão com taxas graves (3%), moderadas (7%), leves (22%) e muito leves (65%), e ansiedade com taxas severas (5%), moderadas (16%), baixas (45%) e mínimas (33%) em atletas brasileiros de elite. A maioria dos atletas declarou nunca ter usado álcool (43%) e maconha (80%). Com relação à problemas com sono, 8% dos atletas brasileiros relataram tomar remédio para dormir. Atletas que pensaram em cometer suicídio (24%), como os que tentaram (6%), apresentam menor taxas para motivação, autoestima, resiliência, e saúde mental, e o dobro de pontuação para depressão e ansiedade em relação aos atletas que nunca tiveram ideação suicida. Abuso sexual foi relatado por 14% dos atletas. Comparando as escalas de rastreio de sintomas e de fatores protetivos da saúde mental, observamos correlação direta entre motivação, resiliência, estratégias de enfrentamento de adversidades, com sintomas de depressão, ansiedade, problemas com sono, assim como questões de abuso sexual e suicídio. Assim, os resultados desse estudo são importantes para gestores, treinadores e psicólogos do esporte para compreenderem fatores internos e externos ao esporte que influenciam a saúde mental de atletas de alto rendimento, e para que as organizações esportivas de diversos segmentos providenciem ações direcionadas para a proteção da saúde mental dos atletas.

Keywords: *Coping*. Transtorno Mental. Psicologia do Esporte. Resiliência. Motivação.

INTRODUÇÃO

Embora os estudos sobre saúde mental de atletas de elite estejam aumentando ao longo do tempo, investigações sobre esse aspecto ainda são realizadas em menor escala quando comparadas com pesquisas sobre treinamento físico, técnico, tático, e saúde física, indicando a necessidade de mais estudos na área (Rice et al., 2019). Pesquisas nesse campo são importantes, porque a saúde mental é impactada pelo estresse sofrido pelo atleta, e isso ocorre quando ele percebe que as demandas ambientais sobrecarregam ou excedem sua capacidade adaptativa, e atletas de elite enfrentam estressores da cultura esportiva diariamente.

Entre fatores operantes de estresse no esporte de elite destacamos lesões, *overtraining*, *burnout*, vida fora de casa, ausência de rede social de apoio íntima e afetiva, pressão interna e externa para alcançar resultados, restrições alimentares, uso de outras substâncias para melhorar o desempenho e para administrar o estresse, entre outros fatores (Ayala et al., 2022; Gouttebarge et al., 2019; Purcell et al., 2022; Rice et al., 2019; Reardon et al., 2019).

Fatores de estresse específicos do esporte, quando somado aos fatores de risco pré-existentes no atleta - genética; transtornos de personalidade; uso de drogas e álcool; abuso sexual na infância - estimulam a manifestação de transtornos mentais, como ansiedade, depressão, alimentares, compulsivo-obsessivo, bipolar e tentativas de suicídio (Ayala et al., 2022; Ojio et al., 2021; Purcell et al., 2022; Reardon et al., 2019; Rice et al., 2019).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a saúde mental está associada ao bem-estar e é caracterizada como uma condição em que a pessoa consegue administrar o estresse da vida diária com suas habilidades, conseguindo assim, mesmo perante o estresse, ser produtivo e contribuir com sua comunidade (*World Health Organization,* 2017). Transtorno mental é caracterizado pela alteração da saúde mental da pessoa, podendo se manifestar de diversas formas, em especial, com a depressão e ansiedade, tidos como os transtornos mais comuns (DSM-5, 2014, *World Health Organization*, 2017). Keyes (2002) elaborou o modelo de duplo contínuo para a saúde mental, mostrando que é possível coexistir aspectos operantes de saúde mental com sintomas de transtornos mentais. Esse modelo parece se adequar a realidade do esporte de elite, o qual nos baseamos em nosso estudo.

A prevalência de Transtorno Depressivo Maior chega a 15% em atletas alemães (Nixdorf et al., 2013) e 68% em nadadores de elite do Canadá (Hammond et al., 2013). Atletas australianos de elite tiveram taxas de 46,6% de sintomas depressivos, 7,1% com Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), e 4,5% para transtorno do pânico, o que é semelhante à população australiana não atleta e, em alguns casos, até superiores (Gulliver et al., 2015). No Japão, 32,3% de atletas de rugby apresentaram sintomas de ansiedade e depressão leves,

enquanto 4,8% foram moderados e 5,2% graves, e ainda 7,6% relataram ideação suicida (Ojio et al, 2021). Na China, Zhang et al. (2022) mostraram que atletas apresentam problemas com sono, o que impacta na saúde mental e no desempenho atlético.

Com relação ao abuso sexual, Timpka et al. (2014) encontraram taxas de 14% entre atletas suecos e Mountjoy et al. (2022) 14,9% em atletas de natação durante a competição da FINA (Federação Internacional de Natação) de 2019. Fasting, Brackenridge e Walseth (2002) encontraram taxas de 9% de abuso sexual em atletas holandeses e belgas. Sobre o suicídio, Egan (2019) em estudo com atletas universitários da NCAA identificou 12,1% de atletas que pensaram e fizeram planos para suicídio, e 1,7% que tentaram. Ojio et al. (2021), em estudo com jogadores masculinos de rugby, identificaram taxas de 7,6% com ideação suicida. Timpka et al. (2019), em estudo feito com atletas suecos de atletismo, demonstraram 15,6% com ideação suicida.

Pesquisas sobre a saúde mental de atletas de elite são desafiadoras devido ao estigma e outras barreiras que cercam o tema (Poucher et al., 2021). Com isso, é fundamental ampliar o conhecimento e as perspectivas sobre o tema, contribuindo para sua disseminação, prevenção e tratamento, especialmente pela sobreposição significativa entre os anos competitivos para atletas de elite na maioria das modalidades - entre 15 a 30 anos aproximadamente - e o pico de aparecimento de transtornos mentais na população - entre 15 a 25 anos (Biggin, Burns, Uphill, 2017, DSM-5, 2014, World Health Organization, 2017).

Neste sentido, esta pesquisa tem como objetivos: caracterizar a saúde mental de atletas de elite no Brasil em relação aos transtornos considerados mais comuns, como depressão e ansiedade e distúrbios do sono; avaliar a influência do uso de remédio para dormir, dos casos de abuso sexual e ideação suicida; avaliar a associação dos instrumentos protetivos com os de rastreio de sintomas de transtorno mental. Pesquisas sobre esse tema no país e na América do Sul são incipientes e escassas, encontrando apenas o estudo sobre ansiedade, distúrbio do sono e estado de humor de atletas brasileiros de elite, com foco específico na pandemia da COVID-19 (Lopes Soares et al., 2022). A visão de saúde versus doença precisa ser discutida, e esse é o primeiro estudo que abrange coleta de dados sobre saúde mental no cenário Brasileiro e da América do Sul, e que utiliza instrumentos de rastreio de sintomas de transtornos mentais em conjunto com instrumentos de fatores protetivos para a promoção da saúde mental.

Os resultados dessa pesquisa podem contribuir para o conhecimento sobre fatores internos e externos ao esporte que influenciam a saúde mental de atletas e, consequentemente, para tomada de decisão e alocação de recursos por parte dos gestores, treinadores e do esporte.

MÉTODOS

Esta é uma pesquisa experimental, exploratória de desenho transversal, realizada no primeiro semestre de 2023, utilizando o método quantitativo para a coleta de dados. Os dados foram coletados através de um questionário online desenvolvido na plataforma *Google Forms.*

Participantes

Participaram desse estudo 148 atletas brasileiros de elite de modalidades coletivas (basquete, cricket, futsal, futebol, handebol, rugby, softbol, voleibol) e individuais (atletismo, ciclismo, esgrima, judô, natação, taekwondo, tênis, tênis de mesa, triathlon, vela). Os critérios de inclusão foram: realizar treinamento semanal de no mínimo 20 horas, com idade entre 18 e 30 anos, em atuação como atleta no momento da pesquisa em uma equipe, clube ou na seleção brasileira de sua modalidade, participando de competições estaduais, nacionais e ou internacionais, vinculados a federações e confederações de seu esporte, que recebem salários e contratos para serem atletas de alto rendimento

Instrumentos

Foi elaborado um questionário com dados demográficos referente a idade, sexo, modalidade, tempo de experiência como atleta, convocação para seleção nacional. Os dados relacionados à saúde (fatores protetivos) e à doença (rastreio de sintomas de transtorno mental) foram coletados através de questões e instrumentos validados nessas áreas. Esses instrumentos foram intercalados entre instrumentos de fatores protetivos da saúde mental seguidos por outros de rastreio de sintomas de transtorno, conforme segue a ordem a seguir:

- **Questões sobre abuso sexual:** Já foi abusado sexualmente? O abuso ocorreu no contexto esportivo?
- **Questões sobre suicídio:** Já pensou em cometer suicídio? Já fez plano para cometer suicídio? Já tentou o suicídio?
- **Questões sobre uso de álcool e outras drogas baseados no *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT-C)** elaborado por Babor et al (1989), e validado para o contexto brasileiro por Mendes (1999)**:** foram utilizadas algumas questões deste questionário sobre ingestão de bebidas alcóolicas:
    - Com que frequência você consome bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, cachaça, etc)?
    - Sobre o uso de cigarros: Indique se já fez uso e se ainda usa atualmente;
    - Sobre o uso de maconha: Indique se já fez uso e se ainda usa atualmente;

  - Sobre o uso de cocaína: Indique se já fez uso e se ainda usa atualmente;
  - Sobre o uso de solvente: Indique se já fez uso e se ainda usa atualmente;
  - Sobre o uso de LSD ou ecstasy: Indique se já fez uso e se ainda usa atualmente;
- **Questões sobre distúrbios do sono baseado no PROMIS (Patient-Reported Outcomes Measurement Infomation System):** elaborado por Hays et al. (2009) e adaptado para o contexto brasileiro por Zumpano et al. (2017) e para este estudo, foram utilizadas as seguintes questões:
  - Quão satisfeito você está com a qualidade do seu sono?
  - Quão insatisfeito você está com a qualidade do seu sono?
  - Com que frequência você toma remédios para dormir (prescritos ou sem prescrição médica)?
- **Escala de Motivação para o Esporte** (*Sport Motivation Scale*, SMS, Pelletier et al., 2013, Nascimento Junior et al., 2014): contém 18 itens distribuídos em seis subescalas: regulação intrínseca, regulação integrada, regulação identificada, regulação introjetada, regulação externa e desmotivação. As respostas são dadas em escala *Likert* de 7 itens e o escore de cada subescala (máximo 21 pontos) e também o escore geral (máximo 126 pontos) é calculado com base na média do somatório de seus itens, sendo que valores mais altos indicam maior satisfação das necessidades psicológicas.
- **Escala de Resiliência no Esporte** (ER-Esp, Bicalho, Melo e Noce, 2022): contém 15 itens alocados em cinco fatores respectivamente: 1- Experiências Esportivas; 2- Apoio Social Familiar; 3- Recursos Pessoais e Competência; 4- Espiritualidade; 5- Apoio Social Esportivo. O escore total da escala é determinado pela média da somatória dos itens de cada fator.
- **Questionário de sintomas depressivos** (*Patient Health Questionnaire*, PHQ-9, Kroenke, Spitizer e Williams, 2001; Spitizer, Kroenke e Williams, 1999; Spitizer et al., 1994): possui nove perguntas que avaliam a presença de sintomas para o episódio de depressão maior, descritos no *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais* (DSM-IV). A frequência de cada sintoma nas últimas duas semanas é avaliada em escala *Likert* de 0 a 3. O questionário ainda inclui uma décima pergunta, que avalia a interferência desses sintomas no desempenho de atividades diárias, como trabalhar e estudar, com pontuação de 0 a 27, a fim de avaliar os sintomas de depressão no período de duas semanas. Os pontos de corte são 5-8 sintomas muito leves, 9-14 episódio leve, 15-19 episódio moderado, acima de 20 episódio grave.

- **Escala de Autoestima de Rosenberg** (EAR, Hutz, 2000; Rosenberg, 1965): composto por 10 itens, sendo 5 associados à visão negativa sobre si mesmo e 5, à visão positiva, em respostas do tipo *Likert*, variando de 1 a 4. A pontuação total varia entre 10 e 40 pontos, sendo < 20 = autoestima baixa; 21-30 = autoestima média; > 30 = autoestima alta.
- **Escala de Ansiedade Generalizada** (*General Anxiety Disorder-7*, GAD-7, Kroenke, Spitizer, Williams, Monahan e Lowe, 2007; Spitizer, Kroenke, Williams e Lowe, 2006): instrumento breve para avaliação, da TAG, composto por sete itens, em escala de quatro pontos. A pontuação varia de 0 a 21, com pontuações mais altas refletindo níveis mais elevados de gravidade de sintomas de transtorno de ansiedade generalizada.
- **Questionário de Avaliação de Estresse e Estratégias de Enfrentamento** (*Coping Function Questionnaire*, CFQ, Kowalski, Crocker, 2001; Pereira, 2019): contém 18 itens, divididos em 3 dimensões, de acordo com sua função: *coping* focado no problema; *coping* focado nas emoções e *coping* focado na evitação. O escore do instrumento é determinado pela média das respostas dadas aos itens de cada dimensão. O atleta indica o quanto utilizou as estratégias de *coping*, variando de "nenhum" a "muito". O escore é determinado pela média das respostas dadas aos itens de cada dimensão.
- é composto por 18 itens, divididos em 3 dimensões: 1. *coping* focado no problema (*problem-focused*), 2. *coping* focado nas emoções (*emotion-focused*) e 3. *coping* focado na evitação (*avoidance*).
- **Saúde Mental Positiva** (*Mental Health Continuum-Short Form*, MHC-SF, Keyes, 2002, Machado, Bandeira, 2015): composto por 14 itens que representam a definição do construto para cada faceta do bem-estar (3 itens para bem-estar emocional, 6 itens para o bem-estar psicológico e 5 itens para o bem-estar social). Para ser diagnosticado com saúde mental florescente, os indivíduos devem experimentar "todos os dias" ou "quase todos os dias" pelo menos um dos três sinais de bem-estar hedônico e pelo menos seis dos onze sinais de funcionamento positivo durante o mês anterior. Os indivíduos que apresentam níveis baixos (ou seja, "nunca" ou "uma ou duas vezes" durante o mês anterior) em pelo menos uma medida de bem-estar hedônico e níveis baixos em pelo menos seis medidas de funcionamento positivo, são diagnosticados com saúde mental definhando.
- **Escala de Paixão no Esporte** (EPE, Prates, 2015; Vallerand et al., 2003): avalia a paixão pela prática do esporte, por meio de 17 afirmações, respondidas em escala *Likert*

de 7 pontos, em três subescalas: 1- paixão obsessiva, 2 - paixão harmoniosa e 3 - critérios da paixão. A pontuação é feita, em cada subescala, pela média dos itens, com valor máximo de 7 pontos.

Procedimentos

Após o primeiro contato com confederações, federações, equipes, clubes, treinadores de equipes, gestores esportivos, membros da comissão técnica e atletas e consequente assinatura da carta de autorização das entidades, foi disponibilizado o questionário aos atletas de forma *online*. As orientações incluíram ser respondido com sinceridade, sem preocupação com respostas certas ou erradas e não ser respondido em dias de competição, ou antes e após a sua realização, por compreendermos que os fatores emocionais podem estar diferentes do habitual devido ao estresse competitivo. Os participantes foram informados de que a pesquisa era parte de um estudo acadêmico mais amplo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAMP (CAAE 36412020.0.0000.5404).

Análise dos Dados

A estatística descritiva foi utilizada para explorar e caracterizar o banco de dados coletado. Os dados qualitativos estão apresentados em frequência relativa e absoluta, enquanto os quantitativos são apresentados em média e desvio padrão. O teste de Mann-Whitney foi utilizado para comparar a saúde mental em função do uso de medicamentos, abuso sexual e tentativa de suicídio. O coeficiente de correlação de Pearson e seu respectivo intervalo de confiança de 95% foram utilizados para analisar a associação entre os instrumentos protetivos e de rastreio de sintomas. Todas as análises estatísticas foram realizadas no *software* SPSS. O nível de significância foi estabelecido em $p<0,05$. Os tamanhos dos efeitos não paramétricos foram calculados para fornecer informações sobre a magnitude das diferenças. Com relação ao tamanho do efeito para o teste T de amostras independentes, o *d* de Cohen foi determinado calculando a diferença média entre as variáveis dos Dois grupos.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta a caracterização dos participantes do estudo, sendo que a maioria foi composta por atletas homens, de modalidades coletivas, com até 20 anos de experiência e competindo em nível nacional e internacional.

Tabela 1. Caracterização dos atletas participantes do estudo.

Variável	Característica	N (%)
Sexo	Feminino	58 (39%)
	Masculino	90 (61%)
Modalidade	Coletiva	100 (68%)
	Individual	48 (32%)
Tempo como Atleta	0 a 10 anos	68 (46%)
	11 a 20 anos	62 (42%)
	Acima de 20 anos	18 (12%)
Nível competitivo	Estadual	47 (32%)
	Nacional	62 (42%)
	Internacional	39 (26%)
Atletas convocados	Não	99 (67%)
	Sim	49 (33%)

Legenda: N representa a frequência absoluta e % a frequência relativa.

A Tabela 2 apresenta dados referentes ao uso de álcool e outras drogas. Mais de 80% informaram nunca ter usado cigarro ou maconha, e mais de 95% informou nunca ter usado outras drogas. Com relação ao uso de álcool, a maioria informou nunca ter usado, e aproximadamente um terço informou usar uma vez ao mês.

Tabela 2. Uso de álcool e outras drogas pelos participantes.

Droga	Frequência	N (%)
Álcool	1 vez por mês	46 (31%)
	2 a 4 vezes por mês	35 (24%)
	2 a 3 vezes por semana	3 (2%)
	4 ou mais vezes por semana	1 (1%)
	Nunca	63 (43%)
Cigarro	Nunca usei	130 (88%)
	Fiz uso, mas parei	13 (9%)
	Uso atualmente	5 (3%)
Maconha	Nunca usei	118 (80%)
	Fiz uso, mas parei	22 (15%)
	Uso atualmente	8 (5%)
Cocaína	Nunca usei	143 (97%)
	Fiz uso, mas parei	5 (3%)
Solvente	Nunca usei	145 (98%)
	Fiz uso, mas parei	3 (2%)
LSD	Nunca usei	139 (94%)
	Fiz uso, mas parei	9 (6%)

Legenda: N representa a frequência absoluta e % a frequência relativa.

Com relação ao sono e problemas para dormir, 12 (8%) atletas informaram tomar remédio para dormir. A Tabela 3 apresenta as relações entre as características psicológicas de atletas que tomam e que não tomam remédio para dormir. Com relação à ER-Esp, o domínio Recursos da Pessoa apresentou valores significativamente maiores para aqueles que não tomam remédio. Nos instrumentos de rastreio de sintomas, os atletas que tomam remédio apresentaram valores estatisticamente maiores para sintomas de depressão no PHQ-9 e de ansiedade no GAD-7. Na escala MHC *Short Form*, o domínio Emocional apresentou valores significativamente maiores para aqueles que não tomam remédio para dormir.

Com relação ao abuso sexual, 21 atletas (14%) informaram ter sofrido abuso. A Tabela 4 mostra a comparação entre os aspectos psicológicos de atletas que sofreram e não sofreram abuso sexual. Os que sofreram apresentam valores menores na escala ER-Esp, em especial nos domínios Experiência Esportiva e Recursos da Pessoa. Com relação às escalas PHQ-9 e GAD-7, atletas que foram abusados apresentam valores significativamente mais elevados para depressão e ansiedade. Quem sofreu abuso apresentou valores menores na autoestima, em especial nos domínios Visão Negativa e Autoestima Total. Na escala MHC Short Form para avaliar a saúde mental, os atletas que sofreram abuso sexual apresentaram valores menores nos três domínios: Emocional, Social e Psicológico, tendo esse último uma diferença estatisticamente significativa.

Tabela 3. Comparação dos aspectos psicológicos entre atletas que tomam e que não tomam remédio para dormir.

Variável - instrumento		Não tomam (n=136)	Tomam (n=12)	p-valor	Tamanho do efeito
Motivação (SMS)	SMS.Reg.Intri	17,3 (3,5)	17,1 (3,3)	0,76	0,05
	SMS.Reg.Inte	17,3 (3,3)	17,0 (3,9)	0,82	0,08
	SMS.Reg.Idet	16,3 (4,3)	16,5 (4,7)	0,71	0,04
	SMS.Reg.Introj	14,2 (3,8)	14,9 (4,0)	0,90	0,17
	SMS.Reg.Ext	6,0 (3,4)	6,6 (2,9)	0,34	0,18
	SMS.Desmot	5,4 (3,1)	6,8 (4,8)	0,53	0,34
Resiliência (ER-Esp)	ER-Esp.ExpEsportiva	12,8 (1,9)	11,9 (1,7)	0,09	0,49
	ER-Esp.ApoSocFam	11,3 (2,7)	10,9 (3,0)	0,55	0,14
	ER-Esp.Rec.Pes	11,4 (2,4)	10,2 (1,9)	0,03*	0,55
	ER-Esp.Espiritual	11,2 (3,0)	9,8 (3,8)	0,22	0,40
	ER-Esp.ApoSocEsportivo	10,5 (2,4)	9,7 (2,9)	0,42	0,30
Depressão	PHQ-9	7,0 (5,3)	11,3 (6,3)	0,01*	0,73
Autoestima (EAR)	EAR.VisNegativa	15,1 (3,4)	14,6 (4,2)	0,80	0,13
	EAR.VisPositiva	8,5 (2,4)	9,6 (2,1)	0,11	0,48
	EAR.total	23,7 (2,8)	24,3 (3,0)	0,65	0,20
Ansiedade	GAD-7	5,6 (4,1)	8,8 (4,5)	0,01*	0,74
***Coping* (CFQ)**	CFQ.Problema	2,6 (0,9)	2,1 (0,9)	0,14	0,55
	CFQ.Emocao	2,6 (0,9)	2,2 (1,0)	0,15	0,42
	CFQ.Evitar	1,9 (1,2)	1,9 (0,8)	0,94	0
Saúde Mental (MHC)	MHC.Emocional	14,8 (2,7)	12,9 (2,4)	0,00*	0,74
	MHC.Social	19,0 (6,3)	16,8 (4,3)	0,22	0,40
	MHC.Psicolog	28,6 (6,1)	25,9 (5,5)	0,07	0,46
Paixão Esporte (EPE)	EPE.Paixao.Obssessiva	4,1 (1,3)	3,9 (0,9)	0,31	0,17
	EPE.Paixo.Harmoniosa	5,9 (0,9)	5,6 (1,2)	0,40	0,28
	EPE.Paixao.Criterio	6,2 (0,8)	5,9 (1,1)	0,42	0,31

Legenda: SMS.Reg.Intri = Regulação Intrínseca; SMS.Reg.Inte = Regulação Integrada; SMS.Reg.Idet = Regulação Identificada; SMS.Reg.Introj = Regulação Introjetada; SMS.Reg.Ext = Regulação Extrínseca; SMS.Desmot = Desmotivação; ER-Esp.ExpEsportiva = Experiência Esportiva; ER-Esp.ApoSocFam = Apoio Social Familiar; ER-Esp.Rec.Pes = Recursos da Pessoa; ER-Esp.Espiritual = Espiritualidade; ER-Esp.ApoSocEsportivo = Apoio Social Esportivo; EAR.VisNegativa = Visão Negativa; EAR.VisPositiva = Visão Positiva; EAR.total = Total; CFQ.Problema =Foco no Problema; CFQ.Emocao =Foco na Emoção do Problema; CFQ.Evitar = Evitação do Problema; MHC.Emocional = Emocional; MHC.Social = Social; MHC.Psicolog = Psicológico; EPE.Paixao.Obssessiva = Paixão Obsessiva; EPE.Paixo.Harmoniosa = Paixão Harmoniosa; EPE.Paixao.Criterio = Critérios da Paixão. Nota: dados apresentados como média (desvio padrão).

Tabela 4. Comparação dos aspectos psicológicos entre atletas que sofreram e não sofreram abuso.

Variável - instrumento		Não sofreram abuso (n=128)	Sofreram abuso (n=21)	p-valor	Tamanho do efeito
Motivação (SMS)	SMS.Reg.Intri	17,3 (3,4)	17,3 (3,7)	0,83	0
	SMS.Reg.Inte	17,4 (3,2)	16,9 (3,7)	0,67	0,14
	SMS.Reg.Idet	16,3 (4,4)	16,4 (4,3)	0,99	0,02
	SMS.Reg.Introj	14,2 (3,9)	14,6 (3,6)	0,89	0,10
	SMS.Reg.Ext	6,1 (3,4)	6,0 (3,2)	0,94	0,03
	SMS.Desmot	5,40 (3,2)	6,5 (3,4)	0,07	0,33
Resiliência (ER-Esp)	ERE.ExpEsportiva	12,8 (1,9)	11,7 (2,0)	0,01*	0,56
	ERE.ApoSocFam	11,4 (2,2)	10,7 (3,0)	0,29	0,26
	ERE.Rec.Pes	11,6 (2,2)	9,8 (2,8)	0,00*	0,71
	ERE.Espiritua	11,2 (3,0)	10,4 (3,6)	0,54	0,24
	ERE.ApoSocEsportivo	10,5 (2,4)	10,4 (2,4)	0,72	0,04
Depressão	PHQ-9	6,7 (5,3)	11,2 (5,2)	0,00*	0,85
Autoestima (EAR)	EAR.VisNegativa	15,5 (3,3)	12,8 (3,6)	0,00*	0,78
	EAR.VisPositiva	8,5 (2,4)	9,3 (2,1)	0,07	0,35
	EAR.total	24,0 (2,8)	22,2 (3,0)	0,00*	0,62
Ansiedade	GAD-7	5,4 (4,0)	9,0 (4,4)	0,00*	0,85
***Coping* (CFQ)**	CFQ.Problema	2,6 (0,9)	2,5 (1,0)	0,94	0,10
	CFQ.Emocao	2,6 (0,8)	2,6 (1,2)	0,51	0
	CFQ.Evitar	1,9 (1,1)	1,6 (1,3)	0,24	0,25
Saúde Mental (MHC)	MHC.Emocional	14,7 (2,8)	14,1 (2,2)	0,10	0,23
	MHC.Social	19,1 (6,2)	17,3 (6,2)	0,17	0,29
	MHC.Psicolog	28,9 (5,9)	25,5 (6,3)	0,02*	0,55
Paixão Esporte (EPE)	EPE.Paixao.Obssessiva	4,0 (1,3)	4,3 (1,2)	0,62	0,24
	EPE.Paixao.Harmoniosa	5,9 (1,0)	6,0 (0,9)	0,91	0,10
	EPE.Paixao.Criterio	6,2 (0,9)	6,4 (0,7)	0,31	0,24

Legenda: SMS.Reg.Intri = Regulação Intrínseca; SMS.Reg.Inte = Regulação Integrada; SMS.Reg.Idet = Regulação Identificada; SMS.Reg.Introj = Regulação Introjetada; SMS.Reg.Ext = Regulação Extrínseca; SMS.Desmot = Desmotivação; ER-Esp.ExpEsportiva = Experiência Esportiva; ER-Esp.ApoSocFam = Apoio Social Familiar; ER-Esp.Rec.Pes = Recursos da Pessoa; ER-Esp.Espiritual = Espiritualidade; ER-Esp.ApoSocEsportivo = Apoio Social Esportivo; EAR.VisNegativa = Visão Negativa; EAR.VisPositiva = Visão Positiva; EAR.total = Total; CFQ.Problema =Foco no Problema; CFQ.Emocao =Foco na Emoção do Problema; CFQ.Evitar = Evitação do Problema; MHC.Emocional = Emocional; MHC.Social = Social; MHC.Psicolog = Psicológico; EPE.Paixao.Obssessiva = Paixão Obsessiva; EPE.Paixo.Harmoniosa = Paixão Harmoniosa; EPE.Paixao.Criterio = Critérios da Paixão. Nota: dados apresentados como média (desvio padrão).

No que se refere ao suicídio, a Tabela 5 apresenta a comparação entre atletas que pensaram e que não pensaram em cometer suicídio (ideação), e nota-se que os que pensaram, apresentam diferenças significativas na escala SMS no domínio Regulação Integrada, sendo menor em relação a quem não pensou. Com relação ao PHQ-9 e ao GAD 7, quem pensou em

cometer suicídio apresentou o dobro de pontuação em relação a quem não pensou. Na Escala EAR, quem pensou tinha valores mais baixos, em especial nos domínios Visão Negativa e Visão Positiva. Na escala MHC *Short Form* para avaliar a saúde mental, os atletas que pensaram em cometer suicídio apresentaram valores menores nos três domínios: Emocional, Social e Psicológico. Na EPE, quem pensou em suicídio apresentou valor menor no domínio Paixão Harmoniosa.

Tabela 5. Comparação dos aspectos psicológicos entre atletas que pensaram e não pensaram (ideação) em cometer suicídio e os instrumentos de rastreio de sintomas e de fatores protetivos.

Variável - instrumento		Não Pensou (n=113)	Pensou (n=35)	p-valor	Tamanho efeito
Motivação (SMS)	SMS.Reg.Intri	18,0 (3,5)	18,0 (3,2)	0,43	0
	SMS.Reg.Inte	18,0 (3,3)	16,0 (3,0)	0,00*	0,63
	SMS.Reg.Idet	17,0 (4,4)	16,0 (4,1)	0,36	0,23
	SMS.Reg.Introj	15,0 (3,8)	15,0 (4,0)	0,85	0
	SMS.Reg.Ext	5,0 (3,3)	6,0 (3,6)	0,55	0,29
	SMS.Desmot	4,0 (2,8)	6,0 (4,2)	0,01*	0,56
Resiliência (ER-Esp)	ERE.ExpEsportiva	13,0 (1,9)	12,0 (2,0)	0,12	0,51
	ERE.ApoSocFam	12,0 (2,4)	11,0 (3,4)	0,05	0,34
	ERE.Rec.Pes	12,0 (2,2)	11,0 (2,6)	0,01*	0,41
	ERE.Espiritua	12,0 (3,0)	11,0 (3,4)	0,23	0,31
	ERE.ApoSocEsportivo	11,0 (2,4)	10,0 (2,5)	0,16	36,31
Depressão	PHQ-9	6,0 (4,2)	10,0 (7,2)	0,00*	0,67
Autoestima (EAR)	EAR.VisNegativa	16,0 (3,0)	13,0 (4,0)	0,00*	0,84
	EAR.VisPositiva	9,0 (2,4)	10,0 (2,2)	0,00*	0,43
	EAR.total	25,0 (2,5)	23,0 (3,6)	0,56	0,64
Ansiedade	GAD-7	5,0 (3,6)	10,0 (4,9)	0,00*	1,16
***Coping* (CFQ)**	CFQ.Problema	2,8 (0,8)	2,7 (1,1)	0,18	0,10
	CFQ.Emocao	2,9 (0,8)	2,7 (1,1)	0,17	0,20
	CFQ.Evitar	2,0 (1,1)	1,8 (1,1)	0,36	0,18
Saúde Mental (MHC)	MHC.Emocional	16,0 (2,2)	13,0 (3,3)	0,00*	1,06
	MHC.Social	21,0 (6,0)	16,0 (6,3)	0,01*	0,81
	MHC.Psicolog	31,0 (5,3)	27,0 (7,5)	0,00*	0,61
Paixão Esporte (EPE)	EPE.Paixao.Obssessiva	4,2 (1,3)	4,2 (1,3)	0,68	0
	EPE.Paixo.Harmoniosa	6,2 (0,8)	5,3 (1,2)	0,00*	0,88
	EPE.Paixao.Criterio	6,6 (0,8)	6,4 (1,0)	0,03	0,22

Legenda: SMS.Reg.Intri = Regulação Intrínseca; SMS.Reg.Inte = Regulação Integrada; SMS.Reg.Idet = Regulação Identificada; SMS.Reg.Introj = Regulação Introjetada; SMS.Reg.Ext = Regulação Extrínseca; SMS.Desmot = Desmotivação; ER-Esp.ExpEsportiva = Experiência Esportiva; ER-Esp.ApoSocFam = Apoio Social Familiar; ER-Esp.Rec.Pes = Recursos da Pessoa; ER-Esp.Espiritual = Espiritualidade; ER-Esp.ApoSocEsportivo = Apoio Social Esportivo; EAR.VisNegativa = Visão Negativa; EAR.VisPositiva = Visão Positiva; EAR.total = Total; CFQ.Problema =Foco no Problema; CFQ.Emocao =Foco na Emoção do Problema; CFQ.Evitar = Evitação do Problema; MHC.Emocional = Emocional; MHC.Social = Social; MHC.Psicolog = Psicológico; EPE.Paixao.Obssessiva = Paixão Obsessiva; EPE.Paixo.Harmoniosa = Paixão Harmoniosa; EPE.Paixao.Criterio = Critérios da Paixão. Nota: dados apresentados como média (desvio padrão).

A Tabela 6 apresenta a comparação entre atletas que tentaram e que não tentaram cometer suicídio, sendo que os que tentaram, apresentaram valores maiores na escala SMS no domínio Desmotivação. Com relação à ERE - domínio Recursos da Pessoa - tivemos valores menores em quem tentou suicídio. Nas escalas PHQ-9 e GAD 7 os valores foram duas vezes mais elevados para quem tentou suicídio. Na escala EAR quem tentou suicídio apresentou valores menores nos domínios Visão Negativa e Autoestima Total. Na escala CFQ para enfrentamento de adversidades, quem tentou suicídio apresentou valores menores nos domínios Problema e Emoção, praticamente metade do valor. Na Escala MHC-*Short Form*, quem tentou suicídio apresentou valores menores, especialmente no domínio Emocional.

Tabela 6. Comparação dos aspectos psicológicos entre atletas que tentaram e não tentaram cometer suicídio e os instrumentos de rastreio de sintomas e de fatores protetivos.

Variável - instrumento		**Não Tentou (n=139)**	**Tentou (n=09)**	**p-valor**	**Tamanho do efeito**
Motivação (SMS)	SMS.Reg.Intri	18,0 (3,5)	16,0 (3,4)	0,33	0,58
	SMS.Reg.Inte	18,0 (3,3)	15,0 (3,3)	0,02	0,90
	SMS.Reg.Idet	17,0 (4,4)	15,0 (4,2)	0,92	0,46
	SMS.Reg.Introj	15,0 (3,8)	15,0 (4,5)	0,42	0
	SMS.Reg.Ext	5,0 (3,3)	8,0 (3,2)	0,03	0,92
	SMS.Desmot	4,0 (3,2)	8,0 (3,3)	0,00*	1,23
Resiliência (ER-Esp)	ERE.ExpEsportiva	13,0 (1,9)	11,0 (1,8)	0,02	1,08
	ERE.ApoSocFam	12,0 (2,7)	11,0 (3,3)	0,47	0,33
	ERE.Rec.Pes	12,0 (2,4)	9,0 (1,9)	0,01*	1,38
	ERE.Espiritua	12,0 (3,1)	12,0 (2,9)	0,77	0
	ERE.ApoSocEsportivo	11,0 (2,4)	10,0 (2,1)	0,26	0,44
Depressão	PHQ-9	6,0 (5,2)	13,0 (7,1)	0,00*	1,12
Autoestima (EAR)	EAR.VisNegativa	15,0 (3,3)	11,0 (1,6)	0,00*	1,54
	EAR.VisPositiva	9,0 (2,4)	11,0 (2,5)	0,02	0,81
	EAR.total	25,0 (2,8)	21,0 (1,9)	0,00*	1,67
Ansiedade	GAD-7	5,0 (4,0)	12,0 (3,7)	0,00*	1,81
***Coping* (CFQ)**	CFQ.Problema	2,8 (0,9)	1,5 (0,9)	0,00*	1,44
	CFQ.Emocao	2,9 (0,8)	1,4 (1,0)	0,00*	1,65
	CFQ.Evitar	2,0 (1,2)	1,6 (0,8)	0,25	0,39
Saúde Mental (MHC)	MHC.Emocional	16,0 (2,7)	12,0 (2,9)	0,00*	1,42
	MHC.Social	20,0 (6,2)	15,0 (5,9)	0,07	0,82
	MHC.Psicolog	31,0 (6,1)	24,0 (6,0)	0,09	1,15
Paixão Esporte (EPE)	EPE.Paixao.Obssessiva	4,2 (1,3)	4,7 (1,4)	0,28	0,37
	EPE.Paixo.Harmoniosa	6,2 (1,0)	5,0 (1,0)	0,05	1,2
	EPE.Paixao.Criterio	6,6 (0,9)	5,8 (1,1)	0,33	0,79

Legenda: SMS.Reg.Intri = Regulação Intrínseca; SMS.Reg.Inte = Regulação Integrada; SMS.Reg.Idet = Regulação Identificada; SMS.Reg.Introj = Regulação Introjetada; SMS.Reg.Ext = Regulação Extrínseca; SMS.Desmot = Desmotivação; ER-Esp.ExpEsportiva = Experiência Esportiva; ER-Esp.ApoSocFam = Apoio Social Familiar; ER-Esp.Rec.Pes = Recursos da Pessoa; ER-Esp.Espiritual = Espiritualidade; ER-Esp.ApoSocEsportivo = Apoio Social Esportivo; EAR.VisNegativa = Visão Negativa; EAR.VisPositiva = Visão Positiva; EAR.total = Total; CFQ.Problema =Foco no Problema; CFQ.Emocao =Foco na Emoção do Problema; CFQ.Evitar = Evitação do Problema; MHC.Emocional = Emocional; MHC.Social = Social; MHC.Psicolog = Psicológico; EPE.Paixao.Obssessiva = Paixão Obsessiva; EPE.Paixo.Harmoniosa = Paixão Harmoniosa; EPE.Paixao.Criterio = Critérios da Paixão. Nota: dados apresentados como média (desvio padrão).

Na comparação entre sintomas de transtornos mentais e fatores protetivos da saúde mental, a Tabela 7 apresenta a correlação entre os aspectos psicológicos. A escala SMS de motivação, mostra a correlação de vários domínios com PHQ-9 e GAD-7, em especial com a Regulação Intrínseca, Integrada e Identificação. A ansiedade (GAD-7) ainda apresenta correlação com o domínio Regulação Extrínseca. Com relação à escala ER-Esp para resiliência no esporte, a ansiedade está correlacionada com os domínios Espiritualidade e Apoio Social Esportivo, o qual também tem correlação com PHQ-9. Na escala de enfrentamento de adversidade CFQ, o domínio Evitação está relacionado com PHQ-9 e GAD-7.

Tabela 7. Comparação entre escalas de aspectos psicológicos utilizadas para rastreio de sintomas e de fatores protetivos da saúde mental.

Variável - instrumento		**PHQ-9**		**GAD-7**	
		r	**I.C. 95%**	**R**	**I.C. 95%**
Motivação (SMS)	SMS.Reg.Intri	-0,07	-0,23 to 0,09	-0,02	-0,17 to 0,14*
	SMS.Reg.Inte	-0,09	-0,24 to 0,072	-0,08	-0,24 to 0,079*
	SMS.Reg.Idet	0,05	-0,11 to 0,20	0,06	-0,10 to 0,21*
	SMS.Reg.Introj	0,16	0,00 to 0,31	0,20	0,04 to 0,35
	SMS.Reg.Ext	0,18	0,02 to 0,33	0,09	-0,07 to 0,24*
	SMS.Desmot	0,42	0,27 to 0,54	0,30	0,14 to 0,44
Resiliência (ER-Esp)	ER-Esp.ExpEsportiva	-0,34	-0,47 to -0,19	-0,36	-0,49 to -0,21
	ER-Esp.ApoSocFam	-0,23	-0,37 to -0,07	-0,15	-0,30to 0,01
	ER-Esp.Rec.Pes	-0,38	-0,50 to -0,23	-0,44	-0,56 to -0,30
	ER-Esp.Espiritua	-0,15	-0,30 to 0,01	-0,09	-0,25 to 0,06*
	ER-Esp.ApoSocEsportivo	-0,02	-0,18 to 0,13	0,04	-0,12 to 0,20*
Depressão	PHQ-9			0,71	0,62 to 0,78
Autoestima (EAR)	EAR.VisNegativa	-0,47	-0,59 to -0,33	-0,48	-0,59 to -0,35
	EAR.VisPositiva	0,33	0,17 to 0,46	0,33	0,17 to 0,46
	EAR.total	-0,29	-0,43 to -0,13	-0,31	-0,44 to -0,15
Ansiedade	GAD-7	0,71	0,62 to 0,78		
***Coping* (CFQ)**	CFQ.Problema	-0,13	-0,28 to 0,027	-0,19	-0,33to -0,02
	CFQ.Emocao	-0,17	-0,32 to -0,00	-0,24	-0,38 to -0,07
	CFQ.Evitar	-0,08	-0,23 to 0,08	-0,05	-0,20 to 0,11*
Saúde Mental (MHC)	MHC.Emocional	-0,60	-0,69 to -0,49	-0,48	-0,59 to -0,34
	MHC.Social	-0,27	-0,40 to -0,10	-0,24	-0,38 to -0,08
	MHC.Psicolog	-0,37	-0,50 to -0,22	-0,35	-0,48 to -0,19
Paixão Esporte (EPE)	EPE.Paixao.Obssessiva	0,10	-0,06 to 0,25	0,13	-0,03 to 0,28
	EPE.Paixao.Harmoniosa	-0,27	-0,41 to -0,11	-0,22	-0,36 to -0,06
	EPE.Paixao.Criterio	-0,16	-0,31 to 0,00	-0,15	-0,30 to 0,012

Legenda: SMS.Reg.Intri = Regulação Intrínseca; SMS.Reg.Inte = Regulação Integrada; SMS.Reg.Idet = Regulação Identificada; SMS.Reg.Introj = Regulação Introjetada; SMS.Reg.Ext = Regulação Extrínseca; SMS.Desmot = Desmotivação; ER-Esp.ExpEsportiva = Experiência Esportiva; ER-Esp.ApoSocFam = Apoio Social Familiar; ER-Esp.Rec.Pes = Recursos da Pessoa; ER-Esp.Espiritual = Espiritualidade; ER-Esp.ApoSocEsportivo = Apoio Social Esportivo; EAR.VisNegativa = Visão Negativa; EAR.VisPositiva = Visão Positiva; EAR.total = Total; CFQ.Problema =Foco no Problema; CFQ.Emocao =Foco na Emoção do Problema; CFQ.Evitar = Evitação do Problema; MHC.Emocional = Emocional; MHC.Social = Social; MHC.Psicolog = Psicológico; EPE.Paixao.Obssessiva = Paixão Obsessiva; EPE.Paixo.Harmoniosa = Paixão Harmoniosa; EPE.Paixao.Criterio = Critérios da Paixão. Nota: dados apresentados como média (desvio padrão).

A figura 1 apresenta os escores referentes a escala PHQ-9 para depressão, e a figura 2 mostra os escores relacionados aos sintomas de ansiedade encontrados na escala GAD-7, enfatizando que os sintomas em atletas brasileiros são predominantemente mínimos e leves.

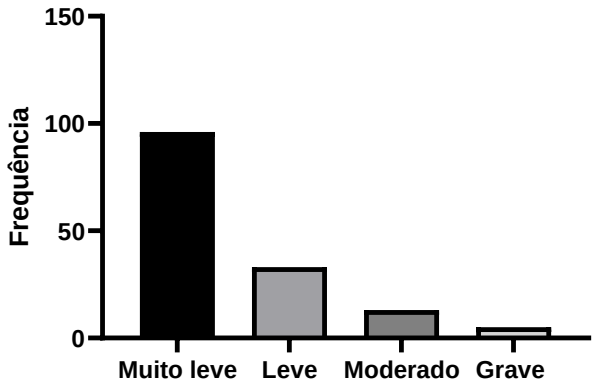


Figura 1. Valores para depressão dos atletas brasileiros (pelo instrumento PHQ).

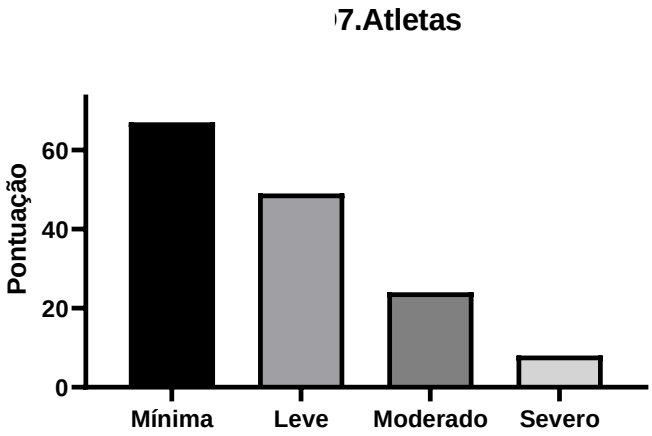


Figura 2. Valores para ansiedade (pelo instrumento GAD-7).

DISCUSSÃO

Para responder aos objetivos desta pesquisa, discutiremos os dados primeiramente referentes aos sintomas de transtornos mentais, e na sequência os fatores protetivos da saúde mental.

SINTOMAS DE TRANSTORNOS NA SAÚDE MENTAL

Depressão e Ansiedade

Sintomas de depressão e ansiedade estão presentes em atletas brasileiros de elite ligadas a diversos fatores, pelo fato de o esporte de elite gerar estresse de forma elevada como apontaram outros estudos sobre o tema (Doherty, Hannigan, Campbell, 2016; Lebrun, MacNamara, Rodgers, Collins, 2018; Reardon, 2017; Souter, Lewis, Serrant, 2018). Porém, em nosso estudo, como mostraram nossos resultados, a predominância de sintomas foi de muito leve a leve para depressão e ansiedade.

No estudo de Du Preez et al. (2017) com atletas de rugby australianos, a prevalência geral de depressão foi de 12,6% na pré-temporada e 10,1% na temporada, e ansiedade generalizada de 14,6% na pré-temporada e de e 10,1% na temporada, porém não foi expresso qual o nível de ansiedade conforme apresentamos em nosso estudo. Ainda neste estudo, os atletas que apresentavam histórico prévio de transtornos, tiveram 5,62 chances a mais de desenvolver depressão em comparação com aqueles sem histórico durante a pré-temporada e 22,08 mais chances na temporada, devido ao elevado estresse por resultados.

Nicholls et al. (2020), ao estudarem atletas de rugby do Reino Unido, encontraram 18,9% com sintomas mínimos de ansiedade e 13,7% com sintomas moderados/graves, que se aproxima dos valores dos atletas brasileiros para ansiedade graves (5%) e moderadas (16%). Para a depressão, 11,6% apresentaram sintomas leves e 2,6% moderados/graves, semelhante aos 3% de atletas brasileiros com taxas graves de depressão. Ojio et al. (2021) encontraram em atletas japoneses de rugby, taxas de 32,3% para sintomas leves de depressão e ansiedade, 4,8% com sintomas moderados, e 5,2% com sintomas graves.

Uma pesquisa com atletas de elite do Campeonato Mundial da FINA (Federação Internacional de Esportes Aquáticos) identificou 24,6% com sintomas graves de depressão (Mountjoy et al., 2022). McLoughlina et al. (2021), em estudo com diversos atletas do Reino Unido, identificaram 1,3% com sintomas graves de depressão, 2,6% moderadamente grave, 3,8% com sintomas moderado e 24% com sintomas leves, e para a ansiedade 1,2% com sintomas graves, 3,8% moderada, e 21,8% com sintomas leves. Em uma metanálise, Gouttebarge et al. (2019) relataram prevalência de 33,6% de sintomas de ansiedade e depressão em atuais e ex-atletas de elite, porém não foi salientado a gravidade dos sintomas.

Abuso de Álcool, Drogas e Distúrbios do Sono

Com relação ao uso de álcool, a maioria dos atletas brasileiros informaram nunca ter usado, e aproximadamente 3% informou usar entre 2 ou mais vezes na semana, o que difere de

estudos como Du Preez et al. (2017) ou a da revisão de Reardon et al. (2019), que mostraram taxas de uso de álcool e outras drogas entre 6% e 68%. Outros estudos mostram que a maconha é a segunda substância mais utilizada, em especial entre atletas masculinos (Mcduff et al., 2019; Reardon, 2017; Rice et al., 2019; Schaal et al., 2011; Souter, Lewis, Serrant, 2018), porém, entre os atletas brasileiros 80% informaram que nunca usaram, 15% que usaram mais pararam e 5% que usam atualmente.

Sobre problemas com sono, 8% dos atletas brasileiros relataram tomar remédio para dormir e 18,9% estão insatisfeitos com seu sono, e apresentam menos recursos pessoais para lidar com adversidades. Em um estudo com atletas australianos, Drew et al. (2018) e Juliff et al. (2015) encontraram variação entre 49 e 64% de problemas com sono, principalmente pelo fato de dormir fora de casa, devido às competições e à ansiedade pré-competição, porém, entre os atletas brasileiros. No entanto, Reardon et al. (2019), no estudo de revisão sistemática, revelou a taxa de 26,4% para distúrbios do sono.

Importante destacar que estudos sobre a neurobiologia do sono têm aumentado nos últimos anos, especialmente com a comprovação da relação sono e rendimento esportivo, potencializando os processos cognitivos e as funções metabólicas (Brand et al., 2010; Palagini, Rosenlicht, 2011; Samuel, 2009).

Suicídio

Com relação ao suicídio, os resultados encontrados entre atletas de elite brasileiros mostraram que, tanto atletas que pensaram em cometer suicídio (24% - 18 homens e 16 mulheres), como os que tentaram (6% - 2 homens e 4 mulheres), apresentam menores taxas para motivação, autoestima, resiliência, e saúde mental, e o dobro de pontuação para depressão e ansiedade com relação aos atletas que nunca tiveram ideação suicida.

Com relação às estratégias de enfrentamento de adversidades (*coping*), os atletas brasileiros que tentaram suicídio apresentaram valores menores para enfrentamento com foco no problema e na emoção, sendo praticamente metade do valor de quem não tentou. Entre os atletas que tentaram suicídio (3 masculinos e 2 femininas), todos apresentaram taxa grave de depressão.

Estudos que coletaram dados sobre suicídio no esporte são escassos. Rao et al. (2015) identificaram que, entre todas as mortes em atletas universitários dos EUA (Estados Unidos da América), 7,3% foram relatados como suicídio, porém, este estudo também se baseou em dados relatados das mortes, com base em dados de laudos médicos após a morte, em especial no futebol americano. Em outro estudo, na Suécia, Lindqvist et al. (2014) investigaram ex-atletas

de elite masculino, ativos entre 1960 e 1979 e o uso de anabolizantes, também avaliando dados de laudos médicos após a morte, e identificaram que a mortalidade por suicídio aumentou 2-4 vezes em comparação com a população geral de homens, e que parece provável que o efeito do uso do AAS (*Anabolic-Androgenic Steroids*, Esteróide Anabólico Androgênico) possa ter papel na mortalidade por suicídio nesses atletas. Gouttebarge et al. (2015) realizaram um estudo prospectivo de todas as mortes ocorridas entre 2007 e 2013 entre jogadores de futebol profissionais ativos e recém aposentados, também com base em laudos médicos das mortes dos atletas, e encontraram 11% por suicídio. Outro estudo que analisou relatórios médicos e hospitalares sobre suicídio foi o de Shah et al. (2016) entre jogadores de críquete, que registrou 20 suicídios entre 2.794 jogadores do sexo masculino entre os anos de 1.877 e 2.014 (137 anos).

Porém, uma quantidade ainda menor de estudos (apenas 4) investigou o suicídio em atletas de elite antes de sua morte, buscando identificar a ideação suicida. Egan (2019) em estudo com atletas universitários da NCAA (*National Collegiate Athletic Association*, Associação Nacional Atlética Universitária) identificaram 12,1% que pensaram e fizeram planos para suicídio, e 1,7% que tentaram. Ojio et al. (2021), em estudo com jogadores masculinos de rugby, identificaram taxas de 7,6% com ideação suicida durante as 2 semanas anteriores à pesquisa. No estudo com atletas suecos de atletismo entre 2011 e 2017, Timpka et al. (2019) demonstraram que um em cada seis atletas (homens 17,4%; mulheres 14,2%) tiveram ideação suicida, sendo que entre as mulheres essa ideação foi associada ao abuso sexual. Maus-tratos no início da vida e experiências adversas na infância, incluindo abuso sexual, foram relatados como significativas para o risco de suicídio em atletas (Ojio et al., 2021).

A ocorrência de ideação suicida é considerada máxima entre adolescentes e adultos jovens, incluindo atletas de elite, pois fatores de stress associados à participação esportiva podem colocar os atletas em maior risco de suicídio (Baum, 2005). A ideação e as tentativas de suicídio estão fortemente associadas a problemas de saúde mental (Turecki, Brent, 2016). Jamie Dantzscher, ginasta americana e medalhista olímpica de bronze em 2000, descreveu seus desafios mentais, tendo que lidar com depressão, anorexia e bulimia, o que lhe exigiu hospitalização por tentativa de suicídio (Mountjoy, 2019).

Abuso Sexual

Nosso estudo identificou 21 atletas brasileiros (14%), sendo 17 mulheres e 4 homens, que sofreram abuso sexual (2 ocorreram no contexto esportivo, sendo uma atleta feminina no futebol e um atleta masculino no handebol). Os resultados encontrados corroboram com outros estudos, como de Timpka et al. (2014) com taxas de 14% em atletas suecos e Mountjoy et al.

(2022) com 14,9% em atletas de natação durante a competição da FINA (Federação Internacional de Natação) de 2019. Atletas holandeses e belgas que sofreram abuso sexual em vários contextos esportivos representam 9% (Fasting, Brackenridge, Walseth, 2002).

Dos 21 atletas brasileiros que sofreram abuso, 11 pensaram em suicídio (50%), sendo que 5 destes fizeram planos e tentaram (50%), corroborando a hipótese de que transtornos de saúde mental são comuns em vítimas de impactos de assédio/abuso (Mountjoy et al., 2016). Nosso resultado também está de acordo com outros estudos científicos, mostrando que as atletas mulheres são vítimas de abuso sexual com mais frequência do que os homens (Fasting, Brackenridge, Knorre, 2010; Trojian, 2016; Vertommen et al., 2016). Atletas que sofreram abuso sexual acabem sendo mais propensos a desesperança, exaustão mental, depressão e pensamentos suicidas (Trojuan, 2016).

O abuso sexual, que infelizmente no esporte ocorre com frequência, desenvolve diversos sintomas de transtornos mentais. Willson et al. (2022) demonstraram que atletas canadenses de elite apresentavam associações com automutilação, transtornos alimentares e pensamentos suicidas. Atletas da NCAA que revelaram experiências de abuso sexual eram três vezes mais propensos a ter pensamentos suicidas (Trojian, 2016). Timpka et al. (2021) mostraram a associação entre sintomas de saúde mental, abuso sexual, ideação suicida em atletas femininas suecas com sinais de vulnerabilidade psicológica. Leahy, Pretty e Tenenbaum (2008), ao investigar abuso sexual em atletas da Austrália, mostraram que o abuso infantil (dentro ou fora do esporte) estava associado a sintomas de estresse pós-traumático.

Mountjoy et al. (2022) mostram que, além dos 14,9% dos atletas que sofreram assédio ou abuso no esporte, 9% testemunharam abuso em outro atleta, e um terço destes não denunciariam o ocorrido a ninguém, aumentando a subnotificação e limitando as conclusões sobre a prevalência de violência de qualquer forma entre atletas de elite (Vertommen et al., 2016). O impacto do abuso sexual pode ser devastador e duradouro, incluindo perda de autoestima, baixo desempenho, imagem corporal distorcida, distúrbios alimentares, depressão, ansiedade, transtornos por uso de substâncias e suicídio (Fasting, Brackenridge, Knorre, 2010; Vertommen et al., 2016).

Os atletas brasileiros que sofreram abuso sexual apresentaram esses aspectos, pois apresentaram baixa autoestima devido à visão negativa de si. Vale ressaltar aqui o famoso caso do médico Larry Nassar da seleção feminina de ginástica artística americana, acusado de ter abusado sexualmente de aproximadamente 256 atletas do sexo feminino de 1998 a 2015, e muitos na presença dos pais, mostrando o impacto na vida dos atletas (Mountjoy, 2019).

FATORES PROTETIVOS DA SAÚDE MENTAL

Comparando as escalas de rastreio de sintomas e de fatores protetivos da saúde mental, é possível observar a correlação direta entre motivação, resiliência, estratégias de enfrentamento de adversidades, com sintomas de depressão, ansiedade, problemas com sono, assim como questões de abuso sexual e suicídio.

Motivação

O nível de motivação dos atletas brasileiros, em especial os domínios mais ligados à motivação intrínseca, está relacionado com depressão e ansiedade, sendo que quanto menor a motivação intrínseca para o esporte, maiores as taxas de depressão e ansiedade. A ansiedade ainda apresenta correlação com a motivação extrínseca, provavelmente porque existe uma ansiedade com base na expectativa externa.

A motivação também está ligada ao pensamento suicida em atletas brasileiros, sendo que quem relatou ideação suicida teve maiores taxas de motivação extrínseca e desmotivação, e menores valores nos domínios em direção à motivação intrínseca. Portanto, a baixa motivação pode estar associada a dificuldades na saúde mental no esporte, como apontam outros estudos (Arnold, Fletcher, 2012; Biggin, Burns, Uphill, 2017; Foskett, Longstaff, 2018; Gavrilova, Donohue, 2018; Jewett, Kerr, Tamminen, 2019; Purcell, Gwyther, Rice, 2019; Souter, Lewis, Serrant, 2018).

Fatores de motivação e paixão podem ocorrer por diversos motivos, já que quanto mais próximo da regulação intrínseca a pessoa está, mais elevado é o nível de motivação interna, e a regulação integrada é a forma mais autônoma de motivação intrínseca. Isso ocorre não somente quando o comportamento é visto como algo de valor, mas também quando está alinhado com metas, valores e objetivos de vida da pessoa (Deci, Ryan, 1985).

Resiliência - Recursos da pessoa

Os recursos pessoais constituem domínios importantes da resiliência e impactam o nível de resiliência do atleta brasileiro em diversos aspectos. Quanto mais recursos pessoais para lidar com adversidades, menor é a necessidade de tomar remédio para dormir. O abuso sexual diminui a capacidade de resiliência do atleta brasileiro, pois limita seus recursos pessoais, restringindo sua experiência esportiva, ocorrendo o mesmo com os atletas com ideação e tentativa de suicídio: aqueles que tentaram o suicídio, apresentaram estratégia de enfrentamento de adversidades com maior foco na evitação da situação problema, ao invés de usar estratégias

de enfrentamento do problema ou da emoção, que são estratégias mais efetivas em atletas de sucesso (Breslin et al., 2017; 2019; Reardon et al., 2019).

Resiliência - Apoio social

Existe correlação entre resiliência, ansiedade e depressão em atletas brasileiros, sendo que quem possui mais o recurso de apoio social apresenta menores taxas de sintomas de depressão e ansiedade. O estudo de Wagstaff et al. (2018), com atletas de diversas modalidades do Reino Unido e o de Vitali et al. (2015), com atletas italianos, mostraram a existência de correlação entre baixa resiliência e sintomas de transtorno mental, pois altas taxas de resiliência conseguiram prever negativamente a depressão e a ansiedade em atletas. Campeões olímpicos relataram cinco fatores psicológicos que influenciam a resiliência: positividade, motivação, autoconfiança, foco e suporte social (Fletcher, Sarkar, 2012).

Com relação ao enfrentamento de adversidade, atletas com mais características de evitação, tendem a apresentar mais sintomas de depressão e ansiedade, em comparação com aqueles que usam estratégias de enfrentar o problema ou a emoção ligada à situação. O desenvolvimento da resiliência pode ser um fator protetivo de saúde mental (Breslin et al., 2017; 2019), assim como a experiencia no esporte (Reche et al., 2018).

Saúde Mental Emocional, Social e Psicológica

Com relação à saúde mental, atletas que não fazem uso de medicações possuem melhor percepção dos aspectos emocionais. A saúde mental emocional, social e psicológica é mais prejudicada nos atletas brasileiros que sofreram abuso sexual e que pensaram ou tentaram o suicídio. Além disso, os atletas brasileiros com esse perfil também apresentaram níveis menores de paixão harmoniosa, quando comparados aos atletas que não sofreram abuso sexual ou não tiveram ideação suicida. Importante salientar que a paixão harmoniosa está relacionada a níveis mais altos de saúde mental, permitindo que o atleta tenha outros papéis a desempenhar na sua vida, evitando assim a obsessão pelo esporte e maiores chances da ocorrência de transtornos mentais.

No estudo com atletas dinamarqueses de diversas modalidades, Kuettel, Pedersen e Larsen (2021) avaliaram o bem-estar, a depressão e a ansiedade juntamente com potenciais fatores de risco e proteção (lesões, estresse, sono, apoio social, ambiente esportivo). Os autores identificaram 64,2% com perfil de saúde mental próspera, 29,3% com perfil moderado, e 6,5% com saúde mental debilitada. Estes índices se assemelham com os atletas brasileiros, que apresentaram taxas mínimas e leves na sua maioria para sintomas de transtornos depressivos e

ansiosos, e apenas 2% (3 atletas de 148 da amostra) apresentaram nível de definhamento com saúde mental debilitada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar do aumento de estudos sobre saúde mental de atletas, o contexto brasileiro ainda é pouco investigado. Esse é o primeiro estudo, de nosso conhecimento, que abrange a coleta de dados sobre saúde mental no cenário Brasileiro, utilizando instrumentos de rastreio de sintomas de transtornos mentais em conjunto com instrumentos de fatores protetivos para a promoção da saúde mental. Assim, ressaltamos o primeiro ponto forte deste estudo.

Sintomas de depressão e ansiedade estão presentes em atletas brasileiros de elite, predominando sintomas leves, assim como ocorre em outros países, porém as taxas de uso de drogas (álcool e maconha) e os problemas com o sono são inferiores em comparação com atletas estrangeiros. Atletas que pensaram em cometer suicídio, junto com os que tentaram, apresentam menores taxas de motivação, autoestima, resiliência e, consequentemente, saúde mental geral e o dobro de pontuação para depressão e ansiedade com relação aos atletas que nunca tiveram ideação suicida. O abuso sexual foi relatado por 14% dos atletas.

Outro ponto forte desse estudo refere-se aos dados sobre suicídio e abuso sexual, muito presentes nas modalidades esportivas, mas pouco relatados na literatura científica. O abuso sexual e a ideação e tentativa de suicido diminuem a capacidade de resiliência do atleta, pois quanto menor a motivação intrínseca para o esporte, maiores as taxas de depressão, ansiedade e ideação suicida. Os valores apresentados por esses transtornos em atletas brasileiros são semelhantes aos encontrados em atletas de elite de outros países. Esses dados podem auxiliar gestores esportivos, treinadores e comissão técnica a planejarem suas decisões sempre visando promover, melhorar ou manter a saúde mental do atleta.

Assim, concluímos este estudo salientando a importância do tema na literatura nacional e internacional, pois acreditamos que promover a saúde mental dos atletas potencializa aspectos protetivos e vice-versa, minimizando o aparecimento de transtornos mentais. Até porque quando falamos em atletas de alto rendimento, estamos falando de pessoas em ambientes recheados de pressão, competitividade, prazos, viagens, deslocamentos, imprevisibilidade, saudade de casa e da família, entre tantos outros aspectos. Por isso, este estudo nos permite pensar em estratégias mais efetivas visando o bem-estar dos atletas e seu rendimento, para que todos os envolvidos no contexto esportivo, especialmente comissão técnica e dirigentes, possam se conscientizar e aprimorar seus conhecimentos e suas práticas na promoção da saúde mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arnold, R., Fletcher, D. (2012) A research synthesis and taxonomic classification of the organizational stressors encountered by sport performers. *Journal of Sport and Exercise Psychology, 34*(3):397-429. Doi:10.1123/jsep.34.3.397

Ayala, E., Nelson, L., Bartholomew, M. Plummer, D. (2022) A conceptual model for mental health and performance of North American athletes: A mixed methods study. *Psychology of Sport and Exercise, 61*: 102176 DOI: 10.1016/j.psychsport.2022.102176.

Babor, T. F.; De La Fuente, J. R.; Saunders, J., Grant, M. (1989) The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in the Primary Health Care. *WHO Publication, 89*(4), Geneva: World Health Organization.

Barreira, J., Amaro, A. S., Borges, K., Luque, L. L., Fernandes, P. T. (2022). Internal consistency of the Sport Motivation Scale-II Questionnaire in the Brazilian context: potentialities and limitations. *Motriz, 28*:e10220010721. DOI: 10.1590/S1980-657420220010721.

Baum, A. L. (2005) Suicide in athletes: a review and commentary. *Clinical in Sports Medicine, 24*(4):853-69. DOI: 10.1016/j.csm.2005.06.006.

Bicalho, C. C. F., Melo, G. F. Noce, F. **(**2022) Evidence of Validity and perspectives for Resilience Scales in Sport. *Behavioral Sciences, 38*:e38214. DOI: 10.1590/0102.3772e38214.en.

Biggin, I. J. R., Burns, J. H., Uphill, M. (2017) An investigation of athletes' and coaches' perceptions of mental ill-health in elite athletes. *Journal of Clinical Sport Psychology, 11*(2):126–147. DOI: 10.1123/jcsp.2016-0017

Brand S., Gerber M., Beck J., Hatzinger M., Pühse U., Holsboer-Trachsler E. (2010) High exercise levels are related to favorable sleep patterns and psychological functioning in adolescents: a comparison of athletes and controls. *J Adolesc Health*, 46(2):133-41. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2009.06.018.

Breslin, G., Shannon, S., Haughey, T., Donnelly, P. Leavey, G. (2017) A systematic review of interventions to increase awareness of mental health and well-being in athletes, coaches and officials. *Systematic Reviews, 6*(1):1–15. DOI: 10.1186/s13643-017-0568-6.

Breslin, G., Smith, A., Donohue, B., Donnelly, P., Shannon, S., Haughey, T. J., Vella, S. A., Swann, C., Cotterill, S.; Macintyre, T., Rogers, T. Leavey, G. (2019) International consensus statement on the psychosocial and policy-related approaches to mental health awareness programmes in sport. *BMJ Open Sport and Exercise Medicine, 5*(1): 1–7, DOI: 10.1136/bmjsem-2019-000585.

Deci, E. L., Ryan, R. M. (1985). Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior. Berlin: Springer Science & Business Media. DOI: 10.1007/978-1-4899-2271-7

Doherty, S., Hannigan, B., Campbell, M. J. (2016) The experience of depression during the careers of elite male athletes. *Frontiers in Psychology*, 7:1–11. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.01069

Drew, M., Vlahovich, N., Hughes, D., Appaneal, R., Burke, L. M., Lundy, B., Rogers, M., Toomey, M., Watts, D., Lovell, G., Praet, S., Halson, S. L., Colbey, C., Manzanero, S., Welvaert, M., West, N. P., Pyne, D. B., Waddington, G. (2018) Prevalence of illness, poor mental health and sleep quality and low energy availability prior to the 2016 Summer Olympic Games. *British Journal of Sports Medicine, 52*(1):47-53. DOI: 10.1136/bjsports-2017-098208.

DSM-5 - American Psychiatric Association. (2014) *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais:* tradução Maria Inês Corrêa Nascimento et al.; 5º Edição. Porto Alegre: Artmed.

Du Preez, E. J., Graham, K. S., Gan, T. Y., Moses, B., Ball, C. Kuah, D. E. (2017) Depression, Anxiety, and Alcohol Use in Elite Rugby League Players Over a Competitive Season. *Clinical Journal of Sports Medicine, 27*(6):530-535. DOI: 10.1097/JSM.0000000000000411.

Egan, K. P. (2019) Supporting Mental Health and Well-being Among Student-Athletes. *Clinical in Sports Medicine, 38*(4):537-544. DOI: 10.1016/j.csm.2019.05.003.

Fasting, K., Brackenridge, C., Walseth, K. (2002). Consequences of sexual harassment in sport for female athletes. *Journal of Sexual Aggression, 8*(2):37-48. DOI: 10.1080/13552600208413338.

Fasting, K.; Brackenridge, C.; Knorre, N. (2010) Performance level and sexual harassment prevalence among female athletes in the Czech Republic. *Women in Sport and Physical Activity Journal, 19*(1):26–32. DOI: 10.1123/wspaj.19.1.26.

Fletcher, D. Sarkar, M. (2012) A grounded theory of psychological resilience in Olympic champions. *Psychology of Sport and Exercise, 13*(5):669–678. DOI: 10.1016/j.psychsport.2012.04.007

Foskett, R. L. Longstaff, F. (2018) The mental health of elite athletes in the United Kingdom. *Journal of Science and Medicine in Sport, 21*(8):765–770. DOI: 10.1016/j.jsams.2017.11.016.

Gavrilova, Y. Donohue, B. (2018) Sport-Specific Mental Health Interventions in Athletes: A Call for Optimization Models Sensitive to Sport Culture. *Journal o f Sport Behavior, 41*(3):283-304.

Gouttebarge, V., Castaldelli-Maia, J. M., Gorczynski, P., Hainline, B., Hitchcock, M. E., Kerkhoffs, G. M. et al. (2019) Occurrence of mental health symptoms and disorders in current and former elite athletes: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine, 53*(11):700-6. DOI: 10.1136/bjsports-2019-100671

Gouttebarge, V., Ooms, W., Tummers, T. Inklaar, H. (2015) Mortality in international professional football (soccer): a descriptive study. *The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness, 55*(11):1376-82. PMID: 25289716.

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. DOI: 10.1016/j.jsams.2014.04.006.

Hammond, T., Gialloreto, C., Kubas, H., Hap Davis, H. (2013) The prevalence of failure-based depression among elite athletes. *Clinical Journal of Sport Medicine, 23*(4):273-277. Doi:10.1097/JSM.0b013e318287b870

Hays, R. D.; Bjorner, J. B.; Revicki, D. A.; Spritzer, K. L.; Cella, D. (2009) Development of physical and mental health summary scores from the patient-report - ed outcomes measurement information system (PROMIS) global items. *Quality of Life Research,18*:873-80. DOI: 10.1007/s11136-009-9496-9

Hutz, C. (2000). *Adaptação brasileira da Escala de Autoestima de Rosenberg*. Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Mimeo.

Jewett, R., Kerr, G., Tamminen, K. (2019) University sport retirement and athlete mental health: a narrative analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health, 11*(3):416–433. DOI: 10.1080/2159676X.2018.1506497

Juliff, L. E., Halson, S. L. Peiffer, J. J. (2015) Understanding sleep disturbance in athletes prior to important competitions. *Journal of Science and Medicine in Sport, 18*(1):13–18. DOI: 10.1016/j.jsams.2014.02.007

Keyes, C. L. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior, 43*(2):207-22. DOI: 10.2307/3090197.

Kowalski, K. C., Crocker, P. R. E. (2001). Development and validation of the Coping Function Questionnaire for adolescents in sport. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 23*(2):136–155. Doi:10.1123/jsep.23.2.136.

Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. (2001) The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine, 16*(9):606-613. DOI: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.

Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Monahan, P. O., Löwe, B. (2007) Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine, 146*(5):317-325. DOI: 10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004.

Kuettel, A., Pedersen, A. K., Larsen, C. H. (2021). To flourish or languish, that is the question: exploring the mental health profiles of Danish elite athletes. *Psychology of Sport and Exercise, 52*:101837. DOI: 10.10.1016/j.psychsport.2020.101837

Leahy, T., Pretty, G., Tenenbaum, G. (2008). A contextualized investigation of traumatic correlates of childhood sexual abuse in Australian athletes. *International Journal of Sport and Exercise Psychology, 6*(4), 366–384. DOI: 10.1080/1612197X.2008.9671880

Lebrun, F., MacNamara, A., Rodgers, S., Collins, D. (2018) Learning from Elite Athletes' experience of depression. *Frontiers in Psychology, 9*(OCT):1–11. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.02062

Lindqvist, A. S., Moberg, T., Ehrnborg, C., Eriksson, B. O., Fahlke C, Rosén T. (2014) Increased mortality rate and suicide in Swedish former elite male athletes in power sports. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*. *24*(6):1000-5. DOI: 10.1111/sms.12122.

Lopes Soares, L., Bernardes Leite L, Quintão Guilherme, L, Teixeira Rezende, L. M., Noce, F., De Azambuja Pussieldi, G. (2022) Anxiety, sleep quality and mood in elite athletes during the COVID-19 pandemic: a preliminary study. *The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness, 62*(6):867-872. DOI: 10.23736/S0022-4707.21.12276-5

Machado, W. L., Bandeira, D. R. (2015) Positive Mental Health Scale: Validation of the Mental Health Continuum - Short Form. *Psico-USF, 20*(2):1-16. DOI: 10.1590/1413-82712015200207.

McDuff, D., Stull, T., Castaldelli-Maia, J. M., Hitchcock, M. E., Hainline, B., Reardon, C. L. (2019) Recreational and ergogenic substance use and substance use disorders in elite athletes: A narrative review. *British Journal of Sports Medicine, 53*(12):754–760. DOI: 10.1136/bjsports-2019-100669.

McLoughlin, E., Fletcher, D., Slavich, G. M., Arnold, R., Moore, L. J. (2021) Cumulative lifetime stress exposure, depression, anxiety, and well-being in elite athletes: A mixed-method study. *Psychology of Sport and Exercise, 52*:101823. DOI: 10.1016/j.psychsport.2020.101823.

Méndez, E. B. (1999). *Uma versão brasileira do AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test.* Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pelotas, RS.

Mountjoy, M. (2019) Only by speaking out can we create lasting change: what can we learn from the Dr Larry Nassar tragedy? *Britsh Journal Sports Medicine, 53*(1):57-60. DOI: 10.1136/bjsports-2018-099403.

Mountjoy, M., Brackenridge, C., Arrington, M., Blauwet, C., Carska-Sheppard, A., Fasting, K., Kirby, S., Leahy, T., Marks, S., Martin, K., Starr, K., Tiivas, A., Budgett R. (2016) The IOC Consensus Statement: harassment and abuse (non-accidental violence) in sport. *British Journal of Sports Medicine, 50*:1019–1029. Doi:10.1136/bjsports-2016-096121.

Mountjoy, M., Junge, A., Magnusson, C., Shahpar, F. M., Lizcano, E. I. O., Varvodic, J., Wang, X., Cherif, M. Y., Hill, L., Miller, J. (2022) Beneath the Surface: Mental Health and Harassment and Abuse of Athletes Participating in the FINA (Aquatics) World Championships, 2019. *Clinical Journal of Sport Medicine, 32*(2):95-102. DOI: 10.1097/JSM.0000000000000971.

Nascimento Junior, J. R. A., Vissoci, J. R. N., Balbim, G. M., Moreira, C. R., Pelletier, L., Vieira, L. F. (2014) Adaptação transcultural e análise das propriedades psicométricas da sport motivation scale-II no contexto brasileiro. *Revista da Educação Física/UEM*, 25(3):441–458. DOI: 10.4025/reveducfis.v25i3.24855.

Nicholls, A. R., Madigan, D. J., Fairs, L. R. W., Bailey, R. (2020) Mental health and psychological well-being among professional rugby league players from the UK. *BMJ Open Sport & Exercise Medicine., 6*:e000711. DOI: 10.1136/bmjsem-2019-000711

Nixdorf, I., Nixdorf, R., Hautzinger, M. Bechmann, J. (2013) Prevalence of depressive symptoms and correlating variables among German elite athletes. *Journal of Clinical Sport Psychology, 7*(4):313-326. DOI: 10.1123/jcsp.7.4.313

Ojio, Y., Matsunaga, A., Hatakeyama, K., Kawamura, S., Horiguchi, M., Yoshitani, G., Kanie, A., Horikoshi, M., Fujii, C. (2021) Anxiety and Depression Symptoms and Suicidal Ideation in Japan Rugby Top League Players. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(3):1205. DOI: 10.3390/ijerph18031205.

Osório, F. l., Mendes, A. V., Crippa, J. A., Loureiro, S. R. (2009) Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of Brazilian women in the context of primary health care. *Perspectives in Psychiatric Care, 45*(3):216-227. DOI: 10.1111/j.1744-6163.2009.00224.x.

Palagini L.; Rosenlicht N. (2011) Sleep, dreaming, and mental health: A review of historical and neurobiological perspectives. *Sleep Med Ver,*15(3):179-86. DOI: 10.1016/j.smrv.2010.07.003

Pelletier, L., Rocchi, M., Vallerand, R., Deci, E., Ryan, R. (2013) Validation of the revised sport motivation scale (SMS-II), *Psychology of Sport and Exercise, 14*:329–341. DOI: 10.1016/j.psychsport.2012.12.002.

Pereira, F. S. A. (2019) Adaptação e Validação da Escala Coping Function Questionaire (CFQ) para o contexto esportivo brasileiro. Dissertação (mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Florianópolis.

Poucher, Z. A., Tamminen, K. A., Sabiston, C. M., Cairney, J., Kerr, G. (2021). Prevalence of symptoms of common mental disorders among elite Canadian athletes. *Psychology of Sport and Exercise*, *57*, 102018. DOI: 10.1016/j.psychsport.2021.102018

Prates, M. E. F. (2015) A paixão pela atividade docente de professores universitários de Educação Física. Tese de Doutorado em Educação Física. Maringá: Universidade Estadual de Maringá.

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. DOI: 10.1186/s40798-019-0220-1.

Purcell, R., Pilkington, V., Carberry, S., Reid, D., Gwyther, K., Hall, K., Deacon, A., Manon, R., Walton, C. C., Rice, S. (2022) An Evidence-Informed Framework to Promote Mental Wellbeing in Elite Sport. *Frontiers in Psychology, 16*(13):780359. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.780359.

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. DOI: 10.1177/1941738115587675.

Reardon, C. L. (2017) Psychiatric Comorbidities in Sports. *Neurologic Clinics, 35*(3):537-546. DOI: 10.1016/j.ncl.2017.03.007.

Reardon, C. L., Hainline, B., Aron, C.M., Baron, D., Baum, A.L., Bindra, A., Budget, R. et al. (2019) Mental health in elite athletes: International Olympic Committee consensus statement. *British Journal of Sports Medicine, 53*(11):667-699. DOI: 10.1136/bjsports-2019-100715.

Reche, C., Gómez-Díaz, M., Martínez-Rodríguez, A., Tutte, V. (2018) El optimismo como contribución a la resiliencia deportiva. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte, 13*(1): 131-136. ISSN 1886-8576. https://www.redalyc.org/pdf/3111/311153534013.pdf

Rice, S. M., Gwyther, K., Santesteban-Echarri, O., Baron, D., Gorczynski, P., Gouttebarge, V. et al. (2019) Determinants of anxiety in elite athletes: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine, 53*(11):722-730. DOI: 10.1136/bjsports-2019-100620.

Rosenberg, M. (1965) *Society and the adolescent self-image.* Princeton: Princeton University Press.

Samuels C. (2009) Sleep, Recovery, and Performance: The New Frontier in High-Performance Athletics. *Phys Med Rehabil Clin N Am*, 20(1):149-59. DOI: 10.1016/j.ncl.2007.11.012.

Schaal, K., Tafflet, M., Nassif, H., Thibault, V., Pichard, C., Alcotte, M., Guillet, T., El Helou, N., Berthelot, G., Simon, S., Toussaint, J. F. (2011) Psychological balance in high level athletes: Gender-Based differences and sport-specific patterns. *PLoS ONE, 6*(5):e19007. DOI: 10.1371/journal.pone.0019007.

Shah, A., Sava-Shah, S., Wijeratne, C., Draper, B. (2016) Are elite cricketers more prone to suicide? A psychological autopsy study of Test cricketer suicides. *Australas Psychiatry, 24*(3):295-9. DOI: 10.1177/1039856216641311.

Sorkkila, M., Tolvanen, A., Aunola, K., Ryba, T.V. (2019) The role of resilience in student-athletes' sport and school burnout and dropout: A longitudinal person-oriented study. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports, 29*(7):1059-1067. DOI: 10.1111/sms.13422.

Souter, G., Lewis, R., Serrant, L. (2018) Men, Mental Health and Elite Sport: a Narrative Review. *Sports Medicine - Open, 4*(1):1-8. DOI: 10.1186/s40798-018-0175-7.

Spitzer, R. L, Kroenke, K., Williams, J. B. (1999) Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *JAMA. 282*(18):1737-44. DOI: 10.1001/jama.282.18.1737.

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., Löwe, B. (2006) A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives Internnal Medicine, 166*(10):1092-1097. DOI: 10.1001/archinte.166.10.1092.

Spitzer, R., Williams, J., Kroenke, K., Linzer, M., de Gruy, F., Hahn, S. Brody, D., Johnson, J. (1994) Utility of a New Procedure for Diagnosing Mental Disorders in Primary CareThe PRIME-MD 1000 Study. *JAMA, 272*(22):1749- 1756. DOI: 10.1001/jama.1994.03520220043029.

Swann, C., Moran, A., Piggott, D. (2015) Defining elite athletes: Issues in the study of expert performance in sport psychology. *Psychology of Sport and Exercise, 16*(1):3–14. DOI: 10.1016/j.psychsport.2014.07.004.

Timpka T., Janson S., Jacobsson J. et al. (2019) Lifetime history of sexual and physical abuse among competitive athletics (track and field) athletes: cross sectional study of associations with sports and non-sports injury. Br J Sports Med, *53*:1412–7. DOI: 10.1136/ bjsports-2019-101386.

Timpka, T., Janson, S., Jacobsson, J., Kowalski, J., Ekberg, J., Mountjoy, M., Svedin, C. (2014). Lifetime sexual and physical abuse among elite athletic athletes: A cross-sectional study of prevalence and correlates with athletics injury. *British Journal of Sports Medicine, 48,* 667. Doi:10.1136/bjsports-2014-093494.285.

Timpka, T., Spreco, A., Dahlstrom, O., Jacobsson, J., Kowalski, J., Bargoria, V., Mountjoy, M., Svedin, C. G. (2021) Suicidal thoughts (ideation) among elite athletics (track and field) athletes: cross-sectional study of associations with sexual and physical abuse victimization, aspects of sports participation, and psychological and behavioural resourcefulness. *Br J Sports Med, 55*:198–205. DOI: 10.1136/bjsports-2019-101386.

Trojian, T. (2016) Depression is under-recognised in the sport setting: time for primary care sports medicine to be proactive and screen widely for depression symptoms. *British Journal of Sports Medicine, 50*(3):137-9. DOI: 10.1136/bjsports-2015-095582.

Turecki, G., Brent, D. A. (2016) Suicide and suicidal behaviour. *Lancet, 387*: 1227–1239. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00234-2.

Vallerand, R. J., Blanchard, C., Mageau, G. A., Koestner, R., Ratelle, C., Léonard, M., Gagne, M., Marsolais, J. (2003). Les passions de l'aîme: On obsessive and harmonious passion. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*(4):756- 767. Doi:10.1037/0022-3514.85.4.756

Vertommen, T., Schipper-van, V. N, Wouters, K., Kampen, J. K, Brackenridge, C. H., Rhind, D. J., Neels, K., Van Den Eede, F. (2016) Interpersonal violence against children in sport in the Netherlands and Belgium. *Child Abuse Neglect, 51*:223-36. DOI: 10.1016/j.chiabu.2015.10.006.

Vitali, F., Bortoli, L., Bertinato, L., Robazza, C., Schena, F. (2015) Motivational climate, resilience, and burnout in youth sport. *Sport Sciences for Health, 11*(1):103-108. DOI: 10.1007/s11332-014-0214-9

Wagstaff, C., Hings, R, Larner, R., Fletcher, D. (2018) Psychological resilience's moderation of the relationship between the frequency of organizational stressors and burnout in athletes and coaches. *The Sport Psychologist, 32*(3):178-188. DOI: 10.1123/tsp.2016-0068.

Willson, E., Kerr, G., Stirling, A., Buono, S. (2022) Prevalence of Maltreatment Among Canadian National Team Athletes. *Journal of Interpersonal Violence, 37*(DOI: 10.1177/08862605211045096.

World Helth Organization (WHO) (2017) *Depression and other common mental disorders*. Global Health Estimates. Geneva. 1-24.

Zhang, B., Bender, A., Tan, X., Wang, X., Le, S., Cheng, S. (2022) Assessment of sleep disturbances with the athlete sleep screening questionnaire in Chinese athletes. *Sports Medicine and Health Science*, *4*(2):133-139. DOI: 10.1016/j.smhs.2022.02.001.

Zumpano, C. E.; Mendonça, T. M. S.; Silva, C. H. M.; Correia, H.; Arnold, B.; Pinto, R. M. C. (2017) Adaptação transcultural e validação da escala de Saúde Global do PROMIS para a língua portuguesa. *Cadernos de Saúde Pública [online]*,*33*(1): e00107616. DOI: 10.1590/0102-311X00107616

CAPÍTULO 6

SAÚDE MENTAL DE ATLETAS DE ELITE BRASILEIROS: FATORES DE PROTEÇÃO E SINTOMAS DE TRANSTORNOS EM RELAÇÃO A SEXO, NÍVEL, EXPERIÊNCIA E TIPO DE ESPORTE

Alexandre Conttato Colagrai

Júlia Barreira

Paula Teixeira Fernandes

Artigo para ser submetido na Revista Brasileira de Educação Física e Esporte

Resumo

Sabe-se que é possível coexistir fatores protetores de saúde mental e de sintomas de transtornos mentais. Esta pesquisa avaliou a saúde mental de 148 atletas de elite no Brasil (61% homens, maioria de modalidades coletivas) utilizando instrumentos de rastreio de sintomas e instrumentos de identificação de fatores protetores e promotores de saúde mental, de acordo com idade, sexo, modalidade, tempo de experiência, nível de atuação. O protocolo de avaliação foi enviado aos atletas de forma *online* aos participantes, após contato inicial com as confederações e federações. Os resultados mostram que 43% dos atletas brasileiros já procuraram tratamento com psicólogo, e destes 7%, também com psiquiatra. Os atletas homens apresentaram valores maiores para motivação, e as atletas mulheres apresentaram valores menores de recursos pessoais para resiliência, e valores maiores para sintomas de ansiedade. Na comparação entre as modalidades coletivas e individuais, os atletas de modalidades individuais apresentaram valores maiores de motivação intrínseca, e os de modalidades coletivas, valores maiores para saúde mental positiva no aspecto social e psicológico. Na comparação entre nível esportivo, os atletas de nível estadual apresentam menos resiliência para enfrentar adversidades, com valores mais elevados de sintomas de depressão e ansiedade, quando comparados aos atletas que apresentam nível de competição nacional e internacional. Atletas mais novos e também aqueles com menos tempo de atuação no esporte de elite apresentaram valores menores em relação de apoio social esportivo, estratégias de enfrentamento de adversidades e autoestima, e maiores sintomas de depressão e ansiedade. Para concluir, salientamos a importância deste estudo pois além de ter explorado as diferenças entre sexo, modalidades e nível competitivo, enfatizou - de maneira inédita - a relação destes com os fatores protetivos de saúde mental em atletas brasileiros. Assim, fomentamos a conscientização sobre o tema no contexto esportivo, ampliando o debate entre atletas, gestores, comissões técnicas e pesquisadores.

Palavras-chave: Psicologia do Esporte. Transtorno Mental. Resiliência. Ansiedade.

INTRODUÇÃO

Diversos pesquisadores têm se dedicado às pesquisas sobre saúde metal de atletas de alto rendimento (Ayala et al., 2022; Chang et al. 2020; Colagrai et al., 2022; Gouttebarge et al., 2019, 2021; Moesch et al., 2018; Ojio et al., 2021; Oltmans et al., 2022; Poucher et al., 2021; Purcell et al, 2022; Reardon et al., 2019; Rice et al., 2016, 2019). Órgãos e associações esportivas publicaram declarações de consenso ou posição sobre saúde mental e bem-estar do atleta (Chang et al., 2020; Henriksen et al., 2020; Moesch et al., 2018; Reardon et al., 2019; Schinke et al., 2017, 2021; Van Slingerland et al., 2019).

Um componente chave na definição da Organização Mundial de Saúde é que a saúde mental consiste em mais do que apenas a ausência de doença ou distúrbio, incluindo ênfase no bem-estar (*World Health Organization*, 2017). Assim, é caracterizada como uma condição em que a pessoa consegue administrar o estresse da vida diária com suas habilidades, conseguindo, mesmo perante o estresse, ser produtiva e contribuir com sua comunidade (*World Health Organization*, 2017). Já o transtorno mental é caracterizado pela alteração da saúde mental da pessoa, podendo se manifestar de diversas formas, em especial, depressão e ansiedade, tidos como os transtornos mais comuns (*American Psychiatric Association*, 2013; DSM-5, 2014; *World Health Organization*, 2017). Keyes (2002) afirma que é possível coexistir aspectos operantes de saúde mental em conjunto com sintomas de transtornos mentais, e esse é um modelo adequado para a realidade do esporte de elite que vive de forma constante com fatores de estresse elevado.

Neste sentido, esta pesquisa busca avaliar a saúde mental de atletas de elite no Brasil e a relação entre fatores promotores da saúde mental e os sintomas de transtornos mentais, enfatizando a relação entre sexo, modalidade e experiência esportiva. Pesquisas de impacto e com publicações internacionais sobre o tema no Brasil e na América do Sul são praticamente inexistentes. A visão de saúde versus doença precisa ser discutida, e este estudo abrange a coleta de dados sobre saúde mental no cenário brasileiro, explorando seus aspectos precursores e sua prevalência de acordo com idade, sexo, modalidade, tempo de experiência e nível de atuação do atleta.

Para analisar muitos distúrbios de saúde mental, é importante compreender o processo saúde e doença, e a sua relação com a idade. Estudos indicam que adultos jovens com menos de 25 anos têm taxas mais altas de transtornos de humor, em comparação com outras faixas etárias, especificamente depressão (DSM-5, 2014; Smetanin et al., 2011, *World Health Organization*, 2017) e transtornos por uso de substâncias (Pearson et al., 2013). O impacto da idade na saúde mental entre atletas de elite é uma área que poucos pesquisadores da Psicologia

do Esporte exploraram (Poucher et al., 2021). Estudar essa relação é importante porque existe uma sobreposição significativa entre a adolescência e a fase de adultos jovens e os anos competitivos para atletas de elite - entre 15 a 30 anos aproximadamente (Biggin, Burns, Uphill, 2017).

Com relação ao sexo, diversos estudos apontam que as atletas femininas sofrem tendo mais sintomas de transtornos mentais em relação aos atletas masculinos, em especial depressão e ansiedade, considerados os mais comuns (Junge, Feddermann-Demont, 2016; Reardon et al., 2019; Schaal et al., 2011; Wolanin et al., 2016). Uma das hipóteses para estes maiores índices nas mulheres é a sobreposição de papéis e a maior exposição para falar destas dificuldades. Com relação à realidade brasileira, até o momento não conhecemos estudos sobre atletas brasileiros - masculinos e femininos - como existem em outros países: Åkesdotter et al. (2020) na Suécia, Gulliver et al. (2015) na Austrália, Hammond et al. (2013) no Canadá, Junge e Prinz (2019) e Oltmans et al. (2022) com atletas da Alemanha, Schaal et al. (2011) na França, Ayala et al. (2022) com atletas americanos e Ojio et al. (2021) com atletas japoneses.

Com relação às modalidades, a revisão sistemática de Reardon et al. (2019) mostrou que sintomas depressivos podem ser mais prevalentes em atletas de modalidades individuais em comparação com os esportes coletivos, porém, poucos estudos se dedicaram a compreender os reais motivos desta diferença. Quando são feitas as comparações de atletas de maior experiência no esporte de alto rendimento com os de menor experiência, encontramos dados de Nixdorf, Frank e Beckmann (2016) e Nixdorf et al. (2013) com atletas de elite juniores da Alemanha, e Wolanin et al. (2016), com atletas universitários americanos da NCAA de diversas modalidades.

MÉTODOS

No primeiro semestre de 2023, uma pesquisa experimental exploratória de desenho transversal foi conduzida, utilizando o método quantitativo para coletar informações. Os dados foram coletados através de um questionário online criado na plataforma *Google Forms.*

Participantes

Participaram desta pesquisa 148 atletas brasileiros de elite das modalidades coletivas (basquete, críquete, futsal, futebol, handebol, rugby, softball, vôlei) e individuais (atletismo, ciclismo, esgrima, judô, natação, taekwondo, tênis, tênis de mesa, triatlo), com treinamento semanal de no mínimo 20 horas, com idade entre 18 e 30 anos, que durante os estudos tenham atuado como atletas de equipe, clube ou seleção brasileira de sua modalidade, participando de

competições nacionais, nacionais e/ou internacionais, vinculados à federações e confederações de seu esporte.

Instrumentos

Foi elaborado um questionário com dados demográficos referente à: idade, sexo, modalidade, tempo de experiência, nível de atuação do atleta. Os dados relacionados à saúde (fatores protetivos) e à doença (rastreio de sintomas de transtorno mental) foram coletados através de questões e instrumentos validados nessas áreas, conforme detalhado a seguir.

- **Escala de Resiliência no Esporte** (ER-Esp), desenvolvida por Bicalho, Melo e Noce, (2022): apresenta 15 itens divididos em cinco fatores respectivamente: Experiências Esportivas (itens 7,13,10); Apoio Social Familiar (itens 4,15,6), Recursos Pessoais e Competência (itens 1,11,9), Espiritualidade (itens 2,5,12) e Apoio Social Esportivo (itens 14,3,8). O escore final total da ER-Esp é determinado pela soma final de cada fator.
- ***Patient Health Questionnaire*** (PHQ-9), validada por Spitizer, Kroenke e Williams (1999) e por Kroenke, Spitizer e Williams (2001): possui 9 perguntas, em escala *likert* de 4 pontos, que detectam a presença de sintomas para o episódio de depressão maior, conforme sugerido pelo Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV). Contém mais uma pergunta, a décima, que se refere à interferência desses sintomas no desempenho das atividades diárias da pessoa. Seu escore final varia de 0 a 27, sendo que quanto mais alto o valor, maior a classificação da depressão.
- ***General Anxiety Disorder-7*** (GAD-7), elaborada por Spitizer, Kroenke, Williams e Lowe (2006) e validada por Kroenke, Spitizer, Williams, Monahan e Lowe (2007): é um instrumento breve para avaliação e monitoramento da ansiedade, composta por sete itens, em escala *likert* de 4 pontos. Seu escore final varia de 0 a 21 pontos, sendo que quanto mais próximo de 21 pontos, mais sintomas severos a pessoa apresenta.
- **Escala de Motivação no Esporte** (*Sport Motivation Scale*, SMS), elaborada por Pelletier et al. (2013) e adaptada para o contexto brasileiro por Nascimento Junior et al. (2014): possui 18 itens, respondidos em escala *likert* de 7 itens, distribuídos em seis subescalas: 1. Regulação Intrínseca (itens 3,9,17), 2. Regulação Integrada (itens 4,11,14), 3. Regulação Identificada (itens 6,12,18), 4. Regulação Introjetada (itens 1,7,16), 5. Regulação Externa (itens 5,8,15) e 6. Desmotivação (2,10,13). O escore de cada subescalavaria de 0 a 21 pontos e o escore final é de no máximo 126 pontos, sendo

que valores mais altos indicam maior satisfação das necessidades psicológicas e, consequentemente, maior regulação intrínseca.

- **Questionário de Avaliação de Estresse e Estratégias de Enfrentamento** (*Coping Function Questionnaire,* CFQ), elaborado por Kowalski e Crocker (2001) e validado para o contexto brasileiro por Pereira (2019): é composto por 18 itens, divididos em 3 dimensões: 1. *coping* focado no problema (*problem-focused*), 2. *coping* focado nas emoções (*emotion-focused*) e 3. *coping* focado na evitação (*avoidance*). Para responder ao CFQ, o atleta indica o quanto utilizou as estratégias de *coping*, variando de "nenhum" a "muito". O escore é determinado pela média das respostas dadas aos itens de cada dimensão.
- **Saúde Mental Positiva** (*Mental Health Continuum-Short Form,* MHC-SF), elaborado por Keyes (2002) e validado para o contexto brasileiro por Machado e Bandeira (2015): possui 14 itens que avaliam o bem-estar: emocional (3 itens), psicológico (6 itens) e social (5 itens). Dessa maneira, a pessoa é classificada em saúde mental florescente (pessoas que tem todos os dias pelo menos um sinal de bem-estar hedônico e pelo menos seis sinais de funcionamento positivo durante o mês anterior), saúde mental definhando (pessoas com níveis baixos em pelo menos uma medida de bem-estar hedônico e níveis baixos em pelo menos seis medidas de funcionamento positivo) e saúde mental moderada (pessoas que não estão florescendo, nem definhando).
- **Escala de Autoestima de Rosenberg** (EAR), elaborada por Rosenberg (1965) e adaptada para o Brasil por Hutz (2000): contém 10 itens, em escala *likert* de 4 pontos, sobre a visão da pessoa sobre si mesma, sendo que 5 estão associados à visão negativa (itens 2, 5, 6, 8 e 9) e 5, à visão positiva (1, 3, 4, 7 e 10). A pontuação total varia entre 10 e 40 pontos, sendo: < 20 = autoestima baixa (menor que 20 pontos), média (entre 21 e 30 pontos) e alta ou satisfatória (maior que 30 pontos).
- **Escala de Paixão para o Esporte** (EPE), elaborada por Vallerand et al. (2003) e adaptada para o contexto brasileiro por Prates (2015): possui 17 afirmações, apresentadas em escala *likert* de 7 pontos, distribuídas em 3 subescalas: paixão obsessiva (itens 2, 4, 7, 9, 11 e 12), paixão harmoniosa (itens 1, 3, 5, 6, 8 e 10) e critérios da paixão na atividade (itens 13 a 17). A pontuação é feita pela média dos itens em cada subescala, com valor máximo de 7 pontos.

Procedimentos

Inicialmente foi enviada uma carta de parceria para as confederações e federações esportivas, solicitando autorização formal para acessar os respectivos atletas. Por conta da falta de retorno, procuramos por meio das mídias treinadores, gestores esportivos, comissão técnica e atletas. Com o retorno positivo de alguns deles, o protocolo de perguntas foi disponibilizado aos atletas de forma *online*, através do método de bola de neve. Assim, pedimos que os participantes repassassem o questionário para outros atletas, de acordo com os critérios de inclusão de participantes. Salientamos que o questionário não fosse respondido em dias de competição para que não houvesse outras variáveis emocionais interferindo nas respostas. Os participantes foram informados de que a pesquisa fazia parte de um estudo acadêmico mais amplo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAMP (CAAE 36412020.0.0000.5404) e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes de responderem às questões.

Análise de Dados

Utilizamos a estatística descritiva para explorar e caracterizar o banco de dados coletado. Os dados quantitativos são apresentados em média e desvio padrão, e os qualitativos em frequência relativa e absoluta. A estatística inferencial foi utilizada para comparar a saúde mental dos atletas em função da idade, sexo, modalidade, tempo de experiência, nível de atuação do atleta. O teste de Mann-Whitney foi utilizado para comparar a saúde mental em função do sexo (homem ou mulher) e modalidade (coletiva ou individual). O teste de Kruskal-Wallis foi utilizado para comparar a saúde mental de atletas que atuam em diferentes níveis (estadual, nacional ou internacional) e com diferentes tempos de experiência (menos de 11 anos, de 11 a 20 anos ou acima de 20 anos) e realizar a correlação entre as idades. Todas as análises estatísticas foram realizadas no *software* SPSS. O nível de significância foi estabelecido em $p<0,05$. Com relação ao tamanho do efeito para o teste T de amostras independentes, o *d* de Cohen foi determinado calculando a diferença média entre as variáveis dos Dois grupos.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta a caracterização dos participantes do estudo. A maioria foram atletas homens, de modalidades coletivas, competindo em nível nacional e internacional.

Tabela 1. Caracterização de atletas participantes do estudo.

Variável	Característica	N	(%)
Sexo	Feminino	58	(39)
	Masculino	90	(61)
Modalidade	Coletiva	100	(68)
	Individual	48	(32)
Tempo como Atleta	0 a 10 anos	68	(46)
	11 a 20 anos	62	(42)
	Acima de 20 anos	18	(12)
Nível competitivo	Estadual	47	(32)
	Nacional	62	(42)
	Internacional	39	(26)
Atletas convocados	Não	99	(67)
	Sim	49	(33)

Legenda: N representa a frequência absoluta e %, a frequência relativa.

A frequência com que os atletas procuraram ajuda de um profissional da área da saúde mental é de 43% (n=64) para psicólogo, e destes 7 % (n=11) para psiquiatra. Notamos que a maioria não procurou ajuda destes profissionais ao longo de sua carreira. A maioria dos atletas não foram diagnosticados com transtorno mental quando buscaram apoio de profissionais da área.

Na comparação entre homens e mulheres, a Tabela 2 mostra a com relação às escalas de aspectos psicológicos utilizadas para rastreio de sintomas e de fatores protetivos da saúde mental. Na escala SMS, apesar da diferença entre atletas homens e mulheres não ser estatisticamente significativa, os homens apresentaram valores maiores em praticamente todos os domínios da escala. As atletas mulheres apresentaram valores menores, com significância estatística, na ER-Esp, em especial nos domínios Experiência Esportiva e Recursos da Pessoa. Com relação à EAR, a diferença significativa foi no domínio Visão Negativa, com os atletas homens apresentando valores maiores. Com relação ao GAD-7, as atletas mulheres apresentaram valores maiores para sintomas de ansiedade em relação aos homens.

Tabela 2. Comparação entre homens e mulheres e escalas de aspectos psicológicos utilizadas para rastreio de sintomas e de fatores protetivos da saúde mental.

Instrumento - Variável		Mulheres (n=58)	Homens (n=90)	p-valor	Tamanho do efeito
Motivação (SMS)	SMS.Reg.Intri	17,2 (3,5)	17,3 (3,4)	0,93	0,02
	SMS.Reg.Inte	17,0 (3,4)	17,5 (3,2)	0,32	0,15
	SMS.Reg.Idet	16,0 (4,3)	16,5 (4,3)	0,35	0,11
	SMS.Reg.Introj	14,2 (4,3)	14,2 (3,5)	0,97	0
	SMS.Reg.Ext	5,5 (2,7)	6,4 (3,7)	0,20	0,27
	SMS.Desmot	5,4 (2,5)	5,6 (3,7)	0,35	0,06
Resiliência (ER-Esp)	ER-Esp.ExpEsportiva	12,0 (1,9)	13,1 (1,8)	0,00*	0,59
	ER-Esp.ApoSocFam	11,7 (2,5)	11,0 (2,8)	0,18	0,26
	ER-Esp.Rec.Pes	10,7 (2,6)	11,7 (2,1)	0,01*	0,42
	ER-Esp.Espiritua	10,8 (3,3)	11,2 (3,0)	0,44	0,12
	ER-Esp.ApoSocEsportivo	10,1 (2,1)	10,7 (2,6)	0,04*	0,25
Depressão	PHQ-9	8,0 (5,5)	6,9 (5,4)	0,14	0,20
Autoestima (EAR)	EAR.VisNegativa	14,3 (3,5)	15,6 (3,3)	0,02*	0,38
	EAR.VisPositiva	8,9 (2,3)	8,4 (2,4)	0,16	0,21
	EAR.total	23,3 (3,0)	24,0 (2,7)	0,07	0,24
Ansiedade	GAD-7	7,2 (4,5)	5,0 (3,8)	0,00*	0,52
Coping (CFQ)	CFQ.Problema	2,6 (0,9)	2,5 (0,9)	0,48	0,11
	CFQ.Emocao	2,7 (0,8)	2,5 (0,9)	0,36	0,23
	CFQ.Evitar	1,9 (1,1)	1,8 (1,1)	0,88	0,09
Saúde Mental (MHC)	MHC.Emocional	14,4 (2,6)	14,8 (2,8)	0,20	0,14
	MHC.Social	18,5 (6,0)	19,0 (6,4)	0,48	0,08
	MHC.Psicolog	28,0 (5,3)	28,7 (6,5)	0,18	0,11
Paixão Esporte (EPE)	EPE.Paixao.Obssessiva	3,8 (1,4)	4,2 (1,2)	0,06	0,30
	EPE.Paixao.Harmoniosa	5,9 (0,9)	5,9 (0,9)	0,79	0
	EPE.Paixao.Criterio	6,2 (0,8)	6,2 (0,9)	0,83	0

Legenda: SMS.Reg.Intri = Regulação Intrínseca; SMS.Reg.Inte = Regulação Integrada; SMS.Reg.Idet = Regulação Identificada; SMS.Reg.Introj = Regulação Introjetada; SMS.Reg.Ext = Regulação Extrínseca; SMS.Desmot = Desmotivação; ER-Esp.ExpEsportiva = Experiência Esportiva; ER-Esp.ApoSocFam = Apoio Social Familiar; ER-Esp.Rec.Pes = Recursos da Pessoa; ER-Esp.Espiritual = Espiritualidade; ER-Esp.ApoSocEsportivo = Apoio Social Esportivo; EAR.VisNegativa = Visão Negativa; EAR.VisPositiva = Visão Positiva; EAR.total = Total; CFQ.Problema =Foco no Problema; CFQ.Emocao =Foco na Emoção do Problema; CFQ.Evitar = Evitação do Problema; MHC.Emocional = Emocional; MHC.Social = Social; MHC.Psicolog = Psicológico; EPE.Paixao.Obssessiva = Paixão Obsessiva; EPE.Paixo.Harmoniosa = Paixão Harmoniosa; EPE.Paixao.Criterio = Critérios da Paixão. Nota: dados apresentados como média (desvio padrão).

Na comparação entre modalidades coletivas e individuais, a Tabela 3 apresenta a relação entre as escalas de aspectos psicológicos utilizadas para rastreio de sintomas e de fatores protetivos da saúde mental. Na escala SMS, os atletas de modalidade individual apresentaram valores maiores no domínio Regulação Intrínseca e na escala MHC-*Short Form* para avaliação

da saúde mental, atletas de modalidades coletivas apresentaram valores maiores no domínio psicológico.

Tabela 3. Comparação entre modalidades coletivas e individuais e escalas de aspectos psicológicos utilizadas para rastreio de sintomas e de fatores protetivos da saúde mental.

Instrumento - Variável		Modalidade Coletiva (n=100)	Modalidade Individual (n=48)	p-valor	Tamanho do efeito
Motivação (SMS)	SMS.Reg.Intri	13,9 (3,5)	18,1 (3,1)	0,03*	1,27
	SMS.Reg.Inte	17,2 (3,4)	17,5 (3,2)	0,56	0,09
	SMS.Reg.Idet	16,1 (4,5)	16,6 (4,0)	0,68	0,11
	SMS.Reg.Introj	14,4 (3,8)	14,0 (3,8)	0,73	0,10
	SMS.Reg.Ext	6,4 (3,3)	5,4 (3,3)	0,71	0,30
	SMS.Desmot	5,5 (3,4)	5,5 (2,8)	0,55	0
Resiliência (ER-Esp)	ER-Esp.ExpEsportiva	12,9 (1,7)	12,3 (2,2)	0,29	0,30
	ER-Esp.ApoSocFam	11,5 (2,7)	10,9 (2,7)	0,17	0,22
	ER-Esp.Rec.Pes	11,3 (2,3)	11,3 (2,5)	0,68	0
	ER-Esp.Espiritua	11,1 (2,9)	11,1 (3,5)	0,54	0
	ER-Esp.ApoSocEsportivo	10,4 (2,4)	10,5 (2,4)	0,84	0,04
Depressão	PHQ-9	7,1 (5,6)	7,7 (5,2)	0,31	0,11
Autoestima (EAR)	EAR.VisNegativa	15,0 (3,5)	15,2 (3,4)	0,78	0,05
	EAR.VisPositiva	8,7 (2,3)	8,4 (2,5)	0,62	0,12
	EAR.total	23,8 (2,9)	23,7 (2,6)	0,58	0,03
Ansiedade	GAD-7	5,5 (4,1)	6,6 (4,4)	0,16	0,25
Coping (CFQ)	CFQ.Problema	2,5 (0,9)	2,6 (0,9)	0,85	0,11
	CFQ.Emocao	2,6 (0,9)	2,6 (0,9)	0,41	0
	CFQ.Evitar	1,9 (1,1)	1,9 (1,1)	0,87	0
Saúde Mental (MHC)	MHC.Emocional	14,6 (2,8)	14,7 (2,6)	0,82	0,03
	MHC.Social	19,0 (5,9)	18,3 (6,8)	0,55	0,10
	MHC.Psicolog	29,0 (5,7)	27,1 (6,6)	0,06*	0,30
Paixão Esporte (EPE)	EPE.Paixao.Obssessiva	4,2 (1,2)	3,7 (1,3)	0,44	0,40
	EPE.Paixao.Harmoniosa	5,9 (0,9)	5,7 (1,0)	0,32	0,21
	EPE.Paixao.Criterio	6,3 (0,8)	6,1 (0,9)	0,25	0,23

Legenda: SMS.Reg.Intri = Regulação Intrínseca; SMS.Reg.Inte = Regulação Integrada; SMS.Reg.Idet = Regulação Identificada; SMS.Reg.Introj = Regulação Introjetada; SMS.Reg.Ext = Regulação Extrínseca; SMS.Desmot = Desmotivação; ER-Esp.ExpEsportiva = Experiência Esportiva; ER-Esp.ApoSocFam = Apoio Social Familiar; ER-Esp.Rec.Pes = Recursos da Pessoa; ER-Esp.Espiritual = Espiritualidade; ER-Esp.ApoSocEsportivo = Apoio Social Esportivo; EAR.VisNegativa = Visão Negativa; EAR.VisPositiva = Visão Positiva; EAR.total = Total; CFQ.Problema =Foco no Problema; CFQ.Emocao =Foco na Emoção do Problema; CFQ.Evitar = Evitação do Problema; MHC.Emocional = Emocional; MHC.Social = Social; MHC.Psicolog = Psicológico; EPE.Paixao.Obssessiva = Paixão Obsessiva; EPE.Paixo.Harmoniosa = Paixão Harmoniosa; EPE.Paixao.Criterio = Critérios da Paixão. Nota: dados apresentados como média (desvio padrão).

A Tabela 4 mostra a comparação entre nível de participação esportiva com relação às escalas de aspectos psicológicos utilizadas para rastreio de sintomas e de fatores protetivos da

saúde mental. Foi possível identificar uma diferença na escala ER-Esp, em que os atletas de nível estadual apresentam valores menores nos domínios Experiência Esportiva, Apoio Social Familiar, Recursos da Pessoa e Espiritualidade. Com relação à EAR, os atletas de elite de nível estadual apresentaram menores valores no domínio Visão Negativa. Nos instrumentos de rastreio de sintomas de transtorno mental, PHQ-9 e GAD-7, os atletas de nível estadual apresentaram valores mais elevados. No instrumento CFQ para estratégias de enfrentamento de adversidades, os atletas de nível estadual apresentaram menores valores, com diferença significativa no domínio Problema.

Com relação à idade dos atletas, a Tabela 5 apresenta a comparação com as escalas de aspectos psicológicos utilizadas para rastreio de sintomas e de fatores protetivos da saúde mental. Baseado no coeficiente de correlação, observamos que não há associação entre idade e saúde mental por conta do baixo r, mesmo algumas variáveis sendo significativas.

Tabela 4. Comparação entre nível de competição esportiva e escalas de aspectos psicológicos utilizadas para rastreio de sintomas e de fatores protetivos da saúde mental.

Instrumento - Variável		Estadual (n=47)	Nacional (n=62)	Internacional (n=39)	p-valor
Motivação (SMS)	SMS.Reg.Intri	17,3 (3,1)	17,2 (4,0)	17,3 (3,4)	0,91
	SMS.Reg.Inte	17,2 (2,9)	17,3 (3,6)	17,4 (3,4)	0,70
	SMS.Reg.Idet	16,7 (4,0)	15,3 (4,8)	16,6 (4,3)	0,31
	SMS.Reg.Introj	15,2 (3,4)	13,0 (4,3)	14,3 (3,6)	0,07*
	SMS.Reg.Ext	6,7 (3,7)	5,2 (2,9)	6,1 (3,2)	0,11
	SMS.Desmot	6,2 (3,6)	4,8 (2,5)	5,4 (3,3)	0,26
Resiliência (ER-Esp)	ER-Esp.ExpEsportiva	12,2 (1,9)	12,6 (2,1)	13,1 (1,8)	0,06*
	ER-Esp.ApoSocFam	10,3 (3,1)	11,4 (2,3)	11,9 (2,5)	0,00*
	ER-Esp.Rec.Pes	10,5 (2,3)	11,8 (2,1)	11,6 (2,4)	0,00*
	ER-Esp.Espiritua	10,9 (3,4)	10,1 (3,6)	11,8 (2,3)	0,09*
	ER-Esp.ApoSocEsportivo	10,9 (2,6)	10,1 (2,1)	10,3 (2,4)	0,12
Depressão	PHQ-9	9,4 (6,3)	5,5 (4,2)	6,8 (5,1)	0,01*
Autoestima (EAR)	EAR.VisNegativa	14,2 (3,4)	16,2 (3,2)	15,0 (3,4)	0,02*
	EAR.VisPositiva	9,0 (2,5)	8,2 (2,1)	8,6 (2,5)	0,29
	EAR.total	23,3 (2,5)	24,5 (2,6)	23,6 (3,1)	0,14
Ansiedade	GAD-7	7,4 (4,6)	5,2 (3,5)	5,1 (4,1)	0,01*
***Coping* (CFQ)**	CFQ.Problema	2,3 (1,0)	2,5 (1,0)	2,7 (0,7)	0,07*
	CFQ.Emocao	2,3 (1,1)	2,7 (0,9)	2,7 (0,6)	0,11
	CFQ.Evitar	1,8 (1,2)	1,8 (1,1)	1,9 (1,1)	0,89
Saúde Mental (MHC)	MHC.Emocional	14,3 (3,1)	15,0 (2,2)	14,7 (2,8)	0,80
	MHC.Social	17,3 (6,3)	19,7 (6,3)	19,4 (6,0)	0,11
	MHC.Psicolog	27,0 (6,9)	28,7 (6,1)	29,3 (5,1)	0,32
Paixão Esporte (EPE)	EPE.Paixao.Obssessiva	4,2 (1,4)	3,7 (1,1)	4,1 (1,3)	0,23
	EPE.Paixao.Harmoniosa	5,7 (0,9)	6,0 (0,8)	5,9 (1,0)	0,10
	EPE.Paixao.Criterio	6,1 (0,9)	6,3 (0,7)	6,3 (1,0)	0,23

Legenda: SMS.Reg.Intri = Regulação Intrínseca; SMS.Reg.Inte = Regulação Integrada; SMS.Reg.Idet = Regulação Identificada; SMS.Reg.Introj = Regulação Introjetada; SMS.Reg.Ext = Regulação Extrínseca; SMS.Desmot = Desmotivação; ER-Esp.ExpEsportiva = Experiência Esportiva; ER-Esp.ApoSocFam = Apoio Social Familiar; ER-Esp.Rec.Pes = Recursos da Pessoa; ER-Esp.Espiritual = Espiritualidade; ER-Esp.ApoSocEsportivo = Apoio Social Esportivo; EAR.VisNegativa = Visão Negativa; EAR.VisPositiva = Visão Positiva; EAR.total = Total; CFQ.Problema =Foco no Problema; CFQ.Emocao =Foco na Emoção do Problema; CFQ.Evitar = Evitação do Problema; MHC.Emocional = Emocional; MHC.Social = Social; MHC.Psicolog = Psicológico; EPE.Paixao.Obssessiva = Paixão Obsessiva; EPE.Paixo.Harmoniosa = Paixão Harmoniosa; EPE.Paixao.Criterio = Critérios da Paixão. Nota: dados apresentados como média (desvio padrão).

Tabela 5. Correlação entre idade e escalas de aspectos psicológicos utilizadas para rastreio de sintomas e de fatores protetivos da saúde mental.

Variável - instrumento x idade		**r**	**p-valor**
Motivação (SMS)	SMS.Reg.Intri	-0,04	0,62
	SMS.Reg.Inte	0,00	0,96
	SMS.Reg.Idet	-0,13	0,11
	SMS.Reg.Introj	-0,07	0,39
	SMS.Reg.Ext	-0,16	0,05
	SMS.Desmot	-0,01	0,91
Resiliência (ER-Esp)	ER-Esp.ExpEsportiva	0,14	0,08
	ER-Esp.ApoSocFam	0,02	0,81
	ER-Esp.Rec.Pes	0,21	0,00*
	ER-Esp.Espiritua	-0,07	0,41
	ER-Esp.ApoSocEsportivo	-0,08	0,34
Depressão	PHQ-9	-0,06	0,49
Autoestima (EAR)	EAR.VisNegativa	0,23	0,00*
	EAR.VisPositiva	-0,20	0,01*
	EAR.total	0,09	0,28
Ansiedade	GAD-7	-0,12	0,15
***Coping* (CFQ)**	CFQ.Problema	0,19	0,02*
	CFQ.Emocao	0,11	0,17
	CFQ.Evitar	0,06	0,44
Saúde Mental (MHC)	MHC.Emocional	-0,12	0,15
	MHC.Social	0,00	0,96
	MHC.Psicolog	0,02	0,83
Paixão Esporte (EPE)	EPE.Paixao.Obssessiva	-0,13	0,11
	EPE.Paixao.Harmoniosa	-0,12	0,15
	EPE.Paixao.Criterio	-0,11	0,18

Legenda: SMS.Reg.Intri = Regulação Intrínseca; SMS.Reg.Inte = Regulação Integrada; SMS.Reg.Idet = Regulação Identificada; SMS.Reg.Introj = Regulação Introjetada; SMS.Reg.Ext = Regulação Extrínseca; SMS.Desmot = Desmotivação; ER-Esp.ExpEsportiva = Experiência Esportiva; ER-Esp.ApoSocFam = Apoio Social Familiar; ER-Esp.Rec.Pes = Recursos da Pessoa; ER-Esp.Espiritual = Espiritualidade; ER-Esp.ApoSocEsportivo = Apoio Social Esportivo; EAR.VisNegativa = Visão Negativa; EAR.VisPositiva = Visão Positiva; EAR.total = Total; CFQ.Problema =Foco no Problema; CFQ.Emocao =Foco na Emoção do Problema; CFQ.Evitar = Evitação do Problema; MHC.Emocional = Emocional; MHC.Social = Social; MHC.Psicolog = Psicológico; EPE.Paixao.Obssessiva = Paixão Obsessiva; EPE.Paixo.Harmoniosa = Paixão Harmoniosa; EPE.Paixao.Criterio = Critérios da Paixão. Nota: dados apresentados como média (desvio padrão).

A experiência do atleta está apresentada na Tabela 6 sobre a comparação entre tempo de atuação e as escalas de aspectos psicológicos utilizadas para rastreio de sintomas e de fatores protetivos da saúde mental. Na Escala ER-Esp, os atletas apresentaram valores menores em relação ao Apoio Social Esportivo, quanto menos tempo de atuação possuíam. Com relação à

autoestima, na escala EAR, os atletas apresentaram valores menores nos domínios Visão Negativa e Total, quanto menos tempo de atuação possuíam. Nas escalas PHQ-9 e GAD-7, os atletas com menos tempo de experiência apresentam maiores sintomas. Com relação às estratégias de enfrentamento, os atletas com menos tempo de atuação apresentaram valores menores no domínio Problema da escala CFQ.

Tabela 6. Comparação entre tempo de atuação e escalas de aspectos psicológicos utilizadas para rastreio de sintomas e de fatores protetivos da saúde mental.

Instrumento - variável		0 a 10 anos (n=68)	11 a 20 anos (n=62)	Mais de 20 anos (n=18)	p-valor
Motivação (SMS)	SMS.Reg.Intri	17,8 (2,8)	16,7 (4,0)	17,3 (3,6)	0,39
	SMS.Reg.Inte	17,1 (3,1)	17,3 (3,5)	18,0 (3,5)	0,38
	SMS.Reg.Idet	17,2 (3,7)	15,4 (4,8)	15,9 (4,6)	0,14
	SMS.Reg.Introj	14,8 (3,4)	13,7 (4,2)	13,8 (4,0)	0,36
	SMS.Reg.Ext	6,2 (3,4)	5,8 (3,4)	6,2 (2,7)	0,53
	SMS.Desmot	6,0 (3,1)	5,3 (3,5)	4,5 (2,3)	0,12
Resiliência (ER-Esp)	ER-Esp.ExpEsportiva	12,3 (1,9)	12,9 (2,0)	13,3 (1,5)	0,06
	ER-Esp.ApoSocFam	11,0 (2,9)	11,3 (2,6)	12,2 (2,2)	0,24
	ER-Esp.Rec.Pes	10,9 (2,5)	11,5 (2,3)	12,2 (1,4)	0,13
	ER-Esp.Espiritua	11,5 (2,7)	10,7 (3,5)	10,7 (3,0)	0,31
	ER-Esp.ApoSocEsportivo	10,9 (2,4)	9,8 (2,4)	11,1 (2,0)	0,00*
Depressão	PHQ-9	7,8 (5,5)	7,4 (5,3)	5,0 (5,3)	0,06
Autoestima (EAR)	EAR.VisNegativa	14,5 (3,1)	15,3 (3,9)	16,5 (2,4)	0,04*
	EAR.VisPositiva	8,9 (2,4)	8,2 (2,3)	9,0 (2,7)	0,11
	EAR.total	23,4 (2,9)	23,5 (2,8)	25,6 (1,9)	0,01*
Ansiedade	GAD-7	6,8 (4,4)	5,5 (3,9)	4,0 (3,9)	0,01*
Coping (CFQ)	CFQ.Problema	2,3 (0,9)	2,7 (0,8)	2,8 (0,7)	0,03*
	CFQ.Emocao	2,5 (1,0)	2,7 (0,8)	2,8 (0,7)	0,47
	CFQ.Evitar	1,8 (1,2)	1,8 (1,1)	2,1 (1,2)	0,57
Saúde Mental (MHC)	MHC.Emocional	14,9 (2,6)	14,3 (3,0)	14,7 (1,9)	0,55
	MHC.Social	18,0 (6,0)	19,3 (6,5)	20,3 (5,9)	0,25
	MHC.Psicolog	27,7 (5,8)	29,0 (6,6)	29,1 (5,3)	0,22
Paixão Esporte (EPE)	EPE.Paixao.Obssessiva	4,3 (1,2)	3,8 (1,4)	3,9 (1,2)	0,20
	EPE.Paixao.Harmoniosa	5,9 (0,9)	5,8 (1,1)	5,9 (0,6)	0,89
	EPE.Paixao.Criterio	6,2 (0,8)	6,2 (1,0)	6,2 (0,7)	0,60

Legenda: SMS.Reg.Intri = Regulação Intrínseca; SMS.Reg.Inte = Regulação Integrada; SMS.Reg.Idet = Regulação Identificada; SMS.Reg.Introj = Regulação Introjetada; SMS.Reg.Ext = Regulação Extrínseca; SMS.Desmot = Desmotivação; ER-Esp.ExpEsportiva = Experiência Esportiva; ER-Esp.ApoSocFam = Apoio Social Familiar; ER-Esp.Rec.Pes = Recursos da Pessoa; ER-Esp.Espiritual = Espiritualidade; ER-Esp.ApoSocEsportivo = Apoio Social Esportivo; EAR.VisNegativa = Visão Negativa; EAR.VisPositiva = Visão Positiva; EAR.total = Total; CFQ.Problema =Foco no Problema; CFQ.Emocao =Foco na Emoção do Problema; CFQ.Evitar = Evitação do Problema; MHC.Emocional = Emocional; MHC.Social = Social; MHC.Psicolog = Psicológico; EPE.Paixao.Obssessiva = Paixão Obsessiva; EPE.Paixo.Harmoniosa = Paixão Harmoniosa; EPE.Paixao.Criterio = Critérios da Paixão. Nota: dados apresentados como média (desvio padrão).

DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi avaliar a saúde mental de atletas de elite no Brasil, e identificar possíveis relações com sexo, tipo de modalidade, tempo de experiência e idade. Dessa forma, vamos discutir os dados de forma separada, por variáveis: sexo, tipo de modalidade, nível competitivo, idade e tempo de experiência.

Sexo

Com relação à motivação, nossos atletas homens e mulheres apresentaram valores próximos, porém, as atletas mulheres apresentam valores menores de resiliência, talvez pela menor experiência esportiva, menos recursos pessoais para enfrentar situações adversas e autoestima mais baixa, devido à visão negativa de si mesma. Elas também apresentaram mais sintomas de ansiedade, quando comparadas aos homens.

Diferenças de sexo afetam o diagnóstico de transtorno mental na população em geral (Smetanin et al., 2011). Taxas de depressão e ansiedade são mais altas em mulheres do que em homens em vários países - Canadá, Bélgica, França, Alemanha, Itália, Holanda e Espanha (Alonso et al., 2004; Patten et al., 2015; Pearson, Janz, Ali, 2013), com mulheres tendo quase duas vezes mais chances de ter depressão durante a vida (Knoll, MacLennan, 2017). Entretanto, as taxas de transtornos por uso de substâncias são mais altas nos homens (Pearson et al., 2013; Smetanin et al., 2011). Observa-se que os países que pesquisaram são todos providos de muitos recursos financeiros, faltam dados com países em desenvolvimento como o Brasil.

Os estudos ainda não identificaram as possíveis causas dessas diferenças entre os sexos, mas sugerem vários fatores comportamentais, biológicos ou socioculturais - ou a combinação dos três - que podem ser responsáveis por estes dados (McRae et al., 2016; Rosenfield, Smith, 2009; Weissman, Klerman, 1977). Interessante destacar que as mulheres são mais propensas a buscar ajuda profissional e relatar sintomas desagradáveis e, por isso, são mais diagnosticadas com depressão, quando comparadas aos homens, mesmo quando ests relatam os mesmos sintomas (McRae et al., 2016; Poucher et al., 2021; World Heath Organization, 2017).

No contexto esportivo, as atletas de elite são mais propensas a relatar sintomas de depressão do que seus colegas do sexo masculino (Junge, Feddermann-Demont, 2016; Wolanin, Hong, Marks, Panchoo, Gross, 2016). No entanto, poucos pesquisadores exploraram as diferenças sexuais nas taxas de outros transtornos mentais entre atletas de elite (Gulliver et al., 2015). Em um dos poucos estudos encontrados na literatura, Schaal et al. (2011) relataram que as atletas do sexo feminino eram mais propensas a sofrer pelo menos um transtorno mental

como ansiedade, distúrbios alimentares e depressão, e eram mais propensas a relatar problemas de sono e comportamentos de automutilação, em comparação aos homens.

De acordo com o artigo de revisão do Comitê Olímpico Internacional (COI), a prevalência de sintomas depressivos em atletas de elite varia de 4% a 68%, sendo que entre atletas masculinos em esportes coletivos, as taxas podem variar de 5% e 45% (Reardon et al., 2019). O estudo ainda afirma que atletas do sexo feminino podem ter duas vezes mais chances de transtornos do que os atletas do sexo masculino. As atletas brasileiras de elite apresentaram valores maiores para sintomas de ansiedade em relação aos homens, o que corrobora achados de outros estudos em diferentes países (Ayala et al., 2022; Åkesdotter et al., 2020; Gulliver et al., 2015; Hammond et al., 2013; Junge, Prinz, 2019; Ojio et al., 2021; Oltmans et al., 2022; Schaal et al., 2011).

Em um estudo sobre as taxas de prevalência de depressão e ansiedade em jogadores de futebol de elite masculinos e femininos, Junge e Feddermann-Demont (2016) tiveram mais times femininos dispostos a participar do que times masculinos, e após concordarem em participar, mais atletas de elite do sexo feminino completaram a pesquisa em comparação com atletas de elite do sexo masculino.

A masculinidade é estimulada no esporte, fazendo com que atletas masculinos se manifestem menos sobre estados emocionais em comparação com atletas de elite do sexo feminino. Isso não quer dizer que as atletas femininas também não internalizem esses ideais no esporte, mas os homens podem sentir necessidade ainda maior de demonstrar sua capacidade de permanecer forte, com base em noções difundidas de masculinidade e hipermasculinidade (Addis, Mahalik, 2003), enraizadas em diferentes culturas.

Portanto, ao explorar diferenças de gênero na prevalência de transtornos, as taxas podem ser subnotificadas, com maior probabilidade das atletas mulheres sofrerem mais de depressão do que seus colegas do sexo masculino (Gulliver et al., 2015; Wolanin et al., 2016). Isso pode refletir as diferenças reais nas taxas de depressão entre atletas homens e mulheres, mas pode também ressaltar o impacto das crenças sobre resistência mental e estigma entre os homens, levando-os a esconder seus sintomas.

Tipo de modalidade

Na comparação entre modalidades coletivas e individuais, atletas brasileiros de modalidades individuais apresentam maiores valores nos domínios de motivação mais intrínseca, quando comparados aos atletas de modalidades coletivas e estes, por sua vez, mostraram valores mais altos nos domínios mais extrínsecos. Além disso, os atletas brasileiros

de modalidades coletivas apresentaram valores mais altos na escala de avaliação da saúde mental nos domínios emocional e social. Apesar da diferença não ser estatisticamente significativa, os atletas de modalidades coletivas também apresentaram valores menores para depressão e ansiedade.

Nosso resultado corrobora com os dados apresentados na revisão de literatura realizada no COI (Reardon et al., 2019) ao mostrar que sintomas depressivos podem ser mais prevalentes em atletas esportivos individuais. Resultados similares foram encontrados nos estudos de Nixdorf, Frank e Beckmann (2016) e Nixdorf et al. (2013), com atletas de elite juniores da Alemanha nas modalidades individuais e coletivas, e de Wolanin et al. (2016) com atletas universitários americanos da NCAA de diversas modalidades.

Os esportes individuais de habilidades estéticas tiveram maiores sintomas de transtornos (Reardon et al., 2019), em especial os transtornos relacionados à alimentação e imagem corporal. Zhang et al. (2022), no estudo de validação de questionário sobre sono em atletas chineses, mostraram que atletas de esportes individuais relataram menos tempo total de sono do que atletas de esportes coletivos (9,6% x 4,3%), sendo que estes últimos tendem a demorar mais tempo para adormecer (16,5% x 7,0%). A comparação entre modalidades individuais e coletivas precisa ser aprofundada, pois diferenças nas variáveis estudadas e nos instrumentos utilizadas dificultam a clareza de interpretações.

Nível competitivo

Não encontramos estudos que compararam a saúde mental em função do nível do atleta. Nesse trabalho analisamos atletas do nível estadual, nacional ou internacional, especialmente baseado no conceito de Swan et al. (2015) sobre o que é ser um atleta considerado de elite. Focamos aqui nos atletas semi-elite - sem considerar o atleta universitário, aceitando apenas os atletas que participam de competições de federações, abaixo das competições de alto padrão - nos atletas de elite competitiva, atletas de elite bem-sucedidos e atletas de elite de classe mundial.

Os atletas brasileiros de nível estadual apresentaram menor resiliência, talvez por conta do menor tempo de experiência esportiva, menor apoio social, em especial familiar, menos recursos pessoais para enfrentar adversidades e menor espiritualidade. Eles também apresentaram menores níveis de autoestima, com visão mais negativa de si mesmo e mais sintomas de depressão e ansiedade.

O fato de nossa pesquisa englobar a faixa etária entre 18 e 30 anos também contribui para esta diferença, pois nesta fase os atletas estão se preparando para entrarem na categoria adulta

em muitas modalidades. Muitos ainda não conseguiram se destacar nacionalmente, podendo limitar a continuação da sua carreira na vida adulta e podendo gerar sintomas de mau funcionamento emocional, como baixa autoestima, mais sintomas de ansiedade e depressão. Os atletas com idade mais avançada, entre 25 e 30 anos, podem já estar no auge de suas carreiras, podendo apresentar sintomas de ansiedade e depressão por situações de competição, pressão por rendimento, vida fora de casa, falta de suporte social.

Idade e tempo de experiência

Os atletas brasileiros com menor tempo de atuação no esporte apresentaram menor nível de resiliência, devido à menor experiência esportiva e menor apoio social, assim como menor autoestima. Estes atletas, além de apresentarem mais sintomas de ansiedade e depressão, utilizaram menos estratégias de enfrentamento de adversidades com foco no problema a ser resolvido, apresentando mais comportamentos de evitação e fuga.

Schaal et al. (2011), no estudo com atletas franceses de diversas modalidades, encontrou maior prevalência de sintomas de transtornos mentais em atletas de elite jovens, sendo 15% dos atletas de 17 anos ou menos. Gulliver et al. (2015), ao estudarem atletas australianos, identificaram em jovens taxas mais altas de transtornos em relação a seus pares não atletas. Outros estudos salientam a importância do estudo destas variáveis nesta faixa etária, principalmente pela sobreposição significativa entre os anos competitivos para atletas de elite (entre 15 a 30 anos aproximadamente) e o pico do aparecimento de transtornos mentais na população (entre 15 a 25 anos) (Biggin, Burns, Uphill, 2017; *World Health Organization*, 2017).

A ansiedade, em especial a social, é comum para os atletas jovens devido ao nível de exposição ao público nas competições, à pressão e à a avaliação social (Gulliver et al., 2015; Junge, Feddermann-Demont, 2016; Rice et al., 2019; Schaal et al., 2011). Fora do contexto esportivo, estudos mostram que jovens com menos de 25 anos têm taxas mais altas de transtornos mentais (especialmente depressão e ansiedade), quando comparados com outras faixas etárias (Pearson et al., 2013; Smetanin et al., 2011).

Panza et al. (2019), no estudo de revisão sistemática e metanálise sobre participação esportiva de jovens atletas de elite e sintomas de ansiedade e depressão, apontaram que contextos esportivos de elite podem produzir efeitos prejudiciais nos domínios físico, emocional, psicológico e social do jovem atleta. Isso porque sua saúde mental pode ser prejudicada por experiências com relacionamentos inadequados ou abusivos com treinadores, pais, colegas e outras pessoas do contexto esportivo. Além disso, os autores ressaltam outros

aspectos relevantes, entre os quais destacamos: *overtraining*, muitas horas no esporte, elevada identidade atlética, posturas e comportamentos aceitos na cultura esportiva que não seriam aceitos em outros contextos, vida fora de casa.

Outro ponto importante a ser salientado é o risco de ideação suicida, considerada muito alta em adolescentes e adultos jovens, incluindo atletas de elite (Turecki, Brent, 2016), potencializado pelo maior risco de violência, seja ela verbal, física ou sexual (Mountjoy et al., 2016). Portanto, é fundamental ampliarmos nossa visão sobre saúde mental nesta população para conseguirmos identificar os fatores preditivos e assim, potencializar os fatores protetores.

Limitações

Como nosso estudo foi realizado com autorrelato, podemos ter respostas subnotificadas, pois sabemos que algumas pessoas podem se sentir desconfortáveis ao falarem de suas emoções e sentimentos. Além disso, este estudo aconteceu de maneira transversal, sendo restrito ao estado emocional do atleta em um momento específico. Assim, não podemos generalizar para outros momentos ou para a totalidade do estado emocional dos atletas. Mesmo sendo um estudo brasileiro, a maioria dos participantes se concentrou nas regiões sudeste, central e sul do país, o que não confere a totalidade dos atletas de elite do Brasil. Um outro limitante foi a questão de raça, pois não tivemos pergunta sobre este aspecto, e sabemos que pode interferir no estado da saúde mental por conta das questões sociais e culturais.

CONCLUSÃO

Nesse estudo analisamos a influência do sexo, gênero, tipo de modalidade, idade, tempo de experiência e nível do de competição na saúde mental de atletas de elite.

No que se refere ao sexo, atletas mulheres apresentaram menor resiliência, devido a menor experiência esportiva, menos recursos pessoais para enfrentar situações adversas e menor autoestima, levando também a mais sintomas de ansiedade e depressão. Diferenças entre sexo no esporte precisam ser melhor investigadas devido à fatores comportamentais, biológicos e socioculturais. Poucos pesquisadores exploraram essas diferenças em atletas de elite.

Atletas brasileiros de modalidades individuais apresentaram maior motivação intrínseca e mais sintomas de ansiedade e depressão, mesmo sendo leves, em relação aos atletas de modalidades coletivas, e está de acordo com estudos do Comitê Olímpico Internacional. Porém, poucos estudos compararam as diferenças de saúde mental em modalidades coletivas e individual, como estudos com atletas alemães e universitários americanos.

Não encontramos estudos que compararam a saúde mental em função do nível do atleta. Acreditamos que o nosso trabalho é o primeiro nesse sentido com base em análise em revisões sistemáticas sobre saúde mental de atletas. Com relação ao tempo de atuação e idade, os atletas brasileiros de elite apresentaram menores níveis de resiliência, autoestima e mais sintomas de ansiedade e depressão, o que se assemelha com atletas de outros países como Austrália, França, Estados Unidos, Alemanha.

Concluímos o estudo salientando que, além de explorar as diferenças entre homens e mulheres, modalidades esportivas, nível competitivo e idade, é o primeiro a fazer a relação de transtornos com fatores protetivos da saúde mental entre esses atletas. Assim, podemos ampliar a conscientização e o debate sobre a saúde mental em atletas brasileiros de alto rendimento, chamando a atenção para os fatores relacionados que se destacam no tema. Dessa maneira, a partir de conhecimentos mais sólidos, podemos potencializar ferramentas e estratégias de promoção da saúde mental em atletas, gestores, comissões técnicas, pesquisadores e todos os envolvidos no contexto esportivo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Addis, M. E., Mahalik, J. R. (2003) Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist, 58*(1):5-14. DOI: 10.1037/0003-066x.58.1.5.

Åkesdotter, C., Kenttä, G., Eloranta, S., Franck, J. (2020) The prevalence of mental health problems in elite athletes. *Journal of Science and Medicine in Sport, 23*(4):329-335. DOI: 10.1016/j.jsams.2019.10.022.

Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., de Girolamo, G., Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J. M., Katz, S. J., Kessler, R. C. ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatr Scand Suppl., *420* :21-7. DOI: 10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Ayala, E., Nelson, L., Bartholomew, M., Plummer, D. (2022) A conceptual model for mental health and performance of North American athletes: A mixed methods study. *Psychology of Sport and Exercise, 61*: 102176 DOI: 10.1016/j.psychsport.2022.102176.

Bicalho, C. C. F., Melo, G. F., Noce, F. (2022) Evidence of Validity and Perspectives for Resilience Scales in Sport. Behavioral Sciences, *38*:e38214. DOI: 10.1590/0102.3772e38214.en.

Biggin, I. J. R., Burns, J. H., Uphill, M. (2017) Na investigation of athletes' and coaches' perceptions of mental ill-health in elite athletes. *Journal of Clinical Sport Psychology, 11*(2):126–147. DOI: 10.1123/jcsp.2016-0017

Chang, C., Putukian, M., Aerni, G., Diamond, A., Hong, G., Ingram, Y., Wolanin, A. (2020). Mental health issues and psychological factors in athletes: Detection, management, effect on performance and prevention: American medical 158iferen for sports medicine position statement-executive summary. *British Journal of Sports Medicine, 54*:216-220. DOI: 10.1136/bjsports-2019-101583.

Colagrai, A. C., Barreira, J., Nascimento, F. T., Fernandes, P. T. (2022). The 158iferences mental health versus mental disease in elite athletes: a scoping review. *Motriz, 28*: e10220001722. DOI: 10.1590/S1980-6574202200001722

DSM-5 American Psychiatric Association. (2014) *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais:* tradução Maria Inês Corrêa Nascimento et al.; 5º Edição. Porto Alegre: Artmed.

Gouttebarge, V., Bindra, A., Blauwet, C., Campriani, N., Currie, A., Engebretsen, L. et al. (2021) International Olympic Committee (IOC) Sports Mental Health Assessment Tool 1 (SMHAT-1) and Sport Mental Health Recognition Tool 1 (SMHRT-1): towards better

support of athletes' mental health. *British Journal of Sports Medicine, 55*(1):30-37. DOI: 10.1136/bjsports-2020-102411.

Gouttebarge, V., Castaldelli-Maia, J. M., Gorczynski, P., Hainline, B., Hitchcock, M. E., Kerkhoffs, G. M. et al. (2019) Occurrence of mental health symptoms and disorders in current and former elite athletes: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine, 53*(11):700-6. DOI: 10.1136/bjsports-2019-100671

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. DOI: 10.1016/j.jsams.2014.04.006.

Hammond, T., Gialloreto, C., Kubas, H., Hap Davis, H. (2013) The prevalence of failure-based depression among elite athletes. *Clinical Journal of Sport Medicine, 23*(4):273–277. Doi:10.1097/JSM.0b013e318287b870

Henriksen, K., Schinke, R., Moesch, K., McCann, S., Parham, W. D., Larsen, C. H., Terry, P. (2020) Consensus statement on improving the mental health of high performance athletes. *International Journal of Sport and Exercise Psychology, 18*(5):553-560. DOI: 10.1080/1612197X.2019.1570473.

Hutz, C. (2000). *Adaptação brasileira da Escala de Autoestima de Rosenberg*. Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Mimeo.

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. DOI: 10.1136/bmjsem-2015-000087.

Junge, A., Prinz, B. (2019) Depression and anxiety symptoms in 17 teams 159iference football players including 10 German first league teams. *British Journal of Sports Medicine, 53*(8):471-477. DOI: 10.1136/bjsports-2017-098033.

Keyes, C. L. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior, 43*(2):207-22. DOI: 10.2307/3090197.

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), 116–123. DOI: 10.1037/cap0000103

Kowalski, K. C., Crocker, P. R. E. (2001). Development and validation of the Coping Function Questionnaire for 159iferences159159 in sport. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 23*(2):136–155. Doi:10.1123/jsep.23.2.136.

Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. (2001) The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine, 16*(9):606-613. DOI: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.

Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Monahan, P. O., Löwe, B. (2007) Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine, 146*(5):317-325. DOI: 10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004.

Machado, W. L., Bandeira, D. R. (2015) Positive Mental Health Scale: Validation of the Mental Health Continuum - Short Form. *Psico-USF, 20*(2):1-16. DOI: 10.1590/1413-82712015200207.

McRae, L., O'Donnell, S., Loukine, L., Rancourt, N., Pelletier, C. (2016) Report summary - Mood and Anxiety Disorders in Canada, 2016. *Health Promot Chronic Dis Prev Can., 36*(12): 314-315. DOI: 10.24095/hpcdp.36.12.05. PMID: 27977086; PMCID: PMC5387798.

Moesch, K., Kentta, 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. DOI: 10.1016/j.psychsport.2018.05.013

Mountjoy, M., Brackenridge, C., Arrington, M., Blauwet, C., Carska-Sheppard, A., Fasting, K., Kirby, S., Leahy, T., Marks, S., Martin, K., Starr, K., Tiivas, A., Budgett R. (2016) The IOC Consensus Statement: harassment and abuse (non-accidental violence) in sport. *British Journal of Sports Medicine, 50*:1019-1029. Doi:10.1136/bjsports-2016-096121.

Nascimento Junior, J. R. A., Vissoci, J. R. N., Balbim, G. M., Moreira, C. R., Pelletier, L., Vieira, L. F. (2014) Adaptação transcultural e análise das propriedades psicométricas da sport motivation scale-II no contexto brasileiro. *Revista da Educação Física/UEM*, 25(3):441–458. DOI: 10.4025/reveducfis.v25i3.24855.

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, 17*:893. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.00893.

Nixdorf, I., Nixdorf, R., Hautzinger, M. Bechmann, J. (2013) Prevalence of depressive symptoms and correlating variables among German elite athletes. *Journal of Clinical Sport Psychology, 7*(4):313-326. DOI: 10.1123/jcsp.7.4.313

Ojio, Y., Matsunaga, A., Hatakeyama, K., Kawamura, S., Horiguchi, M., Yoshitani, G., Kanie, A., Horikoshi, M., Fujii, C. (2021) Anxiety and Depression Symptoms and Suicidal Ideation in Japan Rugby Top League Players. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(3):1205. DOI: 10.3390/ijerph18031205.

Oltmans, E., Confectioner, K., Jonkers, R., Kerkhoffs, G. M. M. J., Moen, M., Verhagen, E., Wylleman, P., Gouttebarge, V. (2022) A 12-month prospective cohort study on symptoms of mental health disorders among Dutch former elite athletes. *The Physician and Sportsmedicine*, 50(2):123-131. DOI: 10.1080/00913847.2020.1868276.

Osório, F. l., Mendes, A. V., Crippa, J. A., Loureiro, S. R. (2009) Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of Brazilian women in the 160iferenc of

primary health care. *Perspectives in Psychiatric Care, 45*(3):216-227. DOI: 10.1111/j.1744-6163.2009.00224.x.

Panza, M. J., Graupensperger, S., Agans, J. P., Dore, I., Vella, S. A., Evans, M. B. (2019). Adolescent sport participation and symptoms of anxiety and depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 42*, 201-218. DOI: 10.1123/jsep.2019-0235

Patten, S. B., Williams, J. V., Lavorato, D. H., Fiest, K. M., Bulloch, A. G., Wang, J. (2015) The prevalence of major depression is not changing. *Can J Psychiatry, 60*(1): 31-4. DOI: 10.1177/070674371506000107.

Pearson, R. M., Evans, J., Kounali, D., Lewis, G., Heron, J., Ramchandani, P. G., O'Connor, T. G., Stein, A. (2013) Maternal depression during pregnancy and the postnatal period: risks and possible mechanisms for offspring depression at age 18 years. *JAMA Psychiatry, 70*(12):1312-9. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2013.2163.

Pelletier, L., Rocchi, M., Vallerand, R., Deci, E., Ryan, R. (2013) Validation of the revised sport motivation scale (SMS-II), *Psychology of Sport and Exercise, 14*:329–341. DOI: 10.1016/j.psychsport.2012.12.002.

Pereira, F. S. A. (2019) Adaptação e Validação da Escala Coping Function Questionaire (CFQ) para o contexto esportivo brasileiro. Dissertação (mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Florianópolis.

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. DOI: 10.1080/10413200.2019.1668496

Prates, M. E. F. (2015) A paixão pela atividade docente de professores universitários de Educação Física. Tese de Doutorado em Educação Física. Maringá: Universidade Estadual de Maringá

Purcell, R., Pilkington, V., Carberry, S., Reid, D., Gwyther, K., Hall, K., Deacon, A., Manon, R., Walton, C. C., Rice, S. (2022) Na Evidence-Informed Framework to Promote Mental Wellbeing in Elite Sport. *Frontiers in Psychology, 16*(13):780359. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.780359.

Reardon, C. L., Hainline, B., Aron, C.M., Baron, D., Baum, A.L., Bindra, A., Budget, R. et al. (2019) Mental health in elite athletes: International Olympic Committee consensus statement. *British Journal of Sports Medicine, 53*(11):667–699. DOI: 10.1136/bjsports-2019-100715.

Rice, S. M., Gwyther, K., Santesteban-Echarri, O., Baron, D., Gorczynski, P., Gouttebarge, V. et al. (2019) Determinants of anxiety in elite athletes: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine, 53*(11):722-730. DOI: 10.1136/bjsports-2019-100620.

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. DOI: 10.1007/s40279-016-0492-2.

Rosenberg, M. (1965) *Society and the 162iferences162 self-image*. Princeton: Princeton University Press.

Rosenfield, S., Simith, D. (2009) Gender and mental health: do men and women have diferente amounts or types of problems? In: Scheid, T. L., Brow, T. N., eds. A handbook for the study of mental health: social contexts, theories, and systems. 2nd e. Cambridge University Press: 256-267. Doi:10.1017/CBO9780511984945.017

Schaal, K., Tafflet, M., Nassif, H., Thibault, V., Pichard, C., Alcotte, M., Guillet, T., El Helou, N., Berthelot, G., Simon, S., Toussaint, J. F. (2011) Psychological balance in high level athletes: Gender-Based differences and sport-specific patterns. *PloS ONE, 6*(5):e19007. DOI: 10.1371/162ifere.pone.0019007

Schinke, R. J., Giffin, C., Cosh, S., Douglas, K. (2021) International 162iferen of sport psychology position stand: mental health through occupational health and safety in high performance sport. *International Journal of Sport and Exercise Psychology 20*(2):1-23. DOI: 10.1080/1612197X.2021.1992857

Schinke, R. J., Stambulova, N., Si, G., Moore, Z. (2017) International society of sport psychology position stand: Athletes' mental health, performance, and development. *International Journal of Sport and Exercise Psychology, 16*(6):622–639. DOI: 10.1080/1612197X.2017.1295557.

Smetanin, P., Stiff, D., Briante, C., Adair, C. E., Ahmad, S., Khan, S. (2011). *The life and economic impact of major mental illnesses in Canada*. Toronto.

Spitzer, R. L, Kroenke, K., Williams, J. B. (1999) Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *JAMA. 282*(18):1737-44. DOI: 10.1001/jama.282.18.1737.

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., Löwe, B. (2006) A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives Internnal Medicine, 166*(10):1092-1097. DOI: 10.1001/archinte.166.10.1092.

Spitzer, R., Williams, J., Kroenke, K., Linzer, M., deGruy, F., Hahn, S. Brody, D., Johnson, J. (1994) Utility of a New Procedure for Diagnosing Mental Disorders in Primary CareThe PRIME-MD 1000 Study. *JAMA, 272*(22):1749- 1756. DOI: 10.1001/jama.1994.03520220043029.

Swann, C., Moran, A., Piggott, D. (2015) Defining elite athletes: Issues in the study of expert performance in sport psychology. *Psychology of Sport and Exercise, 16*(1):3–14. DOI: 10.1016/j.psychsport.2014.07.004.

Turecki, G., Brent, D. A. (2016) Suicide and suicidal 163iferenc. *Lancet, 387*: 1227–1239. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00234-2.

Vallerand, R. J., Blanchard, C., Mageau, G. A., Koestner, R., Ratelle, C., Léonard, M., Gagne, M., Marsolais, J. (2003). Les passions de l'aîme: On obsessive and harmonious passion. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*(4):756-767. Doi:10.1037/0022-3514.85.4.756

Van Slingerland, K. J., Durand-Bush, N., Bradley, L., Goldfield, G., Archambault, R., Smith, D., Edwards, C., Delenardo, S., Taylor, S., Werthner, P., Kenttä, G. (2019) Canadian Centre for Mental Health and Sport (CCMHS) position statement: principles of mental health in competitive and high-performance sport. *Clinical Journal of Sport Medicine, 29*:173-180. DOI: 10.1097/JSM.0000000000000665.

Weissman, M. M., Klerman, G. L. (1977) Sex differences and the epidemiology of depression. *Arch Gen Psychiatry, 34*(1):98-111. DOI: 10.1001/archpsyc.1977.01770130100011. PMID: 319772.

Wolanin, A., Hong, E., Marks, D., Panchoo, K., Gross, M. (2016) Prevalence of clinically elevated depressive symptoms in college athletes and 163iferences by gender and sport. *British Journal of Sports Medicine,* 50(3):167-71. DOI: 10.1136/bjsports-2015-095756.

World Helth Organization (WHO) (2017) *Depression and other common mental disorders.* Global Health Estimates. Geneva. 1-24.

Zhang, B., Bender, A., Tan, X., Wang, X., Le, S., Cheng, S. (2022) Assessment of sleep disturbances with the athlete sleep screening questionnaire in Chinese athletes. *Sports Medicine and Health Science, 4*(2):133-139. DOI: 10.1016/j.smhs.2022.02.001.

CAPÍTULO 7

THE IMPACT OF GENDER, SPORT, PERFORMANCE LEVEL AND EXPERIENCE ON THE MENTAL HEALTH OF SPORTS COACHES

Alexandre Conttato Colagrai
Júlia Barreira
Paula Teixeira Fernandes

Submetido na Revista *International Journal of Sports Science & Coaching*

ABSTRACT

Sports coaches are important for the development of athletes. Despite working in the same high-pressure environment, studies on their mental health are still recent and scarce. This study aimed to investigate the mental health of elite coaches using instruments for screening symptoms related to mental disorders and protective factors for mental health, as well as analyzing the influence of gender, sports, experience and performance level on their mental health through cross-sectional and quantitative research. An online questionnaire was answered by 106 elite Brazilian coaches (12 female; 94 male). Male coaches showed a higher level of motivation, resilience and social wellbeing compared to female coaches. Furthermore, females had more depressive symptoms. Coaches working in individual sports showed higher values for depression and lower values for passion compared to those in team sports. Coaches with less experience had higher depression rates. Among the different independent variables investigated, gender was the one that showed the most differences in the mental health of elite coaches, emphasizing the need for further research and practical interventions in this regard.

Keywords: Psychology; Depression; Anxiety; Resilience; Motivation, Sport Psychology.

INTRODUCTION

The importance of sports coaches in the development of athletes is broadly accepted and recognized (Weinberg & Gold, 2019). Studies on coaches' mental health are recent, being published mainly in the last five years. Despite working in the same high-pressure environment as their athletes, they have not attracted the same attention in international literature (Åkesdotter et al., 2022; Bentzen, Kenttä, Richter, Lemyre, 2020; Carson et al., 2019; Gorczynski et al., 2020; Kegelaers et al., 2021; Kim et al., 2020; Pilkington et al., 2022; Norris, Didymus, Kaiseleret, 2017; Olusoga, Bentzen, Kenttä, 2019; Smith et al., 2020). Although studies are scarce, initial results indicate that this population also faces challenges in relation to mental health due to the specific demands of this context, such as organizational, personal and performance-related factors (Åkesdotter et al., 2022; Kegelaers et al., 2021; Kim et al., 2020; Pilkington et al., 2022).

Elite sports training has unique stressors not seen in other professions, which highlights the potentially stressful nature of this type of work (Didymus, 2017; Norris, Didymus, Kaiseleret, 2017). In a systematic review, specific stress factors in sports coaches were identified, such as: a) organizational factor (overload, leadership, finances, sports administration, sports environment/culture, team relationship factors, work organization, working extended hours, impact in relation to the balance of roles to be played within the family); b) contextual factor (schedule, work safety); c) performance-related factor (athlete's injury, athlete's performance, athlete's training capacity, athlete's attitude and commitment, own performance as coaches); d) interpersonal factor (relationship with athletes, expectations of others); e) intrapersonal factor (lack of control over the environment) (Norris, Didymus, Kaiseleret, 2017).

Although the factors that influence the mental health of sports coaches are known, the influence of gender, type of sport, level of performance and professional experience on the mental health of this population has still been poorly explored. Regarding gender, Kenttä et al. (2020) showed that female coaches face greater challenges than men working in a male-dominated sports culture, which suggests additional challenges for their mental health. Kegelaers et al. (2021) showed that male coaches have statistically lower values for depression/anxiety compared to female coaches. Finally, Åkesdotter et al. (2022) found a higher prevalence of psychiatric treatment among female coaches (female coaches: 100%; male coaches: 90%) and affective disorders (female coaches: 78%; male coaches: 40%).

Regarding the type of sport, few studies have compared the coaches' mental health in team and individual sports. Kegelaers et al. (2021) investigated the self-perceived impact of life

and sports stressors on the mental health of elite coaches, finding a statistically significant difference for adverse alcohol use between those in team or individual sports. In the study by Pilkington et al. (2022), no significant differences were observed in relation to individual and team sports for variables related to mental health symptoms, such as distress, risky alcohol consumption and sleep disturbance.

Regarding the performance level, it is noted that studies have investigated a diversity of coaches in different positions within the sports system. For example, Carson et al. (2019) studied elite and community-level coaches; Stebbings et al. (2012) jointly studied community coaches, local club coaches, as well as coaches working in clubs at state, national and international levels; Smith et al. (2020) assessed the mental health of an elite coach by comparing it with that of other coaches at community, educational, recreational, basic and charitable levels; and McNeill et al. (2018) investigated coaches at regional, collegiate, provincial, national and international levels. These studies unveiled the results jointly, without discriminating the specific values for coaches at different levels. Possibly, coaches working at higher levels face greater demands for results, which can significantly impact the results on their mental health. Finally, coaches' mental health depending on their experience in the profession has been poorly explored to date. To the best of our knowledge, only Pilkington et al. (2022) showed that younger coaches have higher psychological distress rates.

The studies mentioned above show important initial results to understand the factors that influence the mental health of sports coaches. However, there are some reasons that indicate the need for further investigations in this area: i) some findings are still contradictory (such as the difference between team and individual sports); ii) the studies analyzed the influence of gender, sport, performance level and experience in separate papers, indicating the need to investigate how these factors influence mental health in the same study; iii) most studies use disorder symptom screening instruments to analyze the mental health of this population, while the influence of mental health protective factors still unknown.

It is important to note that mental health and disorder are on a continuum and that there are specific instruments for analyzing them, although studies on sports have mostly used symptom screening instruments (Colagrai et al., 2022; Küttel, Larsen, 2020; Schinke et al., 2017). It is necessary to understand that positive mental health and mental disorder are interrelated domains, each with unique and shared predictors, influencing each other through complex interrelationships (Iasiello, van Agteren, Muir-Cochrane, 2020; Keyes, 2002). Therefore, our study seeks to advance the literature by investigating the mental health of elite coaches using instruments focused on screening symptoms related to mental disorders and

protective factors for mental health. In addition, it was sought to analyze the influence of gender, sport, experience and performance level on the mental health of sports coaches.

MATERIALS AND METHODS

This is a cross-sectional and experimental research. The method used was quantitative, through the application of an online questionnaire sent to elite coaches in Brazilian sports in order to analyze the influence of different aspects on the mental health of this sample.

Participants

The study participants were 106 Brazilian coaches with a weekly training load of at least 20 hours, aged over 18 years old. As inclusion criteria, the participant should be working as a coach in regional, national and/or international competitions at the time of the research, in addition to working with athletes aged over 18 years old.

Instruments

A questionnaire was prepared with demographic data regarding gender, marital status, performance level, sport and experience as an elite coach. Data related to health and mental disorder were collected using instruments validated in these areas. These instruments were interspersed with each other, alternating between instruments that focus on protective factors for mental health, followed by others that screen for disorder symptoms, in the following order: Sport Motivation Scale (SMS); Sport Resilience Scale (SRS), Patient Health Questionnaire (PHQ-9), Rosenberg Self-Esteem Scale (RSS), General Anxiety Disorder-7 (GAD-7), Stress Assessment and Coping Strategies Questionnaire (CFQ), Positive Mental Health Scale: Validation of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF), Sport Passion Scale (SPS).

- **Sport Motivation Scale (SMS):** it is a cross-cultural adaptation of the Sport Motivation Scale (SMS) (Pelletier et al., 2013) for the Brazilian context, carried out by Nascimento Junior et al. (2014). It contains 18 items distributed in six subscales, which are: intrinsic regulation (items 3, 9 and 17), integrated regulation (items 4, 11 and 14), identified regulation (items 6, 12 and 18), introjected regulation (items 1, 7 and 16), external regulation (items 5, 8 and 15) and amotivation (2, 10 and 13). Answers are given on a 7-item Likert scale (1 = does not correspond completely, 2-3 = corresponds a little, 4 = corresponds moderately, 5-6 = corresponds very much, 7 = corresponds completely). The score for each subscale (maximum 21 points) and also the general score (maximum 126 points) are calculated based on the average of the sum of its items, with higher

values indicating greater satisfaction of psychological needs. The internal consistency of the SMS in the present sample was acceptable ($0.63<\alpha<0.77$), as shown by previous studies using the SMS Brazilian version (Barreira et al., 2022).

- **Sports Resilience Scale (SRS):** the final version of the SRS was developed for athletes for Bicalho, Melo, Noce (2022). It had a structure with 15 items divided into five factors. The domain "Sports Experience" is represented by items (7, 13 and 10), the domain "Family Social Support" consisted of items (4, 15 and 6), the domain "Personal Resources and Competence" is composed of items (1, 11 and 9), the domain "Spirituality" is made up of items (2, 5 and 12) and the domain "Sports Social Support" comprised items (14, 3 and 8).
- **Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9):** it is an adaptation of PRIME-MD (Spitzer et al., 1994), being a short instrument for assessment, diagnosis and monitoring of the presence or absence of Depressive Disorder. It consists of nine questions that assess the presence of each of the symptoms for the episode of major depression, described in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV, 2014). The nine symptoms consist of depressed mood, anhedonia (loss of interest or pleasure in Doing things), sleep-related problems, tiredness or lack of energy, change in appetite or weight, feelings of guilt or worthlessness, concentration problems, feeling sluggish or restless and having suicidal thoughts. The translation of the PHQ-9 instrument into Portuguese was carried out by Pfizer (Copyright © 2005 Pfizer Inc., New York, NY) and Osório, Mendes, Crippa and Loureiro (2009). The frequency of each symptom in the last two weeks is assessed on a Likert scale from 0 to 3 corresponding to the answers "never", "several days", "more than half of the days" and "almost every day", respectively. The questionnaire also includes a tenth question that assesses the interference of these symptoms in the performance of daily activities, such as working and studying, with a score from 0 to 27, with a view to assessing the depression symptoms over a two-week period. The cutoff points are 5-8 for very mild symptoms, 9-14 for a mild episode, 15-19 for a moderate episode and above 20 for a severe episode.
- **Rosenberg Self-Esteem Scale (RSS):** this instrument was developed by Rosenberg (1965) and adapted for Brazilian culture by Hutz (2000). It consists of 10 items, five of which are associated with a negative view of oneself (items 2, 5, 6, 8 and 9) and five with a positive view (1, 3, 4, 7 and 10). Answers are of the Likert type (1=strongly agree, 2=somewhat agree, 3=somewhat disagree, 4=strongly disagree). The score varies between 10 and 40 points, with < 20=low (unsatisfactory) self-esteem; 21-30=average

self-esteem; > 30=high self-esteem (satisfactory). The internal consistency of the RSS in the present sample was acceptable (α= 0.70 and 0.75 for negative and positive view, respectively).

- **General Anxiety Disorder-7 (GAD-7):** this is a short instrument for assessing, diagnosing and monitoring anxiety. It was developed by Spitizer, Kroenke, Williams and Lowe (2006) and validated by Kroenke, Spitizer, Williams, Monahan and Lowe (2007) according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), in order to assess Anxiety Disorder signs and symptoms and perform the classification of severity levels. The translation into Portuguese was carried out by Pfizer (Copyright © 2005 Pfizer Inc., New York, NY) and consists of seven items, arranged on a 4-point scale: 0 (never) to 3 (almost every day). Its score varies from 0 to 21, assessing the frequency of anxiety signs and symptoms over a two-week period.
- **Stress Assessment and Coping Strategies Questionnaire (CFQ**): The CFQ was developed in Canada, initially applied to samples of adolescent athletes aged between 13 and 19 years old (Kowalski, Crocker, 2001). It is composed of 18 items, divided into three dimensions, according to their function: problem-focused coping (effort to actively change and remain in the situation that was causing stress); emotion-focused coping (effort to control thoughts or emotions while remaining in the situation that was causing stress); and avoidance-focused coping (effort to remove oneself from the situation that was causing stress). In order to answer the CFQ questionnaire, the participant should indicate how much he/she used coping strategies, varying from "none" to "very much". The psychometric properties of CFQ were checked by content validity, expert analysis, and by adapting the instrument to the study population when it was developed. The instrument score was determined by the average of the answers given to the items in each dimension: problem-focused coping (six items - questions 1, 3, 6, 9, 11 and 13); emotion-focused coping (seven items - questions 2, 4, 7, 10, 14, 16 and 17) and avoidance-focused coping (five items - questions 5, 8, 12, 15 and 18). The internal consistency of the QFC in the present sample was high (α> 0.88).
- **Positive Mental Health Scale: Validation of the Mental Health Continuum - Short Form (MHC-SF):** it was developed by Keyes (2002), validated for the Brazilian context as the Positive Mental Health Scaleby Machado, Bandeira (2015). This instrument assesses emotional, psychological and social welfare, through 14 items that represent the definition of the construct for each facet of welfare (three items for emotional welfare, six items for psychological welfare and five items for social welfare).

The goal is to measure how often respondents experienced each positive mental health symptom and provide a standard for categorizing their levels. In order to be diagnosed with flourishing mental health, individuals should experience "every day" or "almost every day" at least one of three signs of welfare (emotional, psychological and social) and at least six of eleven signs of positive functioning during the previous month. Individuals who have low levels, that is, "never" or "once or twice" during the past month, on at least one measure of welfare and low levels on at least six measures of positive functioning are diagnosed with weakened health mental. Individuals who are neither flourishing nor languishing are diagnosed with moderate mental health.

- **Sport Passion Scale (SPS):** it was developed by Vallerand et al. (2003) and adapted to the Brazilian context by Prates (2015). It assesses an individual's passion for practicing sport through 17 statements, answered on a 7-point Likert scale, varying from 1 (does not correspond at all) to 7 (corresponds exactly). It has three subscales: obsessive passion, with six items; harmonious passion, with six items, and criteria for assessing passion in the activity, with five items. The latter assesses the degree of involvement (time and energy expenditure) and love for this activity, which is important for assessing whether the person is passionate about the activity. In each subscale, the score is made by the average of the items (with a maximum value of 7 points). The internal consistency of the SPS in the present sample was acceptable (α>0.72).

Procedures

In order to send this questionnaire, initial contacts with some confederations, federations, teams, clubs, team coaches, sports managers, technical committee members and athletes themselves were made, informing them about the research. After these early contacts, a letter of authorization was sent to the entities aiming at requesting formal authorization to access participants. The contact with the entities was carried out with the goal of identifying possible participants in the study and showing that research about coaches' mental health was being carried out. The questionnaire was made available to coaches online, being sent by email or private contact on social network. The study used the snowball method to access participants, asking those who received the questionnaire to forward it to elite coaches according to the criteria for including participants. It should be underlined that the questionnaire was not answered on competition days, as it is understood that emotional factors may be different from usual due to competitive stress, and, consequently, influence the answer. The participants were informed that the research was part of a broader academic study, with an exploratory basis, and

received the Free and Informed Consent Form before answering the questions, and that this study was approved by the Ethics Committee from the university. This study is in line with the Declaration of Helsinki in relation to the ethical principles of research involving human beings.

Data analysis

The sample size was estimated considering the medium effect size reported by Kegelaers et al. (2021) investigating common mental health disorders in elite coaches. The significance level was set to 5% and the desired power level to 80%. The estimation was performed using G*Power (version 3.1; HHU, Dusseldorf, Germany) revealing a minimum sample size of 100 participants. Descriptive statistics was used to explore and characterize the collected data bank. Qualitative data are shown as relative and absolute frequencies, while quantitative data are shown as average and standard deviation. Inferential statistics was used to compare coaches' mental health depending on gender, sport, performance level and experience. The Mann-Whitney test was used to compare mental health according to gender (male or female) and sport (team or individual). The Kruskal-Wallis test was used to compare coaches' mental health considering professionals who work at different levels (regional, national or international) and with different experience in their jobs (less than 11 years, from 11 to 20 years or over 20 years). A Bonferroni post hoc test was used to identify possible statistical differences. The non-parametric effects sizes were calculated to provide information regarding the magnitude of the differences. The correlation coefficient (r) was calculated to analyze the effect size for Mann-Whitney test and interpreted as small (r=0.1), medium (0.3), and large (0.5) (Tomcazk, Tomczak, 2014). The eta squared measure ($\eta 2$) was calculated for Kruskal-Wallis test and interpreted as small (r=0.01), medium (0.06), and large (0.14) (Tomcazk, Tomczak, 2014). The Cronbach's alpha and bivariate correlations were calculated to analysis the internal consistency of the instruments. All statistical analyses were performed using SPSS software. The significance level was set at $p<0.05$.

RESULTS

Of the 106 elite Brazilian sports coaches participating in the study, most are men with 11 to 20 years of experience, predominantly participating in national and international competitions (Table 1). Most participants declared that they currently have or had athletes participating in Brazilian national team in their sports. In addition, almost a quarter of the participants have already coached Brazilian national teams. Most of them live in the Southeast region of Brazil. Half of them reported that their wage is not enough, making it necessary to

have a dual career to supplement their incomes. Most coaches have higher education and postgraduate degrees in their field of work. The participating sports were: team modalities (Basketball, Baseball, Soccer, Futsal, Handball, Softball, Volleyball, Beach Volleyball) and individual modalities (Athletics, Cycling, Artistic Gymnastics, Rhythmic Gymnastics, Judo, Swimming, Taekwondo).

Table 1. Characterization of the coaches participating in the study.

Variable	Characteristic	N	%
Gender	Female	12	11%
	Male	94	89%
Sport	Team	72	77%
	Individual	21	23%
Experience	1 to 5 years	18	17%
	6 to 10 years	9	8%
	11 to 15 years	34	32%
	16 to 20 years	20	19%
	21 to 25 years	9	8%
	Over 25 years	12	11%
Performance level	Regional	30	28%
	National	48	45%
	International	28	26%
Athletes in national teams	No	38	36%
	Yes	68	64%
National coach	No	82	77%
	Yes	24	23%
Education	High School	3	3%
	Higher Education	34	32%
	Post-Graduation	69	65%
Marital status	Married	56	53%
	Living with a partner	12	11%
	Single	9	8%
	Widowed	28	26%

Legend: N represents the absolute frequency and % the relative frequency.

Table 2 shows the comparison between men and women. As for the domains related to SMS, men showed a higher level of Integrated and Introjected Regulation, with a medium effect size for the last one. In SRS, the domain Sports Experience showed statistically higher values for men. Although their values are considered very mild and mild, the PHQ-9 instrument for screening depressive symptoms showed higher values for female coaches compared to men. Regarding the mental health values in the MHC-SF, male coaches showed significantly higher values and a medium effect in the social domain. In SPS, male coaches showed significantly higher values for passion and obsessive passion compared to female coaches.

Table 2. Comparison of mental health between male and female coaches.

Instrument – Variable		Women (n=12)	Men (n=94)	p-value	Effect Size
Motivation (SMS)	SMS - Intrinsic Motivation	15.6 (4.5)	18.1 (2.8)	0.106	0.16
	SMS - Integrated Motivation	12.7 (4.4)	17.7 (2.7)	0.001	0.32
	SMS - Identified Motivation	14.3 (5.7)	16.3 (4.1)	0.609	0.05
	SMS - Introjected Motivation	10.7 (5.3)	14.7 (3.7)	0.017	0.23
	SMS - External Motivation	6.7 (5.2)	7.2 (4.2)	0.294	0.10
	SMS – Amotivation	7.7 (4.1)	5.3 (3.1)	0.311	0.10
Resilience (SRS)	SRS - Sport Experience	12.0 (1.2)	13.5 (1.3)	0.016	0.23
	SRS - Family Social Support	10.2 (2.5)	11.1 (2.6)	0.944	0.01
	SRS - Personal Resources and Competence	11.3 (1.9)	12.0 (2.1)	0.695	0.04
	SRS – Spirituality	9.6 (2.9)	9.6 (2.8)	0.470	0.07
	SRS - Sports Social Support	10.7 (3.3)	11.7 (1.9)	0.529	0.06
Depression	PHQ-9	10.4 (7.9)	6.1 (5.0)	0.044	0.20
Self esteem (RSS)	RSS - Negative	15.7 (3.3)	17.3 (2.4)	0.089	0.17
	RSS – Positive	9.1 (2.0)	7.3 (3.5)	0.129	0.15
	RSS – Total	24.8 (3.0)	24.5 (5.9)	0.687	0.04
Anxiety	GAD-7	7.8 (4.2)	6.0 (14.9)	0.102	0.16
Coping (CFQ)	CFQ - Problem-focused	2.2 (0.8)	2.7 (0.8)	0.103	0.16
	CFQ - Emotion-focused	2.2 (0.7)	2.6 (0.8)	0.215	0.12
	CFQ.- Avoidance	0.8 (1.2)	1.7 (1.2)	0.078	0.17
Mental Health (MHC)	MHC - Emotional	13.6 (2.2)	14.9 (2.0)	0.189	0.13
	MHC – Social	13.7 (3.3)	19.0 (4.9)	0.002	0.30
	MHC - Psychological	25.0 (3.2)	29.7 (3.6)	0.008	0.27
Passion Sport (SPS)	SPS - Obssessive Passion	3.1 (0.9)	4.3 (1.2)	0.004	0.28
	SPS - Harmonious Passion	5.0 (0.9)	6.0 (0.7)	0.040	0.20
	SPS - Criteria for Assessing Passion	5.5 (1.1)	6.3 (0.6)	0.037	0.20

Legend: data shown as average (standard deviation). SMS = Sport Motivation Scale, SRS = Sport Resilience Scale, PHQ-9 = Patient Health Questionnaire-9, RSS = Rosenberg Self-Esteem Scale, GAD-7 = General Anxiety Disorder-7, CFQ = Stress Assessment and Coping Strategies Questionnaire, MHC = Positive Mental Health Scale, SPS = Sport Passion Scale.

Table 3 shows the comparison between coaches working in individual and team sports. Were found statistically significant diferences only in the PHQ-9 and SPS instruments. Despite being considered very mild and mild, the PHQ-9 instrument had higher values for individual compared to team sports. Regarding SPS, in the Criteria for Assessing Passion, coaches working in team sports showed higher values compared to coaches working in individual sports.

Table 3. Comparison of mental health between coaches working in team or individual sports.

Instrument - Variable		Team (n=72)	Individual (n=21)	p-value	Effect Size
Motivation (SMS)	SMS - Intrinsic Motivation	17.9 (2.8)	17.3 (3.9)	0.894	0.01
	SMS - Integrated Motivation	17.3 (3.3)	16.8 (3.0)	0.471	0.07
	SMS - Identified Motivation	16.1 (4.2)	15.7 (4.5)	0.990	0.00
	SMS - Introjected Motivation	14.5 (4.2)	13.4 (3.7)	0.226	0.12
	SMS - External Motivation	7.0 (4.4)	7.8 (4.4)	0.623	0.05
	SMS – Amotivation	5.4 (3.2)	6.1 (3.5)	0.490	0.07
Resilience (SRS)	SRS - Sport Experience	13.4 (1.2)	12.9 (2.7)	0.124	0.15
	SRS - Family Social Support	11.1 (2.6)	10.5 (2.9)	0.376	0.09
	SRS - Personal Resources and Competence	11.8 (2.1)	12.4 (1.6)	0.295	0.10
	SRS – Spirituality	9.6 (2.9)	9.6 (2.6)	0.920	0.01
	SRS - Sports Social Support	11.8 (1.9)	11.4 (1.0)	0.243	0.11
Depression	PHQ-9	5.8 (4.9)	9.4 (6.5)	0.018*	0.23
Self esteem (RSS)	RSS - Negative	17.0 (2.5)	17.1 (2.7)	0.814	0.02
	RSS – Positive	7.5 (1.9)	7.4 (1.8)	0.842	0.02
	RSS – Total	24.6 (2.4)	24.6 (2.6)	0.881	0.01
Anxiety	GAD-7	6.4 (4.1)	5.9 (2.9)	0.926	0.01
Coping (CFQ)	CFQ - Problem-focused	2.7 (0.8)	2.6 (0.9)	0.876	0.02
	CFQ - Emotion-focused	2.6 (0.7)	2.4 (0.8)	0.397	0.08
	CFQ.- Avoidance	1.7 (1.2)	1.2 (1.1)	0.176	0.13
Mental Health (MHC)	MHC - Emotional	14.7 (2.2)	15.0 (1.7)	0.968	0.00
	MHC – Social	18.3 (5.3)	19.0 (4.4)	0.745	0.03
	MHC – Psychological	29.3 (3.8)	29.3 (4.0)	0.754	0.03
Passion Sport (SPS)	SPS - Obssessive Passion	4.3 (1.0)	3.8 (1.3)	0.251	0.11
	SPS - Harmonious Passion	5.9 (0.8)	6.0 (0.8)	0.630	0.05
	SPS - Criteria for Assessing Passion	6.3 (0.6)	5.8 (0.9)	0.012*	0.24

Legend: data shown as average (standard deviation). SMS = Sport Motivation Scale, SRS = Sport Resilience Scale, PHQ-9 = Patient Health Questionnaire-9, RSS = Rosenberg Self-Esteem Scale, GAD-7 = General Anxiety Disorder-7, CFQ = Stress Assessment and Coping Strategies Questionnaire, MHC = Positive Mental Health Scale, SPS = Sport Passion Scale.

Table 4 shows the comparison of mental health among coaches working in different levels. Significant differences with small effect sizes were found only in the SRS and SPS instruments. Coaches who work at the national level showed statistically lower values in the SRS - Sports Experience and SPS - Harmonious Passion.

Table 4. Comparison of mental health among coaches working in regional, national and international performance level.

	Instrument - Variable	Regional (n=23)	National (n=45)	International (n=27)	p-value	Effect size
Motivation (SMS)	SMS - Intrinsic Motivation	18.4 (2.9)	17.4 (3.0)	18.0 (3.2)	0.579	0.01
	SMS - Integrated Motivation	17.1 (3.2)	17.1 (3.6)	17.3 (2.8)	0.916	0.02
	SMS - Identified Motivation	16.2 (4.1)	16.1 (4.2)	15.8 (4.6)	0.904	0.02
	SMS - Introjected Motivation	14.2 (4.3)	14.2 (4.5)	14.4 (3.2)	0.962	0.02
	SMS - External Motivation	6.2 (4.4)	7.4 (4.4)	7.5 (4.0)	0.250	0.01
	SMS – Amotivation	5.5 (3.8)	5.3 (2.7)	5.9 (3.7)	0.775	0.01
Resilience (SRS)	SRS - Sport Experience	13.4 (1.2)	13.0 (1.4)	13.9 (1.2)	0.045	0.04
	SRS - Family Social Support	11.3 (1.8)	10.3 (2.8)	11.9 (2.7)	0.117	0.02
	SRS - Personal Resources and Competence	12.2 (2.0)	11,5 (2.1)	12.5 (1.9)	0.233	0.01
	SRS – Spirituality	10.2 (3.1)	9.7 (2.6)	9.1 (3.0)	0.313	0.00
	SRS - Sports Social Support	12.0 (1.7)	11.6 (1.7)	11.2 (2.4)	0.228	0.01
Depression	PHQ-9	6.8 (5.3)	6.2 (5.6)	6.7 (5.6)	0.842	0.02
Self esteem (RSS)	RSS - Negative	17.1 (2.2)	16.9 (2.7)	17.4 (2.5)	0.882	0.02
	RSS – Positive	7.3 (1.8)	7.9 (2.1)	6.7 (1.6)	0.108	0.02
	RSS – Total	24.4 (1.9)	24.9 (2.4)	24.1 (2.9)	0.671	0.01
Anxiety	GAD-7	6.9 (4.5)	6.0 (3.9)	5.9 (3.4)	0.879	0.02
Coping (CFQ)	CFQ - Problem-focused	2.9 (0.9)	2.6 (0.9)	2.7 (0.8)	0.307	0.00
	CFQ - Emotion-focused	2.5 (0.9)	2.5 (0.7)	2.6 (0.7)	0.765	0.01
	CFQ – Avoidance	1.7 (1.3)	1.4 (1.0)	1.8 (1.4)	0.527	0.01
Mental Health (MHC)	MHC - Emotional	14.9 (2.3)	14.8 (1.9)	14.5 (2.1)	0.379	0.00
	MHC – Social	20.3 (5.1)	17.8 (5.0)	18.1 (5.0)	0.158	0.02
	MHC - Psychological	30.5 (3.8)	28.5 (3.4)	29.3 (4.3)	0.176	0.01
Passion Sport (SPS)	SPS - Obssessive Passion	4.3 (1.1)	4.3 (0.9)	3.9 (1.4)	0.508	0.01
	SPS - Harmonious Passion	6.0 (0.7)	5.7 (0.8)	6.1 (0.8)	0.034	0.05
	SPS - Criteria for Assessing Passion	6.4 (0.8)	6.3 (0.6)	6.0 (0.9)	0.207	0.01

Legend: data shown as average (standard deviation). SMS = Sport Motivation Scale, SRS = Sport Resilience Scale, PHQ-9 = Patient Health Questionnaire-9, RSS = Rosenberg Self-Esteem Scale, GAD-7 = General Anxiety Disorder-7, CFQ = Stress Assessment and Coping Strategies Questionnaire, MHC = Positive Mental Health Scale, SPS = Sport Passion Scale.

Table 5 shows comparison of mental health among coaches with different experiences. Significant differences with a small effect size were found only in the PHQ-9 instrument and the MHC-Short Form. Although the values are considered very mild and mild, the PHQ-9 instrument showed higher values for coaches with less experience. The psychological domain from the MHC-Short Form was the only one that showed a statistically significant difference in relation to the three groups. Coaches with 11 to 20 years of experience are those with the lowest scores.

Table 5. Comparison of mental health among coaches with different experiences.

	Instrument - Variable	0 to 10 years (n=24)	11 to 20 years (n=36)	Over 20 years (n=34)	p-value	Effect size
Motivation (SMS)	SMS - Intrinsic Motivation	18.0 (3.2)	17.6 (3.5)	18.1 (2.4)	0.527	0.01
	SMS - Integrated Motivation	16.3 (4.2)	16.9 (3.2)	18.1 (2.3)	0.102	0.02
	SMS - Identified Motivation	15.6 (4.5)	15,5 (4.6)	17.0 (3.7)	0.22	0.01
	SMS - Introjected Motivation	13.4 (4.6)	14.2 (4.5)	15.1 (3.1)	0.628	0.01
	SMS - External Motivation	6.2 (4.3)	7.6 (4.7)	7.5 (3.9)	0.102	0.02
	SMS – Amotivation	5.4 (3.1)	5.6 (3.2)	5.3 (3.3)	0.596	0.01
Resilience (SRS)	SRS - Sport Experience	13.0 (1.1)	13.3 (1.5)	13.6 (1.3)	0.198	0.01
	SRS - Family Social Support	11.4 (2.0)	10.7 (2.9)	11.0 (2.8)	0.266	0.01
	SRS - Personal Resources and Competence	11.6 (2.1)	12.0 (1.9)	12.1 (2.3)	0.557	0.01
	SRS – Spirituality	9.8 (2.9)	10.2 (2.5)	8.9 (3.0)	0.151	0.02
	SRS - Sports Social Support	11.3 (2.5)	11.7 (1.6)	11.8 (1.7)	0.734	0.01
Depression	PHQ-9	5.8 (3.9)	8.3 (6.8)	4.5 (4.0)	0.016	0.06
Self esteem (RSS)	RSS - Negative	17.1 (2.4)	16.7 (2.5)	17.4 (2.6)	0.275	0.01
	RSS – Positive	7.4 (1.4)	7.9 (2.1)	7.1 (2.0)	0.101	0.03
	RSS – Total	24.5 (2.6)	24.6 (2.5)	24.6 (2.5)	0.587	0.01
Anxiety	GAD-7	6.9 (3.9)	6.6 (4.1)	5.2 (3.6)	0.246	0.01
Coping (CFQ)	CFQ - Problem-focused	2.8 (0.9)	2.8 (0.8)	2.5 (0.8)	0.93	0.03
	CFQ - Emotion-focused	2.6 (0.7)	2.6 (0.8)	2.5 (0.8)	0.913	0.02
	CFQ – Avoidance	1.4 (1.2)	1.5 (1.3)	1.7 (1.2)	0.394	0.00
Mental Health (MHC)	MHC - Emotional	14.7 (1.9)	14.5 (2.3)	15.1 (1.9)	0.279	0.01
	MHC – Social	18.4 (5.3)	17.9 (5.0)	19.3 (4.8)	0.262	0.01
	MHC – Psychological	30.0 (3.1)	27.6 (5.1)	30.1 (3.6)	0.025	0.05
Passion Sport (SPS)	SPS - Obssessive Passion	4.0 (1.2)	4.1 (1.1)	4.3 (1.1)	0.292	0.00
	SPS - Harmonious Passion	5.9 (0.7)	5.8 (0.9)	5.9 (0.7)	0.842	0.02
	SPS - Criteria for Assessing Passion	6.1 (0.7)	6.2 (0.9)	6.3 (0.6)	0.897	0.02

Legend: data shown as average (standard deviation). SMS = Sport Motivation Scale, SRS = Sport Resilience Scale, PHQ-9 = Patient Health Questionnaire-9, RSS = Rosenberg Self-Esteem Scale, GAD-7 = General Anxiety Disorder-7, CFQ = Stress Assessment and Coping Strategies Questionnaire, MHC = Positive Mental Health Scale, SPS = Sport Passion Scale.

DISCUSSION

The goal of our study was to analyze the influence of gender, sport, experience and competitive level on the mental health of elite coaches. Our main findings were: i) female coaches showed higher depression and anxiety symptoms compared to male coaches; ii) male coaches showed higher values of motivation, resilience, mental health and obsessive passion than female coaches; v) coaches working in individual sports showed more depressive

symptoms compared to those working in team sports; vi) coaches working in team sports showed more passion for their sports compared to coaches working in individual sports; vii) depression showed higher values for coaches with less experience.

In our study, most of the elite coaches were men (80%), reflecting the prevalence of male coaches in the sports system and previous investigations (Åkesdotter et al., 2022; Bentzen et al., 2020; Kegelaers et al., 2021; Kim et al., 2020; Pilkington et al., 2022). Being underrepresented in this arena, elite Brazilian female coaches showed higher depression symptoms, corroborating previous results (Åkesdotter et al., 2022; Kegelaers et al., 2021; Kim et al., 2020). Kim et al. (2020) showed that female coaches have higher depression rates, even if they are moderate. In their study, female coaches reported an average of 14 more daily hassles than male coaches, which generate stress and, consequently, increase depression symptoms. Among the main annoyances cited by the female coaches, one can cite: a) worrying thoughts about the future; b) many responsibilities to be fulfilled; c) having concerns about high standards to be achieved; d) having many things to do and not having time for family; e) not being able to sleep enough; f) not having enough energy in association with problems with the health of their relatives.

Our study also showed higher values of motivation and resilience for male coaches. Based on previous findings, this difference can be explained by the fact that female coaches face greater challenges than male coaches, such as work-life balance, lack of trust from organizations about their work, lack of job security and limited professional networking opportunities to a greater extent than male coaches (Kenttä et al., 2020). Female coaches try to adjust to the male sporting world, to be accepted and to fit into the macho sporting culture. For them, acting in accordance with the strategies they develop to deal with the stress of being a woman in this profession is more complex, and the consequences of this are maladaptive coping strategies that result in work overload (Kenttä et al., 2020).

Regarding the general mental health values shown in the MHC-Short Form, male coaches showed statistically significant higher values in the social and psychological assessment. Social and psychological issues can be more impactful for female coaches, because, when working at this level of sport, some factors are impactful for them, such as: a) lack of female role models; b) the inequality between genders; c) men choose men as work partners; d) prejudice against female coaches; e) culture dominated by a greater number of men; f) culture with specific macho vocabulary; g) culture that encourages not to show vulnerability if you are not well; h) lack of self-confidence and competence compared to men; i) environment characterized by sexist and inappropriate language that makes female coaches uncomfortable; j) work-home

interference is high for them due to demands, such as travel, time and high workload (Kenttä et al., 2020).

Regarding the SPS, male coaches showed higher values in the domain Obsessive Passion than female coaches. Obsessive passion is related to high levels of internalization with the activity he/she is Doing, which, in the case of our study, is sport. This high identity with the activity is caused by pressure from the person himself/herself to be better at what he/she does, to be recognized and to achieve outstanding results. These factors lead to a high identification with the activity, often not being able to find another identity, or another way of living, outside of that activity (Vallerand et al., 2003; Vallerand, Verner-Filion, 2013).

The comparison between individual and team sports showed that, despite the values being considered very mild and mild, coaches working in individual sports showed more depressive symptoms. This association between the mental health and the type of sport in needs to be better studied. The study by Kegelaers et al. (2021) investigated this association, finding a statistically significant difference in adverse alcohol use between team and individual sports, but did not indicate which of them had higher levels. Pilkington et al. (2022) did not find significant differences in relation to individual and team sports for variables related to mental health symptoms, such as distress, risky alcohol consumption and sleep disturbance. Our study also identified that coaches working in team sports showed more passion for their sports compared to coaches working in individual sports.

The comparison among the experience as a coach showed that, despite the values being considered very mild and mild, depression showed higher values for coaches with less experience, which in our study were coaches classified in the category up to 10 years of experience (Table 5). Coaches with 11 to 20 years of experience are those with the lowest scores for depressive symptoms. This result corroborates the study by Carson et al. (2019) showing higher levels of welfare in older coaches, as well as higher levels of control over their professional lives. Nevertheless, this study introduced results jointly among coaches from different performance levels, from the community to the elite level, which differs from our results.

This study has a number of strengths and limitations that should be mentioned. Firstly, this is the first study about the mental health of elite coaches in Brazilian context, providing an overview for sporting organizations committed to the mental health of professionals working with sports. Secondly, this is the first study about the mental health of elite coaches that analyzes instruments for screening symptoms related to common mental disorders, such as depression and anxiety, besides analyzing instruments for protective factors, such as motivation, resilience,

coping strategies and self-esteem. Thirdly, this study had a reasonable number of participants, especially due to the recognized difficulty in terms of accessing elite sports coaches.

With respect to limitations, there was an underrepresentation of participating female coaches, which also reflects the gender inequality in this position. In addition, this study was based on results obtained from self-report measurements. Despite illustrating good reliability for all measures in the employed scales, there is the possibility that social desirability may have influenced the way they answered the questions. Future studies aiming at investigating the mental health of sports coaches may seek alternative ways of obtaining diagnostic data about mental health, as well as conducting qualitative and longitudinal studies. No time limit was imposed on the participants to complete their surveys as the questionnaire was online. This means that the participants could have taken several days to complete the survey, during which time they may have accessed sources of information about mental health. Future studies can be carried out in person, recognizing the difficulty in terms of accessing this sample. Finally, the instruments used for data collection are the same as those used for the general population or for athletes, which shows the need to develop valid instruments for the target population of this study.

CONCLUSION

Our study with elite coaches in Brazilian sports showed that female coaches had a higher number of disorder symptoms, such as anxiety and depression, compared to male coaches, although their values are considered mild. In addition, the female coaches showed lower motivation and resilience values. Accordingly, it should be reinforced the importance of studying gender issues and their relationship with the mental health of this population. The results show small differences in terms of coaches' mental health in team and individual sports indicating the need for more studies in this area. Few differences were found among coaches depending on their competitive level and experience. Finally, our study was important to highlight the importance of collecting data about mental health using instruments that assess the protective factors for mental health, as well as those for screening disorder symptoms, besides pointing out the need for more studies in other social and economic contexts.

BIBLIOGRAPHIC REFERENCES

Åkesdotter, C., Kenttä, G., Eloranta, S., Håkansson, A., Franck, J. (2022). Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders among treatment-seeking elite athletes and high-performance coaches. *BMJ Open Sport & Exercise Medicine,* 8, e001264. DOI: 10.1136/bmjsem-2021-001264.

Barreira, J., Amaro, A. S., Borges, K., Luque, L. L., Fernandes, P. T. (2022). Internal consistency of the Sport Motivation Scale-II Questionnaire in the Brazilian context: potentialities and limitations. *Motriz, 28,* e10220010721. DOI: 10.1590/S1980-657420220010721.

Bentzen, M., Kenttä, G., Richter, A., Lemyre, P. N. (2020). Impact of Job Insecurity on Psychological Well- and Ill-Being among High Performance Coaches. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(19), 6939. DOI: 10.3390/ijerph17196939.

Bicalho, C. C. F., Melo, G. F., Noce, F. (2022) Evidence of Validity and Perspectives for Resilience Scales in Sport. *Behavioral Sciences, 38,* e38214. DOI: 10.1590/0102.3772e38214.en.

Carson, F., Malakellis, M., Walsh, J., Main, L. C., Kremer, P. (2019). Examining the Mental Well-Being of Australian Sport Coaches. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(23), 4601. DOI: 10.3390/ijerph16234601.

Colagrai, A. C., Barreira, J., Nascimento, F. T., Fernandes, P. T. (2022). The paradox of mental health versus mental disease in elite athletes: a scoping review. *Motriz, 28, e10220001722*. DOI: 10.1590/S1980-6574202200001722.

Didymus, F. F. (2017). Olympic and international level sports coaches' experiences of stressors, appraisals, and coping. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, *9*(2), 214–232. Doi:10.1080/2159676X.2016.1261364

Gorczynski, P., Gibson, K., Clarke, N., Mensah, T., Summers, R. (2020). Examining mental health literacy, help-seeking behaviours, distress, and wellbeing in UK coaches. *European Physical Education Review*, *26*(3), 713–726. DOI: 10.1177/1356336X19887772.

Hutz, C. (2000). *Adaptação brasileira da Escala de Autoestima de Rosenberg*. Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Mimeo.

Iasiello, M.; van Agteren, J., Muir-Cochrane, E. (2020) Mental Health and/or Mental Illness: A Scoping Review of the Evidence and Implications of the Dual-Continua Model of Mental Health. *Evidence Base, 1,* 45. DOI: 10.21307/eb-2020-001.

Kegelaers, J., Wylleman, P., van Bree, I. (Belle) N. A., Wessels, F., Oudejans, R. R. (2021). Mental Health in Elite-Level Coaches: Prevalence Rates and Associated Impact of Coach Stressors and Psychological Resilience. *International Sport Coaching Journal*, *8*(3), 338-347. DOI: 10.1123/iscj.2020-0066.

Kenttä, G., Bentzen, M., Dieffenbach, K., Olusoga, P. (2020). Challenges Experienced by Women High-Performance Coaches: Sustainability in the Profession, *International Sport Coaching Journal*, *7*(2), 200-208. DOI: 10.1123/iscj.2019-0029.

Keyes, C. L. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, *43*(2), 207-22. DOI: 10.2307/3090197.

Kim, S. S. Y., Hamiliton, B.; Beable, S.; Cavadino, A., Fulcher, M. L. (2020). Elite coaches have a similar prevalence of depressive symptoms to the general population and lower rates than elite athletes. *BMJ Open Sport & Exercise Medicine,6,* e000719. DOI: 10.1136/bmjsem-2019-000719.

Kowalski, K. C., Crocker, P. R. E. (2001). Development and validation of the Coping Function Questionnaire for adolescents in sport. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 23*(2), 136–155. Doi:10.1123/jsep.23.2.136.

Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. (2001) The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine, 16*(9), 606-613. DOI: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.

Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Monahan, P. O., Löwe, B. (2007) Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine, 146*(5), 317-325. DOI: 10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004.

Küttel, A., Larsen, C. H. (2020). Risk and protective factors for mental health in elite athletes: a scoping review. *International Review of Sport and Exercise Psychology, 13,* 231–265. DOI: 10.1080/1750984x.2019.1689574.

Machado, W. L., Bandeira, D. R. (2015) Positive Mental Health Scale: Validation of the Mental Health Continuum - Short Form. *Psico-USF, 20*(2),1-16. DOI: 10.1590/1413-82712015200207.

McNeill, K., Durand-Bush, N., Lemyre, P. (2018). Thriving, Depleted, and At-Risk Canadian Coaches: Profiles of Psychological Functioning Linked to Self-Regulation and Stress, *International Sport Coaching Journal, 5*(2), 145-155. DOI: 10.1123/iscj.2017-0042

Nascimento Junior, J. R. A., Vissoci, J. R. N., Balbim, G. M., Moreira, C. R., Pelletier, L., Vieira, L. F. (2014) Adaptação transcultural e análise das propriedades psicométricas da sport motivation scale-II no contexto brasileiro. *Revista da Educação Física/UEM,* 25(3), 441–458. DOI: 10.4025/reveducfis.v25i3.24855.

Norris, L. A., Didymus, F. F., Kaiseler, M. (2017). Stressors, coping, and well-being among sports coaches: A systematic review. *Psychology of Sport and Exercise, 33,* 93- 112. DOI: 10.1016/j.psychsport.2017.08.005.

Olusoga, P., Bentzen, M., Kenttä, G. (2019). Coach Burnout: A Scoping Review. International *Sport Coaching Journal, 6,* 42-62. DOI: 10.1123/iscj.2017-0094.

Osório, F. l., Mendes, A. V., Crippa, J. A., Loureiro, S. R. (2009) Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of Brazilian women in the context of primary health care. *Perspectives in Psychiatric Care, 45*(3), 216-227. DOI: 10.1111/j.1744-6163.2009.00224.x.

Pelletier, L., Rocchi, M., Vallerand, R., Deci, E., Ryan, R. (2013) Validation of the revised sport motivation scale (SMS-II), *Psychology of Sport and Exercise, 14,* 329–341. DOI: 10.1016/j.psychsport.2012.12.002

Pilkington, V., Rice, S. M., Walton, C. C., Gwyther, K., Olive, L., Butterworth, M., Purcell, R. (2022). Prevalence and Correlates of Mental Health Symptoms and Well-Being Among Elite Sport Coaches and High-Performance Support Staff. *Sports Medicine-Open, 8*(1), 89. DOI: 10.1186/s40798-022-00479-y.

Prates, M. E. F. (2015) A paixão pela atividade docente de professores universitários de Educação Física. [Tese de Doutorado em Educação Física]. Maringá: Universidade Estadual de Maringá.

Rosenberg, M. (1965) *Society and the adolescent self-image.* Princeton: Princeton University Press.

Schinke, R. J., Stambulova, N., Si, G., Moore, Z. (2017) International society of sport psychology position stand: Athletes' mental health, performance, and development. *International Journal of Sport and Exercise Psychology, 16*(6), 622–639. DOI: 10.1080/1612197X.2017.1295557.

Smith, A., Haycock, D., Jones, J., Greenough, K., Wilcock, R., Braid, I. (2020). Exploring Mental Health and Illness in the UK Sports Coaching Workforce. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(24), 9332. DOI: 10.3390/ijerph17249332.

Spitzer, R., Williams, J., Kroenke, K., Linzer, M., de Gruy, F., Hahn, S. Brody, D., Johnson, J. (1994) Utility of a New Procedure for Diagnosing Mental Disorders in Primary CareThe PRIME-MD 1000 Study. *JAMA, 272*(22), 1749- 1756. DOI: 10.1001/jama.1994.03520220043029.

Spitzer, R. L, Kroenke, K., Williams, J. B. (1999) Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *JAMA. 282*(18), 1737-44. DOI: 10.1001/jama.282.18.1737.

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., Löwe, B. (2006) A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives Internnal Medicine, 166*(10):1092-1097. DOI: 10.1001/archinte.166.10.1092.

Stebbings, J., Taylor, I. M., Spray, C. M., Ntoumanis, N. (2012). Antecedents of perceived coach interpersonal behaviors: the coaching environment and coach psychological well- and ill-being. *Journal of Sport and Exercise Psychology, 34*(4), 481-502. DOI: 10.1123/jsep.34.4.481.

Tomczak, M., Tomczak, E. (2014). The need to report effect size estimates revisited. An overview of some recommended measures of effect size. *Trends in Sports Science, 1*(21), 19-25. ISSN: 2299-9590.

Vallerand, R., Verner-Filion, J. (2013) Making People's Life Most Worth Living: On the Importance of Passion for Positive Psychology. *Terapia Psicologica, 31*(1), 35-48. DOI: 10.4067/S0718-48082013000100004.

Vallerand, R. J., Blanchard, C., Mageau, G. A., Koestner, R., Ratelle, C., Léonard, M., Marsolais, J. (2003). Les passions de l'aîme: On obsessive and harmonious passion. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*(4), 756- 767. Doi:10.1037/0022-3514.85.4.756.

Weinberg, R. S., Gould, D. (2019). Foundations of Sport and Exercise Psychology. 7th Edition. Champaign, IL: Human Kinetics.

CAPÍTULO 8

O ESPORTE DE ELITE IMPACTA DA MESMA MANEIRA A SAÚDE MENTAL DE TREINADORES E ATLETAS?

Alexandre Conttato Colagrai

Júlia Barreira

Paula Teixeira Fernandes

A ser submetido na Revista Portuguesa de Ciências do Desporto

RESUMO

A saúde mental têm sido foco de estudos recentes no esporte de alto rendimento. Tanto atleta e treinadores vivem sob constante pressão e cobrança por resultados de desempenho, o que aumenta a carga negativa e os fatores desencadeadores de transtornos mentais nos mesmos. Assim, este estudo teve o objetivo de avaliar a saúde mental de atletas e treinadores, com foco nos aspectos protetores da saúde mental, assim como no rastreio de sintomas de possíveis transtornos, e realizar uma comparação entre treinadores e atletas. Participaram deste estudo 148 atletas brasileiros de elite de modalidades coletivas e individuais (sendo 61% do sexo masculino e 68% de modalidade coletiva), e 106 treinadores brasileiros de ambos os sexos (sendo 89% do sexo masculino e 77% de modalidade coletiva), e mais de 68% de ambos com experiências de nível nacional e internacional. Foram utilziados instruentos para relacionados à saúde (fatores protetivos) como: motivação, resiliência, autoestima, estratégias de coping, saúde mental, e paixão no esporte; e à doença (rastreio de sintomas de transtorno mental) como questões de abuso sexual, suicídio, depressão, ansiedade, uso de álcool e problemas com sono. Realizamos comparações entre função (atleta ou treinador), gênero (homens e mulheres) e a interação entre função e gênero. Os resultados mostraram dados interessantes: os treinadores procuraram mais ajuda de profissionais de saúde mental em comparação com atletas. Notamos que quase todas as variáveis estudadas são influenciadas pelo gênero e/ou função do participante (atleta ou treinador). As mulheres (treinadoras e atletas) apresentam mais sintomas de transtornos mentais e menores valores nos aspectos protetivos da saúde mental. As treinadoras mulheres são aquelas que mais se diferenciam dos demais grupos investigados, mesmo quando são comparadas com as atletas muljeres. As treinadoras apresentam menores valores para motivação, estratégias de coping, saúde mental. As mulheres (atletas e treinadoras) apresentam menor resiliência que os homens e maiores taxas de ansiedade e depressão. Assim, conhecer um pouco deste mundo auxilia as pessoas envolvidas na identificação e no manejo eficaz dos aspectos protetores da saúde mental voltados para o esporte.

Palavras-chave: Psicologia do Esporte; Alto rendimento; Transtorno Mental; Resiliência; Gênero.

INTRODUÇÃO

No esporte de elite, a saúde mental do atleta têm sido foco de estudos (Ayala et al., 2022; Chang et al., 2020; Gouttebarge et al., 2019, 2021; Oltmans et al., 2022; Ojio et al., 2021; Purcell et al., 2022; Reardon et al., 2019; Rice et al., 2016, 2019). No entanto, apesar de trabalhar no mesmo ambiente de alta pressão e performance que seus atletas, o treinador de elite não atrai a mesma atenção nos estudos sobre saúde mental (Åkesdotter et al., 2022; Bentzen, Kenttä, Richter e Lemyre, 2020; Carson et al., 2019; Gorczynski et al., 2020; Kegelaers et al., 2021; Kim et al., 2020; Pilkington et al., 2022; Smith et al., 2020). Esse fato instiga interessantes reflexões, no sentido de pensarmos no treinador como responsável pelo desempenho, saúde e bem-estar do atleta, além de ser um dos principais responsáveis na gestão do ambiente de trabalho esportivo, devendo por isso, manter altos níveis de bem-estar e funcionamento mental (Carson et al., 2019).

O treinamento esportivo apresenta estressores devido ao foco em resultado e desempenho, e isso ocorre devido a diversos fatores, assim como no atleta: lesão, *overtraining*, *burnout*, vida fora de casa, ausência de rede social de apoio íntima e afetiva, restrições alimentares, uso de substâncias para melhorar o desempenho (Gorczynski, Coyle, Gibson, 2017; Gouttebarge et al., 2019; Gulliver et al., 2015; Oltmans et al., 2022; Ojio et al., 2021; Reardon et al., 2019; Rice et al., 2016, 2019; Schinke et al., 2017; Wolanim, Gross, Hong, 2015;).

Em relação aos treinadores, os fatores de estresse podem acontecer por causas diversas, a saber: a) organizacional (sobrecarga, liderança, finanças, administração esportiva, ambiente/cultura esportiva, fatores de equipe, organização do trabalho, trabalhar em horários estendidos, impacto em relação ao equilíbrio dos papéis com a família); b) contextual (cronograma, segurança no trabalho); c) desempenho (lesão de atleta, desempenho do atleta, capacidade de treinamento do atleta, atitude e comprometimento do atleta, desempenho próprio como treinadores); d) interpessoal (relação com atletas, expectativa dos outros); e) intrapessoais (falta de controle do ambiente) (Kegelaers et al., 2021; Norris, Didymus, Kaiseleret, 2017; Pilkington et al., 2022). Mesmo com alguns estressores semelhantes aos experimentados pelos atletas de elite, existe algo a mais, pois para o treinador os estressores não estão relacionados apenas ao desempenho do treinador, mas também ao de seus atletas (Norris, Didymus, Kaiseleret, 2017).

Na cultura esportiva voltada apenas aos resultados, é importante haver investimentos de tempo e recursos na busca pela vantagem competitiva (Fletcher, Scott, 2010; Kegelaers et al., 2021). Fatores de estresse específicos do esporte - quando somados aos fatores de risco pré-existentes, como genética, transtornos de personalidade, uso de drogas e álcool, abuso sexual

na infância e outros - podem atuar como catalisadores para o prejuízo da saúde mental e a consequente manifestação de transtornos mentais (Reardon et al., 2019; Rice et al., 2016, 2019).

Dessa forma, este estudo teve o objetivo de avaliar a saúde mental de atletas e treinadores de alto rendimento, com foco nos aspectos protetores da saúde mental, assim como no rastreio de sintomas de possíveis transtornos, e realizar uma comparação entre treinadores e atletas. Para a definição de esporte de alto rendimento nos baseamos em definições do Comitê Olímpico Internacional (COI) e Swann, Moran e Piggott (2015) para: "nível elite", que participam de competições de federações, abaixo das competições de alto padrão como os torneios nacionais; "elite competitiva", que participam de competições de alto nível; "elite bem-sucedidos" e "elite de classe mundial", que participam constantemente de competições internacionais como Olimpíadas e Mundiais.

Com base em revisões de literatura analisadas (Reardon et al., 2019; Rice et al. 2016, 2019; Frost et al, 2023), observamos lacuna científica em estudos que enfatizam a saúde mental de treinadores e de atletas. Interessante, pois o treinador é fundamental no contexto esportivo por inúmeras razões: cria o ambiente de treinamentos, seu comportamento influencia diretamente o desenvolvimento do atleta e, consequentemente a qualidade da sua saúde mental, entre tantos outros motivos.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa transversal e experimental. O método utilizado foi quantitativo, por meio da aplicação de questionário *online* enviado a treinadores e atletas de elite do esporte brasileiro com o objetivo de avaliar a influência de diferentes aspectos na saúde mental desta amostra.

Participantes - treinadores

Participaram deste estudo 106 treinadores brasileiros com carga horária semanal de treinamento de pelo menos 20 horas e idade superior a 18 anos. Como critérios de inclusão, o participante deveria estar atuando como treinador em competições regionais, nacionais e/ou internacionais no momento da pesquisa, além de atuar com atletas com idade superior a 18 anos.

Participantes - atletas

Participaram 148 atletas brasileiros de elite de modalidades coletivas e individuais e carga horária de treinamento semanal de no mínimo 20 horas, com idade maior que 18 anos, em atuação como atleta no momento da pesquisa em uma equipe, clube ou na seleção brasileira de

sua modalidade, participando de competições estaduais, nacionais e ou internacionais, vinculados a federações e confederações de seu esporte.

Instrumentos

Foi elaborado um questionário com dados demográficos referente a sexo, modalidade, função, tempo com atleta ou treinador, nível competitivo, convocação para a seleção de sua modalidade, busca por apoio para a saúde mental. Os dados relacionados à saúde (fatores protetivos) e à doença (rastreio de sintomas de transtorno mental) foram coletados através de questões e instrumentos validados nessas áreas. Esses instrumentos foram intercalados entre instrumentos de fatores protetivos da saúde mental seguidos por outros de rastreio de sintomas de transtorno, detalhados a seguir:

- **Questões sobre abuso sexual:** Já foi abusado sexualmente? O abuso ocorreu no contexto esportivo?
- **Questões sobre suicídio:** Já pensou em cometer suicídio? Já fez plano para cometer suicídio? Já tentou o suicídio?
- **Questões sobre uso de álcool e outras drogas baseadas no *Alcohol Use Disorders Identification Test*** (AUDIT-C) elaborado por Babor et al (1989), e validado para o contexto brasileiro por Mendes (1999)**:** foram utilizadas algumas questões deste questionário sobre ingestão de bebidas alcóolicas:
    - Com que frequência você consome bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, cachaça, etc)?
    - Sobre o uso de cigarros: Indique se já fez uso e se ainda usa atualmente;
    - Sobre o uso de maconha: Indique se já fez uso e se ainda usa atualmente;
    - Sobre o uso de cocaína: Indique se já fez uso e se ainda usa atualmente;
    - Sobre o uso de solvente: Indique se já fez uso e se ainda usa atualmente;
    - Sobre o uso de LSD ou ecstasy: Indique se já fez uso e se ainda usa atualmente;
- **Questões sobre distúrbios do sono baseado no PROMIS** elaborado por Hays et al. (2009) e adaptado para o contexto brasileiro por Zumpano et al. (2017) e para este estudo, foram utilizadas as seguintes questões:
    - Quão satisfeito você está com a qualidade do seu sono?
    - Quão insatisfeito você está com a qualidade do seu sono?
    - Com que frequência você toma remédios para dormir (prescritos ou sem prescrição médica)?

- **Escala de Resiliência no Esporte** (ER-Esp), desenvolvida por Bicalho, Melo e Noce (2022). É constituída por 15 itens alocados em cinco fatores: 1. Experiências Esportivas (itens 7,10,13); 2. Apoio Social Familiar (itens 4,6,15); 3. Recursos Pessoais e Competência (itens 1,9,11); 4. Espiritualidade (itens 2,45,12); 5. Apoio Social Esportivo (itens 3,8,14). O escore geral da escala é calculado pela média dos itens de cada fator, tendo valores específicos para cada um destes.
- ***Patient Health Questionnaire*** (PHQ-9), validado por Spitizer, Kroenke e Williams (1999) e por Kroenke, Spitizer e Williams (2001). Sua tradução para a língua portuguesa foi realizada por *Pfizer* (*Copyright* © 2005 Pfizer Inc., New York, NY) e por Osório, Mendes, Crippa e Loureiro (2009). O instrumento é constituído por 9 perguntas, respondidas em escala *likert* de 4 pontos, que avaliam os sintomas depressivos, descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV), a saber: humor deprimido, anedonia, problemas com o sono, cansaço ou falta de energia, mudança no apetite ou peso, sentimento de culpa ou inutilidade, problemas de concentração, lentidão ou inquietação e pensamentos suicidas. Além destas perguntas, existe uma décima questão que avalia a interferência desses sintomas nas atividades do dia-a-dia da pessoa. O escore final varia de 0 a 27, sendo que a pontuação mais alta corresponde a sintomas depressivos graves.
- **Escala de Autoestima de Rosenberg** (EAR), elaborada por Rosenberg (1965) e adaptado para o Brasil por Hutz (2000): contém 10 itens, com respostas no estilo *likert* de 4 pontos, sendo que 5 itens são relacionados à visão positiva que a pessoa tem de sim mesmo (itens 1, 3, 4, 7 e 10) e 5 relacionados à visão negativa da pessoa sobre si mesma (itens 2, 5, 6, 8 e 9). O escore total varia entre 10 e 40 pontos, sendo que quanto mais alto, mais satisfatória é a autoestima.
- ***General Anxiety Disorder-7*** (GAD-7), validado por Kroenke, Spitizer, Williams, Monahan e Lowe (2007) e traduzido para o português pela *Pfizer* (*Copyright* © 2005 Pfizer Inc., New York, NY): é um instrumento breve para avaliação e monitoramento da ansiedade, composto por sete itens, respondidos em uma escala *likert* de quatro pontos. O escore geral varia de 0 a 21, sendo que acima de 15 pontos, os sintomas são considerados severos para a ansiedade generalizada.
- **Escala de Motivação no Esporte** (*Sport Motivation Scale*, SMS), adaptada para o contexto brasileiro por Nascimento Junior et al. (2014). Possui 18 itens distribuídos em seis subescalas e respondidos em escala *likert* de 7 itens: regulação intrínseca (itens

3,9,17), regulação integrada (itens 4,11,14), regulação identificada (itens 6,12,18), regulação introjetada (itens 1,7,16), regulação externa (itens 5,8,15) e desmotivação (2,10,13). O escore máximo de cada subescala é de 21 pontos e o escore geral máximo é de 126 pontos, calculados pelo somatório dos itens: valores mais altos indicam maior regulação intrínseca e por isso, maior satisfação das necessidades psicológicas básicas.

- **Questionário de Avaliação de Estresse e Estratégias de Enfrentamento** (*Coping Function Questionnaire*, CFQ), elaborado por Kowalski, Crocker, (2001) e validado para o contexto brasileiro por Pereira (2019): contém 18 itens, divididos em 3 dimensões: *coping* focado no problema (*problem-focused*); *coping* focado nas emoções (*emotion-focused*); *coping* focado na evitação (*avoidance*). Para responder ao CFQ, o atleta deve indicar o quanto utilizou as estratégias de *coping*, variando de "nenhum" a "muito". O escore do instrumento é calculado pela média das respostas dos itens em cada dimensão.
- **Saúde Mental Positiva** (*Mental Health Continuum-Short Form*, MHC-SF), validada para o contexto brasileiro por Machado e Bandeira (2015). Avalia o bem-estar emocional, psicológico e social, por meio de 14 itens. Para ser diagnosticado com saúde mental florescente, os indivíduos devem experimentar quase todos os dias pelo menos um dos três sinais de bem-estar hedônico e pelo menos seis dos onze sinais de funcionamento positivo durante o mês anterior. Os indivíduos que apresentam níveis baixos (nunca ou uma ou duas vezes durante o mês anterior) em pelo menos uma medida de bem-estar hedônico e níveis baixos em pelo menos seis medidas de funcionamento positivo, são diagnosticados com saúde mental definhando. Indivíduos que não estão florescendo nem definhando são diagnosticados com saúde mental moderada.
- **Escala de Paixão para o Esporte** (EPE), desenvolvida por Vallerand et al. (2003) e adaptada para o contexto brasileiro por Prates (2015). Avalia a paixão pela prática do esporte de um indivíduo, por meio de 17 afirmações, respondidas em escala *likert* de 7 pontos, divididas em três subescalas: paixão obsessiva (itens 2, 4, 7, 9, 11, 12); paixão harmoniosa (itens 1, 3, 5, 6, 8, 10) e critérios da paixão na atividade (itens 13 a 17). O escore geral é feito em cada subescala, calculado pela média dos itens, com valor máximo de 7 pontos).

Procedimentos

Para coletar dados para esta pesquisa, estabelecemos contato inicial com confederações, federações, equipes, clubes, gestores esportivos para informar formalmente sobre a realização

de uma pesquisa sobre saúde mental de atletas e treinadores no esporte brasileiro de alto. O questionário foi disponibilizado online para treinadores e atletas de elite, sendo enviado por e-mail ou por meio de mensagens privadas em redes sociais (WhatsApp, Facebook, Instagram, Twitter). Utilizamos o método de bola de neve para ampliar o número de participantes, solicitando que as pessoas repassassem o questionário para outros participantes que atendessem aos critérios de inclusão. Salientamos que o questionário não fosse respondido em dias de competição para evitar interferência do estresse competitivo. Antes de responderem às questões, os participantes foram informados de que a pesquisa fazia parte de um estudo acadêmico abrangente, exploratório, e que deveriam preencher o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Análise dos Dados

A estatística descritiva foi utilizada para explorar e caracterizar o banco de dados coletado. Os dados qualitativos são apresentados como frequências relativas e absolutas, enquanto os dados quantitativos são apresentados como média e desvio padrão. Para comparar as características qualitativas entre atletas e treinadores, utilizamos o teste do Qui-Quadrado. Para comparar as respostas de atletas e treinadores, em função dos gêneros, nos instrumentos de rastreio de sintomas e de fatores protetivos, utilizamos o teste da ANOVA Two-Way. Todas as análises estatísticas foram realizadas utilizando o software SPSS. O nível de significância foi fixado em $p<0,05$.

RESULTADOS

Os participantes do estudo estão caracterizados na Tabela 1, sendo a maioria do sexo masculino, tanto para atletas como para treinadores. Com relação às modalidades, as coletivas tiveram mais participantes. Com relação ao tempo de experiência no esporte de elite, para atletas a maioria tem até 10 anos de experiência, e treinadores, entre 11 a 20 anos. O nível predominante em ambos os participantes foi o nacional.

Tabela 1. Caracterização dos treinadores e treinadoras participantes do estudo.

Variável	Características	Atletas		Treinadores	
		N	%	N	%
Sexo	Feminino	58	39%	12	11%
	Masculino	90	61%	94	89%
Modalidade	Coletiva	100	68%	72	77%
	Individual	48	32%	21	23%
Tempo como atleta ou treinador	0 a 10 anos	68	46%	27	26%
	11 a 20 anos	62	42%	54	53%
	Acima de 20 anos	18	12%	21	21%
Nível competitivo	Estadual	47	32%	30	28%
	Nacional	62	42%	48	45%
	Internacional	39	26%	28	26%
Atletas convocados	Não	99	67%	38	36%
	Sim	49	33%	68	64%

Legenda: N representa a frequência absoluta e % a frequência relativa.

A Tabela 2 apresenta dados sobre o comportamento de atletas e treinadores com relação à busca de ajuda de profissionais da área de saúde mental. Os treinadores procuraram mais auxílio profissional na área da Psicologia e ambos apresentaram valores baixos para o profissional da Psiquiatria.

Tabela 2. Busca de ajuda de profissionais da área de saúde mental.

Experiência	Atletas		Treinadores		X^2	p-valor
	Sim N (%)	Não N (%)	Sim N (%)	Não N (%)		
Psicólogo	64 (43%)	84 (57%)	56 (53%)	50 (47%)	2,278	0,131
Psiquiatra	11 (7%)	137 (93%)	16 (15%)	90 (85%)	3,817	0,050
Diagnóstico de transtorno	34 (23%)	114 (77%)	28 (26%)	78 (74%)	0,396	0,528

Legenda: N representa a frequência absoluta e % a frequência relativa

A Tabela 3 apresenta valores com relação ao uso de álcool e outras drogas entre atletas e treinadores. Os treinadores consomem bebidas alcoólicas em maior quantidade diária e mais vezes por semana em comparação com atletas. Com relação a outras drogas - maconha, cocaína, solvente e LSD - os valores entre os participantes foram estatisticamente semelhantes, apresentando baixas taxas de uso.

Tabela 3. Uso de Álcool e outras drogas.

		Atletas		Treinadores		
Droga	**Frequência**	**N**	**%**	**N**	**%**	**Qui-Quadrado**
Álcool	1 vez por mês	46	31%	32	30%	x^2=26,88 p<0,001
	2 a 4 vezes por mês	35	24%	32	30%	
	2 a 3 vezes por semana	3	2%	15	14%	
	4 ou + vezes por semana	1	1%	5	5%	
	Nunca	63	43%	22	21%	
Cigarro	Nunca usei	130	88%	96	90%	x^2=0,483 p=0,785
	Fiz uso, mas parei	13	9%	7	7%	
	Uso atualmente	5	3%	3	3%	
Maconha	Nunca usei	118	80%	96	86%	x^2=2,235 p=0,327
	Fiz uso, mas parei	22	15%	12	12%	
	Uso atualmente	8	5%	3	3%	
Cocaína	Nunca usei	143	97%	103	97%	x^2=1,897 p=0,387
	Fiz uso, mas parei	5	3%	2	2%	
	Uso atualmente	0	0%	1	1%	
Solvente	Nunca usei	145	98%	104	98%	x^2=1,857 p=0,395
	Fiz uso, mas parei	3	2%	1	1%	
	Uso atualmente	0	0%	1	1%	
LSD	Nunca usei	139	94%	98	93%	x^2=1,437 p=0,487
	Fiz uso, mas parei	9	6%	7	7%	

Nota: N representa a frequência absoluta e % a frequência relativa

A Tabela 4 apresenta valores dos instrumentos em função do gênero e ocupação no esporte (atleta ou treinador). Também apresenta valores estatisticamente significativos em relação a três categorias que são: função (comparando atletas e treinadores); gênero (comparando mulheres e homens); interação (comparando a interação das categorias função e gênero). Com relação à categoria Gênero, o p-valor menor que 0,05 mostra diferença significativa entre ser homem ou mulher no esporte, independentemente de ser treinador ou atleta. Com relação à categoria Função, domínios com o p-valor menor que 0,05 mostram diferenças entre sintomas de transtornos mentais e fatores protetivos da saúde mental nos Dois perfis (atleta e treinador). Na categoria Interação, o p-valor menor que 0,05 apresenta resposta para o fato de gênero e função influenciarem simultaneamente o nível de saúde mental do participante.

Com relação à SMS, no domínio Regulação Intrínseca, as treinadoras mulheres apresentaram valores significativos na interação entre função e gênero, com p-valor Interação de 0,031 (valor de 15,6 DP=4,5), sendo valores menores com relação aos treinadores homens e atletas masculinos e femininos. No domínio Regulação Integrada, as treinadoras apresentaram valores significativos nas três comparações realizadas, sendo para a função treinador ou atleta (p-valor Função 0,002), para gênero (p-valor Gênero <0,001) e para interação entre gênero e

função com p-valor Interação <0,001 (valor de 12,7 DP= 4,4). No domínio Regulação Introjetada, as treinadoras também apresentaram valores menores (10,7 DP=5,3) e correlação nas três categorias de comparação, sendo função (treinador x atleta) (p-valor função 0,022), gênero (p-valor gênero <0,001), e interação entre gênero e função (p-valor interação 0,002).

Na ER-Esp, as mulheres apresentaram valores significativos menores no domínio Experiência Esportiva em ambas as funções - atleta e treinadora - sendo atleta mulher 12,03 (DP=1,99) e treinadora mulher 12,0 (DP=1,2) (p-valor Gênero < 0,001). No domínio Recursos da Pessoa, as mulheres também apresentaram valores menores nas duas funções, com valores menores para as atletas mulheres (10,72 DP 2,62) em relação às treinadoras mulheres (11,3 DP=1,9) (p-valor Gênero 0,024). No domínio Apoio Social Esportivo, as mulheres apresentaram valores menores para função atleta e treinadora (atletas mulheres com valores 10,13 DP=2,17; treinadoras mulheres, 10,7 DP=3,3) (p-valor Gênero 0,046).

Com relação à Escala PHQ-9 para rastreio de sintomas depressivos, as mulheres apresentaram valores significativos para gênero (p-valor Gênero 0,004). Mesmo sendo considerados valores de sintomas muito leves a leves, as mulheres apresentaram maiores taxas para depressão do que os homens, sendo as atletas femininas com valores de 8,05 (DP=5,59) e as treinadoras mulheres, 10,4 (DP=7,9). Interessante observar que as treinadoras apresentaram mais sintomas depressivos quando comparadas a atletas mulheres, além de valores maiores em relação aos homens, nas duas funções.

A EAR também apresentou diferenças estatisticamente significativas em relação a gênero. No domínio Visão Negativa, tanto gênero, como função, e a interação de ambos, apresentaram diferenças significativas (o p-valor de <0,001 para as três categorias). As atletas femininas apresentaram o menor valor entre atletas e treinadores masculinos e também em relação às treinadoras mulheres (14,39 DP=3,57), e as treinadoras apresentaram valores menores em relação aos treinadores homens (15,7 DP=3,3). O domínio Visão Positiva apresentou valores (p-valor Função de 0,020), com as atletas femininas apresentando valores de 8,98 (DP=2,36) e as treinadoras mulheres com 10,4 (DP=7,9).

Na Escala GAD 7, os homens (atletas e treinadores) apresentaram valores menores que as mulheres (atletas e treinadoras) (p-valor Função 0,008) sendo os atletas masculinos com taxas de 5,04 (DP=3,81) e os treinadores com taxas de 6,0 (DP=4,9). As mulheres novamente apresentaram valores mais altos de sintomas de ansiedade, quando comparadas aos homens, nas duas funções (atletas mulheres 7,27 DP=4,59 e treinadoras mulheres 7,8 DP=4,2).

No que se refere ao CFQ, encontramos valores estatisticamente significativos em Dois domínios. No domínio Problema, as treinadoras apresentaram menores taxas (2,2 DP=0,8 e p-

valor de interação=0,043), o que mostra que usam pouco a estratégia de focar no problema. No domínio Evitar, diferenças estatisticamente significativa surgira com p-valor relevantes nas três categorias (p-valor Função=0,043, p-valor Gênero=0,001, p-valor Interação=0,021), sendo que as treinadoras mulheres apresentaram os valores menores (0,8 DP=1,2).

Com relação à Escala MHC-*Short Form*, foram encontrados valores estatisticamente significativos nos três domínios (emocional, social e psicológico). No domínio Emocional, o p-valor Função foi significativo (0,045), com as mulheres (atletas e treinadoras) apresentando valores menores em comparação com os homens (atletas e treinadores). As atletas mulheres tiveram valores de 14,43 (DP=2,68) e as treinadoras com valores ainda menores de 13,3 (DP=2,2). No domínio Social, os valores foram estatisticamente significativos nas três categorias (Função p-valor=0,003, Gênero p-valor=0,016, e Interação p-valor=0,016). As treinadoras apresentaram valores relativamente inferiores de 13,7 (DP=3,3) em relação aos atletas e treinadores homens e às atletas femininas. No domínio Psicológico, os valores foram significativos nas categorias Função e Interação (p-valor Função=0,003 e p-valor Interação=0,029), sendo que as treinadoras mulheres apresentaram valores menores em relação aos atletas e treinadores homens e às atletas femininas (25,0, DP=3,2).

Na Escala da Paixão no Esporte, encontramos valores estatisticamente significativos em alguns domínios da escala. No domínio Paixão Obsessiva, encontramos um p-valor <0,001 na categoria Função, sendo que as mulheres (atletas e treinadoras) apresentaram valores menores em comparação com os homens, sendo atletas mulheres com 3,87 (DP=1,46) e treinadoras mulheres com 3,1 (DP=0,9), mostrando que as mulheres possuem menos paixão de perfil obsessivo em relação aos homens. No domínio Paixão Harmoniosa encontramos valores estatisticamente significativos nas três categorias, Função, Gênero e Interação (p-valor Função=0,002, p-valor Gênero=0,007, p-valor Interação=0,001), com as treinadoras apresentando valores relativamente inferiores (5,0 DP=0,9) em comparação aos atletas e treinadores masculinos e às atletas femininas. No domínio Critério da Paixão, observamos valores estatisticamente significativos nas três categorias, Função, Gênero e Interação (p-valor Função=0,006, p-valor Gênero=0,016, p-valor Interação=0,004), com as treinadoras apresentando valores relativamente inferiores (5,5 DP= 1,1) aos atletas e treinadores masculinos e também com relação às atletas femininas.

Tabela 4. Comparação da saúde mental dos atletas e treinadores homens e mulheres.

Instrumento - Variável		Atletas Mulheres (n=58)	Atletas Homens (n=90)	Treinadoras Mulheres (n=12)	Treinadores Homens (n=94)	p-valor Função	p-valor Gênero	p-valor Interação
Motivação (SMS)	SMS.Reg.Intri	17,2 (3,5)	17,3 (3,4)	15,6 (4,5)	18,1 (2,8)	0,448	0,028	0,031
	SMS.Reg.Inte	17,0 (3,4)	17,5 (3,2)	12,7 (4,4)	17,7 (2,7)	0,002	<0,001	<0,001
	SMS.Reg.Idet	16,0 (4,3)	16,5 (4,3)	14,3 (5,7)	16,3 (4,1)	0,214	0,102	0,326
	SMS.Reg.Introj	14,2 (4,3)	14,2 (3,5)	10,7 (5,3)	14,7 (3,7)	0,022	<0,001	0,002
	SMS.Reg.Ext	5,5 (2,7)	6,4 (3,7)	6,7 (5,2)	7,2 (4,2)	0,148	0,271	0,728
	SMS.Desmot	5,4 (2,5)	5,6 (3,7)	7,7 (4,1)	5,3 (3,1)	0,089	0,048	0,026
Resiliência (ER-Esp)	ER-Esp.Exp.Esportiva	12,0 (1,9)	13,1 (1,8)	12, (1,2)	13,5 (1,3)	0,583	<0,001	0,583
	ER-Esp.ApoSocFam	11,7 (2,5)	11,0 (2,8)	10,2 (2,5)	11,1 (2,6)	0,111	0,749	0,111
	ER-Esp.Rec.Pes	10,7 (2,6)	11,7 (2,1)	11,3 (1,9)	12,0 (2,1)	0,288	0,024	0,635
	ER-Esp.Espiritua	10,8 (3,3)	11,2 (3,0)	9,6 (2,9)	9,6 (2,8)	0,071	0,633	0,633
	ER-Esp.ApoSocEsportivo	10,1 (2,1)	10,7 (2,6)	10,7 (3,3)	11,7 (1,9)	0,058	0,046	0,628
Depressão	PHQ	8,0 (5,5)	6,9 (5,4)	10,4 (7,9)	6,1 (5,0)	0,420	0,004	0,099
	EAR.VisNegativa	14,3 (3,5)	15,6 (3,3)	15,7 (3,3)	17,3 (2,4)	<0,001	<0,001	<0,001
	EAR.VisPositiva	8,9 (2,3)	8,4 (2,4)	9,1 (2,0)	7,3 (3,5)	0,020	0,309	0,209
	EAR.total	23,3 (3,0)	24,0 (2,7)	24,8 (3,0)	24,5 (5,9)	0,840	0,204	0,546
Ansiedade	GAD7	7,2 (4,5)	5,0 (3,8)	7,8 (4,2)	6,0 (4,9)	0,008	0,334	0,757
Coping	CFQ.Problema	2,6 (0,9)	2,5 (0,9)	2,2 (0,8)	2,7 (0,8)	0,214	0,326	0,043
	CFQ.Emocao	2,7 (0,8)	2,5 (0,9)	2,2 (0,7)	2,6 (0,8)	0,409	0,093	0,070
	CFQ.Evitar	1,9 (1,1)	1,8 (1,1)	0,8 (1,2)	1,7 (1,2)	0,043	0,001	0,021
Saúde Mental (MHC)	MHC.Emocional	14,4 (2,6)	14,8 (2,8)	13,6 (2,2)	14,9 (2,0)	0,045	0,389	0,329
	MHC.Social	18,5 (6,0)	19,0 (6,4)	13,7 (3,3)	19,0 (4,9)	0,003	0,016	0,016
	MHC.Psicolog	28,0 (5,3)	28,7 (6,5)	25,0 (3,2)	29,7 (3,6)	0,003	0,273	0,029
Paixão no Esporte (EPE)	EPE Paixao.Obssessiva	3,8 (1,4)	4,2 (1,2)	3,1 (0,9)	4,3 (1,2)	<0,001	0,008	0,050
	EPE Paixo.Harmoniosa	5,9 (0,9)	5,9 (0,9)	5,0 (0,9)	6,0 (0,7)	0,002	0,007	0,001
	EPE Critério Paixao	6,25 (0,8)	6,2 (0,9)	5,5 (1,1)	6,3 (0,6)	0,006	0,016	0,004

Legenda: SMS.Reg.Intri = Regulação Intrínseca; SMS.Reg.Inte = Regulação Integrada; SMS.Reg.Idet = Regulação Identificada; SMS.Reg.Introj = Regulação Introjetada; SMS.Reg.Ext = Regulação Extrínseca; SMS.Desmot = Desmotivação; ER-Esp.ExpEsportiva = Experiência Esportiva; ER-Esp.ApoSocFam = Apoio Social Familiar; ER-Esp.Rec.Pes = Recursos da Pessoa; ER-Esp.Espiritual = Espiritualidade; ER-Esp.ApoSocEsportivo = Apoio Social Esportivo; EAR.VisNegativa = Visão Negativa; EAR.VisPositiva = Visão Positiva; EAR.total = Total; CFQ.Problema =Foco no Problema; CFQ.Emocao =Foco na Emoção do Problema; CFQ.Evitar = Evitação do Problema; MHC.Emocional = Emocional; MHC.Social = Social; MHC.Psicolog = Psicológico; EPE.Paixao.Obssessiva = Paixão Obsessiva; EPE.Paixo.Harmoniosa = Paixão Harmoniosa; EPE.Paixao.Criterio = Critérios da Paixão. Nota: dados apresentados como média (desvio padrão).

Notamos que quase todas as variáveis estudadas são influenciadas pelo gênero e/ou função do participante. As treinadoras mulheres são aquelas que mais se diferenciam dos demais grupos investigados, apresentando menor motivação (integrada e introjetada), *coping* - evitação, saúde mental social e psicológica, além de menor paixão criteriosa. Além disso, mulheres (atletas e treinadoras) apresentam menor resiliência que os homens, e maiores taxas de ansiedade e depressão.

DISCUSSÃO

Este estudo objetivou compreender a saúde mental de atletas e treinadores, com foco nos aspectos protetores da saúde mental e no rastreio de sintomas de transtornos mentais. A amostra dos estudos foi majoritariamente composta por homens treinadores (89%), corroborando com estudos anteriores que mostram que poucas mulheres ocupam cargos de treinadoras em nível de elite (Bentzen, Kenttä, Richter, Lemyre, 2020; Kenttä et al., 2020; Reade, Rodgers, Norman, 2009; Sartore, Cunningham, 2007). No que se refere ao número de atletas participantes, nosso estudo se assemelha a alguns, apresentando mais homens do que mulheres (Gerber et al., 2018; Kraus, Holtmann, Legenbauer, 2018) e difere de outros, com a maioria de atletas mulheres (Gavrilova, Donohue, 2018; Giannone et al., 2017; Olmedilla et al., 2018; Sheehan, Herring, Campbell, 2018).

Os treinadores brasileiros consomem mais bebidas alcoólicas em comparação aos atletas, e mais vezes por semana, corroborando com outros estudos atuais (Åkesdotter et al., 2022; Pilkington et al., 2022). A maioria dos atletas brasileiros relatou nunca ter usado álcool, e aproximadamente 3% informou usar entre 2 ou mais vezes na semana, o que difere de Dois estudos publicados - Du Preez et al. (2017) e Reardon et al. (2019) - que mostraram taxas de uso de álcool e outras drogas entre 6% e 68%.

Em relação à comparação entre gênero (homens e mulheres) no esporte brasileiro de alto rendimento, independente da função de treinador ou atleta, encontramos diferença entre a saúde mental de homens e mulheres no esporte, sendo que elas sofrem mais sintomas de depressão e ansiedade, talvez pelos impactos da cultura esportiva pela busca por resultados em relação aos homens. O estudo de Pilkington et al. (2022) mostra que as treinadoras estão mais propensas do que os treinadores masculinos a procurarem ajuda, o que pode favorecer que elas tenham atitudes menos estigmatizantes sobre o tema. Quando comparamos a função (atletas e treinadores), encontramos diferença nos níveis dos sintomas de transtorno mental e sua relação com fatores protetivos da saúde mental, sendo que as treinadoras brasileiras mulheres apresentaram menores valores na motivação, especialmente nos domínios intrínseca, regulação integrada e introjetada, relacionados à motivação intrínseca.

As treinadoras brasileiras também apresentaram menos paixão harmoniosa (que é uma paixão saudável pelo esporte) pelo esporte em comparação com atletas brasileiros homens e mulheres e treinadores homens. As atletas e treinadoras mulheres apresentaram valores menores em comparação com os atletas e treinadores homens em relação à paixão obsessiva, que é um perfil de paixão de elevada identidade atlética.

Fatores de motivação e paixão podem ocorrer por diversos motivos, já que quanto mais próximo da regulação intrínseca a pessoa está, mais elevado é o nível de motivação interna, e a regulação integrada é a forma mais autônoma de motivação intrínseca. Isso ocorre não somente quando o comportamento é visto como algo de valor, mas também alinhado com metas, valores, objetivos de vida da pessoa (Deci, Ryan, 1985). Talvez essa motivação seja maior nos treinadores homens em comparação às treinadoras mulheres pelo contexto esportivo de elite ser mais forte ao desenvolvimento dos treinadores homens na cultura organizacional em comparação com as treinadoras mulheres. Para as atletas mulheres, o ambiente esportivo já está mais adaptado a elas com relação aos atletas homens (Gerber et al., 2018; Kraus, Holtmann, Legenbauer, 2018; Gavrilova, Donohue, 2018; Giannone et al., 2017; Olmedilla et al., 2018; Sheehan, Herring, Campbell, 2018), o que difere da comparação entre treinadores e treinadoras brasileiros de diferentes sexos.

Fatores ligados à motivação e à paixão harmoniosa, que são baseados nas necessidades psicológicas básicas, podem se apresentar impactados nas treinadoras mulheres do Brasil por fatores semelhantes aos encontrados em outros estudos como: relação com segurança no emprego e oportunidades de desenvolvimento profissional; conflito entre vida profissional e pessoal, fatores que estão relacionados ao processo adaptativo de bem-estar psicológico e apoio à autonomia percebida (Smith et al., 2020; Stebbings et al., 2015).

Fatores de estresse da cultura esportiva também mostraram influenciar na autoestima no contexto esportivo de alto rendimento. As atletas e treinadoras mulheres no Brasil apresentaram menores valores de autoestima em comparação com os atletas e treinadores masculinos brasileiros, com as treinadoras mulheres apresentando valores ainda menores com relação às atletas femininas. Baixa autoestima e baixa motivação podem estar associadas às dificuldades na saúde mental no esporte, como apontam outros estudos (Arnold, Fletcher, 2012; Biggin, Burns, Uphill, 2017; Foskett, Longstaff, 2018; Gavrilova, Donohue, 2018; Jewett, Kerr, Tamminen, 2019; Purcell, Gwyther, Rice, 2019, Souter, Lewis, Serrant, 2018).

Comparando as escalas de rastreio de sintomas e de fatores protetivos da saúde mental, é possível observar a correlação direta entre motivação, resiliência e estratégias de enfrentamento de adversidades (*coping*) com sintomas de depressão e ansiedade. Com relação à resiliência, as mulheres brasileiras no esporte de alto rendimento (treinadoras e atletas) apresentaram menores taxas de experiência esportiva, menos recursos pessoais para enfrentarem situações adversas e menor apoio social do contexto esportivo, em especial as treinadoras mulheres. Pilkington et al. (2022), ao investigarem fatores que influenciam positivamente a saúde mental de treinadores de elite australianos, mostraram que o suporte social é um dos principais fatores protetivos. Os

autores apontaram que os treinadores relataram ter como principal fonte de suporte é alguém fora do ambiente esportivo, e embora o suporte psicológico seja importante dentro da organização, treinadores ainda relatam estigma em conversar sobre esse assunto com seus pares.

Treinadores brasileiros, homens e mulheres, também procuraram apoio de psicólogos particulares fora do ambiente esportivo, quando tinham a opção de ter esse profissional na sua equipe, pois esse profissional ainda não é presença certa nas equipes de elite. Com relação à busca por algum profissional envolvido com a saúde mental, nosso estudo encontrou que treinadores procuraram mais ajuda com profissionais da Psicologia em comparação com os atletas, porém ambos apresentaram valores baixos para procura de psiquiatras.

Outro fator importante para a resiliência no esporte é o tempo de experiência esportiva. Os treinadores masculinos apresentaram valores mais elevados de experiência esportiva, talvez pelo fato de termos mais treinadores homens em nossa cultura esportiva e estes perdurarem por mais tempo no esporte de elite (Bentzen et al, 2020; Kenttä et al., 2020; Reade, Rodgers, Norman, 2009). As treinadoras ainda têm dificuldade de ocupar estes cargos e tentam se ajustar, aceitar e se encaixar na cultura esportiva machista, sabendo que precisam alcançar melhores resultados para provar suas competências (Kenttä et al., 2020).

As treinadoras mulheres apresentaram menos estratégias de enfrentamento com foco no problema e usam com mais frequência a estratégia de enfrentamento das emoções ligadas ao problema. Embora estejam cientes de diferentes tipos de estratégias de enfrentamento adequadas para que possam ter equilíbrio na vida, é difícil priorizá-las para o equilíbrio da vida pessoa e profissional, resultando em estratégias de enfrentamento mal adaptativas e sobrecarga de trabalho (Kenttä et al., 2020). Passar tempo perto da família, simplesmente pela proximidade física e emocional, é uma estratégia de enfrentamento de estresse e dos sintomas de transtorno mental que as treinadoras canadenses, norueguesas e suecas apresentaram no estudo de Kenttä et al. (2020).

A resiliência está relacionada com menores índices de ansiedade e depressão em atletas brasileiros. Com relação ao enfrentamento de adversidades, atletas com maior prevalência da estratégia de evitação de problemas e emoções apresentam mais depressão e ansiedade em comparação com aqueles que usam estratégias de enfrentar o problema ou a emoção ligada à situação.

O estudo de Wagstaff et al. (2018) com atletas de diversas modalidades do Reino Unido, e o de Vitali et al. (2015) com atletas italianos, mostraram a existência de correlação entre baixa resiliência e sintomas de transtornos mentais. Campeões olímpicos relataram cinco fatores psicológicos que influenciam positivamente a resiliência: positividade, motivação,

autoconfiança, foco e suporte social (Fletcher; Sarkar, 2012). O desenvolvimento da resiliência pode ser fator protetivo importante de saúde mental no esporte de alto rendimento (Breslin et al., 2017; 2019).

Com relação aos sintomas depressivos, mesmo sendo leves, as mulheres brasileiras (atletas e treinadoras) apresentaram maiores índices de sintomas do que os homens. Quando comparamos treinadoras e atletas mulheres, as treinadoras apresentaram mais sintomas depressivos. No que se refere à sintomas de ansiedade, as mulheres (atletas e treinadoras) também tiveram níveis mais altos, quando comparadas aos homens. Esses resultados são semelhantes aos encontrados em outros estudos, que mostram valores mais elevados de depressão, ansiedade e outros transtornos nas treinadoras mulheres (Åkesdotter et al., 2022; Kegelaers et al., 2021) e em atletas femininas (Du Preez et al., 2017; Hammond et al., 2013; Reardon et al., 2019; Rice et al, 2016, 2019).

Assim, podemos confirmar que o nível de saúde mental das mulheres foi menor em comparação aos homens, e entre as mulheres, as treinadoras apresentaram valores ainda mais significativos, na comparação com as atletas femininas, apresentando mais sintomas de transtornos e menores valores na saúde emocional, social e psicológica. Kim et al. (2020) mostraram que treinadoras mulheres relataram uma média de 14 aborrecimentos diários a mais que os treinadores homens e apontaram ainda que esses aborrecimentos são geradores de estresse, sendo que suas principais fontes se referem a: pensamentos preocupantes sobre o futuro, muitas responsabilidades a serem cumpridas, exigência - interna e externa - extremamente alta, muitas tarefas a fazer sem tempo para a família.

Neste sentido, podemos dizer da dificuldade em se comparar a prevalência dos sintomas de depressão e ansiedade entre treinadores e atletas, especialmente pela variedade de instrumentos. A revisão de Reardon et al. (2019) apontou para uma variação de 4 a 68% para depressão em atletas e de 6 a 14% para a ansiedade nessa mesma população. Kim et al. (2020) mostraram que os treinadores de elite da Nova Zelândia são afetados por sintomas depressivos com taxas de 14%. Outros estudos mostraram taxas de 39% para depressão e ansiedade em treinadores suecos (Åkesdotter et al., 2022) e da Bélgica (Kegelaers et al., 2021). Åkesdotter et al. (2022) encontram maior prevalência de atendimento psiquiátrico entre treinadoras suecas devido a maior manifestação de transtornos afetivos entre elas (78% x 40%).

Aqui cabe ressaltar que nosso estudo foi o único que utilizou os mesmos instrumentos para comparar atletas e treinadores masculinos e femininos entre gênero e função (atleta x treinador), o que fortalece os dados e permite a comparação mais fidedigna, mesmo com as diferenças sociodemográficas entre os Dois grupos.

Assim, podemos dizer que as mulheres no esporte enfrentam desafios que ultrapassam somente o contexto esportivo, tendo dificuldades para equilibrar a vida profissional e pessoal. As treinadoras, em especial, enfrentam falta de confiança das organizações esportivas e menos oportunidades de trabalho e de rede de relacionamentos profissionais (Kenttä et al., 2020). Além disso, Reade, Rodgers e Norman (2009) apontam mais homens do que mulheres nos cargos de treinadores de elite, sendo que oportunidade e poder estão no topo dos motivos desta diferença.

Limitações e Estudos Futuros

Nosso estudo avaliou a saúde mental de atletas e treinadores de elite no Brasil. Mesmo com todo o esforço para que todas as confederações e federações esportivas participassem (em torno de 40), tivemos o retorno de apenas duas confederações de modalidades importantes, mas não expressivas no cenário brasileiro. Mesmo com este apoio, a quantidade de participantes de suas respectivas modalidades na pesquisa foi pequena. Por conta deste limitado número de participantes, optamos pelo método bola de neve, pelo qual tivemos a participação destes voluntários em nossa pesquisa. Se considerarmos as dimensões geográficas e populacionais do Brasil, tivemos um número bem reduzido de participantes e com características bem específicas. Por este motivo, não podemos generalizar os resultados para toda a população de alto rendimento do país.

Os estudos futuros devem aprimorar essas questões na avaliação da saúde mental, em especial dos treinadores, que possuem menor ênfase nas pesquisas científicas, e em especial analisar a saúde mental das treinadoras mulheres de elite, pois o contexto esportivo de alto rendimento, predominantemente masculino no âmbito da gestão e de treinadores de equipes, pode estar impactando a saúde mental das treinadoras e impedindo seu desenvolvimento.

CONCLUSÕES

A saúde mental têm sido foco de estudos recentes no esporte de alto rendimento pelo fato de atleta e treinadores viverem sobre constante pressão e cobranças por resultados, o que aumenta o estresse. Ao compreendermos a saúde mental de atletas e treinadores brasileiros, com foco nos aspectos protetores da saúde mental, identificamos que treinadores procuraram mais ajuda de profissionais de saúde mental em comparação com atletas.

As treinadoras mulheres são aquelas que mais se diferenciam dos demais grupos avaliados (atletas mulheres, atletas homens e treinadores homens), pois apresentaram menores índices de motivação, de saúde mental nos três domínios (emocional, social e psicológico), de resiliência, de autoestima, de estratégias de *coping* e maiores taxas de sintomas de ansiedade e

depressão em relação aos treinadores homens. Porém, importante destacar que elas apresentaram mais recursos pessoais para enfrentar as adversidades (um dos domínios da resiliência) em comparação com as atletas femininas, talvez pela idade e tempo de experiência no contexto esportivo e na vida pessoal. Ambas, atletas e treinadoras mulheres, receberam menos apoio social no meio esportivo em relação aos atletas homens e treinadores homens.

Elas apresentaram valores menores em comparação aos homens em relação à paixão obsessiva no esporte, referindo-se à internalização de uma determinada atividade na identidade da pessoa, criando pressão interna a exercer essa atividade. As treinadoras apresentaram valores inferiores também na paixão harmoniosa, que se refere à internalização autônoma da atividade que a pessoa escolhe desempenhar ao longo do tempo através dos ambientes sociais (pais, amigos, treinadores, professores), promovendo o sentido de autonomia e a consonância com suas outras atividades da vida.

Dessa forma, os resultados deste estudo - ainda inédito em nosso país - revelam dados significativos de saúde mental de atletas e treinadores, sendo fundamental para gestores esportivos de confederações, federações, ligas, clubes, equipes que precisam se conscientizar deste tema. As mulheres, em especial as treinadoras, ainda sofrem em suas atividades profissionais, pois a qualidade da saúde mental interfere no desempenho, foco do esporte de alto rendimento. Precisamos ampliar estes conhecimentos e promover o devido amparo e a devida conscientização sobre os efeitos deletérios da saúde mental prejudicada no contexto esportivo. Além disso, é de suma importância destacar que a existência de transtornos mentais como ansiedade e depressão são problemas de saúde pública e podem potencializar o esgotamento de atletas e treinadores, reduzindo de maneira considerável a qualidade do esporte em nosso país. Assim, finalizamos salientando a importância deste estudo e de outras pesquisas futuras para que realmente possamos mudar a perspectiva da saúde mental no esporte brasileiro e mundial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Åkesdotter, C., Kenttä, G., Eloranta, S., Håkansson, A., Franck, J. (2022). Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders among treatment-seeking elite athletes and high-performance coaches. *BMJ Open Sport & Exercise Medicine,* 8:e001264. DOI: 10.1136/bmjsem-2021-001264.

Arnold, R., Fletcher, D. (2012). A research synthesis and taxonomic classification of the organisational stressors encountered by sport performers. *Journal of Sport and Exercise Psychology, 34,* 397-429. DOI: 10.1123/jsep.34.3.397.

Ayala, E., Nelson, L., Bartholomew, M., Plummer, D. (2022) A conceptual model for mental health and performance of North American athletes: A mixed methods study. *Psychology of Sport and Exercise, 61*: 102176 DOI: 10.1016/j.psychsport.2022.102176.

Babor, T. F.; De La Fuente, J. R.; Saunders, J. & GRANT, M. (1989) The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in the Primary Health Care. *WHO Publication, 89*(4), Geneva: World Health Organization.

Barreira, J., Amaro, A. S., Borges, K., Luque, L. L., Fernandes, P. T. (2022). Internal consistency of the Sport Motivation Scale-II Questionnaire in the Brazilian context: potentialities and limitations. *Motriz, 28*:e10220010721. DOI: 10.1590/S1980-657420220010721.

Bentzen, M., Kenttä, G., Richter, A., Lemyre, P. N. (2020). Impact of Job Insecurity on Psychological Well- and Ill-Being among High Performance Coaches. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(19):6939. DOI: 10.3390/ijerph17196939.

Bicalho, C. C. F., Melo, G. F., Noce, F. (2022) Evidence of Validity and Perspectives for Resilience Scales in Sport. *Behavioral Sciences, 38*:e38214. DOI: 10.1590/0102.3772e38214.en.

Biggin, I,, Burns, J., Uphill, M. (2017). An investigation of athletes' and coaches perceptions of mental ill-health in elite athletes. Journal of Clinical Sport Psychology, 11(2): 126-147. DOI: 10.1123/jcsp.2016-0017.

Breslin, G., Shannon, S., Haughey, T. et al. (2017) A systematic review of interventions to increase awareness of mental health and well-being in athletes, coaches and officials. *Systematics Reviews., 6*: 177. DOI: 10.1186/s13643-017-0568-6.

Breslin, G., Smith, A., Donohue, B., Donnelly, P., Shannon, S., Haughey, T. J., Vella, S. A., Swann, C., Cotterill, S., Macintyre, T., Rogers, T., Leavey, G. (2019) International consensus statement on the psychosocial and policy-related approaches to mental health awareness programmes in sport. *BMJ Open Sport Exercise Medicine, 5*(1):e000585. DOI: 10.1136/bmjsem-2019-000585.

Carson, F., Malakellis, M., Walsh, J., Main, L. C., Kremer, P. (2019). Examining the Mental Well-Being of Australian Sport Coaches. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(23):4601. DOI: 10.3390/ijerph16234601.

Chang, C., Putukian, M., Aerni, G., Diamond, A., Hong, G., Ingram, Y., Wolanin, A. (2020). Mental health issues and psychological factors in athletes: Detection, management, effect on performance and prevention: American medical society for sports medicine position statement-executive summary. *British Journal of Sports Medicine, 54*:216–220. DOI: 10.1136/bjsports-2019-101583.

Deci, E. L., Ryan, R. M. (1985). Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior. Berlin: Springer Science & Business Media. DOI: 10.1007/978-1-4899-2271-7.

Gavrilova, Y., Donohue, B. (2018) Sport-Specific Mental Health Interventions in Athletes: A Call for Optimization Models Sensitive to Sport Culture. *Journal o f Sport Behavior, 41*(3):283-304. https://www.researchgate.net/publication/320567736_Sport-Specific_Mental_Health_Interventions_in_Athletes_A_Call_for_Optimization_Models_Sensitive_to_Sport_Culture

Du Preez, E. J., Graham, K. S., Gan, T. Y., Moses, B., Ball, C., Kuah, D. E. (2017) Depression, Anxiety, and Alcohol Use in Elite Rugby League Players Over a Competitive Season. *Clinical Journal of Sports Medicine, 27*(6):530-535. DOI: 10.1097/JSM.0000000000000411.

Fletcher, D., Sarkar, M. (2012) A grounded theory of psychological resilience in Olympic champions. Psychology of Sport and Exercise, 13(5): 669-678. DOI: 10.1016/j.psychsport.2012.04.007.

Fletcher, D., Scott, M (2010). Psychological stress in sports coaches: A review of concepts, research, and practice. *Journal of Sports Sciences, 28*(2):127-137. Doi:10.1080/02640410903406208.

Foskett, R. L., Longstaff, F. (2018) The mental health of elite athletes in the United Kingdom. *Journal of Science and Medicine in Sport, 21*(8):765-770. DOI: 10.1016/j.jsams.2017.11.016.

Frost, J.; Walton, C. C.; Purcell, R.; Fisher, K.; Gwyther, K.; l Kocherginsky, M., Rice, S. M. (2023) The mental health of elite-level coaches: A systematic scoping review. Retrieved from osf.io/zm63q:1-43. Doi:10.21203/rs.3.rs-2866734/v1.

Gerber, M., Best, S., Meerstetter, F., Walter, M., Ludyga, S., Brand, S., Bianchi, R., Madigan, D. J., Isoard-Gautheur, S., Gustafsson, H. (2018) Effects of stress and mental toughness on burnout and depressive symptoms: A prospective study with young elite athletes. *Journal of Science and Medicine in Sport,21*(12):1200-1205. DOI: 10.1016/j.jsams.2018.05.018.

Giannone, Z. A., Haney, C. J., Kealy, D., Ogrodniczuk, J. S. (2017) Athletic identity and psychiatric symptoms following retirement from varsity sports. *International Journal of Social Psychiatry, 63*(7):598-601. DOI: 10.1177/0020764017724184.

Gorczynski, 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. DOI: 10.1136/bjsports-2016-096455.

Gorczynski, P., Gibson, K., Clarke, N., Mensah, T., Summers, R. (2020). Examining mental health literacy, help-seeking behaviours, distress, and wellbeing in UK coaches. *European Physical Education Review, 26*(3):713-726. DOI: 10.1177/1356336X19887772.

Gouttebarge, V., Bindra, A., Blauwet, C., Campriani, N., Currie, A., Engebretsen, L., et al. (2021) International Olympic Committee (IOC) Sports Mental Health Assessment Tool 1 (SMHAT-1) and Sport Mental Health Recognition Tool 1 (SMHRT-1): towards better support of athletes' mental health. *British Journal of Sports Medicine, 55*(1):30-37. DOI: 10.1136/bjsports-2020-102411.

Gouttebarge, V., Castaldelli-Maia, J. M., Gorczynski, P., Hainline, B., Hitchcock, M. E., Kerkhoffs, G. M., et al. (2019) Occurrence of mental health symptoms and disorders in current and former elite athletes: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine, 53*(11):700-6. DOI: 10.1136/bjsports-2019-100671

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. DOI: 10.1016/j.jsams.2014.04.006.

Hays, R. D.; Bjorner, J. B.; Revicki, D. A.; Spritzer, K. L.; Cella, D. (2009) Development of physical and mental health summary scores from the patient-report - ed outcomes measurement information system (PROMIS) global items. *Quality of Life Research,18*:873-80. DOI: 10.1007/s11136-009-9496-9

Hammond, T., Gialloreto, C., Kubas, H., Hap Davis, H. (2013) The prevalence of failure-based depression among elite athletes. *Clinical Journal of Sport Medicine, 23*(4):273–277. Doi:10.1097/JSM.0b013e318287b870.

Hutz, C. (2000). *Adaptação brasileira da Escala de Autoestima de Rosenberg*. Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Mimeo.

Jewett, R., Kerr, G., Tamminen, K. (2019) University sport retirement and athlete mental health: a narrative analysis, Qualitative Research in Sport, Exercise and Health, *11*(3): 416-433. DOI: 10.1080/2159676X.2018.1506497.

Kegelaers, J., Wylleman, P., van Bree, I. (Belle) N. A., Wessels, F., Oudejans, R. R. (2021). Mental Health in Elite-Level Coaches: Prevalence Rates and Associated Impact of Coach Stressors and Psychological Resilience. *International Sport Coaching Journal*, *8*(3):338-347. DOI: 10.1123/iscj.2020-0066.

Kenttä, G., Bentzen, M., Dieffenbach, K., Olusoga, P. (2020) Challenges Experienced by Women High-Performance Coaches: Sustainability in the Profession. *International Sport Coaching Journal, 7*(2):1-9. Doi:10.1123/iscj.2019-0029.

Kim, S. S. Y., Hamiliton, B.; Beable, S.; Cavadino, A., Fulcher, M. L. (2020). Elite coaches have a similar prevalence of depressive symptoms to the general population and lower rates than elite athletes. *BMJ Open Sport & Exercise Medicine,6*: e000719. DOI: 10.1136/bmjsem-2019-000719.

Kowalski, K. C., Crocker, P. R. E. (2001). Development and validation of the Coping Function Questionnaire for adolescents in sport. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 23*(2):136–155. Doi:10.1123/jsep.23.2.136.

Kraus, U., Holtmann, S., Legenbauer, T. (2018) Eating disturbances in competitive lightweight and heavyweight rowers. Journal of Clinical Sport Psychology, 12(4):630-646. DOI: 10.1123/jcsp.2016-0042.

Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. (2001) The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine, 16*(9):606-613. DOI: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.

Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Monahan, P. O., Löwe, B. (2007) Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine, 146*(5):317-325. DOI: 10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004.

Machado, W. L., Bandeira, D. R. (2015) Positive Mental Health Scale: Validation of the Mental Health Continuum - Short Form. *Psico-USF, 20*(2):1-16. DOI: 10.1590/1413-82712015200207.

Méndez, E. B. (1999). *Uma versão brasileira do AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test.* Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pelotas, RS.

Nascimento Junior, J. R. A., Vissoci, J. R. N., Balbim, G. M., Moreira, C. R., Pelletier, L., Vieira, L. F. (2014) Adaptação transcultural e análise das propriedades psicométricas da sport motivation scale-II no contexto brasileiro. *Revista da Educação Física/UEM*, 25(3):441–458. DOI: 10.4025/reveducfis.v25i3.24855.

Norris, L. A., Didymus, F. F., Kaiseler, M. (2017). Stressors, coping, and well-being among sports coaches: A systematic review. *Psychology of Sport and Exercise, 33*: 93- 112. DOI: 10.1016/j.psychsport.2017.08.005.

Ojio, Y., Matsunaga, A., Hatakeyama, K., Kawamura, S., Horiguchi, M., Yoshitani, G., Kanie, A., Horikoshi, M., Fujii, C. (2021) Anxiety and Depression Symptoms and Suicidal Ideation in Japan Rugby Top League Players. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(3):1205. DOI: 10.3390/ijerph18031205.

Olmedilla, A., Ortega, E., Robles-Palazón, F. J., Salom, M., García-Mas, A. (2018) Healthy Practice of Female Soccer and Futsal: Identifying Sources of Stress, Anxiety and Depression. *Sustainability,* 10: 2268. DOI: 10.3390/su10072268.

Oltmans, E., Confectioner, K., Jonkers, R., Kerkhoffs, G. M. M. J., Moen, M., Verhagen, E., Wylleman, P., Gouttebarge, V. (2022) A 12-month prospective cohort study on symptoms of mental health disorders among Dutch former elite athletes. *The Physician and Sportsmedicine*, 50(2):123-131. DOI: 10.1080/00913847.2020.1868276.

Osório, F. l., Mendes, A. V., Crippa, J. A., Loureiro, S. R. (2009) Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of Brazilian women in the context of primary health care. *Perspectives in Psychiatric Care, 45*(3):216-227. DOI: 10.1111/j.1744-6163.2009.00224.x.

Pelletier, L., Rocchi, M., Vallerand, R., Deci, E., Ryan, R. (2013) Validation of the revised sport motivation scale (SMS-II), *Psychology of Sport and Exercise, 14*:329–341. DOI: 10.1016/j.psychsport.2012.12.002.

Pereira, F. S. A. (2019) Adaptação e Validação da Escala Coping Function Questionaire (CFQ) para o contexto esportivo brasileiro. Dissertação (mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Florianópolis.

Pilkington, V., Rice, S. M., Walton, C. C., Gwyther, K., Olive, L., Butterworth, M., Purcell, R. (2022). Prevalence and Correlates of Mental Health Symptoms and Well-Being Among Elite Sport Coaches and High-Performance Support Staff. *Sports Medicine-Open, 8*(1):89. DOI: 10.1186/s40798-022-00479-y.

Prates, M. E. F. (2015) A paixão pela atividade docente de professores universitários de Educação Física. [Tese de Doutorado em Educação Física]. Maringá: Universidade Estadual de Maringá.

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 Med Open, 5*(1):46. DOI: 10.1186/s40798-019-0220-1.

Purcell, R., Pilkington, V., Carberry, S., Reid, D., Gwyther, K., Hall, K., Deacon, A., Manon, R., Walton, C. C., Rice, S. (2022) An Evidence-Informed Framework to Promote Mental Wellbeing in Elite Sport. Frontiers in Psychology, *16*(13):780359. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.780359.

Reade, I., Rodgers, W., Norman, L. (2009). The Under-Representation of Women in Coaching: A Comparison of Male and Female Canadian Coaches at Low and High Levels of Coaching. *International Journal of Sports Science & Coaching*, *4*(4), 505-520. DOI: 10.1260/174795409790291439

Reardon, C. L., Hainline, B., Aron, C.M., Baron, D., Baum, A.L., Bindra, A., Budget, R. et al. (2019) Mental health in elite athletes: International Olympic Committee consensus statement. *British Journal of Sports Medicine, 53*(11):667–699. DOI: 10.1136/bjsports-2019-100715.

Rice, S. M., Gwyther, K., Santesteban-Echarri, O., Baron, D., Gorczynski, P., Gouttebarge, V. et al. (2019) Determinants of anxiety in elite athletes: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine, 53*(11):722-730. DOI: 10.1136/bjsports-2019-100620.

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. DOI: 10.1007/s40279-016-0492-2.

Rosenberg, M. (1965) *Society and the adolescent self-image.* Princeton: Princeton University Press.

Sartore, M. L., Cunningham, G. B. (2007) Explaining the Under-Representation of Women in Leadership Positions of Sport Organizations: A Symbolic Interactionist Perspective. *Quest, 59*(2): 244-265. DOI: 10.1080/00336297.2007.10483551.

Schinke, R. J., Stambulova, N., Si, G., Moore, Z. (2017) International society of sport psychology position stand: Athletes' mental health, performance, and development. *International Journal of Sport and Exercise Psychology, 16*(6):622–639. DOI: 10.1080/1612197X.2017.1295557.

Sheehan, R. B., Herring, M. P., Campbell, M. J. (2018) Associations Between Motivation and Mental Health in Sport: A Test of the Hierarchical Model of Intrinsic and Extrinsic Motivation. *Frontiers Psychology, 8*(9):707. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.00707.

Smith, A., Haycock, D., Jones, J., Greenough, K., Wilcock, R., Braid, I. (2020). Exploring Mental Health and Illness in the UK Sports Coaching Workforce. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(24):9332. DOI: 10.3390/ijerph17249332.

Souter G., Lewis R., Serrant L. (2018) Mental Health and Elite Sport: a Narrative Review. *Sports Med Open, 4*(1):57. DOI: 10.1186/s40798-018-0175-7.

Spitzer, R. L, Kroenke, K., Williams, J. B. (1999) Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *JAMA. 282*(18):1737-44. DOI: 10.1001/jama.282.18.1737.

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., Löwe, B. (2006) A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives Internnal Medicine, 166*(10):1092-1097. DOI: 10.1001/archinte.166.10.1092.

Spitzer, R., Williams, J., Kroenke, K., Linzer, M., deGruy, F., Hahn, S. Brody, D., Johnson, J. (1994) Utility of a New Procedure for Diagnosing Mental Disorders in Primary CareThe PRIME-MD 1000 Study. *JAMA, 272*(22):1749- 1756. DOI: 10.1001/jama.1994.03520220043029.

Stebbings, J., Taylor, I., Spray, C. (2015) The relationship between psychological well- and ill-being, and perceived autonomy supportive and controlling interpersonal styles: A longitudinal study of sport coaches. *Psychology of Sport and Exercise 19*: 1-30 DOI: :10.1016/j.psychsport.2015.02.002

Swann, C., Moran, A., Piggott, D. (2015) Defining elite athletes: Issues in the study of expert performance in sport psychology. *Psychology of Sport and Exercise, 16*(1):3–14. DOI: 10.1016/j.psychsport.2014.07.004.

Vallerand, R. J., Blanchard, C., Mageau, G. A., Koestner, R., Ratelle, C., Léonard, M., Marsolais, J. (2003). Les passions de l'aîme: On obsessive and harmonious passion. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*(4):756- 767. Doi:10.1037/0022-3514.85.4.756.

Vitali, F., Bortoli, L., Bertinato, L., Robazza, C., Schena, F. (2015) Motivational climate, resilience, and burnout in youth sport. *Sport Sciences for Health, 11*(1):103-108. DOI: 10.1007/s11332-014-0214-9

Wagstaff, C., Hings, R, Larner, R., Fletcher, D. (2018) Psychological resilience's moderation of the relationship between the frequency of organizational stressors and burnout in athletes and coaches. *The Sport Psychologist, 32*(3):178-188. DOI: 10.1123/tsp.2016-0068

Wolanin, A., Gross, M., Hong, E. (2015) Depression in athletes: prevalence and risk factors. *Current Sports Medicine Reports (CSMR), 14*(1):56-60. DOI: 10.1249/JSR.0000000000000123.

Zumpano, C. E.; Mendonça, T. M. S.; Silva, C. H. M.; Correia, H.; Arnold, B.; Pinto, R. M. C. (2017) Adaptação transcultural e validação da escala de Saúde Global do PROMIS para a língua portuguesa. *Cadernos de Saúde Pública [online],33*(1): :e00107616. DOI: 10.1590/0102-311X00107616

CAPÍTULO 9

SAÚDE MENTAL DE ATLETAS E TREINADORES NO ESPORTE DE ALTO RENDIMENTO: ESTUDO QUALITATIVO NO CONTEXTO BRASILEIRO

Alexandre Conttato Colagrai

Júlia Barreira

Paula Teixeira Fernandes

Avaliando as possibilidades de revistas para ser submetido

RESUMO

A literatura científica sobre saúde mental no esporte de alto rendimento tem aumentado nos últimos anos. Este estudo buscou compreender, pela perspectiva qualitativa, como está a saúde mental dos atletas e treinadores brasileiros de alto rendimento, e como esta cultura do esporte influencia a saúde mental e o desempenho de ambos. Abordamos a saúde mental, com perguntas que avaliaram sintomas de transtornos mentais e fatores protetivos da saúde mental. Participaram do estudo 8 treinadores (2 mulheres e 6 homens) e 7 atletas (4 mulheres e 3 homens) de modalides coletivas e individuais com nível competitivo nacional e internacional. Realizamos uma entrevista semiestruturada, utilizando a análise temática para análise dos dados. Os resultados mostraram que treinadores e atletas brasileiros apresentam conceitos de saúde mental como sinônimos de confiança, autoconfiança, autoestima, força mental, resiliência, foco e concentração. Todos os participantes ressaltaram a importância do trabalho psicológico de forma contínua, tanto para atletas como para treinadores. A relação treinador-atleta apareceu na entrevista de ambos como extremamente relevante para a qualidade e para o nível positivo de saúde mental, sendo considerada uma das principais bases para o desempenho esportivo. As redes sociais surgiram como fator de impacto relevante no contexto esportivo, pois tanto treinadores quanto atletas relataram que podem ser prejudiciais - podendo alterar a forma do atleta desempenhar seu papel no esporte de ato rendimento ou positivas - permitindo visibilidade e divulgação. Estudos devem aprofundar essas questões devido ao impacto que apresenta na saúde mental de atletas e treiandores.

Palavras-chave: Psicologia do Esporte; Transtorno Mental; Análise temática; Relação treinador-atleta; Redes sociais.

INTRODUÇÃO

Abordar o tema saúde mental no esporte de alto rendimento é muito relevante atualmente. Diversos estudos, em especial os de revisão de literatura de atletas (Reardon et al., 2019; Rice et al., 2019) e treinadores (Frost et al., 2023) apontam a quantidade de estudos quantitativos sobre o tema, e a carência de estudos qualitativos para aprofundar o conhecimento sobre o tema. Sabemos que o esporte de alto rendimento deve compreender a saúde mental do atleta e do treinador, pois a relação entre ambos tem influência de forma direta e significativa no rendimento esportivo (Macdonald, Côté, Deakin, 2010; Vella et al., 2015).

Os esportes considerados de elite apresentam diversos estressores para atletas e treinadores (Arnold, Fletcher, 2012; Didymus, 2017; Norris, Didymus, Kaiseleret, 2017). Para os treinadores, aparecem fatores organizacionais - questões financeiras; relações com organizações esportivas de diversos níveis; horas extras de trabalho, podendo aumentar conflitos nas relações familiares; insegurança na estabilidade do emprego - e também fatores de desempenho relacionados ao desempenho pessoal e relação com o atleta, pois tem que gerenciar lesões, comportamentos, falhas, expectativas.

Os atletas por sua vez, são expostos a estressores distintos, entre os quais destacamos: lesão, uma das principais causadoras de problemas mentais; dor física; falha no desempenho; pressão, interna e externa, para alcançar resultados; viagens para competições, o que pode gerar distúrbios do sono; baixo suporte social, dependendo muitas vezes da rede dos próprios companheiros de equipe, mas que também podem ser fonte de estresse pelo fato de serem concorrentes perante *status* e vaga na equipe; rescisão de contrato; cronogramas exigentes; *overtraining*, dedicação exclusiva ao esporte; oportunidades sociais restritas devido aos compromissos de treinamento e viagens; estresse pré-competição, entre outros (Arnold, Fletcher, 2012; Gavrilova, Donohue, 2018; Moesch et al., 2018; Purcell, Gwyther, Rice, 2019; Schinke et al., 2017; Stillman et al., 2019)

Definimos o alto rendimento (ou de elite) em nosso estudo, utilizando as caracterizações de Swann, Moran e Piggott (2015) e do Comitê Olímpico Internacional (IOC, 2021), que são:

- Nível semi-elite: participantes de programas de desenvolvimento de jovens com alto desempenho atlético, bem como membros de esportes universitários com elevado nível profissional e competitivo. Inclui também atletas que participam de competições de federações.
- Nível de elite competitiva: são os que participam de competições de alto nível.
- Nível de elite bem-sucedidos: participam constantemente de competições internacionais como Olimpíadas e Mundiais, obtendo pouco sucesso.

- Nível de elite de classe mundial: participam dessas mesmas competições, mas conseguem vitórias e títulos expressivos com frequência.

Em nosso trabalho, focamos no nível semi-elite, mas sem considerar o esporte universitário e o de formação, aceitando nesse nível apenas aqueles que participam de competições de federações, abaixo das competições de alto padrão, até o nível de elite de classe mundial. Assim, este estudo, qualitativo, teve o objetivo de compreender a saúde mental de atletas e treinadores de alto rendimento no Brasil, visando aprofundar as informações de dados quantitativos obtidos no país. Nossa ideia foi ampliar a compreensão dos conceitos de saúde e doença (transtorno) mental na percepção de atletas e treinadores, e compreender como podemos trabalhar com essas questões no esporte de alto rendimento.

MÉTODOS

Utilizamos a pesquisa qualitativa para aprofundarmos o estudo sobre saúde mental de treinadores e atletas brasileiros de alto rendimento em modalidades olímpicas, para respondermos às seguintes perguntas: como está a saúde mental dos atletas e treinadores brasileiros de alto rendimento, e como a cultura do esporte de alto rendimento influencia na saúde mental e desempenho de ambos.

Neste estudo, abordamos a saúde mental, com uma abordagem que avalia sintomas de transtornos mentais em conjunto com uma perspectiva mais positiva, com detaque para os fatores protetivos da saúde mental. Optamos por esse método por acreditarmos que o mesmo amplia a compreensão do tema de forma aprofundada, complementando os dados quantitativos, potencializando a aplicação prática dos resultados e propondo novos caminhos para pesquisas futuras (Creswell, 2010). Esta pesquisa é parte de um estudo mais amplo com a utilização de outros métodos de pesquisa e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAMP (CAAE: 36412020.0.0000.5404).

Participantes

Os participantes foram atletas e treinadores, divididos da seguinte forma:

Atletas: adultos de alto rendimento de seleções brasileiras femininas e masculinas de modalidades coletivas e individuais, que preencheram os critérios de inclusão: ter idade entre 18 e 30 anos, ter participado de seleção brasileira de sua modalidade em alguma convocação das categorias de base ou adulta; ser atleta de modalidade olímpica; estar em atividade, disputando competições oficiais organizadas por confederações e federações esportivas.

Treinadores: adultos de atletas de alto rendimento de seleções brasileiras, seguindo os critérios de inclusão: ter mais que 18 anos de idade; ter atuado, ou estar atuando, como treinador de equipe ou clube em ambiente de trabalho que possua atletas de alto rendimento acima de 18 anos que estão, ou que já foram selecionados em algum momento de sua carreira, para a seleção brasileira; ser técnico de seleção brasileira de sua modalidade.

Instrumentos

Foi realizada uma entrevista semiestruturada individual com atletas e com treinadores, cujo roteiro foi elaborado com base na teoria estudada e nos estudos analisados sobre saúde mental de atletas e treinadores de elite. Utilizamos questões sobre fatores prejudiciais da saúde mental, com foco nos sintomas de transtornos, e sobre fatores protetivos da saúde mental, focando a saúde mental, com base no modelo de saúde mental de Keyes (2002), que apresenta uma estrutura com duas dimensões distintas mas inter-relacionadas: presença ou ausência de saúde mental, ocorrendo concomitantemente com a presença ou ausência de transtorno mental, sendo que cada um destes aspectos influenciam-se mutuamente (Iasiello, Van Agteren, Muir-Cochrane, 2020). As perguntas foram elaboradas visando explorar como o contexto esportivo pode facilitar ou dificultar o desenvolvimento de saúde ou doença (transtorno) mental e como essas questões podem influenciar o desempenho esportivo. Assim, os roteiros das entrevistas estão detalhados a seguir.

Questões elaboradas para os atletas:

1. Fale sobre você, quem você é, sua experiência no esporte como atleta, como iniciou no esporte, onde trabalhou e onde trabalha como atleta, o que disputa e disputou, competições, rotinas de treinos, títulos obtidos, se trabalha está ou se já foi convocado(a) para seleção de sua modalidade.
2. O que o (a) levou a aceitar a participar de uma pesquisa sobre saúde mental e o que conhece sobre o tema, seus conceitos?
3. Quais fatores você acredita que podem prejudicar a saúde mental de atletas?
4. Você já apresentou ou apresenta sintomas que afetaram sua saúde mental ou algum transtorno mental? Se sim, quais e o que fez para lidar com os sintomas de problemas na saúde mental?
5. O que poderia ser feito para proteger a saúde mental de atletas?
6. O contexto esportivo influencia na saúde mental de atletas? Como você vê isso, quais fatores são específicos do esporte que influenciam negativamente na saúde mental e quais ajudam a proteger?

7. O que pode levar um atleta a esconder, negar ou mascarar problemas com a saúde mental?
8. Para você quais seriam, em ordem de prioridade, os responsáveis por identificar e apoiar atletas com problemas de saúde mental?
9. A saúde mental (ou a falta dela) influencia o desempenho esportivo do atleta? Se sim, como?
10. Qual é sua opinião sobre a frequência de sintomas de transtornos mentais em atletas se comparados com a população em geral, você acha que é maior, igual ou menor em atletas?
11. Como você vê a relação das redes sociais com a saúde mental do atleta?
12. Se desejar, pode falar sobre o que mais considera importante neste tema.

Questões elaboradas para os atletas:

1. Fale sobre você, quem você é, sua experiência no esporte, se foi atleta, como iniciou no esporte, como seguiu para ser treinador, onde trabalhou e onde trabalha como treinador, modalidade, o que disputa, competições, rotinas de treinos, títulos obtidos, experiências auxiliares para treinador, se trabalha ou já trabalhou com atletas convocados para seleção e se já foi ou é treinador de seleção de sua modalidade.
2. O que o(a) levou a aceitar a participar de uma pesquisa sobre saúde mental e o que conhece sobre o tema, seus conceitos?
3. Quais fatores você acredita que podem prejudicar a saúde mental de treinadores?
4. Você já apresentou ou apresenta sintomas que afetaram sua saúde mental ou algum transtorno mental? Se sim, quais e o que fez para lidar com os sintomas de problemas na saúde mental?
5. O que poderia ser feito para proteger a saúde mental de treinadores?
6. O contexto esportivo influencia na saúde mental de treinadores? Como você vê isso, quais fatores são específicos do esporte que influenciam negativamente na saúde mental e quais ajudam a proteger?
7. Quais fatores você acredita que podem prejudicar a saúde mental de atletas?
8. Como treinador, você já teve atletas com sintomas de depressão, ansiedade, transtorno de pânico, abuso de álcool e outras drogas, distúrbios de sono, transtorno alimentar, ideias e tentativas de suicídio, abusos sofridos, ou outros transtornos que queira citar? Se sim, o que fez para lidar com a situação?

9. Na sua visão como treinador, o que pode levar um atleta a esconder, negar ou mascarar problemas com a saúde mental?
10. Para você quais seriam, em ordem de prioridade, os responsáveis por identificar e apoiar atletas com problemas de saúde mental?
11. A saúde mental (ou a falta dela) influencia o desempenho esportivo do treinador e do atleta? Se sim, como?
12. O contexto esportivo influencia na saúde mental de atletas? Se sim, quais fatores você acha que prejudicam e quais fatores auxiliam na saúde mental?
13. Qual é sua opinião sobre a frequência de sintomas de transtornos mentais em atletas se comparados com a população em geral, você acha que é maior, igual ou menor em atletas? E quando comparamos treinadores e a população em geral? E quando comparamos treinadores e atletas?
14. Como você vê a relação das redes sociais com a saúde mental do atleta?
15. Se desejar, pode falar sobre o que mais considera importante neste tema.

Procedimentos

As entrevistas foram agendadas com cada participante em um local de sua escolha, no qual se sentisse confortável, e realizadas de forma *online*, através do aplicativo *Zoom*. O dia e o horário foram escolhidos pelo participante, respeitando o critério de que não fosse véspera ou dia seguinte de competição, para evitar interferências emocionais da competição diretamente. A entrevista foi transcrita na íntegra na sequência. As gravações estão disponíveis por um período de 5 anos, segundo as normas do CEP, conforme sua Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. O participante foi informado sobre esse procedimento e sobre o TCLE, também de maneira remota. O participante não foi e não será identificado de nenhuma maneira. No momento da entrevista, para maior sigilo das informações, os participantes escolheram uma descrição com dados de gênero, modalidades e algumas características de sua trajetória no esporte que o representasse, sem que fosse identificado.

Análise dos Dados

As entrevistas foram analisadas com base na análise temática dos dados e sua codificação, para agrupar dados relevantes para cada tema. As abordagens qualitativas são complexas e diversificadas, e a análise temática é um método que pode auxiliar na compreensão desses dados, pois auxilia a identificar, analisar e relatar padrões (temas) nos dados, tematizando significados que surgem do texto transcrito das entrevistas (Braun, Clarke, 2006).

A análise temática é considerada fundamental para a análise qualitativa, pois um dos seus benefícios é sua flexibilidade, uma vez que não está vinculada a uma perspectiva teórica específica (Braun, Clarke, 2006; Clarke, Braun, 2013), o que pode fornecer dados de maneira mais rica e detalhada, embora complexa (Braun, Clarke, 2006). Funciona tanto para refletir a realidade, quanto para desvendar a superfície da "realidade", reconhecendo as maneiras como os indivíduos geram significado de sua experiência e, por sua vez, as maneiras como o contexto social mais amplo interfere nesses significados (Braun, Clarke, 2006).

Dessa maneira, a análise temática organiza e descreve minimamente o conjunto de dados em detalhes (ricos) e interpreta vários aspectos do tópico de pesquisa. Braun e Clarke (2006) distinguem nesta análise dois níveis de temas, semântico e latente, e também, distinguem a análise teórica, impulsionada pelas questões específicas de pesquisa ou indutiva, impulsionada pelos próprios dados. Nosso estudo tem o formato essencialista ou realista, a fim de identificar experiências, significados e a realidade dos participantes. Os temas foram de nível semântico por fazermos a análise com os significados explícitos ou superficiais dos dados, sem procurarmos nada além do que um participante disse. Além disso, seguimos a estrutura teórica de cima para baixo, impulsionada pelas questões de pesquisa.

Vale lembrar que o texto clássico de Braun e Clarke (2006) sobre análise temática foi proposto para estudos na área da Psicologia, apresentando-se como mais uma vantagem nesse estudo. Portanto, verificamos os temas e subtemas que surgiram a partir das entrevistas, por acreditarmos que um tema captura algo importante sobre os dados em relação à questão de pesquisa e representa algum nível de significado no conjunto de dados (Braun, Clarke, 2006).

Nosso foco é a saúde mental de atletas e treinadores brasileiros de alto rendimento. Assim, após a transcrição na íntegra das entrevistas, seguimos com os passos para definição dos temas, a partir das seis etapas propostas por Braun e Clarke (2006):

1. Familiarização: a leitura inicial e a releitura das transcrições compõem essa etapa. Nesta etapa, fizemos anotações e realces de transcrições que chamaram nossa atenção. Relizamos duas releituras gerais de todas as entrevistas, e na segunda releitura, fizemos novas anotações sobre possíveis códigos, que foram orientados pelas questões de pesquisa, pela entrevista, e baseadas na ampla teoria prévia analisada.
2. Codificação: envolve a produção de códigos iniciais que possibilitam identificar as características dos dados considerados interessantes para a pesquisa, sendo que os dados podem ter mais de um código. Em nosso estudo, cada entrevistado teve uma cor que o representava, e as passagens do texto de sua entrevista que foram

consideradas significantes foram selecionadas com a cor do participante. Os trechos das entrevistas selecionados foram separados em um novo documento, e agrupados com trechos de outros participantes por áreas com conteúdo similares, oferecendo assim critérios para a escolha de possíveis códigos.

3. Definição dos temas: caracterizada pela exploração das diferentes combinações entre os códigos para formar um tema abrangente. Agrupamos então em um novo documento os temas e códigos com características similares, com seus respectivos trechos das entrevistas de cada participante. Pelo fato destes trechos serem agrupados por similaridade de conteúdo, ideias iniciais de códigos e temas foram propostas nesse novo documento.
4. Revisão dos temas: depois de definir os possíveis temas, foi necessário refinar as escolhas e garantir que os temas tivessem relação com o foco da pesquisa. Nesse momento da análise, os temas propostos podem ser unidos ou divididos em subtemas. Aqui, realizamos a leitura completa, de forma cuidadosa, de cada tema proposto inicialmente, seus respectivos códigos, e os trechos das entrevistas de cada participante (treinadores e atletas) referente ao código, para refinarmos as escolhas dos temas e os códigos utilizados. Dessa forma, procuramos garantir que os temas e seus respectivos códigos e conteúdos, representassem de forma coerente os objetivos dessa pesquisa.
5. Nomeação dos temas: todos os aspectos dos temas devem ser coerentes com a ideia central ou foco do estudo. Portanto, nesse momento, os temas foram avaliados para decidir se os manteríamos, trocaríamos ou mudaríamos o nome do tema, se juntaríamos temas, ou se algum seria excluído.
6. Produção do relatório: caracterizada pela produção de um relato conciso, coerente, lógico, não repetitivo e interessante da história que os dados contam. Em nosso estudo, é o artigo que está sendo elaborado.

RESULTADOS

Participaram das entrevistas 7 atletas (4 mulheres nas modalidades de boxe, taekwondo, futebol, atletismo e 3 homens nas modalidades de boxe, handebol, atletismo) e 8 treinadores (2 mulheres nas modalidades de taekwondo e ginástica artística e 6 homens nas modalidades de handebol, voleibol, *mountain bike*, atletismo, natação e boxe). A análise temática está apresentada a seguir, sendo primeiro dos atletas e depois dos treinadores. Em seguida, apresentamos a comparação entre atletas e treinadores.

Atletas

Foram entrevistados 7 atletas, todos com passagem nas respectivas seleções brasileiras (4 mulheres e 3 homens, sendo 2 de modalidades coletivas e 5 de modalidades individuais). Suas principais características estão detalhadas na Tabela 1.

Tabela 1. Características dos atletas entrevistados.

	Atletas						
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Sexo	Masc.	Fem.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
Idade	24	27	19	20	25	26	30
Modalidade	Handebol	Futebol	Atletismo	Atletismo	Boxe	Boxe	Taekwondo
Conquistas	Vários títulos pelos clubes que jogou no Brasil e na Espanha.	Melhor jogadora das competições que disputou (estadual, brasileiro, libertadores).	Campeã estadual e brasileira, medalhista em competições sulamericanas e pan-americanas.	Melhor atleta do Brasil em provas de longa distância. Campeão estadual, nacional, sul americano.	Vários títulos estaduais e brasileiros e internacionais (Pan-americano, Sulemrcano, Mundial, Olimpiada).	Vários títulos estaduais e brasileiros e internacionais (Pan-americano, Sulemrcano, Mundial, Olimpiada).	Vários títulos estaduais e brasileiros e internacionais (Pan-americano, Sulemrcano, Mundial, Olimpiada).

Legenda: Masc. = sexo masculino; Fem. = sexo feminino; Idade (em anos).

Após a leitura e releitura das transcrições e seguindo os passos elencados nos métodos, os temas escolhidos para os atletas, com os respectivos subtemas, estão colocados na Tabela 2.

Tabela 2. Temas e subtemas dos atletas.

	Temas	**Subtemas**
1	Fatores prejudiciais à saúde mental de atletas	✓ Pressão e cobrança ✓ Dor e lesão ✓ Relacionamentos ✓ Aspectos do esporte de alto rendimento
2	Sintomas que afetam a saúde mental do atleta	✓ Ansiedade pré-competitiva ✓ Ansiedade crônica ✓ Outros problemas com saúde mental ✓ Formas de enfrentar os sintomas
3	Fatores protetivos para saúde mental de atletas	✓ Trabalho psicológico ✓ Práticas alternativas ✓ Resiliência gerada pelo esporte ✓ Relacionamentos de apoio ✓ Capacitação sobre saúde mental
4	Atletas que escondem ou mascaram problemas com a saúde mental	✓ Medo ✓ Cultura do esporte
5	Saúde mental e a relação com desempenho esportivo	.
6	Relação das redes sociais com a saúde mental no esporte	✓ Aspectos positivos ✓ Aspectos negativos

Tema 1: Fatores prejudiciais à saúde mental de atletas

Os atletas começaram apontando a **pressão e a cobrança** como características fundamentais do esporte de alto rendimento, porém, impactavam significativamente em sua saúde mental. Observamos nas falas a percepção de cobranças internas e externas, individuais e sociais, e alguns exemplos pessoais e a preocupação de como lidar com essa pressão e cobrança no contexto esportivo, incluindo melhores habilidades das pessoas envolvidas para auxiliar no enfrentamento dessas situações. Assim, detalhamos a seguir algumas falas significativas:

- *"A pressão do resultado, do desempenho, de estar bem todos os dias...essa cobrança vem desde a comissão técnica, do clube, e também pessoal...". Atleta Boxe Masculino*

- *"Pressão em excesso, cobrança,... eu não sei lidar com pressão, meus treinadores já sabem que com muita pressão eu não funciono. Então, quando eu perdendo, não tô conseguindo fazer o que eles estão pedindo, se forçar a barra vai piorar, aí que eu não vou conseguir mesmo, então muita pressão, muita cobrança em excesso acho que prejudica bastante". Atleta Boxe Feminino*

- *"Pressão e cobrança faz a gente ter medo e não conseguir realizar as ações, você pensa: 'será que não vou falhar e o que a pessoa vai falar'... a gente deixa de fazer porque às vezes a gente não acredita na gente mesmo e fica pensando: 'tem medo, começa a misturar sensações né, não vou fazer porque podem falar que errei, não vou fazer porque posso errar'....ter medo do outro interfere no desempenho". Atleta Futebol Feminino*

- *"Lidar com a pressão... no Brasil, o atleta não tem estudo, ele vem de um lugar que o esporte é a única salvação, então isso já coloca uma pressão a mais nele, e ele não pode errar, não pode falhar, porque muitas vezes é a única maneira que ele encontrou para a vida dele, de dar uma condição um pouco melhor para ele e para família. A pressão, ela vem de vários lados, não vem só de um treinador, ela vem às vezes de uma gestão de trabalho que te cobram resultado, você pode ter uma pressão de torcedores, pressão familiar que ela pode vir muitas vezes porque o esporte é a escapatória daquela pessoa, e eu acho que também tem autocobrança porque para você estar no alto rendimento... então pressão é a palavra que melhor define o esporte de alto rendimento e que pode prejudicar a saúde mental do atleta,...o esporte, devido à essa pressão, pode potencializar características que o indivíduo já possui, ou seja, da ansiedade forte, um transtorno de ansiedade, um transtorno depressivo". Atleta Handebol Masculino*

- *"A cobrança, a nossa mesmo individual que a gente tem. Desde quando eu comecei assim a ganhar minha primeira bolsa atleta, eu tenho contrato com a equipe né, é uma responsa a mais, e aí você fica assim pensando durante a própria competição: 'poooo esse aqui é meu trabalho né... Então tem a questão da cobrança tanto individual quanto da equipe, dos treinadores, e também de pessoas que estão nas nossas vidas né, acho que a cobrança mexe muito com o psicológico". Atleta Atletismo Feminino*

- *"A negatividade que às vezes vem da autocobrança, cobrança que é muito alta, o estresse do ambiente esportivo de alto rendimento, porque nós vivemos no extremo, né... a gente vive no estresse constante, então isso traz muitos outros problemas para a gente né". Atleta Taekwondo Feminino*

- *"A pressão do alto rendimento, você tem que vencer, por exemplo, agora no mundial, eu era praticamente certo de ser medalhista entendeu, era praticamente garantido de ganhar uma*

medalha, e chegou lá não foi bem assim, eu perdi, foi um tombo feio sabe, isso aí fez um buraquinho ali na cabeça né... Então, a cobrança acho que é o maior problema para a saúde mental". Atleta Boxe Masculino

- *"Pressão e cobrança em excesso... acho que a maioria dos atletas, ninguém tem um acompanhamento psicológico, muita gente ainda trata esse lado como frescura... Brasil, onde a saúde mental é tratada como algo irrelevante". Atleta Atletismo Masculino*

- *"Os próprios treinadores têm as suas próprias limitações em ajudar. Falta ter instrução dessa parte né, às vezes a capacitação dos treinadores é voltada muito para aquela educação física do treinamento específico". Atleta Taekwondo Feminino*

- *"A comissão técnica deveria saber da vida do atleta, não só olhar ele apenas como um atleta né, porque a gente também tem nossa vida, a gente também é ser humano. Os atletas não são máquinas né, não são máquinas que produzem medalhas né, a gente também tem uma vida né, tem seus sentimentos e altos e baixos". Atleta Boxe Feminino*

No subtema **dor e lesão**, as falas dos atletas ressaltam a essência desses aspectos da vida do atleta, e a relação destes com a dor, com a perda de sua identidade e, consequentemente, com sua saúde mental, como mostram os depoimentos.

- *"No ambiente esportivo de lutas nós lidamos muito com dor, então assim, a gente aguenta muito, é um esporte de contato, então é quase certo que você vai ter alguma coisa física de fato... Aí a gente aprende muito assim: 'precisa suportar, precisa ir além do limite'... eu acho que talvez essa cultura de suportar e de aguentar faz com que a gente também não fale coisas da cabeça, a gente fica aguentando e suportando também, e aí a gente fala assim: 'isso aí faz parte, isso daí eu tenho que aguentar'a gente acaba não falando sobre isso e vira um problema muito maior". Atleta Taekwondo Feminino*

- *"... a questão da lesão também onde a gente é obrigado a ficar parado, então mexe um pouco no ânimo porque é difícil voltar, então a lesão mexe bastante...todo mundo tem medo da lesão, 'será que um dia eu vou me lesionar, meu Deus, eu não quero'. E quando a gente acaba se lesionando, tem aquele medo maior ainda, você não sabe se você vai se recuperar, quando você vai se recuperar, quanto tempo vai levar, e depois pra voltar nossa, depois que você se recupera é mais difícil ainda, porque tem o medo da lesão voltar de novo, e tem o medo da gente não conseguir voltar ao que a gente era antes, então acho que isso mexe muito...então a lesão é uma das coisas que mais afeta mesmo a saúde mental do atleta". Atleta Atletismo Feminino*

- *"A lesão, acredito que seja prejudicial... eu mesmo vinha de muitas lesões né, por muito tempo tinha lesões consecutivas, e aí eu não tive uma sequência de jogos né, eu começava a jogar, participava da competição, dava início, aí vinha uma lesão, e isso me atrapalhou um pouco, e toda lesão a gente sabe que faz parte do trabalho do atleta, mas a gente dificilmente aceita, mas a lesão fez com que minha cabeça ficasse bagunçada de novo, eu não tava sabendo lidar com isso... A lesão mexe muito com o psicológico do atleta". Atleta Futebol Feminino*

Com relação aos **relacionamentos**, percebemos que os participantes ressaltaram os diferentes tipos de relações inseridos no contexto do esporte brasileiro - relação com colegas de equipe, com membros da comissão técnica e com familiares - que, quando são negativos ou tóxicos, podem prejudicar de maneira significativa sua saúde mental, como mostram suas falas.

- *"A forma como é o tratamento seja das atletas entre si, seja da comissão, deve ser aquela relação de troca de respeito né, acho que indiferenças podem acabar atrapalhando né. Uma amiga minha de clube por exemplo, ela tem uma cultura japonesa, e fizeram uma brincadeira com ela e ela não gostou, e aí acabou levando para o lado mais sentimental e mexeu com ela entendeu, então eu acho que a forma como se tem o tratamento dentro do clube pode mexer com a saúde mental". Atleta Futebol Feminino*

- *"Desavenças...dentro da equipe, desentendimento com treinadores, afeta". Atleta Atletismo Masculino*

- *"Mentiras, por exemplo, a comissão falar para um atleta que ele vai fazer algo, ou que vão dar algo, e depois não cumprirem, principalmente porque a gente cria essa expectativa né, sonha com isso, tá focado nisso esperando isso acontecer e não acontece". Atleta Boxe Feminino*

- *"Privacidade, você vive muito em alojamento, divide o quarto com outras pessoas, e você acorda e você vê aquelas mesmas pessoas do seu âmbito de trabalho ali. Pode interferir, você vai para o treino e você treina com aquelas mesmas pessoas, então imagina todos os dias isso, todos os dias essa rotina... a gente chega no final de temporada e a gente fica esgotada e quer férias, acaba tendo aquelas brigas que é coisa normal de todo ano de trabalho... tá todo mundo ali ao mesmo tempo, tendo que dividir tudo ao mesmo tempo, acho que isso acaba atrapalhando a saúde mental né". Atleta Futebol Feminino*

- *"Os amigos, companheiras de treino, porque é o que tá com a gente o tempo todo, eles estão com a gente no treino e quando a gente vai para casa eles estão com a gente na casa né. Eu não conheço quase ninguém que não seja da minha modalidade, em São Paulo não tem família em São Paulo... Problemas familiares também prejudicam a saúde mental né, quando traz o problema familiar para dentro do seu trabalho no esporte". Atleta Boxe Feminino*

Para finalizar esse primeiro tema, o subtema **aspectos do esporte de alto rendimento**, refere-se à percepção da valorização das modalidades esportivas do esporte e a expectativa de sucesso na cultura esportiva. Assim, as principais falas foram:

- *"A minha modalidade é uma modalidade marginalizada... A gente maquia muito bem isso, porque é um ambiente bem tóxico né, a competição é um negócio que, em alto rendimento não é nada saudável cara, então eu acho que a gente tem muito mais problemas com a saúde mental do que uma pessoa normal, é um ambiente bem tóxico que acaba estressando a gente bastante". Atleta Boxe Masculino*

- *"O que afeta a saúde mental de atleta é a questão de 'bater na trave' [expressão que significa que por muito pouco não se conseguiu atingir a meta esperada, vencer]...isso mexeu muito com minha cabeça, toda hora eu deixava de participar de alguma coisa porque eu tinha 'batido na trave', por pouco, você não se classificou, não foi ouro, ou medalhista, mas também às vezes ajuda né, porque você pode ficar com aquele sentimento: 'nossa vou conseguir, esse ano bati na trave mas vou conseguir'. Então depende muito de como a pessoa reage, acho que tem gente que usa isso para dar um gás [expressão para dizer - se motivar], e tem gente que fica desanimado com isso né, então depende muito". Atleta Atletismo Feminino*

- *"O esporte, ainda mais no Brasil que não é muito valorizado, você tem que estar sempre com a cabeça muito blindada para não desistir porque senão você começa a ficar triste, você treina, se lesiona e é você contra você todo dia". Atleta Atletismo Masculino*

- *"Tudo que desalinha a rotina né, acho que acaba prejudicando". Atleta Taekwondo Feminino*

Tema 2: Fatores prejudiciais à saúde mental de atletas

Neste tema, temos os sintomas que afetam sua saúde mental, sendo que a ansiedade esteve presente em praticamente todas as falas. Para eles, toda forma de ansiedade potencializou sintomas negativos que prejudicaram sua saúde mental. Ao analisarmos os relatos, percebemos que alguns tiveram o que chamamos na Psicologia do Esporte de ansiedade pré-competitiva e outros, de ansiedade mais crônica, presente de maneira recorrente, em mais momentos do dia. Começando então pelo primeiro subtema - **ansiedade pré-competitiva** - tivemos relatos de dois atletas.

- *"Nunca, nunca tive nada assim sério com minha saúde mental, claro que dá aquele nervoso, acho que é normal, todo atleta sente antes de competir né, mas depois tranquilo". Atleta Atletismo Masculino*

- *"Eu nunca tive nenhum período muito longo estando depressiva, aquela ansiedade intensa de querer que as coisas aconteçam logo sabe, mas eu acho que tenho algo mais pontual, quando acontece alguma coisa que me deixa mal eu sinto muito mesmo... quando acontece, eu deixo de comer, eu realmente não sinto fome, acabo chorando muito, não tenho algo que me deixa depressiva direto, são coisas pontuais que eu fico triste, fico mal, e depois de um tempo, no meu tempo, eu vou melhorando... e se ainda não tô bem, eu não fico fingindo que eu tô bem, não fico ignorando o que eu sinto, eu deixo sentir mesmo e vou, eu não sou de ignorar os sentimentos, então surto de ansiedade e depressão eu nunca tive". Atleta Atletismo Feminina*

No que se refere à **ansiedade crônica**, três atletas deixaram seus depoimentos, enfatizando a importância de se conhecerem e se tratarem de maneira adequada.

- *"Eu acredito que eu seja ansiosa, de comer, de não conseguir se controlar em relação a isso, um pouco mais com doces, então assim, ansiedade de não consegui dormir também". Atleta de Futebol Feminino*

- *"Sempre me achei uma pessoa ansiosa, mas nunca achei que eu tivesse algo mais sério, e depois que eu frequentei o psicólogo, deu para perceber de forma clara, pois é um diagnóstico que é difícil de você ter. Tive essa parte né, da ansiedade, hoje eu consigo perceber que ela esteve presente em alguns momentos importantes para mim dentro do esporte, eu não estava naquele momento tratando esse tema da saúde mental com psicólogo, então eu achava que era, enfim, que era alguma coisa que eu não sabia identificar, hoje tendo ajuda de um profissional da Psicologia eu vejo que já tive esses momentos de ansiedade, que tenho até hoje". Atleta Handebol Masculino*

- *"Tenho um pouco mais de ansiedade, e a ansiedade acaba influenciando minha qualidade de sono. Quando eu me sinto ansiosa eu tenho um bloqueio alimentar, hoje em dia isso é muito mais controlado, justamente porque eu faço acompanhamento com psicólogo. A ansiedade, às vezes, quando ela é muito forte, ainda dá aquele aperto no peito que você não sabe exatamente o que é, um pouco de falta de ar, mas já tem muito tempo mesmo que eu não tenho nenhum episódio desse. No início, antes eu fui até no cardiologista... e aí ele falou: 'olha no meu*

conhecimento para mim isso ta relacionado a uma é crise de ansiedade'". Atleta Taekwondo Feminino

O subtema - **outros sintomas de problemas de saúde mental** - enfatiza situações indesejáveis, como mentira, convocação ou lesão, como mostra os relatos a seguir.

- *"Na seleção, teve uma coisa que mexeu muito com meu psicológico que foi o fato de um treinador me falar que, com toda certeza eu iria para um campeonato e me deu muita esperança. Então eu fiquei muito feliz com minha primeira viagem com a seleção e eu tava muito confiante né, já tava contando com essa viagem e tudo, e aí, no dia da convocação, vem o treinador falar o nome dos atletas que iriam para a viagem e eu não fui né, então isso mexeu muito comigo, eu fiquei mal, foi quando eu passei a primeira vez com a psicóloga da seleção. Eu passei com a psicóloga também quando eu desenvolvi uma lesão nos meus pés, isso também mexeu comigo pelo fato de não estar conseguindo treinar". Atleta Boxe Feminino*

- *"Já tive esses distúrbios sim, no último ciclo olímpico que eu subi de categoria então, eu tinha que tirar bastante peso, então quanto mais você compete, mais você tem que bater o peso né... minha cabeça tava alterada, tipo assim, eu tava deitado, vou abro a geladeira e como tudo o que tem dentro, e no outro dia eu tinha que bater o peso, sempre foi algo recorrente, eu comia por ansiedade... sou um muito introvertido né, e o mal do introvertido, ele guarda tudo pra ele e isso vira uma avalanche dentro da cabeça, eu penso muito, então em uma competição às vezes me fazia pensar demais, então é algo que eu to resolvendo ainda". Atleta Boxe Masculino*

Como último subtema do tema 1, aparecem as **formas de enfrentar os sintomas**. Interessante salientar que muitos atletas procuraram auxílio profissional ou outras maneiras de lidar com as situações, como mostram suas falas.

- *"O que eu sempre fazia antes era treinar mais, eu ficava depois do treino e ia para academia, ia fazer um treino a parte. O momento da atividade física é um momento que eu sinto que eu tô conseguindo controlar minhas ideias, meus pensamentos, acho que era minha fuga antes, era um momento que eu conseguia esclarecer tudo na minha na minha mente, meio que esvaziar, deixar tudo um pouco mais tranquilo para não ficar pensando totalmente nisso [no problema ou no jogo]... tive fases que por conta disso eu comi mais, saia para beber e bebia um pouco mais do que deveria... Hoje faço acompanhamento psicológico, e com isso eu acho que eu tenho o lado mental um pouco mais forte pelas atividades que a gente faz lá, enfim por vários motivos eu acho que eu tenho esse lado mental já um pouco mais controlado". Atleta Handebol Masculino*

- *"Eu busquei um profissional e ele cuida dessa questão mental, e ele foi colocando questões assim pontuais sobre o que eu precisava fazer, e só da gente pensar ali e refletir um pouco a gente consegue fazer, mas parecia que precisava de um alerta, aí ele foi me orientando do que eu precisava fazer durante os treinos, na vida pessoal e profissional. Querendo ou não, não é só obra dele, tem aqui uma parte de Deus também né, de as coisas terem que acontecer no tempo certo... esse trabalho psicológico faz total diferença, porque a mente manda no corpo". Atleta Futebol Feminino*

- *"Passei pela psicóloga, a gente conversou bastante, foi onde eu consegui melhorar e a saber lidar com essas situações [lesão, mentiras da equipe] que me deixavam com minha mente alterada, e que se ocorrer novamente já não vai me afetar porque eu já sei como lidar". Atleta Boxe Feminino*

- *"Para resolver os sintomas foi eu externar mais as coisas, fazer trabalhos de respiração também que ajudam a controlar, a acalmar quando as coisas saem do controle, trabalhos de mentalização, esvaziar a mente..."*. *Atleta Boxe Masculino*

- *"Eu faço acompanhamento com psicólogo esportivo e entendi como gerir alguns sentimentos, porque quando você não gere bem seus sentimentos, eles acabam dominando você. Fui na minha psicóloga e ela me ajudou a desenvolver ações através da respiração que me ajudaram a conseguir voltar à tona, eliminar esse sintoma de aperto no peito, da respiração ofegante pela própria respiração, e aí depois eu fui somando com algumas músicas instrumentais que ajudam a relaxar, normalmente meditação... tenho conseguido fazer pelo menos cinco minutos por dia, e eu vi que faz um bem danado para mim, inclusive melhora minha qualidade de sono"*. *Atleta Taekwondo Feminino*

- *"... Acho que minha religião ajuda bastante, não a religião em si, mas as orações mesmo sabe, conversas com Deus que eu tenho, coisas que eu leio, então me ajudam bastante a por os sentimentos e os pensamentos no lugar, acho que eu treinar por exemplo, isso tira a cabeça de todo tipo de sofrimento que você tem, você começa a fazer seu corpo sofrer e não só a cabeça, então acho que isso me ajuda, e também procuro pessoas e sempre falo tudo o que eu sinto, coloco pra fora e não fico guardando pra mim, e eu acho que isso é o que me ajuda, não ficar guardando, eu choro até cansar de chorar"*. *Atleta Atletismo Feminino*

Tema 3: Fatores protetivos para sua saúde mental

Aqui, os atletas nos mostram possíveis maneiras que percebem como positivas para enfrentar as dificuldades experienciadas na vida e, em especial no esporte. No primeiro subtema, **trabalho psicológico**, todos os atletas enfatizaram sua importância, mesmo com a dificuldade de encontrar em suas equipes este profissional, realizando trabalho constante e não pontual, como acontece em alguns locais.

- *"Eu acho que uma equipe multidisciplinar disponível para atleta ajuda a proteger muito ele, e como eu te disse, alguns exercícios que vem de profissionais capacitados né. Meditação por exemplo, às vezes conversar com alguém sabe, já ajuda, também ter um tempo de descanso ideal dos treinos e competições, ter um intervalo para que a gente possa fazer umas atividades que não sejam aquelas do nosso esporte, para a gente poder equilibrar as coisas"*. *Atleta Handebol Masculino*

- *"Com certeza ter acompanhamento com psicólogo faz total diferença tenho certeza, eu preciso de um psicólogo, é o que me falta"*. *Atleta Atletismo Masculino*

- *"Desde que eu entrei [na seleção] sempre teve psicóloga né, mas antes não tinha, e outras modalidades também acho que não davam tanta importância pra isso, e é uma coisa que faz muita diferença e ajuda muito no desempenho máximo dos atletas, não só em questões do atleta né, do esporte em si, mas principalmente na questão pessoal né, na vida pessoal do atleta"*. *Atleta Boxe Feminino*

- *"... Eu mesmo demorei um tempo para entender a importância da Psicologia do Esporte, a importância de conversar com uma psicóloga, de se ensinar a ter foco, respiração mais relaxada. Eu acho que na seleção a gente faz um trabalho bom com psicólogo, mas é um trabalho mesmo que clubes não tem interesse em investir, eles acham que não é tão importante como contratar um massagista ou contratar um preparador físico"*. *Atleta Boxe Masculino*

- *"Um profissional da Psicologia, principalmente para quem tem tarefas que mexem muito com a cabeça mesmo. Por exemplo, esse ano, eu me lesionei, e eu tive que ficar um mês parada, eu nunca havia me lesionado, nunca fiquei parada, eu podia ter descontado em outras coisas, porque a gente tem amigos que não são atletas, então se a gente tem a cabeça fraca, aí você vai lá e toma algo ou experimenta alguma coisa que não tá acostumado... se a gente não tem um psicológico forte, a gente acaba se envolvendo em coisas que são ruins para a gente, que não combinam com nossa vida de atleta, e ter a ajuda de um profissional é importante porque às vezes uma pessoa de fora ela percebe coisas que a gente não vê, as vezes a gente está se autossabotando e a gente nem percebe". Atleta Atletismo Feminino*

- *"Para proteger a saúde mental do atleta seria mesmo o psicólogo realmente né, lá no clube a gente tem agora, que seria ouvir a orientação dele pela experiência que ele tem, porque eu queria um objetivo, eu precisava alcançar e eu não sabia mais o que fazer, e aí foi onde eu falei que sozinha não ia conseguir, aí procurei alguém que tivesse preparado naquele momento e pudesse contribuir". Atleta Futebol Feminino*

- *"A pressão ela faz parte da vida do atleta... acho que a presença de um psicólogo hoje é fundamental mas que não seja algo recorrente, mas que você tenha algo para o grupo ou se for um esporte individual para o atleta no caso... que você tenha um profissional contínuo que esteja ali para ajudar esses atletas dessa equipe, porque o atleta tem problemas para lidar com a pressão". Atleta Handebol Masculino*

No subtema **práticas alternativas**, temos diversos apontamentos, pois na ausência do profissional de Psicologia, outras maneiras de enfrentamento precisam ser feitas. Assim, os relatos dos atletas detalham estes aspectos.

- *"Acho que o essencial seria a presença de um psicólogo, mas se você não tiver isso, que você possa encontrar maneiras ou mecanismos de tratar esse assunto... já vi alguns casos de pessoas que não suportaram pressão ou que enfim, simplesmente colapsaram, então, o próprio atleta pode desenvolver formas para proteger a saúde mental dele, porque ele também pode ser capaz de se encontrar, de se ver numa situação complicada e enfim, buscar ajuda, claro é mais difícil, mas acho que ele pode. Então a principal forma de proteger a saúde mental do atleta seria essa questão do controle da pressão, de saber lidar com ela... Depois que eu vim aqui para fora do país, eu vejo alguns atletas que tem a sua rotina de, por exemplo, tem uns que gostam de meditar, de passar um tempo sozinho tentando se concentrar, enfim cada um tem a sua rotina pessoal para aqueles que não buscam ajuda profissional, então acho que são ferramentas... [essa questão da pressão, de cobrança, do que se sente, do que ela causa] ... Então, saber lidar com isso acho que é uma dificuldade que o atleta brasileiro no geral tem". Atleta Handebol Masculino*

- *"Pensar positivo faz com que todas as coisas mudem, e tem aquela questão de tudo que você pensa você atrai, então se eu penso positivo as coisas vão fluir de forma positiva, se não ocorrer dessa forma é porque realmente não era para ser, mas eu tenho que continuar acreditando". Atleta Futebol Feminino*

- *"Conhecer bastante seu humor acho que é um ponto importante, dormir, se alimentar bem que isso tudo é uma coisa só né". Atleta Atletismo Masculino*

- *"Saber gerenciar os sentimentos né, então saúde mental para mim é isso assim, a gente saber quando a gente sente alguma coisa, e a gente saber como solucionar aquilo que a gente sente, se for ruim né lógico, então se a gente tá triste, como que eu posso mudar essa perspectiva... a gente saber organizar esses sentimentos dentro da gente, agora se isso não acontece, se você não quer lidar com o que você passa, aí piora a saúde mental, às vezes você tá pra baixo e não sabe identificar isso". Atleta Atletismo Feminino*

Já o subtema - **resiliência gerada pelo esporte** - traz, em sua essência, a questão da própria experiência esportiva, os desafios enfrentados no esporte e as maneiras encontradas para superação de obstáculos, que podem potencializar a resiliência no atleta e auxiliar como fator de proteção da saúde mental.

- *"Eu curto muito essa parada de superar alguma coisa dentro do esporte, acho que a gente saber passar pelas dificuldades, por essas barreiras mentais que a gente passa sempre no esporte, se, eu acredito que vou superar algumas coisas no esporte, você passar por uma competição dificílima sabe, eu acho que isso constrói algumas coisas ali na nossa mente sabe, e prepara a gente da melhor forma possível. Então, dificuldades, ter que superar dificuldades, pode destruir a gente ou pode ajudar a gente em muitas coisas sabe, eu hoje tenho uma paciência para lidar com alguns problemas, eu penso, 'pô já passei tanta coisa dentro do esporte já que tipo, isso aqui não é nada'. Então acho que tem esse lado aí da superação, da gente conseguir dar a volta por cima". Atleta Boxe Masculino*

- *"A gente aprende a lidar, com distância da família, com o fato de não ter vida social, a gente sabe que é difícil né, mas com o tempo a gente aprende a lidar, a gente fica mais forte digamos assim. Às vezes quando a gente tá muito longe, em campeonato por exemplo, você pensa: 'nossa eu quero muito ganhar esse campeonato, pegar minha medalha, e chegar em casa com minha família e poder comemorar, fazer um churrasco, e comemorar essa medalha que eu tô levando', então esse sentimento de que, eu vou cumprir meu dever primeiro e aí eu vou poder voltar para família e curtir um pouco com eles, e recarregar as energias". Atleta Boxe Feminino*

- *Eu gosto muito de tentar ir para casa [da família] em algum final de semana antes de viajar [para competições], preciso ir para casa da família recarregar as energias para viajar bem, então eu tento ir só para ficar em casa perto dos pais, da irmã, depois eu consigo viajar bem, sem muito peso assim, eu me sinto mais aliviada porque eu vi eles". Atleta Boxe Feminino*

No subtema **relacionamentos de apoio** (equipe, comissão, treinadores, família), os atletas ressaltam as pessoas que podem contar para que permaneçam fortes e seguros de sua missão esportiva.

- *"O que pode ajudar a proteger a saúde mental eu acredito que seja essa boa relação né com as pessoas que você convive no treino, na equipe, porque acho que se você se sente bem em um lugar, isso faz total diferença, e se você se sente bem onde você está, você consegue fluir mais e você tem um bom desempenho". Atleta Futebol Feminino*

- *"Ter um relacionamento estável com as pessoas à sua volta, se você tem um bom apoio emocional, tanto em casa quanto onde você treina, a saúde mental ela trabalha para o seu bem, e se você não tem um bom apoio emocional, acredito que pode te prejudicar né. No meu esporte por exemplo, a gente tá numa equipe e acaba virando família, então assim eu acho que uma característica do ambiente esportivo é você ter uma outra família, porque você acaba passando mais tempo do lado deles do que na sua própria casa". Atleta Atletismo Feminino*

- *"Eu acho que os amigos, companheiras de treino podem ajudar a proteger a saúde mental, porque é o quem tá com a gente o tempo todo, eles estão com a gente no treino. E quando a gente vai para casa eles estão com a gente lá também né, e os treinadores não, eles estão com a gente apenas ali no momento do treinamento, e a gente não conversa muito sobre a vida, a gente tá ali para treinar". Atleta Boxe Feminino*

- *"Saber conversar com seu treinador também para ajustar o treino, e você dar feedback para o treinador saber como você está se sentindo". Atleta Atletismo Masculino*

- *"Eu acho que pra proteger a saúde mental do atleta, teria mesmo que o treinador e o atleta entenderem que maneira que é melhor para os dois pra se relacionar. Então se um atleta ele trabalha melhor ali com aquele puxão de orelha, com gente brava, com gente que manda nele, o treinador aí age dessa maneira, agora se o atleta trabalha melhor com um apoio emocional, sei lá, com coisas mais motivadora, o treinador passaria a agir dessa maneira. Eu sei que é difícil tanto pro treinador quanto para o atleta mudar o jeito de agir porque é mais fácil e é melhor para o outro, mas eu acho que a gente trabalhar nessa questão do relacionamento entre treinador e atleta acho que ajudaria muita gente a continuar no esporte". Atleta Atletismo Feminino*

- *"Eu acho que teria que ter muita conversa com os atletas assim, para conhecer o atleta sabe, saber da vida do atleta, não só dele ali dentro como atleta, não olhar ele apenas como um atleta né, porque a gente também tem nossa vida, a gente também é ser humano e temos nossas dificuldades, e muitas vezes somos tratados apenas como atleta, apenas isso, não nos veem como uma pessoa normal. A gente já sofre porque tem que ficar longe da família, já não tem uma vida social comum... e aí às vezes você está com algum problema e você não é compreendido, os atletas não são máquinas né, não são máquinas que produzem medalhas né, a gente também tem uma vida né, tem nossos sentimentos". Atleta Boxe Feminino*

O último subtema refere-se à **capacitação dos profissionais**, que devem ter habilidades específicas e adequadas para lidar com as situações adversas nos treinos e competições, protegendo a saúde mental do atleta. Os relatos ilustram estas competências.

- *"Eu acho que o atleta tem esses problemas com saúde mental, mas o treinador também tem, e eu acho que daqui para frente à sociedade vai ser cada vez mais exigente em termos do profissional treinador estar mais qualificado, então acredito que os treinadores eles têm que continuar se qualificando e estudando. Eu acho que falta muito na área deles para ajudar nisso.... eles têm que saber o mínimo sobre esse tema para saber até mesmo identificar isso [saúde mental] nos próprios atletas, nos próprios alunos, para que se, caso eles não saibam resolver o problema, pelo menos que possam identificar e passar para alguém que possa auxiliar com isso, porque às vezes nem o próprio atleta sabe o que tá acontecendo com ele". Atleta Taekwondo Feminino*

- *"Muita gente ainda trata esse lado como frescura, e acho que a gente cresceu na cultura do esporte, em especial a do Brasil, onde a saúde mental é tratada como algo irrelevante". Atleta Handebol Masculino*

Tema 4: Atletas que escondem ou mascaram seus problemas com a saúde mental

Neste tema, o **medo** apareceu de forma recorrente nas expressões dos atletas (medo do ridículo, de errar, dos julgamentos dos outros) e os depoimentos a seguir ajudam a compreender esse aspecto.

- *"O medo do ridículo, porque hoje a nossa sociedade ela ainda é muito daquilo de que psicóloga é coisa de louco, de que psiquiatra é coisa de louco ou de gente que tem problema de saúde mental, mas todo mundo tem algum desequilíbrio mental, não necessariamente uma patologia. Esse medo de ser ridicularizado, de não ser levado a sério, de vulnerabilidade, de se expor, é muito difícil". Atleta Handebol Masculino*

- *"Medo das pessoas tirarem sarro, os colegas, porque acontece isso muito com certeza". Atleta Atletismo Masculino*

- *"... No meu caso, eu tinha medo de errar algumas vezes e pensar: 'poxa eu vou errar o passe e vão me cobrar'. Então aquele medo acabava me atrapalhando e eu realmente acabava errando, então esse medo, a dúvida: 'Será que eu vou acertar?". Atleta Futebol Feminino*

- *"Medo de ter que ser afastado de competir ou de tá treinando né porque você não está bem, e às vezes também por não ter essa liberdade né com o treinador ou com alguém mais acima assim na equipe e acho que dá nessa sensação de que: ah, se eu falar algo pode ser que vão me tratar diferente, ou começar a me poupar de algumas coisas, ou acharem que eu não sirvo mais para estar aqui e exercer meu esporte, que eu não dou conta mais e me tirar da equipe". Atleta Atletismo Masculino*

- *"... Se você tá muito desanimado, acaba que não treina, então assim, quando não tá muito bem, quando tá desanimado, querendo desistir ou acontecendo alguma coisa, às vezes o atleta prefere esconder porque tem aquela famosa frase: 'é meu trabalho, tem que ser feito'. Só que o atleta acaba não comentando nada por medo de ser julgado mesmo, de não ser levado a sério, porque as vezes um problema pra mim pode ser grande, mas pra você esse problema pode ser pequeno". Atleta Atletismo Feminino*

A **cultura do esporte de alto rendimento** é responsável por gerar esse medo, e também apresenta outras questões de padrões de comportamento, visão de mundo, e nível de conhecimento sobre saúde mental, como pode ser observado nas expressões dos atletas.

- *"Tem ainda muito de que psicólogo é coisa de doido, de que é viadagem, acho que tem muita coisa para se descontruir ainda, e o jeito de mudar isso é os clubes mudarem essa cabeça do de que psicólogo é só para doido. Eu já vi técnicos mais antigos falarem isso, então tem muito disso ainda, esporte bem preconceituoso, bem machista, racista, tem essa do machão né, o cara bravo e tal, e aí o cara não vai falar que está com medo e se ele falar, ele é viado, muito desse machismo que é construído, e então acontece isso, o cara nega as emoções, ele nem sabe o que ele tem, então a gente tem que evoluir um pouquinho mais sempre". Atleta Boxe Masculino*

- *"Tem a cultura também, por exemplo, um adulto que já até passou por experiências piores que a sua e aí ele fala assim: 'ah, mas na sua idade eu passei por tal coisa, no esporte antigamente era mais difícil, o que é que você tá reclamando'. E aí o atleta fica com esse medo de ser julgado mesmo, medo de ser diminuído naquilo que a gente ta passando". Atleta Atletismo Feminino*

- *"Então acho que a gente deixa muito de lado isso da saúde mental, e enfim os atletas acabam não sendo diagnosticados, vão deixando aquilo de lado, achando que é mentira, achando que não é nada demais... acho que a cultura do Esporte no Brasil de tratar em muitos casos como uma frescura os problemas mentais, como algo que não é nada demais e dizer: 'ah, vai treinar, larga isso para depois'. Deveria cuidar disso, porque você escuta isso de treinadores, acho que é algo que nunca poderia acontecer, eu já vi isso acontecendo, é um desleixo por parte de quem não ajuda alguém que se vê nesta situação...o principal responsável é a cultura dos esportes de você não poder se expressar...". Atleta Handebol Masculino*

Tema 5: Saúde mental e a relação com desempenho esportivo

Neste tema, não foi necessária a criação de subtemas para categorizar o que os atletas expressaram, pois todos afirmaram que a saúde mental influencia o desempenho esportivo, e que essa influência é negativa quando a "cabeça" ou a "mente" não está bem, não está equilibrada, não está focada no que se tem que realizar no seu esporte, como mostrado nas expressões dos atletas.

- *"A saúde mental influencia totalmente o desempenho, acho que um atleta bem de cabeça ele vai render melhor, um atleta mal de cabeça, com problemas, ele vai ter mais dificuldade de render em alto nível, acredito que a falta de um tratamento [psicológico], de uma simples ajuda ao lado mental do atleta, pode acabar sim prejudicando o rendimento dele, ou um atleta pode acabar prejudicando a equipe. Porque enfim, eu falo por estar numa modalidade coletiva que às vezes você depende do seu companheiro, e ele não tá num dia bom, ou não tá resolvido em questões mentais, e ele acaba prejudicando a equipe, porque é um cara que às vezes não sabe o que tá fazendo, toma uma decisão errada, porque a gente tá falando do esporte de alto rendimento, e nesse nível de esporte são esses pequenos detalhes que acabam fazendo a diferença.... quando você vai pra fora do país, eu vi a importância da Saúde Mental". Atleta Handebol Masculino*

- *"Eu tenho para mim que a mente né, o psicológico da gente, ele é muito importante, tem que estar bem, porque faz parte do corpo né, como um todo, então influencia muito no nosso desempenho, então a gente pode estar bem fisicamente, mas se o psicológico não tiver bem o desempenho vai ser ruim, então sim a saúde mental influencia no desempenho. Eu não consigo focar 100% no meu treinamento, se a gente sempre fica pensando no que tá acontecendo lá fora, querendo achar uma solução, e não consegue focar 100% no treino". Atleta Taekwondo Feminino*

- *"Às vezes você tá com a cabeça ruim e você quer parar no meio do treino, e isso é sinal de que sua mente tá fraca, então aí quando acontece isso o treinador já sabe que tem alguma coisa errada. Então influencia muito, muito mesmo. Por exemplo, no campeonato mundial, eu tô acostumado a correr cara e eu falei: 'ah, eu treinei muito bem, eu falei eu vou conseguir eu vou correr junto com os caras, o tempo que eles se classificaram para a final foi inferior à minha melhor marca'. Então eu tava com a cabeça fria né, acabei não conseguindo correr tudo por ansiedade, um monte de gente olhando, tava passando na televisão, e aí foi bem, bem difícil. O que me acalmou foi a psicóloga da seleção brasileira, ela conversou comigo aí eu consegui entrar na prova". Atleta Atletismo Masculino*

- *"A saúde mental influencia no desempenho, porque quando você tem algum problema mental você não consegue manter a sua concentração naquilo que você precisa fazer, você não tá ali 100% para aquilo que você precisa fazer, e no meio esportivo né, a maioria dos atletas também acha que é só o treinamento físico que influencia no desempenho e não é, e se você não tiver uma sintonia espiritual, mental e física talvez a sua ação, sua performance não seja a melhor que você poderia oferecer naquele momento né. Então não adianta ter um corpo bem treinado se a mente também não tá preparada para aquela situação que você treinou seu corpo. Saúde mental é bem isso, é ter equilíbrio de ambas as coisas em todos os campos, não só o esportivo, mas também na sua vida pessoal". Atleta Atletismo Feminino*

- *"Como é importante isso do atleta saber aquilo que ele quer e focar naquilo. Vai ter os momentos que vão ser difíceis, você não pode parar nesses momentos, porque talvez você esteja a um passo de chegar no que você quer e você não chega porque você desiste, então a nossa cabeça ela manda no corpo todo". Atleta Boxe Feminino*

- *"Eu acho que o esporte é muito mental, tipo é uma parte grande mental assim sabe, porque os todos estão bem preparados fisicamente, tem boas técnicas, e no campeonato de alto nível é quase tudo igual. Então aquele que vai ganhar é o que tem cabeça, o que conseguir estar mais relaxado, mais focado que o outro. Eu sou a prova viva disso, eu tenho altos e baixos aí constantemente, consigo tipo, separar bem as coisas sabe, a vida pessoal da vida profissional, mas tem vezes que não tem jeito, a coisa transborda, então eu sou um cara que eu estou constantemente batalhando com problemas com a família, com minha saúde mental, com minha ansiedade, e eu sou um cara que tem um estilo de lutar mais técnico e tranquilo. Em algumas competições não fui bem e daí cheguei à conclusão que era essa ansiedade... tinha que acertar minha cabeça primeiro". Atleta Boxe Masculino*

- *"Influencia, porque existem muitas questões que assim, quem não é do esporte, não faz ideia de como que as questões mentais afetam a nossa cabeça na hora da prova, durante o desempenho nos treinos, é ela que manda na gente... Então assim a cabeça ela sempre fala que o nosso corpo está cansado, só que às vezes você termina a prova e você pensa assim: 'ué não tô tão cansada assim, parecia que estava tão cansada', e acredito que depende de como você lida com os sentimentos, tanto positivamente quanto negativamente, então se você sabe lidar com seus sentimentos, isso ajuda seu desempenho". Atleta Atletismo Feminino*

Tema 6: Relação com as redes sociais

De início, muitos já apontaram características negativas e posivitas dessa relação. Mesmo alguns relatos se entrelaçando nos pontos positivos e negativos, consideramos importante dividir esses aspectos. Por isso, primeiro mostraremos os depoimentos dos atletas sobre os **aspectos positivos** das redes sociais.

- *"Eu acredito que a rede social é fundamental para o atleta enfim... acho que se o atleta tiver uma rede social para tentar atrair patrocinadores, enfim, ajuda, muitas vezes o atleta acaba conseguindo alguns benefícios e algumas coisas que apenas a rede social pode dar para ele, porque ele consegue se conectar com pessoas do mundo inteiro". Atleta Handebol Masculino*

- *"O ponto positivo da rede social é que serve para divulgar e tal, para todo mundo te conhecer e tal, porque ajuda em questão de mídia, das pessoas te conhecerem, de você poder demonstrar o seu trabalho né, de te dar visibilidade, arrumar patrocínios... Então por esse lado é positivo, e sem contar que dá para ver a família também né, longe e distante como a gente fica, você consegue fazer uma chamada de vídeo e tal, a internet ajuda bastante". Atleta Boxe Feminino*

- *"Você tem que postar as coisas, tem que mostrar o trabalho toda hora, porque que o mundo mudou né cara, você tem que divulgar, por exemplo, eu sou patrocinado, eu tenho que ficar postando as coisas sabe, marcando eles, é bom para as pessoas conhecerem a gente". Atleta Atletismo Masculino*

- *"Alguns fatores que podem ajudar são aqueles para auxiliar na sua saúde, por exemplo eu uso um aplicativo de música que me ajuda, ou uso as redes sociais, por exemplo, para fazer meditações guiadas, ou para ver esses psicólogos que se dedicam a falar um pouco sobre assuntos nos podcasts, então a mídia ela pode ajudar muito". Atleta Taekwondo Feminino*

- *"Às vezes a rede social é boa, é um momento de descontração também, porque é legal, não dá para dizer que não, é uma ferramenta muito boa". Atleta Futebol Feminino*

Com relação aos **aspectos negativos** das redes sociais, os atletas fazem os seguintes relatos a seguir, incluindo falas de seus comportamentos nas suas próprias redes, estratégias para impactar adversários e comparação social.

- *"A rede social potencializa muito essa questão das ideias, de tudo ser mais superficial você não tem tanto aprofundamento em muitas coisas. É preciso ter algum cuidado e com algum controle, porque um atleta que acaba passando muito tempo na rede social pode ser complicado. Enfim, o fato de você não obter sucesso na rede social acaba te desanimando ou até potencializando um desses transtornos mentais que a pessoa pode ter já com ela, enfim". Atleta Handebol Masculino*

- *"A mídia social pode destruir, por exemplo, na minha academia de treinamento eu vejo que os atletas mais jovens gastam muito tempo assistindo vídeos banais, acho que vídeos que deterioram a mente, a saúde... estimulam o bullying, que estimulam a pessoa a ridicularizar outra, e a própria perda de tempo mesmo de passar horas e horas fazendo vários nadas sabe". Atleta Taekwondo Feminino*

- *"A rede social é um abafador né, o cara fica vendo uns reels ali e esquece do mundo né. Eu tô tentando trabalhar um pouco mais isso... Eu vejo que os caras mais novos da equipe de 18 a 20 anos, para eles a rede social é tudo né cara, então acho que isso controla muito esses caras, então o cara trabalha em torno de Instagram e de outras redes sociais. Aí eu acho muito louco cara, a coisa dominou a cabeça". Atleta Boxe Masculino*

- *Ela é negativa, ainda mais quando você tá muito em evidência, sei lá um atleta de ponta assim que ganha tudo e que tá muito visível né, tem muita cobrança na rede social, quando você perde ou não vai tão bem quanto as pessoas esperavam, é bem difícil porque algumas pessoas somem, algumas vão te criticar, vão te crucificar, porém elas não sabem por tudo o que você passou para chegar ali né, elas não medem muito assim o que vão falar e se vai te ofender ou não, porque você não tá vendo a pessoa pessoalmente, a pessoa nem te conhece. Então elas só vão falando e isso afeta muito né o psicológico do atleta". Atleta Boxe Feminino*

- *"A rede social rouba bastante tempo, às vezes ela prende um pouco, tem coisas que serve como um passatempo na rede social e a gente poderia aproveitar muito mais, teria um dia muito mais produtivo e a gente fica ali só mais um pouquinho e quando você vê já foi. Então, às vezes eu penso nessas coisas né: 'poxa poderia em uma hora que eu fiquei no celular usar pra outra coisa". Atleta Futebol Feminino*

- *"Até um certo ponto a internet é muito difícil, então às vezes ajuda a proteger sua saúde mental você ficar longe um pouco de rede social, porque é muita gente mandando mensagem, e você começa a pensar: 'tem muita gente me assistindo, não vou querer decepcionar'. E é aí que você acaba falhando, acho que isso que foi o que mais me atrapalhou no mundial". Atleta Atletismo Masculino*

- *"Você começa a se comparar com outras pessoas na internet, tem muito disso, ninguém posta coisa ruim na internet, todo mundo só posta coisa boa e aí você fala: poooo o fulano tá melhor do que eu, ta alcançado as metas, e por que que só eu que não tô". Atleta Atletismo Feminino*

- *"É muito fácil você achar que seu adversário tá treinando porque ele posta uma foto treinando. Mas às vezes você vai ver e o treino tá uma merreca, eu mesmo já treinei muito mal e postei uma foto ali no treino, e aí a pessoa pensa: 'ah, ela ta treinando hein', então é isso, tá todo mundo de olho, acho que aproxima um pouco a gente né das nossas adversárias, mas é aquilo, tudo depende muito, eu acho que depende muito de como a gente tá, por exemplo, quando eu tava mal um ano atrás, se eu visse alguma coisa na rede social, aquilo iria me atingir, mas se*

eu ver agora não me atinge. Então depende muito de como a gente tá mesmo". Atleta Atletismo Feminino

Treinadores

Foram entrevistados 8 treinadores (6 homens e 2 mulheres, sendo 2 de modalidades coletivas - vôlei e handebol e 6 de modalidades individuais - natação, ciclismo, atletismo, ginástica artística, taekondo e boxe), cujas ccaracterísticas estão mostradas na Tabela 3.

Tabela 3. Características dos treinadores entrevistados.

	Treinadores							
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**
Sexo	Masc.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Masc.	Masc.
Idade	60	35	50	45	45	36	52	50
Modalidade	Handebol	Voleibol	Ginástica Artística	Atletismo	Taekwondo	Boxe	Natação	Ciclismo
Histórico	Ex-atleta. Trabalhou em diversos clubes, auxiliar técnico e treinador na seleção brasileira (base e adulta), títulos nacionais, pan-americnos, competições mundiais e olimpiadas.	Ex-atleta. Auxiliar técnico de equipes femininas adultas no Brasil e na Ásia, e atualemtne treinador de equipe masculina na primeira divisão com equipe europeia.	Ex-atleta Trabalhou com atletas convocadas para seleção brasileira. Vários títulos nacionais	Ex-atleta Participou de campeonatos sulamericanos, panamericanos e mundiais, com atletas masculino e feminino da seleção de base e principal .	Ex-atleta. Treinadora de seleção brasileira em campeonatos internacionais e Olimpíadas, atletas homens e mulheres	Ex-atleta. Trabalhou na seleção brasileira com atletas homens e mulheres em campeonatos internacionais e Olimpíadas.	Ex-atleta. Trabalho em nível internacional, com atletas homens e mulheres.	Ex-atleta. Treinador de nível internacional masculino e feminino, com atletas na seleção.
								Cont. Tabela 3
Formação	Educação Física	Educação Física	Educação Física, 2 PG na área	Esportes, 2 PG na área	Educação Física	Educação Física, com PG na área	Educação Física, com PG na área	Educação Física

Legenda: Masc. = sexo masculino; Fem. = sexo feminino; Idade (em anos); PG = Pós-Graduação.

Após a leitura e releitura das transcrições e seguindo os passos elencados nos métodos, os temas escolhidos para os atletas, com os respectivos subtemas, estão colocados na Tabela 2.

Tabela 4. Temas e subtemas dos treinadores.

	Temas	Subtemas
1	Visão da saúde mental do treinador sobre o treinador	✓ Conhecimento em saúde mental. ✓ Fatores prejudiciais à saúde mental de treinadores (cultura do contexto esportivo de alto rendimento; cobrança; estrutura; relacionamento com atleta). ✓ Sintomas de transtornos e busca por ajuda (diagnóstico de sintomas de transtorno; busca de apoio ou forma de gerenciar os sintomas). ✓ Fatores protetores da saúde mental de treinadores (apoio pessoal ao treinador; estrutura para trabalho; aspectos financeiros).
2	Visão do treinador sobre saúde mental do atleta	✓ Fatores prejudicais para saúde mental de atletas (relacionamentos; corpo; cobrança; desempenho; dedicação exclusiva, idade; aspectos financeiros). ✓ Fatores protetivos para saúde mental de atletas. ✓ Atleta que esconde ou mascara problemas com a saúde mental (fraqueza/mito; falta de consciência sobre saúde mental; falta de confiança na equipe esportiva). ✓ Saúde mental e a relação com desempenho esportivo (confiança; resiliência).
3	Relação das redes sociais com saúde mental no esporte	✓ Treinador e rede social. ✓ Cobrança, pressão, exposição. ✓ Atleta *influencer*. ✓ Valorização do esporte.

Tema 1: Visão da Saúde Mental do treinador sobre o treinador

No subtema - **conhecimento em saúde mental** - os treinadores apontaram pouca informação, escassez de estudos e a necessidade de ter mais contato com o assunto, como mostram seus relatos:

- *"Existe uma escassez muito grande de dados de saúde mental". Treinador Ciclismo*
- *"Saúde mental é uma coisa que quase ninguém falava antigamente né, não era estudado". Treinadora Taekwondo*
- *"O conhecimento é a única coisa que ninguém pode tirar de um homem... esse é um tema pertinente". Treinador Natação*
- *"Hoje quanto mais você entender saúde mental, mais você consegue se entender e entender os atletas e ajudar". Treinadora Taekwondo*
- *"... É algo que a gente tá em contato diariamente né, a questão psicológica né, porque o físico a gente estuda, acha caminhos... a área da saúde mental a gente precisa descobrir muita coisa". Treinadora Ginástica*
- *"Sou a favor de estudos voltados para atletas de rendimento e seus responsáveis né, que eu acho que são muito desvalorizados né, pouco reconhecido os treinadores". Treinador Voleibol*

- *"Nem sei se tem, mas uma ferramenta de recuperação mental, né, e desgaste mental. Tem algum tipo de coisa que dá para você usar? Porque acho que isso pode ser agregado ao trabalho". Treinador Handebol*

No subtema **fatores prejudiciais à saúde mental de treinadores**, observamos iníumeros pontos importantes, relacionados a:

- Cultura do contexto esportivo de alto rendimento, sempre de competição extrema:

- *"Esporte competitivo é muito agressivo. Não trabalham de uma forma ética, todo mundo quer ganhar". Treinador Atletismo*

- *"O ambiente competitivo de alto nível ele é hostil". Treinador Boxe*

- *"A competição como um todo ela já é um fator muito estressante... coloca a gente em xeque o tempo todo". Treinador Handebol*

- *"Tem muito uma competitividade dentro da própria equipe." Treinador Voleibol*

- *"Um mercado muito restrito, muito pequeno onde são poucas oportunidades (...) [há] incerteza do futuro e ao mesmo tempo viver sempre sobre pressão de resultado". Treinador Atletismo*

- *"Precisa saber lidar com o fato de que poucos vão chegar no topo... E continuar tendo essa determinação". Treinadora Ginástica*

- *"Você não sabe como vai ser amanhã, essa vida por temporada é muito cruel". Treinador Voleibol*

- Cobrança, precisando lidar com frustrações e inconstâncias existentes na área:

- *"A gente tá junto diariamente [com o atleta], às vezes até mais que a própria família, só que na hora de acontecer [de competir] não somos nós, são eles [os atletas]. É o nosso trabalho em jogo na mão de outra pessoa, e se dá errado a culpa é minha [treinador], se dá certo foi ele [atleta] que fez". Treinador Ciclismo*

- *"Uma torcida, um patrocinador pode influenciar na sua saúde mental... O técnico que ganhou é bom e o técnico que perde é ruim, não tem outra coisa". Treinador Voleibol*

- *"A gente tem que buscar uma meta, a gente sempre tem que estar buscando alguma coisa que você não conquistou, porque se você não tiver esperança né, você sai fora. (...) vitórias derrotas... cair e levantar, eu acho que isso te fortalece mentalmente". Treinador Atletismo*

- *"O alto rendimento no final das contas, ele é a história contada pelos vencedores, ele está entre o ganhar e perder. Quando você ganha, as pessoas vão te ouvir, as pessoas vão querer saber a sua história, elas vão querer saber do método usado, vão te valorizar, elas vão te colocar no alto... quando você não tiver o sucesso, elas vão te esquecer, elas vão te desvalorizar, você vai se sentir mal. O esporte de alto rendimento ele é muito 8 ou 80, ele é céu ou inferno". Treinador Boxe*

- *"A pressão pela vitória eu acho que é o principal. Você tem que ser melhor sempre...". Treinador Handebol*

- *“A falta de resultado é algo que impacta diretamente minha saúde mental... a nossa própria cobrança para que o resultado aconteça”. Treinador Natação*

- *“...Briga que vai acontecer sempre do treinador com ele próprio, a autocobrança... uma pressão pessoal muito grande que cada treinador coloca... o cenário de estresse ele é provocado em primeiro plano pelo próprio treinador... O alto rendimento te coloca numa pressão de confronto o tempo inteiro por você mesmo, não tem jeito...”. Treinador Handebol*

- Estrutura do esporte de alto rendimento:

- *“A falta de estrutura para se preparar para as competições mesmo, é um problema”. Treinador Atletismo*

- *“Falta de estrutura para treinamento e competição”. Treinadora Taekwondo*

- *“Com exceção do futebol, e talvez o vôlei ou basquete, a maioria dos esportes eles são bastante amadores em alguns sentidos... as estruturas acabam não te dando as condições adequadas”. Treinador Handebol*

- *“Faltar dinheiro ou planejamento que não visa alguns setores né... o foco vai mais em quem realmente pode ser finalista ou pode ser medalhista”. Treinador Atletismo*

- *“A falta de continuidade de alguns projetos... muitos projetos vivem de lei de incentivo”.*

- *“...A política do esporte...corrompida, uma má gestão de dirigentes prejudica muito”. Treinadora Taekwondo*

- *“Existe pouco suporte para o treinador tanto que muitas comissões técnicas tem o psicólogo para o atleta, tem fisioterapeuta para o atleta, mas o treinador muitas vezes precisa muito...”. Treinador Natação*

- *“Hoje quanto mais você entender saúde mental, mais você consegue se entender, por isso é importante esse apoio psicológico para o treinador”. Treinador Boxe*

- Relacionamento com o atleta:

- *“Lidar com a frustração do atleta.” Treinador Natação*

- *“A incompatibilidade de ideias com próprio atleta”. Treinador Ciclismo*

- *“Você é a cabeça, mesmo que invisível do atleta, então a gente também tem que estar preparado para perder... tem que estar muito bem resolvido na cabeça primeiro do treinador”. Treinadora Ginástica*

- *“Treinador é o principal, se o treinador tá mal, vai todo mundo para baixo, se o treinador tá motivado, ele vai conseguir motivar a equipe”. Treinadora Taekwondo*

- *“[a função do treinador é] achar caminho de como levar o atleta a chegar aos objetivos”. Treinador Atletismo*

- *“É o nosso trabalho em jogo na mão de outra pessoa.... se dá errado a culpa é minha [treinador], se dá certo foi ele [atleta] que fez”. Treinador Ciclismo*

- *"... Talvez o pior estresse é aquele que você não pode controlar né...o moleque que torceu tornozelo você não controla não tinha como controlar isso você só tem que cuidar né". Treinador Handebol*

O subtema - **Sintomas de transtornos e busca por ajuda -** tem duas vertentes, sendo que a primeira se refere ao diagnóstico de sintomas de transtorno:

- *"Nunca fui diagnosticado com nada. Já tive várias crises existenciais, já pensei em desistir muitas vezes e já tive muitos momentos de chorar de desespero, mas nada tipo um transtorno". Treinador Voleibol*

- *"Durante a pandemia eu me senti muito ansioso por incertezas. E aí a questão alimentar afetou um pouco, a questão de sono também, mas no mais tudo ok". Treinador Atletismo*

- *"Não cheguei a ter nada diagnosticado, mas tem sempre a questão da ansiedade, alguma coisa mais depressiva, posso dizer que fiquei mais suscetível a situações... um dia que você tá mais chateado e aí acontece algo durante o trabalho que você piora essa situação". Treinadora Ginástica*

- *"Nunca foi diagnosticado, mas talvez uma depressão leve sim em alguns momentos né. Ansiedade, eu acho que um pouco de ansiedade todo treinador tem". Treinador Ciclismo*

- *"Você sente uma somatização física... após uma competição de classificação no mundial me disseram que eu precisava de remédio para dormir...". Treinador Handebol*

- *"Quando eu fui para a seleção, eu tive um surto uma vez, eu não aguentava mais as pessoas ficarem me perguntando da seleção, eu não aguentava mais ter que falar, e ter que estar feliz... Teve um dia que eu tive um surto em casa, quebrei as coisas, fiquei agressivo e tal e tava também alcoolizado, que está é uma coisa que aumenta né. Teve um ano... eu engordei muito também, porque você tá longe de casa, sua rotina muda, você deixa de fazer atividade física". Treinador Boxe*

- *"Eu acho que depois da olimpíada de 2016 eu não conseguia nem ter mais contato com meu esporte. Eu não conseguia ver o treino, eu não aguentava olhar a equipe, e isso foi por mais de um ano sem conseguir ver treino eu não queria saber mais de estar no meio esportivo porque era uma coisa que me tirava energia... não gostava de assistir meu esporte, não queria ouvir falar sobre esporte. Demorou mais de um ano, foi em 2018 que eu realmente voltei para o treinamento mesmo, e ainda voltei por causa da minha filha... pode ter sido o burnout ou depressão talvez, muita desmotivação, irritabilidade, coisas que davam prazer não davam mais, perda de energia, aversão, foi bem assim que me senti, não aguentava, não queria saber". Treinadora Taekwondo*

- Busca de apoio ou forma de gerenciar os sintomas:

- *"Eu conversava comigo próprio, com pessoas próximas da família, eu falei: 'velho pra mim tá sendo difícil, né', e aí você assume né, que está sendo difícil. Eu demorei praticamente um ano para entender onde eu tava realmente, né, qual minha função e papel dentro da equipe da seleção. Eu faço terapia há anos, eu fiz quando era adolescente, depois parei, depois voltei com a antiga psicóloga da equipe da seleção, então eu acho que é legal". Treinador Boxe*

- *"Já fiz sessões de terapia um bom período, eu acho que todo mundo deveria fazer terapia". Treinador Boxe*

- *“Eu falo, falo para minha esposa, para um amigo que eu estou sentindo isso ou aquilo. Falar com os familiares e amigos que são pessoas que realmente você confia ajuda na saúde mental”. Treinador Boxe*

- *“Conversava muito com a minha mãe. Ela sempre foi alguém que conseguiu colocar a minha cabeça no lugar”. Treinador Voleibol*

- *“Conversei algumas vezes pontuais com alguns colegas da área, com alguns psicólogos também voltados ao esporte, mas procurar ajuda especificamente não, foi bate papo mesmo para tentar ir resolvendo”. Treinador Atletismo*

- *“Nunca me tratei, eu nunca fui procurar ajuda até porque nem eu entendia o que estava acontecendo. Eu me afastei, tirei um tempo para mim, me afastei do que tava me fazendo mal”. Treinadora Taekwondo*

Com relação ao subtema - **fatores protetores da saúde mental de treinadores** - desenvolvemos três vertentes: apoio pessoal ao treinador; estrutura para trabalho e aspectos financeiros. Na primeira delas, aparece a importância do cuidado à saúde mental dos treinadores, ultrapassando apenas o cuidado com o atleta.

- *“... Infelizmente eu não faço terapia, mas eu gostaria de fazer”. Treinador Voleibol*

- *“Ter acompanhamento psicológico nas equipes, o mesmo que o atleta tem, deve ter para o treinador”. Treinador Boxe*

- *“Acompanhamento mais direcionado para o treinador, não esperar ele explodir para procurar algo, o mesmo acompanhamento que o atleta tem o treinador deveria ter também”. Treinador Natação*

- *“Ter um trabalho psicológico é importante para o treinador também... poder conversar... ter com quem contar”. Treinadora Taekwondo*

- *“ [é necessário] dar visibilidade ao treinador. Quem tá vendo o atleta não lembra do treinador né, tem que ter essa importância maior com o treinador”.*

- *“O treinador, pelo menos na minha modalidade, ele é um lobo solitário”. Treinador Atletismo*

- *“O treinador acho que é uma vida às vezes no Brasil muito solitária, com poucos interlocutores”. Treinador Handebol*

- Na vertente estrutura para trabalho, os treinadores apontaram para a importância da postura dos gestores e líderes de organizações esportivas:

- *“Empatia dos nossos líderes para melhores condições de trabalho, mostrar que realmente né, todos fazem parte do processo né”. Treinador Boxe*

- *“é preciso um dirigente esportivo que você possa confiar. Poder confiar mais nas pessoas talvez ajudasse”. Treinadora Taekwondo*

- Com relação aos aspectos financeiros:

- *"Eu acho que essa vida por temporada é muito cruel, você pode tá em um momento bom e ninguém reconheceu você, e ninguém chamou você para fechar contrato na próxima temporada, ai você vai ficar a próxima temporada sem ser técnico, é mais difícil de arrumar um time para outra temporada... Aí vai ficando cada vez mais difícil, então é muito difícil essa questão de viver por temporada porque você não tem estabilidade". Treinador Voleibol*

- *"É um trabalho desgastante que você não vai ter recompensa sempre, às vezes você vai ter que se apegar a poucas recompensas para poder ter a determinação de continuar". Treinador Atletismo*

- *"Você não tem um plano de carreira né no esporte... o esporte não te gera um grande dinheiro". Treinador Handebol*

Tema 2: Visão do Treinador sobre a saúde mental do atleta

Muito parecidos com o tema 1, os subtemas foram: Fatores prejudicais para saúde mental de atletas, Fatores protetivos para saúde mental de atletas, Atleta que esconde ou mascara problemas com a saúde mental e Saúde mental e a relação com desempenho esportivo.

No primeiro subtema - **Fatores prejudicais para saúde mental de atletas** - encontramos as seguintes vertentes - relacionamentos; corpo; cobrança; desempenho; dedicação exclusiva, idade e aspectos financeiros - detalhadas pelos relatos dos participantes.

- Relacionamentos:

- *"... Intrigas entre atletas, ciúmes e inveja. E ainda tem as questões de alojamento com atletas, brigas internas, os grupinhos...". Treinador Voleibol*

- *"Muitos atletas ficam frustrados com o técnico, e não tem como chegar nele, não tem abertura para contatar o técnico diretamente por que tem medo... existem muitos técnicos que colocam medo". Treinador Voleibol*

- *"... problemas de relacionamento com familiar e outros". Treinador Boxe*

- *"A carga familiar impacta bastante também né, cobranças do cônjuge, dos filhos, isso tudo impacta bastante a saúde mental do atleta, o esporte de alto rendimento principalmente...". Treinador Natação*

- Corpo: relação com a lesão esportiva, com o peso:

- *"Tive uma menina que lesionou o joelho e na hora que ela caiu ela falou, acabou a minha vida acabou eu não vou conseguir mais jogar... Porque ela já tá em um momento que ela tem que dar certo, porque se ela não conseguir entrar em um time bom, ela não vai continuar a jogar, e isso é uma coisa que pega também a atleta, depois que você fez 30 anos, você tem que estar muito bem para você continuar jogando, para você tá com contrato bom". Treinador Voleibol*

- *"Lesões afetam muito né a saúde mental dos atletas, a lesão é um problema". Treinador Atletismo*

- *"Estresses que acontecem com jogadores lesionados, esse talvez seja o pior dos estresses né... o nível de tristeza é grande". Treinador Handebol*

- *"O atleta treina com lesão... você submeter o teu corpo a isso também atrapalha a tua mente... a lesão é uma coisa muito f*** para o atleta...". Treinador Boxe*

- *"A questão do corpo não é só estética, estar acima do peso faz com que a atleta não consiga realizar o movimento. Um atleta de basquete ele pode até tá gordinho, mas ele pode arremessar a bola sem precisar saltar, por exemplo, sem precisar fazer uma bandeja, né, sem precisar enterrar. Agora em outras modalidades isso não tem como. Se o atleta tiver acima do peso não vai conseguir realizar o movimento". Treinadora Ginástica*

- Cobrança:

- *"Ganhar ou perder... A competição em si já é um estresse muito grande e tem pessoas que não conseguem lidar com essa situação. Já tive atletas muito bons, em diversos níveis, que o cara é um pouco acima da média e o cara não consegue lidar com a situação da pressão. O cara ele não aceita perder, não aceita ficar em segundo lugar, e esse estilo traz um estresse muito grande". Treinador Boxe*

- *"A derrota faz parte desse processo, mas a gente sabe que existe uma pressão por resultados". Treinador Natação*

- *"Alguns [atletas] não sabem lidar com algumas cobranças". Treinador Ciclismo*

- *"As pressões de que tem que ganhar, porque pô, se perder não vai ter bolsa [bolsa atleta do governo], e aí tem que pagar parcela, dívida...". Treinador Atletismo*

- *"Às vezes você ganha tudo e tem essa pressão de ter que vencer sempre, cara imagina essa pressão de todo torneio, tem que ir em todo torneio e aquilo tão lá te esperando, as pessoas acreditam que você vai ganhar de novo, imagina o medo de falhar, o medo de decepcionar, porque tem essa coisa de que se ganhar é só um bônus, e se perder é tipo - como assim perdeu?". Treinador Boxe*

- *"Torcida, clube, patrocinador envolve tudo, eu acho que afeta negativamente o atleta". Treinador Voleibol*

- *"A cobrança da família pesa muito na questão da Saúde Mental". Treinadora Taekwondo*

- *"Tudo depende de como foi enfatizado o erro, a cobrança em si é algo que é presente todos os dias, a questão de lidar com a falha. Porque o atleta ele aprende conforme ele vai errando várias vezes até ele chegar ao certo, então lidar com a correção é algo muito complicado para nós [treinadores] e para eles [atletas]. A forma como é abordada a cobrança ali do atleta pode prejudicar a saúde mental dele". Treinadora Ginástica*

- Desempenho:

- *"A gente leva o atleta a cargas muito elevadas, tanto físicas como psicológicas, para obter melhor desempenho. Essa carga muitas vezes acaba não sendo saudável". Treinador Handebol*

- *"Não alcançar metas, ter problemas de não alcançar meta, vai afetar a saúde mental do atleta". Treinador Ciclismo*

- *"É difícil enfrentar a falha diante das expectativas no rendimento". Treinadora Ginástica*

- *"[o desempenho irá determinar] se o atleta será titular ou reserva". Treinador Voleibol*

- *"Para o atleta, o desempenho, as vitórias ou a falta delas são grandes influenciadores de estresses e como eu ganho, como eu perco. Se sempre perco, eu desisto, ainda mais agora que é uma geração com menos resiliência, menos perseverança. Hoje os obstáculos aparecem e eles, os atletas, param". Treinador Boxe*

- *"Existe dificuldade de autoaceitação também, e isso prejudica a saúde mental do atleta". Treinador Natação*

- *"O atleta pode prejudicar sua saúde mental por não acreditar no processo, e querer o resultado muito rápido". Treinador Atletismo*

- Dedicação exclusiva, idade, tempo de prática:

- *"A dedicação, o tempo, a intensidade, são levados ao limite né para quem realmente quer algo muito grande né". Treinador Handebol*

- *"Acredito muito na questão de precisar ser uma escolha. O atleta quer fazer aquilo da vida dele? Porque vai cobrar físico, vai cobrar psicológico, tem que ter um preparo mental muito bem feito. Vai existir a cobrança né, abdicando de outras coisas para poder fazer esporte, e que eu não sei se ele vai conseguir chegar onde quer chegar, então essa dedicação exclusiva pode sim influenciar na questão do mental". Treinadora Ginástica*

- *"A idade precoce que se torna atleta, e que se aposenta do esporte. De repente o atleta não tem mais nada, e ele com 18, 19 anos, às vezes ele tá ganhando um dinheiro que ele nunca mais vai ganhar na vida dele, então esse processo é complexo". Treinador Boxe*

- *"O final de carreira desses atletas né, eu acho que isso daí prejudica muito a questão da saúde mental né, às vezes o atleta ele não tá preparado para esse término, e para ser um coadjuvante em uma outra área né. Às vezes não deu para ficar rico né, e às vezes o atleta não estudou, não tem experiência, e ele sei lá com 30, 40 anos aposenta no esporte que se dedicou tanto e fala assim: 'o que que eu vou fazer da vida'. Acredito que isso daí abale muito a questão mental desses atletas". Treinador Voleibol*

- *"O atleta tem prazo de validade, um tempo esportivo muito curto, então para eles é mais complicado. Então eu acho que para atletas essa questão do tempo ela pega mais, deixa eles mais vulneráveis a problemas com a saúde mental". Treinador Boxe*

- Aspectos financeiros:

- *"Falta de salário, porque tem projeto que vive de lei do incentivo né e se não aprova o ano que vem não tem salário... e também se corta um patrocínio não tem salário". Treinador Atletismo*

- *"Na minha época de atleta me atrapalhava, e com a maioria dos atletas de hoje ocorre a mesma coisa, a gente acha que a gente tá fazendo isso para nossa família, então a gente carrega um peso a mais porque acha que tá fazendo isso porque quer mudar a história da família, então é a pressão". Treinadora Taekwondo*

- *"Uma atleta nossa trabalha em um barzinho, então que chances essa menina tem de conseguir a mesma coisa de alguém que tá como atleta nas Forças Armadas, com bolsa pódio, para chegar no resultado dela? Então você vai ver essa menina, ela tava trabalhando no bar até de manhã para tá no outro dia na competição, isso pesa muito e ela, ela está na nossa equipe pela família, pra ajudar a família". Treinadora Taekwondo*

No subtema - **Fatores protetivos para saúde mental de atletas** - dois fatores basicamente dominaram: apoio de psicólogo e relacionamento com a equipe técnica.

- *"Para proteger? A resposta sempre vai ser pelo psicólogo na equipe, acho que não tem outra, ou na equipe ou o atleta fazer um acompanhamento psicológico por conta, não tem outra solução, só isso mesmo". Treinador Atletismo*

- *"Eu acho que para auxiliar tem que ser apoio externo, porque eles sozinhos não conseguem, eu acho muito difícil a pessoa sem nenhum apoio conseguir, tem que ter algum tipo de ajuda, o treinador às vezes não consegue chegar e ajudar nesse ponto, não consegue porque às vezes os atletas não falam, às vezes já é tarde demais". Treinadora Taekwondo*

- *"O que auxilia e pode proteger a saúde mental do atleta seria um bom relacionamento, um jogo bem aberto com equipe, com técnico treinador e etc". Treinador Handebol*

- *"Ter abertura para falar com técnico, tem muitos jogadores que ficam frustrados com o técnico e não tem como chegar nele, não tem abertura para contatar o técnico diretamente por que tem medo...". Treinador Voleibol*

- *"Para proteger a saúde mental seria ter um bom relacionamento, um jogo bem aberto com equipe, com técnico treinador... reconhecimento, seja financeiro ou não, isso auxilia bastante". Treinador Natação*

- *"Quem jogava, quem tava numa escola boa, que ia para uma faculdade boa, era de um jeito, quando você tem esse tipo de jogador e você conversa ele entende muito rápido, não significa que ele tenha competências, mas ele é muito inteligente, quando isso começa a mudar, e daí o esporte começa a ir para um cenário onde as crianças e os jovens de periferia negros, pobres e tal, começam a ver no esporte um espaço importante para uma ascensão social, que é o que tá acontecendo, você tem muitas meninas e meninos que param de estudar né, que não estudam nada, não conseguem falar, não conseguem se expressar, então eu acho que isso às vezes dá uma frustração para esses meninos". Treinador Handebol*

- *"Quando a pessoa é atleta de alto nível, ela atleta desde pequena, então ela não teve tanto acesso à educação, muitos não tiveram tanto acesso à educação e não são tão esclarecidos muitas vezes...". Treinador Boxe*

Com relação ao subtema - **Atletas que escondem ou mascaram problemas com a saúde mental - visão treinador** - temos as seguintes categorias: fraqueza/mito; falta de consciência sobre saúde mental e falta de confiança na equipe esportiva.

- Fraqueza, mito:

- *"O atleta é visto como um herói né, não pode mostrar vulnerabilidade... um preconceito social e uma imagem que tipo, o herói ganha, vence, né". Treinador Boxe*

- *"O atleta ele tem muita a questão do super-homem né, a questão do homem né, que não pode chorar, que não pode ser frágil, não querem mostrar o porque falhou". Treinador Natação*

- *"O atleta é visto como um ser superior, um cara mais forte, e se tem outro atleta que parece mais forte que ele, ele não pode mostrar fraqueza". Treinador Atletismo*

- *"A maioria dos treinadores é ex-atleta, treinador bem mais velho, então a maioria deles, por uma questão só contemporânea mesmo, eles acham que chorar é sinal de fraqueza... então muitos treinadores têm essa coisa de que se ela chorou ela é fresca". Treinador Voleibol*

- *"Eu acho que o grande problema é ele mostrar fraqueza e o atleta não pode ser fraco". Treinador Ciclismo*

- *"A atleta tem medo de ser taxada como fraca, medo de ser colocada no banco, medo de ser deixada de lado". Treinador Voleibol*

- Falta de Consciência sobre Saúde Mental:

- *"O cara tem uma dificuldade gigantesca pra lidar com determinada situação, porque ele pensa que não tem nada a ver, porque ele é forte, ele é da elite, ele é profissional". Treinador Atletismo*

- *"O atleta se coloca como alguém onde aquele problema nunca vai acontecer com ele, ou acha que tem controle total sobre a coisa. A depressão, por exemplo, não é assim, as pessoas acham que vão controlar, e a gente sabe que não é isso, então o atleta tem um pouco desse sentimento de que pode controlar". Treinador Boxe*

- *"Há o estigma muito forte de que a pessoa é louca e tal". Treinadora Taekwondo*

- Falta de confiança na equipe esportiva:

- *"Tem atletas que buscam desculpas né em coisas que não existem também né, por isso que a gente tem que tomar cuidado quando analisa o relato de um atleta. Se você não conhece o atleta, porque às vezes ele vem para você no alto rendimento e você não conhece o histórico dele, e aí ele tem alguns comportamentos né, enfim, algumas reações que você não compreende né, isso acho que é pior, que é difícil de interpretar". Treinador Ciclismo*

- *"Tem algumas pessoas que não gostam disso né e fala: 'aaa hoje em dia é tudo mimimi', então tipo assim existe um preconceito também". Treinador Natação*

- *"As pessoas mais velhas, tem gente que fala assim: 'parece que o mundo piorou', mas eu acho que na maioria das vezes elas estão melhorando, talvez tenha um pouquinho de retrocesso, mas de uma maneira geral tem algumas pessoas que não gostam. E a gente tem que questionar a coisa e falar: 'velho, isso daí não é legal' o bullying mesmo, a pessoa diz: 'ah, me chamavam assim, me zuavam e tal e não tinha essas frescuras', e eu digo, velho isso não é assim, e a pessoa diz: 'na minha época isso não era assédio', e eu digo: 'sim velho, era assédio, só que hoje, graças a Deus, a gente tem uma outra visão'. E para mudar é difícil, eu falo isso porque eu apesar de ser um cara aberto, quando a gente percebe que a gente tá fazendo alguma coisa errada, e que a gente tem que mudar, incomoda a gente velho, a gente não quer aceitar". Treinador Boxe*

Com relação ao subtema **Saúde Mental e a Relação com Desempenho Esportivo**, a confiança e a resiliência foram os fatores mais relatados.

- *"Você consegue jogar bem se você estiver confiante, e se você tá um pouco ansioso e tá um pouco inseguro sua autoconfiança vai cair, seu rendimento vai cair. Acredito que saúde mental e desempenho esportivo estejam relacionados diretamente com autoconfiança". Treinadora Taekwondo*

- *"A saúde mental interfere no desempenho, se o atleta tiver com a cabeça muito boa, ele consegue performar". Treinador Atletismo*

- *"Se o atleta não tá pronto para lidar com as questões internas, as questões mentais, vai ser muito difícil de absorver o que vem de fora, se ele não tiver preparado mentalmente, se ele não tiver esse reforço mental, não sai o físico". Treinadora Ginástica*

- *"A saúde mental influência 100% no desempenho. Eu tenho atletas que não são tão bons, mas que a cabeça deles é excepcional, eles acham que são os melhores do mundo né, eles chegam lá [na competição internacional], não importa quem tá lá, e tenho atletas que são excepcionais, e chegam lá [na competição internacional] e perdem para um cara que aqui [no Brasil] não tem nem a metade da qualidade deles, porque não tem confiança, não tem a cabeça boa". Treinadora Taekwondo*

- *"O comportamento e a confiança do técnico e dos atletas andam juntos... e influencia eles 100% do tempo.... a saúde mental dos dois caminham juntas, então se você (treinador) não tem uma saúde mental, automaticamente os atletas vão ficar um pouquinho assim também, ruim com a saúde mental, e é difícil também para o técnico quando ele vê que o time não tá confiante e ele tem que se manter confiante, isso não é fácil.." Treinador Voleibol*

- *"O perfil do treinador, como ele é e como ele está no dia do treino ou da competição, influencia o atleta". Treinador Boxe*

- *"Um ambiente mais acolhedor e de confiança né, uma relação de confiança do atleta com a comissão técnica infuencia na saúde mental e no desempenho, porque é um trabalho que você convive muito junto, você viaja, você perde, ou seja, a vida de ambos é uma simbiose muito grande né". Treinador Handebol*

- *"No esporte a atleta aprende a lidar com a situação de estresse, ter o enfrentamento das decepções e como passar por esse enfrentamento... no esporte ela vai aprender que ela errou, mas que pode continuar, a questão dela ser melhor que ela mesma, da confiança, do enfrentamento do medo, então são as coisas intrínsecas que a gente fala do esporte como forma de desenvolver resiliência, mas precisa ser falado para a atleta coisas específicas do enfrentamento do medo diante das dificuldades, diante dos erros, diante das vitórias". Treinadora Ginástica*

- *"A resiliência do atleta, essa capacidade mental, essa questão de superação, está intimamente ligada ao sucesso do atleta, só vai permanecer aquele que é mais forte psicologicamente falando. Não dá para você não ter uma saúde mental boa e desempenhar bem. Então, o que ajuda, né, é a questão da resiliência mesmo, né, de você colocar uma meta e trabalhar em cima dessa meta, alcançar essa meta e comprovar que isso de certa forma atribui uma melhora na saúde mental". Treinador Ciclismo*

Tema 3: Relação das redes sociais com saúde mental no esporte

Mesmo sem uma pergunta específica sobre este tema, foi um assunto muito relatado pelos treinadores. Assim, como primeiro subtema, ressaltamos a relação treinador e rede social:

- *"Para o treinador, a rede social interfere muito pouco na saúde mental, não é que não tem interferência, mas é gigantescamente menor". Treinador Boxe*

- *"Eu acho até que os treinadores não sofrem tanto quantos atletas pensando em redes sociais... o treinador não se expõe como o atleta". Treinador Ciclismo*

- *“A mídia social é bastante complicada para s mais velhos com mais dificuldade e também com menos entendimento... Eu memso tô trabalhando tanto que eu não tenho tempo nem de ver rede social”. Treinador Handebol*

- *“Antes você fazia esporte porque você gostava, porque era muito legal, porque aquilo te dava prazer, te dava dinheiro, também dava glamour, dava fama... a mídia social mudou muito a característica da vida das pessoas, e consequentemente da vida dos atletas porque a rede social hoje dá isso que o esporte dava antes, vira uma necessidade grande de estar aparecendo como alguém muito Popstar, Superstar...”. Treinador Handebol*

- *“A rede social é um mundo de ilusão que todo mundo é feliz, que todo mundo quer demonstrar estar feliz. Na realidade, a vida é muito diferente do que o universo ali da rede social”. Treinador Natação*

- *“A modernidade líquida, onde nada mais é sólido, tudo é muito mais rápido, mais efêmero, e a rede social ela mudou as relações... Mudou o jeito que a gente se relaciona, mudou o jeito que a gente recebe uma informação, mudou nossa ansiedade, isso fora as questões que a gente não sabe o que é verdade o que não é, o que é um personagem o que não é”. Treinador Boxe*

- *“A mídia social, ela é bastante complicada... o impacto dela é muito grande para as crianças, jovens, e até adulto, e nela existe muito pouca profundidade nos saberes, talvez seja o que mais me deixa um pouco frustrado com os usos exagerado da mídia social, poxa qualquer texto que tenha 5 parágrafo o cara vira e fala que é muito grande e não lê”. Treinador Atletismo*

- *“O atleta se torna refém de pessoas que ele nem conhece, que nem sabe a história dele, mas é impactado por essas pessoas na rede social”. Treinadora Taekwondo*

- *“Essa questão da tecnologia é muito legal, mas eu acho que isso demanda um tempo muito grande deles [atletas]”. Treinador Nataçao*

- *“A rede social atrapalha muito, porque eles [atletas] se preocupam mais em mostrar aquilo que estão vivendo em vez de focar naquilo que é importante. Atrapalha essa mudança de foco, você sempre ter que estar mostrando que você tá bem mesmo você não estando”. Treinador Ciclismo*

- Cobrança, pressão, exposição:

- *“A exposição aumenta a cobrança, e às vezes o atleta não sabe lidar com a cobrança. A rede social pode acabar prejudicando, você tem uma exposição maior e as cobranças acabam sendo maiores por pessoas que não tem a menor noção do que é aquela realidade do atleta”. Treinador Boxe*

- *“.. Rede social, eu acho que isso aumentou gigantescamente a pressão, então tem atleta que ele é muito bom na performance e ele fica extremamente estressado, porque tem um atleta que é menos vencedor que ele no esporte, mas é que faz mais sucesso na rede social. Isso piorou a situação do estresse mental para atletas”. Treinadora Taekwondo*

- *“A rede social é bem prejudicial porque traz uma abordagem de todo mundo que tá lá longe da realidade do atleta, do dia a dia... aí começa toda a cobrança, todas as frustrações que eles têm em relação aos atletas... as pessoas não tem filtro na rede social, então vem a cobrança”. Treinadora Taekwondo*

- Atleta *Influencer*:

- *"...Hoje misturou muito né, atleta influenciador, tem jogadora hoje que só joga profissionalmente porque ela tem seguidores e ela traz o patrocinador para o time, mas ela nem sabe jogar tão bem, mas ela traz seguidores" Treinador Voleibol*

- *"Tem uma maior glamourização para os atletas hoje em dia com as redes sociais... hoje, um atleta numa rede social, se ele souber aliar os dois [ser atleta e ser influencer na rede social] ele vai ganhar muitos seguidores e com isso vem a questão de patrocínio e tals". Treinador Atletismo*

- *"As meninas para ser atletas estão querendo primeiro virar Tik-tockers, porque o esforço é menor do que começar como atleta e depois ficar influente". Treinador Voleibol*

- *"Eu acho que é muito complicado, péssimo na verdade [essa relação com a rede social], é uma relação muito cruel. A questão de olhar quantas curtidas ele tem, olhar quantos seguidores tem, quantos comentários tem na foto. Isso está sendo usado como arma, motivos de discussões na equipe". Treinador Boxe*

- *"Tem atleta que se expõe primeiro nas redes sociais para depois falar com o treinador. Eles precisam dar uma satisfação para os fãs deles que é mais importante do que realmente a realidade... Tem atleta muito bom que, que é blogueirinha sabe, tipo assim que quer expor tudo e às vezes faz até mal para ela, porque às vezes o atleta não sabe nem escrever...". Treinador Natação*

- Valorização do Esporte:

- *"As mudanças das novas mídias, e o que elas fazem, por exemplo, eu quero escolher o que eu quero assistir eu vou lá e escolho, então hoje a mídia social ou a internet nos dá outras possibilidades". Treinador Handebol*

- *"Aumentou a popularidade dos esportes que não são tão populares né, que não tinham interação direta com a televisão. Então esses esportes que eram mais marginalizados vamos colocar assim, eles conseguiram uma mídia muito grande". Treinador Ciclismo*

- *"As redes sociais auxiliam muito essa parte do reconhecimento, a parte do retorno financeiro". Treinador Atletismo*

O que temos em comum na visão dos atletas e treinadores.

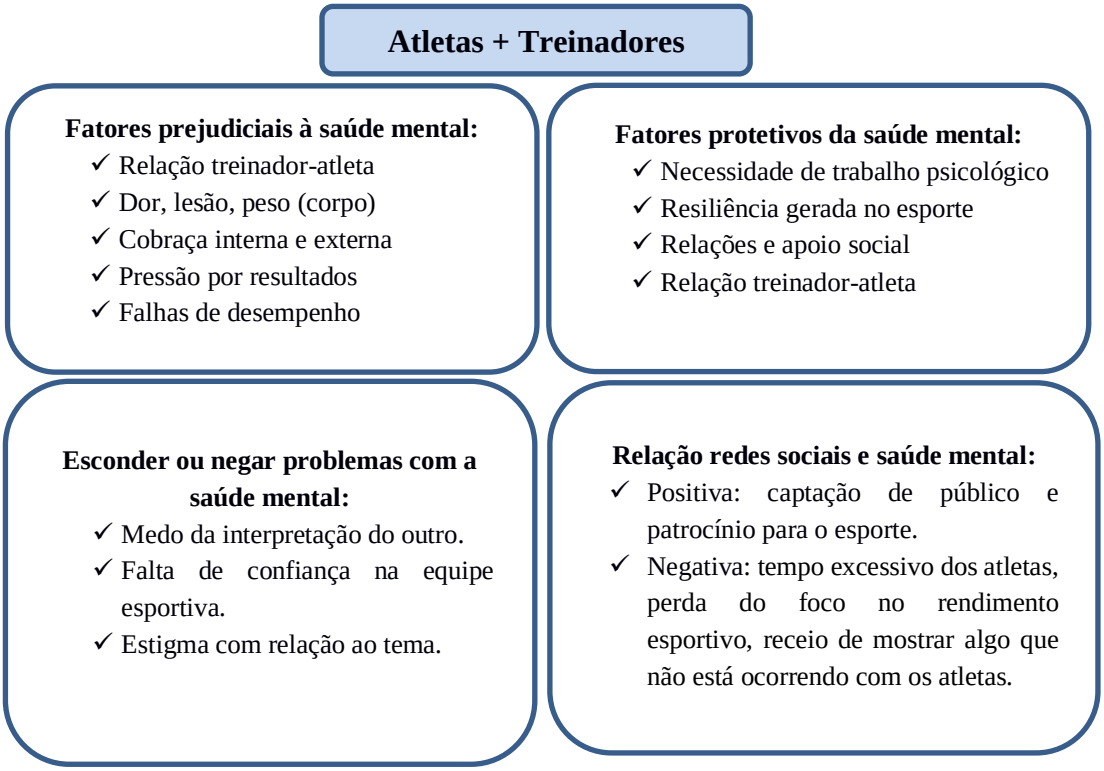


Figura 1. Temas e subtemas comuns entre atletas e treinadores.

DISCUSSÃO

Nessa pesquisa qualitativa, buscamos aprofundar a compreensão da saúde mental de treinadores e atletas brasileiros de alto rendimento de modalidades olímpicas para verificarmos como o contexto e a cultura do esporte de alto rendimento influenciam a saúde mental desse público.

Sobre os fatores que podem prejudicar a saúde mental de atletas, treinadores brasileiros apontaram para os relacionamentos dos atletas fora do esporte e dentro da equipe esportiva como um dos responsáveis pela qualidade da saúde mental dos atletas. Diversos autores apontam que os relacionamentos estão entre os estressores que despertam a manifestação de sintomas de transtornos mentais no atleta de alto rendimento (Arnold, Fletcher, 2012; Biggin; Burns; Uphill, 2017; Currie, Johnston, 2016; Foskett, Longstaff, 2018; Gavrilova, Donohue, 2018; Gouttebarge et al., 2019; Iverson, 2019; Jewett; Kerr, Tamminen, 2019; Purcell; Gwyther, Rice, 2019).

Panza et al. (2019), em uma revisão sistemática e metanálise sobre a relação entre participação esportiva de jovens atletas de elite e sintomas de ansiedade e depressão, apontaram

que o tipo de relacionamentos com treinadores, pais, colegas de equipe, torcida, pode produzir efeitos prejudiciais na saúde mental do atleta por serem inadequados ou abusivos, com os abusos psicológicos sendo muito comuns.

Questões ligadas ao corpo do atleta, em especial, as lesões, foram apontadas como prejudiciais à saúde mental, tanto por atletas como por treinadores. Diversos autores apontam que a lesão é uma das principais causas de problemas mentais (Foskett, Longstaff, 2018; Gouttebarge et al., 2019; Kiliç et al., 2017, 2018), assim como mostram diversas revisões sistemáticas (Rice et al., 2016; 2019) e relatórios de consenso (Moesch et al., 2018). Esses autores apontam que, além da própria lesão ser fonte de desenvolvimento de estresse e sintomas de transtorno mental, os sintomas relacionados (estresse e ansiedade, por exemplo) são considerados como importantes antecendetes das lesões, pois o atleta pode se lesionar por estar cansado e estressado, ou distraído com pensamentos que não o colocam no momento presente prestando atenção no que estão fazendo devido a uma ansiedade (Herring et al., 2017; Putukian, 2016; Schinke et al., 2017; Stillman et al., 2019).

Os atletas brasileiros que passaram por lesões relataram que, além de estar associada à dor, também gera perda da identidade do atleta. Alguns atletas procuraram apoio psicológico nesse período, sendo que uma das atletas de luta procurou uma profissional da Psicologia. Nossa pesquisa quantitativa, com questionário aplicado em atletas brasileiros de alto rendimento, mostrou que 43% dos atletas brasileiros já procuraram ajuda de psicólogo, e destes 7% também de um psiquiatra (Colagrai, Barreira, Fernandes, 2024b).

Um relatório de consenso organizado por Wiese-Bjornstal (2010) sobre o fato de questões psicológicas e sociais afetarem o risco de lesões e a resposta na recuperação destas em atletas de alto rendimento, deixou evidente que a ocorrência de lesões é um evento adverso e estressante à saúde. Uma das treinadoras em nosso estudo afirma que atletas estão acostumados a superar a dor, e isso pode afetar a saúde mental, pois não manifestam sintomas por serem, segundo ela, treinados para não demonstrar dor, da mesma maneira qeu acontece com os sintomas de saúde mental.

Apesar da lesão do atleta ser um fator de estresse e prejudicial à saúde mental de treinadores (Kegelaers et al., 2021; Kim et al., 2020; Pilkington et al., 2022), em nosso estudo, apenas um treinador se referiu à lesão como fator prejudicial à saúde mental de treinadores. Neste sentido, os treinadores brasileiros deste etudo apontaram que as modalidades que precisam enfrentar questões de peso e estética, no caso das lutas e da ginástica artística, aumentam os problemas de saúde mental do atleta. Os esportes de habilidades estéticas, finas, são os que mais apresentam taxas de sintomas de transtornos mentais, seguidos daqueles que

dependem do peso (Reardon et al., 2019). Corroborando com estes dados, Mathisen e Sundgot-Borgen (2019) em estudo com atletas da Noruega afirmaram que, ser jovem, mulher e competir em esportes estéticos é uma combinação de alto risco para sintomas de saúde mental. Biggin, Burns e Uphill (2017) no artigo realizado no Reino Unido sobre as percepções de atletas e treinadores sobre problemas de saúde mental em atletas de elite, apontaram que atletas experimentam preocupações com peso, dieta e imagem corporal, colocando pressão sobre si mesmos e percebem a pressão ao redor deles, impactando nos sintomas de transtorno mental.

Para os treinadores brasileiros, atletas de todas as modalidades trabalham constantemente com a questão do erro, e no caso da ginástica isso é mais constante, pois dependem de avaliação de árbitros, e a pressão na saúde mental aumenta. O erro e a falha no desempenho são também fatores que estimulam sintomas de transtornos no atleta conforme apontam diversos autores (Arnold, Fletcher, 2012; Beable et al., 2017; Gavrilova, Donohue, 2018; Iverson, 2019; Purcell; Gwyther, Rice, 2019).

Os treinadores brasileiros apontam para a dedicação exclusiva que o atleta de alto rendimento destina ao esporte como fator que pode prejudicar a saúde mental. Esse aspecto está de acordo com o que expressaram muitos atletas brasileiros como as Atletas de Boxe e de Atletismo, que apontam não terem uma vida social tranquila, não podem cumprir uma rotina social, como ocorre com familiares e amigos, muitas vezes se ausentando para se dedicar aos treinamentos e competições.

Alguns autores - Hughes e Leavey (2012) e Jewett, Kerr e Tamminen (2019) - em revisões de estudos sobre o tema, reforçam a questão da cultura esportiva de alto rendimento exigir do atleta a dedicação intensa e exclusiva para que se obtenha resultados. Essa dedicação deixa poucas opções para que escolham outros caminhos na vida, potencializando problemas de suade mental, quando algo não acontece como esperado. Isso porque atletas que possuem uma vida fora do esporte, sem ser apenas a vida de dedicação exclusiva ao esporte, conseguem ter melhor saúde mental. Isso pode ser observado em atletas australianos que se envolveram com amigos fora do esporte e assim, exerceram melhor domínio sobre o ambiente esportivo, com propósito mais significativo na vida, maior autonomia e mais autoaceitação (Sandardos, Chambers, 2019).

A questão de estrutura física e financeira foi apontada pelos treinadores brasileiros como fator prejudicial para a saúde mental dos atletas. Os atletas também apontam a necessidade da valorização do esporte, valorizando os atletas para que possam se dedicar e ter melhores desempenhos. A qualidade dos relacionamentos também foi apontada pelos atletas brasileiros como responsáveis por prejudicar a saúde mental deles.

Com relação aos sintomas de transtornos na saúde mental dos atletas brasileiros, foi enfatizada a ansiedade, sendo que alguns apontaram um nível de ansiedade ligada a situações pré-competitivas, e outros apontaram sintomas de ansiedade mais generalizada. Nossa pesquisa quantitativa aponta que ansiedade em atletas brasileiros apresentam taxas severas (5%), moderadas (16%), baixas (45%), e mínimas (33%) (Colagrai, Barreira, Fernandes, 2024a), corroborando com o estudo de Biggin, Burns e Uphill (2017).

Refente aos fatores protetivos da saúde mental, os treinadores e atletas entrevistados apontam a necessidade do apoio psicológico e a melhora no relacionamento com a equipe técnica. A necessidade de um trabalho contínuo com profissional adequado é tema comum para todos, como forma de gerenciar a pressão do esporte de alto rendimento.

Os atletas brasileiros de alto rendimento apontam outras formas de proteger a saúde mental deles, como meditações, reflexões, conversas, práticas alternativas, fé, religião, pensamento positivo, aprender a gerenciar o humor, e a própria resiliência criada através das situações de dificuldade que enfrentam.

Em um estudo com não atletas e ex-atletas de diversas modalidades no Brasil, Cevada et al. (2012) mostraram que o grupo de ex-atletas apresentou maior resiliência e melhor aspecto emocional em comparação com os não atletas. Os autores apresentam como hipótese o fato de a resiliência no atleta estar associada à sua capacidade de enfrentar problemas já que eles precisam estar sempre preparados para responder aos desafios e níveis de exigência do esporte.

A relação treinador-atleta adequada é vista como fator protetivo da saúde mental: conversas entre treinador e atleta ajudam muito, pois oferecem *feedback* um ao outro. Essa questão do *feedback* já foi ressaltada na revisão de Rice et al. (2019), que ressalta sua importância e como se desenvolve essa relação, impactando efetivamente na saúde mental de todos os envolvidos.

Coyle, Gorczynski e Gibson (2017), em estudo com mergulhadores no Reino Unido, mostram que para a saúde mental dos atletas é necessário ter ambiente positivo, estimulante, divertido, de confiança, autonomia, gerando maior harmonia entre todos os membros da equipe. Os autores destacam ainda que os treinadores são os responsáveis por promover esse ambiente, por serem considerados modelos em suas modalidades. Assim, para melhorar este relacionamento, deve-se promover suporte, confiança, empatia, inteligência emocional, desenvolvimento da autonomia, do propósito na vida (Sandardos, Chambers, 2019). Biggin, Burns e Uphill (2017) após pesquisas com treinadores e atletas de elite, apresentam maneiras de como esta relação treinador-atleta pode impactar positivamente a saúde mental, destacando:

ser acessível e comunicar-se abertamente; reconhecer sinais e sintomas de doença mental; orientar para o suporte adequado; adotar abordagem mais integral e geral.

Assim, podemos dizer que os treinadores têm papel importante no apoio a atletas de elite na orientação dos sintomas de problemas com a saúde mental (Castaldelli-Maia et al., 2019). Atletas brasileiros apontaram que o treinador precisa ter pelo menos conhecimento sobre saúde mental, para que auxilie os envolvidos no esporte a identificar problemas e saber como dar encaminhamento a isso, e criar um ambiente onde o atleta possa se expressar sem medo. No esporte de elite, o treinador é responsável pelo desempenho, saúde e bem-estar do atleta (Côté, Gilbert, 2009; Macdonald, Côté, Deakin, 2010; Vella et al., 2015). Dessa forma, exerce influência sobre o atleta por diversos motivos, especialmente por gerenciar o ambiente esportivo (Carson et al., 2019). Para isso, o desenvolvimento de competências sociais, pessoais e profissionais deve existir no ambiente esportivo de forma planejada, satisfazendo as necessidades psicológicas básicas dos atletas e dos treinadores (Macdonald, Côté, Deakin, 2010; Vella et al., 2015).

Além disso, na fala de um dos atletas entrevistados, fica claro que os treinadores deveriam conhecer mais a vida do atleta como um todo, considerando sua vida pessoal além do esporte. Isso porque precisamos mudar a perspectiva de que atletas são “máquinas de medalhas”. Atletas e treinadores são seres humanos e devem ser tratados como tal. Reforçando este aspecto e o estigma sobre o tema, muitos atletas têm receio de falar sobre o tema, por medo de demonstrar fraqueza, pois existe a cultura do atleta herói. Inclusive o estudo de Castaldelli-Maia et al. (2019), os atletas de elite parecem ter níveis mais altos de estigma em comparação com os não atletas, e geralmente acreditam que os sintomas e os distúrbios da saúde mental são considerados sinal de fraqueza (Castaldelli-Maia et al., 2019).

Interessante ressaltar que, mesmo quando perguntamos sobre os fatores que protegem a saúde mental, muitos atletas e treinadores falam sobre questões negativas, que prejudicam. Talvez uma possível explicação venha da nossa cultura: quando falamos em saúde mental, o foco ainda está na “doença”, no lado negativo da saúde mental (Colagrai et al, 2022; Poucher et al. 2021).

Identificamos diversos aspectos do medo entre atletas brasileiros - medo do olhar do outro, medo de errar, medo do julgamento de terceiros, medo de ser afastado das competições, de ser poupado, de ser tratado diferente, medo da cultura masculinizada - mostrando a recorrência do tema em seus relatos. A conscientização sobre saúde mental é importante tanto para atletas como para treinadores, para diminuir o estigma, o medo e as barreiras para procurar ajuda, a partir da capacidade prévia de perceber e compreender sintomas de problemas com a

saúde mental. Sabemos que uma intervenção para desestigmatização dos problemas com saúde mental apresenta resultados satisfatórios (Breslin et al., 2019; Cheng et al., 2018; Fletcher, Wilson, 2013; Gulliver et al., 2012; Kroshus, Wagner, Wyrick, Hainline, 2019). Os estudos mostraram que a intervenção de alfabetização em saúde mental aumenta o conhecimento dos atletas sobre transtornos de depressão e ansiedade, e mostra evidência de redução do estigma.

Para nossos entrevistados, ficou nítido que a saúde mental influencia o desempenho esportivo, especialmente quando falamos em confiança e resiliência: quanto maior estes aspectos, maior a saúde mental e vice-versa. Atletas não conseguem ter desempenho satisfatório se não tiver confiança. O detalhe faz a diferença entre quem vence e quem perde.

Com relação ao uso das redes sociais, temos reflexões interessantes. Mesmo tendo uso mais restrito, quando comparado aos atletas, os treinadores apontaram mudanças na cultura do esporte de alto rendimento devido ao uso desta tecnologia. Para os atletas, parece que os desafios são maiores: quantidade de seguidores, cobranças ainda maiores, perda do foco esportivo, perda de tempo nas redes, possibilidade de virarem *influencer*, expectativa dos comentários nas redes. Parece que o desempenho esportivo não é mais o único meio que seleciona um atleta para fazer parte de uma equipe de alto rendimento, existe também o uso das redes sociais. Os pontos positivos relacionados às redes sociais referem-se especialmente à maior divulgação, maior possibilidade de patrocínio, acesso à maior variedade de esportes disponíveis.

As redes sociais mudaram a interação entre as pessoas, e mesmo assim ainda são necessários mais estudos para analisar como afetam nosso comportamento, pois já sabemos que o uso prolongado desta tecnologia pode ter relação com sintomas depressivos e baixa autoestima (Danylova et al, 2022; Pantic, 2014).

Importante destacar a escassez de conhecimentos sobre saúde mental no esporte de alto rendimento, também salientada pelos participantes deste nosso estudo. Seria interessante ampliar a conscientização e o debate sobre este tema, tão importante e ainda tão neglicenciado em nosso país e no mundo todo. Van Slingerland et al. (2019), no estudo com várias pessoas envolvidas no esporte do Canadá, encontraram que os conceitos errôneos sobre a saúde mental no contexto esportivo de alto rendimento são generalizados e ainda, pouco claros. Os autores afirmam que as organizações esportivas têm o dever de proteger a saúde mental no contexto esportivo e, assim, deveriam apoiar e oferecer oportunidades de alfabetização no tema.

Coyle, Gorczynski e Gibson (2017), em seu estudo no Reino Unido, identificaram que o conhecimento sobre saúde mental e os sintomas de transtornos era limitado por parte de atletas e treinadores. Biggin, Burns, Uphill (2017) em um estudo também do Reino Unido, enfatizaram

o estigma como principal barreira para a busca de apoio, salientado que treinadores desempenham importante papel de sinalização para casos com sintomas iniciais, e que os psicólogos esportivos e clínicos forneceriam o apoio mais adequado na sequência.

Em nosso estudo, vimos a necessidade do trabalho psicológico para os treinadores, pois em sua visão, tudo o que existe nas equipes esportivas é voltado para o atleta. Pilkington et al. (2022), em seu estudo com treinadores de elite australianos, mostraram que muitos treinadores procuram auxílio profissional por se sentirem menosprezados ou mal remunerados no trabalho. Um outro ponto que merece destaque é a falta de estabilidade no emprego, pois ainda precisam viver de contratação por temporada, o que corrobora com Bentzen et al. (2020), que mostram treinadores experimentando níveis mais elevados de insegurança no emprego, potencializando seu sofrimento psicológico ao final das temporadas.

Kim et al. (2020) observaram associação entre a quantidade e a gravidade das preocupações diárias dos treinadores e o aparecimento de sintomas depressivos, entre as quais destacamos: preocupações sobre o futuro; muitas responsabilidades a serem cumpridas; exigências altas de desempenho. Os treinadores brasileiros afirmaram que nunca apresentaram algum tipo de transtorno especificamente. A maioria apontou ansiedade pré-competição e questões de esgotamento, e levantaram a possiblidade do *burnout*, e mesmo assim, tem dificuldade para reconhecer como problemas de saúde mental. Esse fato é comum em treinadores esportivos de alto rendimento por acreditarem ser apenas cansaço, sobrecarga de trabalho, problemas financeiros, dificuldade na cultura esportiva, problemas no relacionamento da equipe, jornada estendida, impacto na relação familiar, segurança do trabalho, lesão do atleta, desempenho do atleta, atitude e comprometimento do atleta, expectativas dos outros (Didymus, 2017; Norris, Didymus, Kaiseleret, 2017; Olusoga, Bentzen, Kenttä, 2019).

Um dos treinadores apontou a questão de gênero como impactante na saúde mental esportiva, apontando a questão da masculinidade como problema significativo. Kegelaers et al. (2021) mostraram que os treinadores apresentam menos depressão/ansiedade em comparação com as treinadoras, e Åkesdotter et al. (2022) demostraram maiores distúrbios afetivos nas treinadoras (78% treinadoras versus 40% treinadores).

Assim, fechamos esta discussão mostrando que alguns temas se sobrepõem nos atletas e treinadores, especialmente quando falamos em ampliar a conscientização e o debate contínuo sobre saúde mental. É preciso mudar a perspectiva do tema em nossa sociedade. O esporte de alto rendimento é uma atividade que exige muito de seus atletas, não apenas fisicamente, mas também no aspecto psicológico. A pressão por resultados, as cobranças internas e externas, a rotina de treinamentos, a concorrência, a exposição nas mídias sociais, entre tantos outros

fatores - como vimos neste estudo - podem influenciar a percepção de atletas e treinadores sobre sua percepção de vida, de esporte, de bem-estar, diminuindo significativamente sua qualidade de vida e sua percepção de saúde mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou compreender, pela pesquisa qualitativa, como está a saúde mental dos atletas e treinadores brasileiros de alto rendimento. Neste estudo, abordamos a saúde mental de maneira inédita, enfocando tanto os fatores protetivos, como os fatores prejudiciais à saúde mental no ambiente esportivo.

Observamos alguns aspectos diferentes de outros estudos quantitativos, justamente pela possibilidade de aprofundarmos os assuntos. Quando questionados sobre conceitos e significados de saúde mental, ficou evidente sua relação com confiança, autoconfiança, autoestima, resiliência, foco, "ter a cabeça boa". Todos os participantes apresentaram a importância do trabalho psicológico, tanto para atletas e também para treinadores, enfatizando a necessidade de ser contínuo e sistematizado, pois no nível do esporte de alto rendimento, a diferença pode estar no aspecto psicológico. A relação treinador-atleta e a relação com redes sociais foram dois temas destacados em nossa pesquisa, considerados tanto prejudiciais, quanto promotores de saúde mental e importantes no processo esportivo.

Diante do exposto, concluímos enfatizando nossa pesquisa no sentido de fornecer subsídios para ampliar o debate e a valorização do tema saúde mental no contexto esportivo, tendo repercussões diretas em todas as pessoas envolvidas, em especial, atletas e treinadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Åkesdotter, C., Kenttä, G., Eloranta, S., Håkansson, A., Franck, J. (2022). Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders among treatment-seeking elite athletes and high-performance coaches. *BMJ Open Sport & Exercise Medicine*, 8, e001264. DOI: 10.1136/bmjsem-2021-001264.

Allen, S. V., Hopkins, W. G. (2015) Age of Peak Competitive Performance of Elite Athletes: A Systematic Review. *Sports Medicine, 45*(10): 1431–1441. DOI: 10.1007/s40279-015-0354-3.

Arnold, R., Fletcher, D. (2012). A research synthesis and taxonomic classification of the organisational stressors encountered by sport performers. *Journal of Sport and Exercise Psychology, 34,* 397-429. DOI: 10.1123/jsep.34.3.397.

Beable, S., Fulcher, M., Lee, A. C., Hamilton, B. (2017) SHARPSports mental Health Awareness Research Project: Prevalence and risk factors of depressive symptoms and life stress in elite athletes. *Journal of Science and Medicine in Sport, 20*(12):1047-1052. DOI: 10.1016/j.jsams.2017.04.018.

Bentzen, M., Kenttä, G., Richter, A., Lemyre, P. N. (2020). Impact of Job Insecurity on Psychological Well- and Ill-Being among High Performance Coaches. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(19):6939. DOI: 10.3390/ijerph17196939.

Biggin, I. J. R., Burns, J. H., Uphill, M. (2017) An investigation of athletes' and coaches' perceptions of mental ill-health in elite athletes. *Journal of Clinical Sport Psychology, 11*(2):126–147. DOI: 10.1123/jcsp.2016-0017.

Braun, V., Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3* (2): pp. 77-101. ISSN 1478-0887.

Breslin, G., Smith, A., Donohue, B., Donnelly, P., Shannon, S., Haughey, T. J., Vella, S. A., Swann, C., Cotterill, S.; Macintyre, T., Rogers, T. Leavey, G. (2019) International consensus statement on the psychosocial and policy-related approaches to mental health awareness programmes in sport. *BMJ Open Sport and Exercise Medicine, 5*(1): 1–7, DOI: 10.1136/bmjsem-2019-000585.

Carson, F., Malakellis, M., Walsh, J., Main, L. C., Kremer, P. (2019). Examining the Mental Well-Being of Australian Sport Coaches. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(23), 4601. DOI: 10.3390/ijerph16234601.

Castaldelli-Maia, J. M., Gallinaro, J. G. M. E., Falcão, R. S., Gouttebarge, V., Hitchcock, M. E., Hainline, B., Reardon, C. L., Stull, T. (2019) Mental health symptoms and disorders in elite athletes: a systematic review on cultural influencers and barriers to athletes seeking treatment. *British Journal of Sports Medicine, 53*(11):707-721. DOI: 10.1136/bjsports-2019-100710

Cevada, T., Cerqueira, L. S., De Moraes, H. S., Dos Santos, T. M., Pompeu, F. A. M. S., Deslandes, A. C. (2012) Relação entre esporte, resiliência, qualidade de vida e ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clinica, 39*(3): 85–89. Doi:10.1590/S0101-60832012000300003.

Chang, C., Putukian, M., Aerni, G., Diamond, A., Hong, G., Ingram, Y., Wolanin, A. (2020). Mental health issues and psychological factors in athletes: Detection, management, effect on performance and prevention: American Medical Society Position Statement-Executive Sumary. *British Journal of Sports Medicine, 54*:216-220. DOI: 10.1136/bjsports-2019-101583.

Cheng, H. L., Wang, C., Mcdermott, R. C., Kridel, M., Rislin, J. L. (2018) Self-Stigma, Mental Health Literacy, and Attitudes Toward Seeking Psychological Help. *Journal of Counseling and Development, 96*(1): 64-74. Doi:10.1002/jcad.12178.

Clarke, V., Braun, V. (2013) Successful Qualitative Research: A Practical Guide for Beginners. Edition: First. Publisher: Sage. ISBN: 9781847875815.

Colagrai, A. C., Barreira, J., Nascimento, F. T., Fernandes, P. T. (2022). The paradox of mental health versus mental disease in elite athletes: a scoping review. *Motriz, 28, e10220001722*. DOI: 10.1590/S1980-6574202200001722.

Colagrai, A. C., Barreira, J., Fernandes, P. T. (2024a) A saúde mental em atletas brasileiros de elite: fatores protetivos e não protetivos. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte.* A ser submetido.

Colagrai, A. C., Barreira, J., Fernandes, P. T. (2024b) Saúde mental de atletas de elite brasileiros: fatores de proteção e sintomas de transtornos em relação ao gênero, nível, experiência e tipo de esporte. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*. A ser submetido.

Colagrai, A. C., Barreira, J., Fernandes, P. T. (2024c) O esporte de elite impacta da mesma maneira a saúde mental de treinadores e atletas? *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto.* A ser submetido.

International Olympic Committee (Comitê Olímpico Internacional). Olympic.org - Official website of the Olympic Movement. 2021. Acesso em 28 de outubro de 2022, disponível em Olympic.org - Official website of the Olympic Movement: http://www.olympic.org/uk/index_uk.asp

Côté, J., Gilbert, W. (2009) An integrative definition of coaching effectiveness and expertise. *International Journal of Sports Science & Coaching, 4*(3): p. 307-323. Doi:10.1260/174795409789623892.

Coyle, Gorczynski e Gibson (2017) "You have to be mental to jump off a board any way": Elite divers' conceptualizations and perceptions of mental health. *Psychology of Sport and Exercise, 29*:10-18. DOI: 10.1016/j.psychsport.2016.11.005.

Creswell, J. W. (2010) Projeto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e misto. 3º edição - Porto Alegre: Artmed. 2010.

Currie, A., Johnston, A. (2016) Psychiatric disorders: The psychiatrist's contribution to sport. *International Review of Psychiatry, 28*(6): 587-594. DOI: 10.1080/09540261.2016.1197188.

Currie, A., Mcduff, D., Johnston, A., Hopley, P., Hitchcock, M. E., Reardon, C. L., Hainline, B. (2019) Management of mental health emergencies in elite athletes: A narrative review. *British Journal of Sports Medicine, 53*(12): 772–778. DOI: 10.1136/bjsports-2019-100691.

Danylova, T., Vus, V. I., Kryvda, N., Kholodynska, S., Storozhuk, S., Shmarhun, V., Pavlova, O. (2022) On social networks, digital media, and mental health. *Wiadomości Lekarskie 75*(11):2850-2854. Doi:10.36740/WLek202211222.

Didymus, F. F. (2017). Olympic and international level sports coaches' experiences of stressors, appraisals, and coping. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health, 9*(2), 214–232. Doi:10.1080/2159676X.2016.1261364.

DSM-5 American Psychiatric Association. (2014) *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais:* tradução Maria Inês Corrêa Nascimento et al.; 5º Edição. Porto Alegre: Artmed

Esteves, N. S., De Brito, M. A., Soto, D. A. S., Müller, V. T., Aedo-Muñoz, E., Brito, C. J., Miarka, B. (2020). Effects of the COVID 19 pandemic on the mental health of professional soccer teams: epidemiological factors associated with state and trait anxiety. *Journal of Physical Education and Sport*, *20*(5), 3038-3045. DOI: 10.7752/jpes.2020.413

Fletcher, T., Wilson, A. (2013) The transformative potential of reflective diaries for elite English cricketers. *Leisure/Loisir, 37*:3, 267-286. DOI: 10.1080/14927713.2013.865982.

Foskett, R. L., Longstaff, F. (2018) The mental health of elite athletes in the United Kingdom. *Journal of Science and Medicine in Sport, 21*(8):765-770. DOI: 10.1016/j.jsams.2017.11.016.

Frost, J.; Walton, C. C.; Purcell, R.; Fisher, K.; Gwyther, K.; l Kocherginsky, M., Rice, S. M. (2023) The mental health of elite-level coaches: A systematic scoping review. Retrieved from osf.io/zm63q:1-43. Doi:10.21203/rs.3.rs-2866734/v1.

Gavrilova, Y. Donohue, B. (2018) Sport-Specific Mental Health Interventions in Athletes: A Call for Optimization Models Sensitive to Sport Culture. *Journal o f Sport Behavior, 41*(3):283-304. ID: 1500171925

Gorczynski, P., Gibson, K., Clarke, N., Mensah, T., Summers, R. (2020). Examining mental health literacy, help-seeking behaviours, distress, and wellbeing in UK coaches. *European Physical Education Review*, *26*(3), 713–726. DOI: 10.1177/1356336X19887772.

Gouttebarge, V., Castaldelli-Maia, J. M., Gorczynski, P., Hainline, B., Hitchcock, M. E., Kerkhoffs, G. M. et al. (2019). Occurrence of mental health symptoms and disorders in current and former elite athletes: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine, 53*(11), 700-706. DOI: 10.1136/bjsports-2019-100671.

Gulliver, A., Griffiths, K. M., Christensen, H., Mackinnon, A., Calear, A. L., Parsons, A., Bennett, K., Batterham, P. J., Stanimirovic, R. (2012) Internet-based interventions to promote mental health help-seeking in elite athletes: An exploratory randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research, 14*(3): p. 1-18. DOI: 10.2196/jmir.1864.

Gulliver, A., Griffiths, K. M., Christensen, H. (2012) Barriers and facilitators to mental health help-seeking for young elite athletes: a qualitative study. *BMC Psychiatry, 12*(157): 1-14. Disponível em: https://bmcpsychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-12-157.

Herring et al. (2017) Psychological Issues Related to Illness and Injury in Athletes and the Team Physician: A Consensus Statement-2016 Update. *Medicine & Science in Sports & Exercercise,49*(5):1043-1054. DOI: 10.1249/MSS.0000000000001247.

Hill, D. M., Brown, G., Lambert, T.-L., Mackintosh, K., Knight, C., Gorczynski, P. (2021). Factors perceived to affect the wellbeing and mental health of coaches and practitioners working within elite sport. *Sport, Exercise, and Performance Psychology, 10*(4), 504–518. DOI: 10.1037/spy0000263.

Hinojosa-Alcalde, I., Andrés, A., Didymus, F. F., Norman, L., Soler, S. (2020). Assessing Psychosocial Work Environments of Coaches in Spain and Their Relationships With Mental Health, Behavioral Stress Symptoms, and Burnout. *The Sport Psychologist, 34*(2), 1-10. DOI: 10.1123/tsp.2018-0114.

Hughes, L., Leavey, G. (2012) Setting the bar: athletes and vulnerability to mental illness. *British Journal Psychiatry, 200*(2): p. 95-60. DOI: 10.1192/bjp.bp.111.095976.

Iasiello, M.; van Agteren, J., Muir-Cochrane, E. (2020) Mental Health and/or Mental Illness: A Scoping Review of the Evidence and Implications of the Dual-Continua Model of Mental Health. *Evidence Base, 1,* 45. DOI: 10.21307/eb-2020-001.

Iverson, G. L. (2019) Retired National Football League Players are Not at Greater Risk for Suicide. *Archives of Clinical Neuropsychology, 0*(0): p. 1-10. DOI: 10.1093/arclin/acz023.

Jewett, R., Kerr, G., Tamminen, K. (2019) University sport retirement and athlete mental health: a narrative analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health, 11*(3):416–433. DOI: 10.1080/2159676X.2018.1506497.

Kegelaers, J., Wylleman, P., van Bree, I. (Belle) N. A., Wessels, F., Oudejans, R. R. (2021). Mental Health in Elite-Level Coaches: Prevalence Rates and Associated Impact of Coach Stressors and Psychological Resilience. *International Sport Coaching Journal*, *8*(3):338-347. DOI: 10.1123/iscj.2020-0066.

Kenttä, G., Bentzen, M., Dieffenbach, K., Olusoga, P. (2020). Challenges Experienced by Women High-Performance Coaches: Sustainability in the Profession, *International Sport Coaching Journal*, *7*(2), 200-208. DOI: 10.1123/iscj.2019-0029.

Keyes, C. L. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, *43*(2), 207-22. DOI: 10.2307/3090197.

Kiliç, Ö. et al. (2017) Symptoms of common mental disorders and related stressors in Danish professional football and handball. *European Journal of Sport Science, 17*(10): p. 1328-1334. DOI: 10.1080/17461391.2017.1381768.

Kiliç, Ö. et al. (2018a) Severe musculoskeletal time-loss injuries and symptoms of common mental disorders in professional soccer: a longitudinal analysis of 12-month follow-up data. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy, 26*(3): p. 946-954. DOI: 10.1007/s00167-017-4644-1.

Kim, S. S. Y., Hamiliton, B.; Beable, S.; Cavadino, A., Fulcher, M. L. (2020). Elite coaches have a similar prevalence of depressive symptoms to the general population and lower rates than elite athletes. *BMJ Open Sport & Exercise Medicine*, 6, e000719. DOI: 10.1136/bmjsem-2019-000719.

Kroshus, E., Wagner, J., Wyrick, D.L., Hainline, B. (2019). Pre-post evaluation of the "Supporting Student-Athlete Mental Wellness" module for college coaches. Journal of Clinical Sport Psychology, 13(4), 668-685. DOI: 10.1123/jcsp.2018-0082.

Lebrun, F., MacNamara, A., Rodgers, S., Collins, D. (2018) Learning from Elite Athletes' experience of depression. *Frontiers in Psychology*, *9*(OCT):1-11. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.02062.

Macdonald, D. J., Côté, J., Deakin, J. (2010) The Impact of Informal Coach Training on the Personal Development of Youth Sport Athletes. *International Journal of Sports Science & Coachin*, *5*(3) p: 363-372. Doi:10.1260/1747-9541.5.3.363.

Mathisen, T. F., Sundgot-Borgen, J. (2019) Mental Health Symptoms Related to Body Shape Idealization in Female Fitness Physique Athletes. *Sports, 7*(11): p. 236, 2019. DOI: 10.3390/sports7110236.

Moesch, K., Kentta, 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. DOI: 10.1016/j.psychsport.2018.05.013.

Norris, L. A., Didymus, F. F., Kaiseler, M. (2017). Stressors, coping, and well-being among sports coaches: A systematic review. *Psychology of Sport and Exercise*, 33, 93-112. DOI: 10.1016/j.psychsport.2017.08.005.

Olusoga, P., Bentzen, M., Kenttä, G. (2019). Coach Burnout: A Scoping Review. International *Sport Coaching Journal, 6,* 42-62. DOI: 10.1123/iscj.2017-0094

Pantic I. (2014) Online social networking and mental health. *Cyberpsychol, Behavior, Social Networking, 17*(10):652-7. DOI: 10.1089/cyber.2014.0070.

Panza, M. J., Graupensperger, S., Agans, J. P., Dore, I., Vella, S. A., Evans, M. B. (2019). Adolescent sport participation and symptoms of anxiety and depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 42, 201-218. DOI: 10.1123/jsep.2019-0235.

Pilkington, V., Rice, S. M., Walton, C. C., Gwyther, K., Olive, L., Butterworth, M., Purcell, R. (2022). Prevalence and Correlates of Mental Health Symptoms and Well-Being Among Elite Sport Coaches and High-Performance Support Staff. *Sports Medicine-Open*, 8(1), 89. DOI: 10.1186/s40798-022-00479-y.

Poucher, Z. A., Tamminen, K. A., Sabiston, C. M., Cairney, J., Kerr, G. (2021). Prevalence of symptoms of common mental disorders among elite Canadian athletes. *Psychology of Sport and Exercise*, 57, 102018. DOI: 10.1016/j.psychsport.2021.102018

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. DOI: 10.1186/s40798-019-0220-1.

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): p. 145–148. DOI: 10.1136/bjsports-2015-095586.

Reardon, C. L., Hainline, B., Aron, C.M., Baron, D., Baum, A.L., Bindra, A., Budget, R. et al. (2019) Mental health in elite athletes: International Olympic Committee consensus statement. *British Journal of Sports Medicine, 53*(11):667-699. DOI: 10.1136/bjsports-2019-100715.

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), 1333-53. DOI: 10.1007/s40279-016-0492-2.

Rice, S. M., Gwyther, K., Santesteban-Echarri, O., Baron, D., Gorczynski, P., Gouttebarge, V., Reardon, C. L., Hitchcock, M. E., Hainline, B., Purcell R. (2019). Determinants of anxiety in elite athletes: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine, 53*(11):722-730. DOI: 10.1136/bjsports-2019-100620.

Sandardos, S. S., Chambers, T. P. (2019) "It's not about sport, it's about you": An interpretative phenomenological analysis of mentoring elite athletes. *Psychology of Sport and Exercise, 43*: 144-154.Doi:10.1016/j.psychsport.2019.02.003.

Schinke, R. J., Stambulova, N., Si, G., Moore, Z. (2017) International society of sport psychology position stand: Athletes' mental health, performance, and development. *International Journal of Sport and Exercise Psychology, 16*(6), 622–639. DOI: 10.1080/1612197X.2017.1295557.

Smith, A., Haycock, D., Jones, J., Greenough, K., Wilcock, R., Braid, I. (2020). Exploring Mental Health and Illness in the UK Sports Coaching Workforce. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(24):9332. DOI: 10.3390/ijerph17249332.

Stillman, M. A., Glick, I. D., McDuff, D., Reardon, C. L., Hitchcock, M. E., Fitch, V. M, Hainline B. (2019) Psychotherapy for mental health symptoms and disorders in elite athletes: a narrative review. *British Journal of Sports Medicine, 53*(12):767-771. DOI: 10.1136/bjsports-2019-100654.

Ströhle, A. (2019) Sports Psychiatry: mental health and mental disorders in athletes and exercise treatment of mental disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 269*(5): p. 485–498. DOI: 10.1007/s00406-018-0891-5.

Swann, C., Moran, A., Piggott, D. (2015) Defining elite athletes: Issues in the study of expert performance in sport psychology. *Psychology of Sport and Exercise, 16*(1):3–14. DOI: 10.1016/j.psychsport.2014.07.004.

Van Slingerland, K. J., Durand-Bush, N., Bradley, L., Goldfield, G., Archambault, R., Smith, D., Edwards, C., Delenardo, S., Taylor, S., Werthner, P., Kenttä, G. (2019) Canadian Centre for Mental Health and Sport (CCMHS) position statement: principles of mental health in competitive and high-performance sport. *Clinical Journal of Sport Medicine, 29*:173-180. DOI: 10.1097/JSM.0000000000000665.

Vella S. A., Cliff, D. P., Magee, C. A., Okely, A. D. (2015) Associations between sports participation and psychological difficulties during childhood: a two-year follow up. *Journal of Science and Medicine in Sport, 18*(3): 304-309. DOI: 10.1016/j.jsams.2014.05.006.

Weinberg, R. S., Gould, D. (2019). Foundations of Sport and Exercise Psychology. 7th Edition. Champaign, IL: Human Kinetics.

WHO (World Helth Organization) (2017) *Depression and other common mental disorders.* Global Health Estimates. Geneva. 1-24.

Wiese-Bjornstal, D. M. (2010) Psychology and socioculture affect injury risk, response, and recovery in high-intensity athletes: a consensus statement. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports,20*(Suppl 2): 103-11. DOI: 10.1111/j.1600-0838.2010.01195.x.

CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE

Estudar o esporte de alto rendimento é importante porque todos os investimentos seguem para esse segmento da manifestação esportiva. A atração das pessoas nas organizações esportivas é prioritariamente voltada para competição, pela vitória, pelo desempenho em alta performance, por acreditar que esporte de alto rendimento é o objetivo de todo o trabalho desenvolvido, desde a infância até a fase adulta. Dessa forma, nosso questionamento é: se todo o esforço de tempo e de investimento financeiro segue para esse tipo de manifestação esportiva, quem planeja e realiza o esporte de alto rendimento deveria pensar no atleta e no treinador, de forma integral, completa e saudável, abrangendo todos os aspectos que ajudam a desenvolver e melhorar a qualidade de seu desempenho.

Infelizmente, como vimos nesta tese, a resposta ainda está longe de ser positiva nesse sentido. O investimento no esporte de alto rendimento deveria acontecer de maneira completa, investindo no trabalho psicológico, afetivo e cognitivo, ultrapassando a ênfase apenas no tripé físico-técnico-tático. Precisamos mudar a perspectiva do esporte de alto rendimento, que considera ainda o atleta como uma "máquina de vencer competições e conseguir títulos".

Ainda prosseguindo com nossas reflexões, se o foco do trabalho esportivo for obter medalhas, um dos principais pilares para que isso ocorra - a saúde mental - tem sido negligenciado. Os pensamentos, os sentimentos, as emoções vividas e sentidas no contexto esportivo pelos atletas e treinadores influenciam suas ações físicas, técnicas, táticas. Estudos mostram que compreender a saúde mental é compreender a motivação e os comportamentos do atleta. Por isso, nossa ênfase está no cuidado com nossos atletas e treinadores, pois são protagonistas de todo o ambiente exportivo. Melhor a saúde mental deles, significa termos pessoas mais felizes e resultados mais promissores, evitando assim transtornos mentais, desmotivação e claro, desperdício financeiro.

Estudos sobre saúde mental do atleta devem continuar em diversas áreas no mundo, em especial no Brasil e América do Sul, onde encontramos poucas informações sobre essas realidades. Estudos sobre treinadores devem avançar, pois ficou evidente que a relação treinador-atleta é fundamental para a vida de ambos - pessoal e profissional - e, claro, para o desempenho esportivo.

Para potencializar a saúde mental neste contexto:

- Precisamos ampliar e valorizar conhecimentos sobre o tema, fortalecendo resiliência, motivação, foco, relação treinador-atleta adequada, autonomia, respeito, planejamento e suporte social.
- Precisamos permitir que atletas e treinadores falem sobre suas percepções, seus sentimentos e suas experiências de vida e de esporte.
- Precisamos ouvir sem julgamentos, sem preconceitos, com escuta ativa e acolhedora.
- Precisamos realizar uma alfabetização sobre o tema para esse público.
- Precisamos de informação correta e séria para que novas estratégias para o enfrentamento de adversidades sejam aprimoradas e concretizadas.
- Precisamos olhar para o atleta e para o treinador como seres humanos, com expectativas, histórias de vida, família, sorrisos e lágrimas próprias.
- Precisamos fazer nossa parte. Estudar atletas e treinadores de alto rendimento é complexo. Ainda temos dificuldade para acessá-los.
- Precisamos que as entidades esportivas abram suas portas, ouvidos e corações para este tema.
- Precisamos de apoio a pesquisas, capacitações para profissionais esportivos.
- Precisamos informar que casos de transtornos mentais ou até de dificuldades psicológicas consideradas mais leves têm como serem prevenidos e tratados.
- Precisamos elevar este debate, potencializado pelo conhecimento sobre o assunto e pelo comprometimento das pessoas envolvidas com o esporte.

Simone Biles, nos Jogos Olímpicos de Tóquio, escancarou este tema, quando colocou sua "fragilidade" à mostra. Ela decidiu colocar sua saúde mental em primeiro lugar, mesmo diante de tanto sofrimento e de tantos treinamentos. Depois disso, outros atletas se espelharam e começaram a expor suas vulnerabilidades emocionais com mais frequência. Casos de depressão, transtorno do pânico, transtornos alimentares, abuso de substâncias e suicídio vêm sendo trazidos à tona, como nunca vimos antes. Isso não quer dizer que não existiam atletas sofrendo no passado, mas, provavelmente, sofriam calados pelo medo do estigma associado.

Atletas, geralmente, são inspiração de força, foco, perfeição e resiliência. Demonstrar fragilidades nunca havia sido bem visto na arena de competição. Até porque a prática conhecida pelo "*no pain no gain*" ensina que é preciso sacrifícios, abdicações e dores no caminho do atleta. Isso não deixa de ser verdadeiro. Porém, precisamos ensinar aos atletas, treinadores e aos profissionais do esporte que o resultado esportivo não precisa ser a qualquer custo! Não

precisamos “quebrar” o atleta - fisica e mentalmente - para chegar à excelência. O sucesso dos atletas de alto rendimento não passa apenas pelo aperfeiçoamento físico e técnico. A saúde mental também tem papel fundamental no desempenho dos esportistas nas modalidades que praticam.

IMPLICAÇÕES PRÁTICAS

Com base nos resultados encontrados ao longo de todo o trabalho, pretendemos criar alguns mecanismos para intervenções práticas, como detalhadados a seguir.

- Criar manuais de de leitura prática para atletas e treinadores sobre os divesos aspectos da saúde mental, identificação de sintomas e de fatores protetivos.
- Elaborar cursos de conscientização sobre o tema para essa população e para as pessoas envolvidas no contexto esportivo.
- Oferecer às organizações esportivas os conteúdos encontrados em nosso estudo como forma de chamar a atenção para o tema, assim como oferecer cursos de formação para gestores esportivos que enfatizem esta temática.
- Transformar a tese em um livro de leitura acessível para a população de atletas e treinadores.
- Elaborar artigos científicos sobre o tema.
- Participar de congressos tanto na área de Psicologia do Esporte e de Gestão Esportiva para levar esse conteúdo para diferentes esferas que utilizam a tomada de tomada de decisão no ambiente esportivo.
- Elaborar novos instrumentos para coleta de dados, com foco na realidade do atleta e do treinador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCÂNTARA, V. P.; VIEIRA, C. A. L.; ALVES, S. V. Perspectivas acerca do conceito de saúde mental: análise das produções científicas brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva,* v. 27, n. 1, p. 351-361. 2022. DOI: 10.1590/1413-81232022271.22562019.

ALLEN, S. V.; HOPKINS, W. G. Age of Peak Competitive Performance of Elite Athletes: A Systematic Review. Sports Medicine, v. 45, n. 10, p. 1431–1441. 2015 DOI: 10.1007/s40279-015-0354-3.

ALMEIDA FILHO, N.; COELHO, M. T. A.; PERES, M. F. T. O Conceito de Saúde Mental. Revista USP, v.43, p. 100-125. 1999. DOI: 10.11606/issn.2316-9036.v0i43p100-125.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, DSM-5 Task Force. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.. 2013. doi:10.1176/appi.books.9780890425596.

APPANEAL, R. N.; LEVINE, B. R.; PERNA, F. M.; ROH, J. L. Measuring postinjury depression among male and female competitive athletes. Journal of Sport and Exercise Psychology, v. 31, n. 1, p. 60–76, 2009. DOI: 10.1123/jsep.31.1.60.

ARNOLD, R.; FLETCHER, D. A research synthesis and taxonomic classification of the organizational stressors encountered by sport performers. Journal of Sport and Exercise Psychology, v. 34, n. 3, p. 397–429, 2012. DOI: 10.1123/jsep.34.3.397.

BÄR, K. J.; MARKSER, V. Z. Sport specificity of mental disorders: The issue of sport psychiatry. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, v. 263, n. SUPPL.2, p. 205–210, 2013. DOI: 10.1007/s00406-013-0458-4

BEABLE, S.; FULCHER, M.; LEE, A. C.; HAMILTON, B. SHARPSports mental Health Awareness Research Project: Prevalence and risk factors of depressive symptoms and life stress in elite athletes. Journal of Science and Medicine in Sport, v. 20, n. 12, p. 1047–1052, 2017. doi:10.1136/bjsports-2016-097372.25

BIGGIN, I. J. R.; BURNS, J. H.; UPHILL, M. An investigation of athletes' and coaches' perceptions of mental ill-health in elite athletes. Journal of Clinical Sport Psychology, v. 11, n. 2, p. 126–147, 2017. doi:10.1123/jcsp.2016-0017

BRASIL. LEI Nº 9.615, DE 24 DE MARÇO DE 1998 - Institui normas gerais sobre desporto e dá outras providências. 1998. Acesso em 28 de março de 2023, disponível em Senado Federal - SICON: http://www6.senado.gov.br/sicon/PreparaPesquisa.action

BRESLIN, G.; SHANNON, S.; FERGUSON, K.; DEVLIN, S.; HAUGHEY, T.; PRENTICE, G.. Predicting Athlete Mental Health Stigma Using the Theory of Reasoned Action Framework. Journal of Clinical Sport Psychology, v. 13, n. 1, p. 103–115, 2019a. doi:10.1123/jcsp.2017-0055

BRESLIN, G.; SMITH, A.; DONOHUE, B.; DONNELLY, P.; SHANNON, S.; HAUGHEY, T. J.; VELLA, S. A.; SWANN, C.; COTTERILL, S.; MACINTYRE, T.; ROGERS, T.; LEAVEY, G. International consensus statement on the psychosocial and policy-related approaches to mental health awareness programmes in sport. BMJ Open Sport and Exercise Medicine, v. 5, n. 1, p. 1–7, 2019b. DOI: 10.1136/bmjsem-2019-000585.

BRONFENBRENNER, U. Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos. Porto Alegre: Artmed Editora, 2011.

BROWN, J. C.; KERKHOFFS, G.; LAMBERT, M. I.; GOUTTEBARGE, V.. Forced Retirement from Professional Rugby Union is Associated with Symptoms of Distress. International Journal of Sports Medicine, v. 38, n. 8, p. 582–587, 2017. DOI: 10.1055/s-0043-103959.

BUENO, L. Políticas públicas do esporte no Brasil: razões para o predomínio do alto rendimento. Tese de Doutorado. Faculdade Getúlio Vargas. São Paulo. 2008.

CALHOUN, J. W.; HERRING, K. M.; IADEVITO, T. L. Systemic issues involved in working with professional sports teams. Clinics in Sports Medicine, v. 24, p. 929–942, 2005. DOI: 10.1016/j.csm.2005.06.005.

CARVALHO, F. A.; MARQUES, M. C. P.; CARVALHO, J. L. F. Redes interorganizacionais, poder e dependência no futebol brasileiro. Organização & Sociedade. v. 16, n. 48, p. 101-121, 2009. DOI: 10.1590/S1984-92302009000100005

CASTALDELLI-MAIA, J. M.; GALLINARO, J. G. M. E.; FALCÃO, R. S.; GOUTTEBARGE, V.; HITCHCOCK, M. E.; HAINLINE, B.; REARDON, C. L.; STULL, T. Mental health symptoms and disorders in elite athletes: A systematic review on cultural influencers and barriers to athletes seeking treatment. British Journal of Sports Medicine, v. 53, n. 11, p. 707–721, 2019. DOI: 10.1136/bjsports-2019-100710

CHANG, C.; PUTUKIAN, M.; AERNI, G.; DIAMOND, A.; HONG, G.; INGRAM, Y.; REARDON, C. L.; WOLANIN, A.. Mental health issues and psychological factors in athletes: Detection, management, effect on performance and prevention: American Medical Society for Sports Medicine Position Statement-Executive Summary. British Journal of Sports Medicine, v. 54, n. 4, p. 216–220, 2020. DOI: 10.1136/bjsports-2019-101583.

CHEN, S. P.; CHANG, W. P.; STUART, H. Self-reflection and screening mental health on Canadian campuses: validation of the mental health continuum model. BMC Psychol, v. 8, p. 76., 2020. DOI: 10.1186/s40359-020-00446-w.

International Olympic Committee (Comitê Olímpico Internacional). Olympic.org - Official website of the Olympic Movement. 2021. Acesso em 28 de outubro de 2022, disponível em Olympic.org - Official website of the Olympic Movement: http://www.olympic.org/uk/index_uk.asp.

CÔTÉ, J.; GILBERT, W. An integrative definition of coaching effectiveness and expertise. International Journal of Sports Science & Coaching. v. 4, n. 3, p. 307-323, 2009. doi:10.1260/174795409789623892

CURRIE, A.; MCDUFF, D.; JOHNSTON, A.; HOPLEY, P.; HITCHCOCK, M. E.; REARDON, C. L.; HAINLINE, B. Management of mental health emergencies in elite athletes: A narrative review. British Journal of Sports Medicine, v. 53, n. 12, p. 772–778, 2019. DOI: 10.1136/bjsports-2019-100691.

CURRIE, A.; JOHNSTON, A. Psychiatric disorders: The psychiatrist's contribution to sport. International Review of Psychiatry, v. 28, n. 6, p. 587–594, 2016. DOI: 10.1080/09540261.2016.1197188.

DE BOSSCHER, V.; DE KNOP, P.; VAN BOTTENBURG, M.; SHIBLI, S. A conceptual framework for analysing sports policy factors leading to international sporting success. European Sport Management Quarterly. v. 6, n. 2, p. 185-215, 2006. doi:10.1080/16184740600955087

DE BOSSCHER, V.; BINGHAM, J.; SHIBLI, S.; BOTTENBURG, M. V.; KNOP, P. Sports Policy factors Leading to International Sporting Success. Oxford: Meyer & Meyer Sport (UK) Ltd. Sport, Culture & Society; v. 8. 2007.

DECI, E. L.; RYAN, R. M. Self-determination theory. In P. A. M. Van Lange, A. W. Kruglanski, E. T. Higgins (Eds.), *Handbook of theories of social psychology* (pp. 416–436). Sage Publications Ltd. 2012.

DIDEHBANI, N.; CULLUM, C. M.; MANSINGHANI, S.; CONOVER, H.; HART, J. J. Depressive symptoms and concussions in aging retired NFL players. Archives of Clinical Neuropsychology, v. 28, n. 5, p. 418-424, 2013. DOI: 10.1093/arclin/act028

DIENER, E., WIRTZ, D., TOV, W., KIM-PRIETO, C., CHOI, D.-W., OISHI, S. ET AL. New measures of well-being: Flourishing and positive and negative feelings. In E. Diener (Ed.), *Assessing well-being: The collected works of Ed Diener* (Social Indicators Research Series 39, pp. 247-266). New York, NY: Springer. 2009.

DOHERTY, S.; HANNIGAN, B.; CAMPBELL, M. J. The experience of depression during the careers of elite male athletes. Frontiers in Psychology, v. 7, p. 1-11, 2016. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.01069

DOHRENWEND, B. P. Socioeconomic status (SES) and psychiatric disorders. Are the issues still compelling? Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, v. 25, n. 1, p. 41-7. 1990. DOI: 10.1007/BF00789069.

DSM-5 American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: tradução Maria Inês Corrêa Nascimento et al.; 5º Edição. Porto Alegre: Artmed. 2014.

EGAN, K. P. Supporting Mental Health and Well-being Among Student-Athletes. Clinics in Sports Medicine, v. 38, n. 4, p. 537-544, 2019. DOI: 10.1016/j.csm.2019.05.003

EKHOLM, D. Sport and crime prevention: Individuality and transferability in research. Journal of Sport for Development, v. 1, n. 2, p. 26- 38, 2013.

FOSKETT, R. L.; LONGSTAFF, F. The mental health of elite athletes in the United Kingdom. Journal of Science and Medicine in Sport, v. 21, n. 8, p. 765–770, 2018. DOI: 10.1016/j.jsams.2017.11.016

GALATTI L. R. Atividades Físicas e Esportivas (AFEs), desenvolvimento humano e esporte de alto rendimento. PNUD – Relatório Nacional de Desenvolvimento Humano no Brasil. Brasília, p.1-50, 2017.

GAVRILOVA, Y.; DONOHUE, B. Sport-Specific Mental Health Interventions in Athletes: A Call for Optimization Models Sensitive to Sport Culture. Journal o f Sport Behavior, v. 41, n. 3, p. 283–304, 2018. ID: 150171925

GERBER, M.; BEST, S.; MEERSTETTER, F.; WALTER, M.; LUDYGA, S.; BRAND, S.; BIANCHI, R.; MADIGAN, D. J.; ISOARD-GAUTHEUR, S.; GUSTAFSSON, H. Effects of stress and mental toughness on burnout and depressive symptoms: A prospective study with young elite athletes. Journal of Science and Medicine in Sport, v. 21, n. 12, p. 1200–1205, 2018. DOI: 10.1016/j.jsams.2018.05.018.

GLICK, I. D.; STILLMAN, M. A.; REARDON, C. L.; RITVO, E. C. Managing psychiatric issues in elite athletes. Journal of Clinical Psychiatry, v. 73, n. 5, p. 640–644, 2012. DOI: 10.4088/JCP.11r07381.

GORCZYNSKI, P. F.; COYLE, M.; GIBSON, K. Depressive symptoms in high-performance athletes and non-athletes: A comparative meta-analysis. British Journal of Sports Medicine, v. 51, n. 18, p. 1348–1354, 2017. DOI: 10.1136/bjsports-2016-096455.

GOUTTEBARGE, V.; AOKI, H.; EKSTRAND, J.; VERHAGEN, E. A.L.M.; KERKHOFFS, G.M.M.J. Are severe musculoskeletal injuries associated with symptoms of common mental disorders among male European professional footballers? Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy, v. 24, n. 12, p. 3934–3942, 2016. DOI: 10.1007/s00167-015-3729-y.

GOUTTEBARGE, V.; CASTALDELLI-MAIA, J. M.; GORCZYNSKI, P.; HAINLINE, B.; HITCHCOCK, M. E.; KERKHOFFS, G.M.M.J.; RICE, S. M.; REARDON, C. L. Occurrence of mental health symptoms and disorders in current and former elite athletes: A systematic review and meta-analysis. British Journal of Sports Medicine, v. 53, n. 11, p. 700–706, 2019. DOI: 10.1136/bjsports-2019-100671.

GOUTTEBARGE, V.; SLUITER, J. K. Medical examinations undertaken by Dutch professional football clubs. Occupational Medicine, v. 64, n. 1, p. 13–16, 2014. DOI: 10.1093/occmed/kqt129.

GULLIVER, A.; GRIFFITHS, K. M.; CHRISTENSEN, H.; MACKINNON, A.; CALEAR, A. L.; PARSONS, A.; BENNETT, K.; BATTERHAM, P. J.; STANIMIROVIC, R. Internet-based interventions to promote mental health help-seeking in elite athletes: An exploratory randomized controlled trial. Journal of Medical Internet Research, v. 14, n. 3, p. 1–18, 2012. DOI: 10.2196/jmir.1864.

GULLIVER, A.; GRIFFITHS, K. M.; CHRISTENSEN, H. Barriers and facilitators to mental health help-seeking for young elite athletes: a qualitative study. BMC Psychiatry, v. 12, n. 157, p. 1–14, 2012. DOI: 10.1186/1471-244X-12-157.

HAMMOND, T.; GIALLORETO, C.; KUBAS, H.; HAP DAVIS, H. The prevalence of failure-based depression among elite athletes. Clinical Journal of Sport Medicine, v. 23, n. 4, p. 273–277, 2013. DOI: 10.1097/JSM.0b013e318287b870.

HENRIKSEN, K., SCHINKE, R., MOESCH, K., MCCANN, S., PARHAM, W. D., LARSEN, C. H., TERRY, P. Consensus statement on improving the mental health of high performance athletes. International Journal of Sport and Exercise Psychology, v. 18, n. 5, p. 553-560, 2020. DOI: 10.1080/1612197X.2019.1570473. doi:10.1080/1612197X.2019.1570473

HERRING, S. A. et al. Psychological Issues Related to Illness and Injury in Athletes and the Team Physician: A Consensus Statement - 2016 Update. Medicine and Science in Sports and Exercise, v. 49, n. 5, p. 1043–1054, 2017. DOI: 10.1249/MSS.0000000000001247.

HUGHES, L., LEAVEY, G. Setting the bar: athletes and vulnerability to mental illness. Britsh Journal Psychiatry, v. 200, n. 2, p. 95-60, 2012. DOI: 10.1192/bjp.bp.111.095976.

IVERSON, G. L. Retired National Football League Players are Not at Greater Risk for Suicide. Archives of Clinical Neuropsychology, v. 0, n. 0, p. 1–10, 2019. DOI: 10.1093/arclin/acz023.

JEWETT, R.; KERR, G.; TAMMINEN, K. University sport retirement and athlete mental health: a narrative analysis. Qualitative Research in Sport, Exercise and Health, v. 11, n. 3, p. 416-433, 2019. doi:10.1080/2159676X.2018.1506497

KESSLER, R. C. The categorical versus dimensional assessment controversy in the sociology of mental illness. Journal of Health and Social Behavior, v. 43, n. 2, p. 171–188, 2002. PMID: 12096698

KEYES, C. L. M. The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. Journal of Health and Social Behavior, v. 43, n. 2, p. 207-222, 2002. DOI: 10.2307/3090197.

KEYES, C. L. M.; GRZYWACZ, J. G. Health as a complete state: The added value in work performance and healthcare costs. Journal of Occupational and Environmental Medicine, v. 47, n. 5, p. 523–532, 2005. DOI: 10.1097/01.jom.0000161737.21198.3a.

KILIC, Ö. et al. Symptoms of common mental disorders and related stressors in Danish professional football and handball. European Journal of Sport Science, v. 17, n. 10, p. 1328–1334, 2017. DOI: 10.1080/17461391.2017.1381768

KILIÇ, Ö. et al. Severe musculoskeletal time-loss injuries and symptoms of common mental disorders in professional soccer: a longitudinal analysis of 12-month follow-up data. Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy, v. 26, n. 3, p. 946–954, 2018. DOI: 10.1007/s00167-017-4644-1

KLEINMAN, A. Depression, Somatization and the 'New Cross-cultural Psychiatry. Social Science and Medicine, v. 11, p. 3–10, 1977. DOI: 10.1016/0037-7856(77)90138-x

KRISTIANSEN, E. et al. Coaching communication issues with elite female athletes: Two Norwegian case studies. Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports, v. 22, n. 6, p. 1–12, 2012. DOI: 10.1111/j.1600-0838.2012.01521.x.

KUETTEL, A.; PEDERSEN, A. K.; LARSEN, C. H. To flourish or languish, that is the question: exploring the mental health profiles of Danish elite athletes. Psychology of Sport and Exercise, v. 52, p. 101837. 2021 DOI: 10.10.1016/j.psychsport.2020.101837.

LEBRUN, F. et al. Learning from Elite Athletes' experience of depression. Frontiers in Psychology, v. 9, n. OCT, p. 1–11, 2018. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.02062

LUNDQVIST C, ANDERSSON G. Let's Talk About Mental Health and Mental Disorders in Elite Sports: A Narrative Review of Theoretical Perspectives. Frontiers Psychology, v. 29, n.12, p.:700829, 2021. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.700829.

MACDONALD, D. J.; CÔTÉ, J. DEAKIN, J. The Impact of Informal Coach Training on the Personal Development of Youth Sport Athletes. International Journal of Sports Science & Coachin, v. 5, n. 3, p. 363-372, 2010. doi:10.1260/1747-9541.5.3.363

MANWELL, L. A., BARBIC, S. P., ROBERTS, K., DURISKO, Z., CHEOLSOON, L., WARE, E., et al. What is mental health? Evidence towards a new definition from a mixed methods multidisciplinary international survey. BMJ Open, v. 5, p. e007079, 2015. DOI: 10.1136/bmjopen-2014- 007079.

MASSIMINO, J. H. R. Sport psychiatry. Annals of Sports Medicine, v. 3, n. 2, p. 55-58, 1987. DOI: 10.1007/s00406-018-0891-5 ·

MCARDLE, S.; MEADE, M. M.; MOORE, P. Exploring attitudes toward eating disorders among elite athlete support personnel. Scandinavian journal of medicine & science in sports, v. 26, n. 9, p. 1117–1127, 2016. DOI: 10.1111/sms.12515.

MEIRA, T. DE B.; BASTOS, F. DA C.; BÖHME, M. T. S. Análise da estrutura organizacional do esporte de rendimento no Brasil: um estudo preliminar. Revista Brasileira de Educação Física e Esporte, v. 26, n. 2, p. 251–262, 2012. doi:10.1590/S1807-55092012000200008

MENON, R. Sports psychiatry-The lack of an Australian narrative. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, v. 50, n. 3, p. 197–198, 2016. DOI: 10.1177/0004867415609422.

MOESCH, K. et al. FEPSAC position statement: Mental health disorders in elite athletes and models of service provision. Psychology of Sport and Exercise, v. 38, p. 61-71, 2018. doi:10.1016/j.psychsport.2018.05.013

NEAL, T. L. et al. Inter-association recommendations for developing a plan to recognize and refer student-athletes with psychological concerns at the collegiate level: An executive summary of a consensus statement. Journal of Athletic Training, v. 48, n. 5, p. 716-720, 2013. DOI: 10.4085/1062-6050-48.4.13

NELSON, L. J.; CUSHION, C. J.; POTRAC, P. Formal, nonformal and informal coach learning: A holistic conceptualisation. International Journal of Sports Science & Coaching. v. 1, n. 3, p. 247-259, 2006. DOI: 10.1260/174795406778604627

NESSE, R. M.; JACKSON, E. D. Evolutionary foundations for psychiatric diagnosis: Making DSM-V valid. In A. De Block, P. R. Adriaens (Eds.), *Maladapting minds* (pp.173–197). Oxford: Oxford University Press. 2011.

NESSE, R. M.; STEIN, D. J. Towards a genuinely medical model for psychiatric 937 nosology. *BMC Medicine*, v.*10, n. 5.* (2012). doi:10.1186/1741-7015-10-5.

NEWMAN, H. J. H.; HOWELLS, K. L.; FLETCHER, D. The dark side of top level sport: An autobiographic study of depressive experiences in elite sport performers. Frontiers in Psychology, v. 7, n. JUN, p. 1–12, 2016. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.00868

NIXDORF, I. et al. Prevalence of depressive symptoms and correlating variables among German elite athletes. Journal of Clinical Sport Psychology, v. 7, n. 4, p. 313–326, 2013. doi:10.1123/jcsp.7.4.313

POUCHER, Z. A.; TAMMINEN, K. A.; KERR, G.; CAIRNEY, J. A Commentary on Mental Health Research in Elite Sport. Journal of Applied Sport Psychology, v.33, n. 1, p. 60-82. 2021. DOI: 10.1080/10413200.2019.1668496.

PRINZ, B.; DVOŘÁK, J.; JUNGE, A. Symptoms and risk factors of depression during and after the football career of elite female players. BMJ Open Sport & Exercise Medicine, v. 2, n. 1, p. 1–6, 2016. doi:10.1136/bmjsem-2016-000124

PURCELL, R.; PILKINGTON, V.; CARBERRY, S.; REID, D.; GWYTHER, K., HALL, K.; DEACON, A.; MANON, R.; WALTON, C. C.; RICE, S. An Evidence-Informed Framework to Promote Mental Wellbeing in Elite Sport. Frontiers in Psychology, v. 16, n. 13, p. 780359. 2022 DOI: 10.3389/fpsyg.2022.780359.

PURCELL, R.; GWYTHER, K.; RICE, S. M. Mental Health In Elite Athletes: Increased Awareness Requires An Early Intervention Framework to Respond to Athlete Needs. Sports Medicine - Open, v. 5, n. 1, p. 1–8, 2019. DOI: 10.1186/s40798-019-0220-1

PUTUKIAN, M. The psychological response to injury in student athletes: A narrative review with a focus on mental health. British Journal of Sports Medicine, v. 50, n. 3, p. 145–148, 2016. DOI: 10.1136/bjsports-2015-095586.

RAO, A. L.; HONG, E. S. In the mood for change: Shifting the paradigm of mental health care in athletes-an AMSSM thematic issue. British Journal of Sports Medicine, v. 50, n. 3, p. 133–134, 2016. doi:10.1136/bjsports-2015-095924

REARDON, C. L. et al. Mental health in elite athletes: International Olympic Committee consensus statement. British Journal of Sports Medicine, v. 53, n. 11, p. 667-699. 2019. DOI: 10.1136/bjsports-2019-100715.

REARDON, C. L. Psychiatric Comorbidities in Sports. Neurologic Clinics, v. 35, n. 3, p. 537–546, 2017. DOI: 10.1016/j.ncl.2017.03.007

REARDON, C. L.; FACTOR, R. M. Sport Psychiatry A Systematic Review of Diagnosis and Medical Treatment of Mental Illness in Athletes. Sports Medicine, v. 40, n. 11, p. 961–980, 2010. DOI: 10.2165/11536580-000000000-00000.

RICE, S. M. et al. Determinants of anxiety in elite athletes: a systematic review and meta-analysis. British Journal of Sports Medicine, v. 53, n. 11, p. 722–730, 2019. DOI: 10.1136/bjsports-2019-100620.

RICE, S. M. et al. The Mental Health of Elite Athletes: A Narrative Systematic Review. Sports Medicine, v. 46, p. 1333–1353, 2016. DOI: 10.1007/s40279-016-0492-2.

RUBIO, K. O atleta e o mito do herói: o imaginário esportivo contemporâneo. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2001.

RYFF, C. D. Psychological well-being revisited: advances in the science and practice of eudaimonia. Psychother Psychosomatic. v. 83, n.1, p. 10-28, 2014. DOI: 10.1159/000353263.

SCHAAL, K. et al. Psychological balance in high level athletes: Gender-Based differences and sport-specific patterns. PLoS ONE, v. 6, n. 5, 2011. DOI: 10.1371/journal.pone.0019007.

SCHINKE, R. J., STAMBULOVA, N., SI, G., MOORE, Z. International society of sport psychology position stand: Athletes' mental health, performance, and development. International Journal of Sport and Exercise Psychology, v. 16, n. 6, p. 622–639. 2017. DOI: 10.1080/1612197X.2017.1295557.

SCHINKE, R. J. et al. International society of sport psychology position stand: Athletes' mental health, performance, and development. International Journal of Sport and Exercise Psychology, v. 16, n. 6, p. 622–639, 2017. doi:10.1080/1612197X.2017.1295557

SCHURING, N. et al. Osteoarthritis is associated with symptoms of common mental disorders among former elite athletes. Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy, v. 25, n. 10, p. 3179–3185, 2017a. DOI: 10.1007/s00167-016-4255-2

SCHURING, N. et al. The mental wellbeing of current and retired professional cricketers: an observational prospective cohort study. Physician and Sportsmedicine, v. 45, n. 4, p. 463–469, 2017b. DOI: 10.1080/00913847.2017.1386069.

SCHWENK, T. L. Exercise in cardiaThe stigmatisation and denial of mental illness in athletes. British Journal of Sports Medicine, v. 34, n. 1, p. 4, 2000. DOI: 10.1136/bjsm.34.1.4.

SEBBENS, J. et al. Mental Health In Sport (MHS): Improving the early intervention knowledge and confidence of elite sport staff. Frontiers in Psychology, v. 7, 2016. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.00911.

SHEEHAN, R. B.; HERRING, M. P.; CAMPBELL, M. J. Associations between motivation and mental health in sport: A test of the hierarchical model of intrinsic and extrinsic motivation. Frontiers in Psychology, v. 9, n. MAY, p. 1–10, 2018. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.00707

SMITH, A. M.; MILLINER, E. K. Injured athletes and the risk of suicide. Journal of Athletic Training, v. 29, n. 4, p. 337–41, 1994. PMID: 16558297 PMCID: PMC1317809

SOUTER, G.; LEWIS, R.; SERRANT, L. Men, Mental Health and Elite Sport: a Narrative Review. Sports Medicine - Open, v. 4, n. 1, p. 1–8, 2018. DOI: 10.1186/s40798-018-0175-7

STAMBULOVA, N. B.; RYBA, T. V.; HENRIKSEN, K. (2020). Career development and transitions of athletes: the International Society of Sport Psychology position stand revisited. Int. J. Sport Exerc. Psychol. DOI: 10.1080/1612197X.2020.1737836. DOI: 10.1080/1612197X.2020.1737836?needAccess=true.

STILLMAN, M. A. et al. Psychotherapy for mental health symptoms and disorders in elite athletes: A narrative review. British Journal of Sports Medicine, v. 53, n. 12, p. 767–771, 2019. DOI: 10.1136/bjsports-2019-100654.

STORM, L. K.; HENRIKSEN, K.; STAMBULOVA, N.; CARTIGNY, E.; RYBA, T. V.; DE BRANDT, K., et al. Ten essential features of European dual career development environments: a multiple case study. Psychol. Sport. Exerc. v. 54, p. 101918. 2021. DOI: 10.1016/j.psychsport.2021.101918.

STRÖHLE, A. Sports psychiatry: mental health and mental disorders in athletes and exercise treatment of mental disorders. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, v. 269, n. 5, p. 485-498, 2019. DOI: 10.1007/s00406-018-0891-5.

SWANN, C.; MORAN, A.; PIGGOTT, D. Defining elite athletes: Issues in the study of expert performance in sport psychology. Psychology of Sport and Exercise, v. 16, n.1, p. 3-14, 2015. ID: 108902.

TROJIAN, T. Depression is under-recognised in the sport setting: time for primary care sports medicine to be proactive and screen widely for depression symptoms. British Journal of Sports Medicine, v. 50, n, 3, p.137-9, 2016. DOI: 10.1136/bjsports-2015-095582.

TURNER, M. J. Rational emotive behavior therapy (REBT), irrational and rational beliefs, and the mental health of athletes. Frontiers in Psychology, v. 7, n. SEP, p. 1–16, 2016. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.01423

UPHILL, M.; SLY, D.; SWAIN, J. From mental health to mental wealth in athletes: Looking back and moving forward. Frontiers in Psychology, v. 7, n. JUN, p. 1–6, 2016. doi 10.3389/fpsyg.2016.00935

VAN SLINGERLAND, K. J.; DURAND-BUSH, N.; BRADLEY, L., GOLDFIELD, G.; ARCHAMBAULT, R.; SMITH, D.; EDWARDS, C.; DELENARDO, S.; TAYLOR, S.; WERTHNER, P.; KENTTÄ, G. Canadian Centre for Mental Health and Sport (CCMHS) position statement: principles of mental health in competitive and high-performance sport. Clinical Journal of Sport Medicine, v. 29, p. 173–180. 2019. DOI: 10.1097/JSM.0000000000000665.

VARGAS, A. Direito e legislação esportiva: uma abordagem no universo dos profissionais de Educação Física. Rio de Janeiro: CONFEF. 2017.

VELLA, S. A. et al. Associations between sports participation and psychological difficulties during childhood: A two-year follow up. Journal of Science and Medicine in Sport, v. 18, n. 3, p. 304-309, 2015. DOI: 10.1016/j.jsams.2014.05.006

WAKEFIELD, J. C.; SCHMITZ, M. F. The measurement of mental disorder. A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems, p. 20-45, 2010. DOI: 10.1017/9781316471289.005

WATSON, J. C. Student-athletes and counseling: Factors influencing the decision to seek counseling services. College Student Journal, v. 40, p. 35-42, 2006.

WHO Depression and other common mental disorders. Global Health Estimates. Geneva. p. 1-24. 2017.

WIESE-BJORNSTAL, D. M. Psychology and socioculture affect injury risk, response, and recovery in high-intensity athletes: A consensus statement. Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports, v. 20, n. Suppl. 2, p. 103-111, 2010. DOI: 10.1111/j.1600-0838.2010.01195.x.

WOLANIN, A.; GROSS, M.; HONG, E. Depression in athletes: Prevalence and risk factors. Current Sports Medicine Reports, v. 14, n. 1, p. 56–60, 2015. DOI: 10.1249/JSR.0000000000000123.

WOOD, S.; HARRISON, L. K.; KUCHARSKA, J. Male professional footballers' experiences of mental health difficulties and help-seeking. Physician and Sportsmedicine, v. 45, n. 2, p. 120–128, 2017. DOI: 10.1080/00913847.2017.1283209.

ANEXOS

ANEXO I - QUESTIONÁRIO DE ATLETAS E DE TREINADORES

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE E COMPORTAMENTO PARA ATLETAS

Instruções para o participante
Este questionário é **estritamente anônimo**. Por favor, **não escreva nele seu nome ou qualquer dado pessoal** que identifique a sua pessoa. Você só se identificará caso tenha interesse em participar da segunda fase da pesquisa, que será explicada no final dos questionários.
Antes de começar, você precisa concordar em participar da pesquisa. Para isso, leia com atenção o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).** Se concordar, marque sua concordância (em caso de dúvidas, entre em contato com os pesquisadores).

Por favor, leia as perguntas com **atenção** e responda da forma **mais sincera** possível.
Não é obrigatório responder a todas as questões caso não deseje, e mesmo assim pode seguir para a próxima etapa ou pergunta. O ideal é que responda todas!
Importante ressaltar que **não existem respostas certas ou erradas**; as respostas indicam o que você pensa, acredita, faz ou é.
Tente **não demorar muito em uma só questão**. Nas opções de assinalar, favor marcar com um **"X"** na área indicada com "[ ]" ao lado da resposta que você escolher.
Informamos que o participante será abordado uma única vez e, caso não concorde em participar da pesquisa, e-mails e convites adicionais, online, não serão mais enviados às pessoas previamente contactadas.
Agradecemos MUITO sua PARTICIPAÇÃO nesta pesquisa, pois é muito importante para melhorarmos a qualidade de vida dos atletas e, com isso, melhorar seu rendimento físico, técnico, tático e mental.
Podemos prosseguir começando com as questões? ( ) Sim; ( ) Não

Idade (anos):
Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
Modalidade que é atleta:
Tempo de prática na modalidade esportiva (em anos):
Nível competitivo atual: nacional internacional
Já foi convocado para a seleção brasileira em algum momento? Sim (___) Não (___)
Cidade e estado onde mora atualmente:

Escolaridade:
( ) Ensino fundamental
( ) Ensino médio
( ) Ensino superior
( ) Pós-graduação

Estado civil atual:
( ) Solteiro
( ) Casado legalmente
( ) Morando com parceira(o) no mínimo há 3 meses.
( ) Viúvo
( ) Separado ou divorciado

Renda INDIVIDUAL: mensal
( ) até R$ 1.500,00
( ) entre R$ 1.500,00 e R$ 3.000,00
( ) entre R$ 3.000,00 e R$ 6.000,00
( ) entre R$ 6.000,00 e R$ 10.000,00

( ) mais que R$ 10.000,00

Com este salário, você consegue arcar com suas despesas pessoais e profissionais?
( ) Sim
( ) Não

Em relação à crença/religiosidade/espiritualidade, você é ou acredita:
( ) Católico
( ) Evangélico
( ) Espírita
( ) Acredita em Deus, mas não segue uma religião específica
( ) Não acredita em Deus

Dê uma nota (de 0 a 10) para seu relacionamento com os (as) colegas de clube ou equipe, sendo que 0 é péssimo e 10, excelente.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Dê uma nota (de 0 a 10) para seu relacionamento com o treinador(a), sendo que 0 é péssimo e 10, excelente.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Dê uma nota (de 0 a 10) para relacionamento com a comissão técnica (auxiliar técnico, fisioterapeuta, preparador físico), sendo que 0 é péssimo e 10, excelente.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Dê uma nota (de 0 a 10) para seu relacionamento com os outros membros do clube (diretores, gerente, gestor, etc.), sendo que 0 é péssimo e 10, excelente.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sobre o sono
Quantas horas de sono você dorme, em média, por noite?
( ) menos de 6 horas
( ) De 6 a 8 horas
( ) 8 a 10 horas
( ) acima de horas

Quão satisfeito / insatisfeito você está com a qualidade do seu sono?
( ) muito satisfeito
( ) um pouco satisfeito
( ) nem satisfeito nem insatisfeito
( ) um pouco insatisfeito
( ) muito insatisfeito
( ) comente, se quiser:

Com que frequência você toma remédios para dormir (prescritos ou sem prescrição médica)?
( ) nunca
( ) uma ou duas vezes por semana
( ) três ou quatro vezes por semana
( ) cinco a sete dias por semana

Sobre ingestão de bebidas alcóolicas:
Com que frequência você consome bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, cachaça, etc)?
( ) Nunca

( ) 1 vez por mês ou menos
( ) 2 a 4 vezes por mês
( ) 2 a 3 vezes por semana
( ) 4 ou mais vezes por semana

Você acredita que consegue controlar o uso de bebidas?
( ) sim
( ) não

Sobre o uso de drogas ou substâncias:
Indique se já fez uso e se ainda usa atualmente:
( ) Cigarro ( ) nunca usei ( ) já fiz uso, mas parei. ( ) uso atualmente – se usa, quantas vezes em por mês
( ) Maconha ( ) nunca usei ( ) já fiz uso, mas parei. ( ) uso atualmente – se usa, quantas vezes em por mês
( ) Cocaína ( ) nunca usei ( ) já fiz uso, mas parei. ( ) uso atualmente – se usa, quantas vezes em por mês
( ) Solventes (tinner, lança perfume, cola, etc) ( ) nunca usei ( ) já fiz uso, mas parei. ( ) uso atualmente – se usa, quantas vezes em por mês
( ) LSD ou ecstasy ( ) nunca usei ( ) já fiz uso, mas parei. ( ) uso atualmente – se usa, quantas vezes em por mês
( ) Outras drogas que dão "barato" – qual?

Sobre lesão,
Você teve alguma lesão física devido à sua prática esportiva que te impossibilitou treinar ou competir por um determinado período?
( ) Sim ( ) Não

Se sim, sobre a lesão:
- quanto tempo você ficou afastado
( ) até um mês
( ) um mês a 3 meses
( ) 3 meses a 6 meses
( ) 6 meses a um ano
( ) mais do que um ano

- acredita que essa lesão afetou seu estado psicológico?
( ) Sim ou ( ) Não. Se sim, assinale abaixo os sintomas que acredita que ocorreram
( ) Angústia
( ) Depressão
( ) Ansiedade
( ) transtorno alimentar
( ) transtorno obsessivo compulsivo (TOC)
( ) Outros , especifique

Você faz uso de substância ou medicamento para melhorar seu rendimento?
( ) Sim ( ) Não. Se sim, qual (quais)?_____

Se sIm, com que frequência?
( ) Diária
( ) Semanal
( ) Quinzenal
( ) Mensal
( ) Outra

Sobre uso de mídias e redes sociais
Você tem:

( ) Instagram
( ) Facebook
( ) Twiter
( ) Linkedin
( ) Snapchat
( ) Whatsapp
( ) Telegram
( ) Jogos (quais):
( ) Outros - quais:

Pensando nos últimos trinta dias, com que frequência você usa internet (ou qualquer dispositivo online) ou outro dispositivo com tela para utilizar mídias, redes sociais, jogos eletrônicos, jogos online, mas não televisão ou ir ao cinema)?
( ) Não uso esses dispositivos, a internet ou equipamentos online
( ) Sete dias da semana, de manhã, de tarde e de noite
( ) Sete dias da semana, apenas um período
( ) Três a cinco vezes na semana, de manhã, de tarde e de noite
( ) Três a cinco vezes na semana, apenas um período
( ) Menos do que três vezes por semana

Assinale as atividades que você faz no(s) seu(s) dispositivo(s) com tela (internet, online). Considere os últimos trinta dias. Comente sobre o significado, para você:
( ) Conhecer pessoas novas para amizade
( ) Jogar em grupo
( ) Conversar com as pessoas, sem interesses maiores
( ) Contato de amizade
( ) Namorar
( ) Para fazer sexo
( ) Para ver conteúdos eróticos/pornografia
( ) Para se relacionar com familiares
( ) Outro motivo – qual (quais)

Já procurou atendimento psicológico individualmente (com psicólogo)?
( ) Sim ( ) Não

Já procurou atendimento psiquiátrico individualmente (com médico psiquiatra)?
( ) Sim ( ) Não

Já teve o diagnóstico de algum “problema psicológico” (depressão, ansiedade, TDAH, pânico, burnout, etc)?
( ) Sim ( ) Não
Se sim, qual (quais)?

Já foi molestado sexualmente contra sua vontade (toques, passada de mão, encostar em seu corpo, toques em partes íntimas, relação sexual etc.)?
( ) Sim ( ) Não

Se sim:
Com relação à frequência
( ) ocorreu apenas uma vez
( ) ocorreu mais de uma vez

Ainda acontece
( ) Sim ( ) Não

Aconteceu no contexto esportivo?
( ) Sim ( ) Não

Quer comentar alguma coisa?

Alguma vez você pensou em por fim à sua própria vida?
( )Sim ( ) Não

Alguma vez você fez planos concretos para por fim à sua própria vida?
( )Sim ( ) Não

Alguma vez tentou de fato por fim à sua vida?
( )Sim ( ) Não

Quer comentar alguma coisa?

Sabemos que o esporte tem um impacto importante na sua vida. Você acredita que o esporte ajuda ou atrapalha sua saúde mental?
( ) Ajuda
( ) Atrapalha
( ) Não influencia

Quer comentar alguma coisa?

SMS - Vamos falar sobre sua motivação no esporte. Por favor, pense a respeito do por que você pratica este esporte e responda as questões abaixo.
Utilizando a seguinte escala de 1 a 7 para as respostas, sendo que 1 não corresponde totalmente, 2-3 corresponde um pouco, 4 corresponde moderadamente, 5-6 corresponde muito, 7 corresponde completamente.

1. Porque eu me sentiria mal se eu não achasse tempo para fazer isso
2. Eu costumava ter boas razões para praticar esportes, mas agora eu me pergunto se deveria continuar
3. Porque é muito interessante saber como eu posso melhorar
4. Porque praticar esportes reflete a essência de quem eu sou.
5. Porque as pessoas com quem me importo ficariam chateadas comigo se eu não praticasse
6. Porque eu descobri que é uma boa maneira para desenvolver aspectos de mim que eu valorizo
7. Porque eu não sentiria que vale a pena se eu não praticasse
8. Porque eu acho que os outros me desaprovariam se eu não praticasse
9. Porque eu acho agradável descobrir novas estratégias de desempenho
10. Eu não sei mais, tenho a impressão que sou incapaz de ter sucesso nesse esporte
11. Porque praticar esportes é parte fundamental da minha vida
12. Porque eu escolhi esse esporte como uma maneira de me desenvolver
13. Não é mais claro para mim, eu realmente acho que meu lugar não é nesse esporte
14. Porque por meio do esporte, eu estou vivendo de acordo com meus princípios mais profundos
15. Porque pessoas ao meu redor me recompensam quando eu pratico
16. Porque eu me sinto melhor quando eu pratico
17. Porque me dá prazer aprender mais este esporte
18. Porque é uma das melhores maneiras que escolhi para desenvolver outros aspectos de mim mesmo

ERE - Agora, vamos falar sobre resiliência no esporte. Para isso, responda as questões objetivamente com o grau de certeza que você possui sobre as questões descritas abaixo, sendo 1 ponto (Absolutamente não concordo) e 5 pontos (Absolutamente eu concordo).

Marque com um "X" a alternativa correspondente:

1= Absolutamente não concordo
2= Não concordo
3= Indiferente
4= Concordo
5= Absolutamente eu concordo

1. Eu consigo superar pensamentos negativos após um desempenho ruim no esporte
2. Nos momentos difíceis de uma competição eu peço ajuda a Deus ou ao destino.
3. Eu conto com o meu treinador para resolver as situações difíceis do esporte.
4. Quando estou em situações difíceis no esporte eu procuro apoio na minha família ou nos meus amigos
5. Eu sempre mantenho a minha fé em situações difíceis no esporte.
6. Eu me sinto realizado no esporte porque minha família ou a minha escola valorizam a minha participação.
7. Eu confio no meu potencial dentro do esporte.
8. Quando estou em situações difíceis no esporte eu procuro os meus colegas de treino.
9. Eu sinto que tenho controle emocional em situações de pressão dentro do esporte.
10. Nos momentos difíceis de uma competição eu acredito em mim.
11. Eu penso positivo mesmo em momentos difíceis da minha carreira.
12. Quando os problemas do treino não têm uma solução clara, eu peço a Deus ou o destino para ajudar.
13. Eu confio no meu desempenho durante os treinos.
14. Quando estou frustrado eu converso com colegas da minha equipe ou com o meu treinador.
15. Quando penso em desistir minha família me dá suporte para continuar.

PHQ-9 - Com relação à sua saúde, marque como você tem se sentido nas últimas duas semanas, sendo:
0= Nenhum dia
1= Menos de uma semana
2= Uma semana ou mais
3= Quase todos os dias

1. Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas?
2. Nas últimas duas semanas, quantos dias você se sentiu para baixo, deprimido(a) ou sem perspectiva?
3. Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormiu mais do que de costume?
4. Nas últimas duas semanas, quantos dias você se sentiu cansado(a) ou com pouca energia?
5. Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve falta de apetite ou comeu demais?
6. Nas últimas duas semanas, quantos dias você se sentiu mal consigo mesmo(a) ou achou que é um fracasso ou que decepcionou sua família ou a você mesmo(a)?
7. Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve dificuldade para se concentrar nas coisas (como ler o jornal ou ver televisão)?
8. Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve lentidão para se movimentar ou falar (a ponto das outras pessoas perceberem), ou ao contrário, esteve tão agitado(a) que você ficava andando de um lado para o outro mais do que de costume?
9. Nas últimas duas semanas, quantos dias você pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)?
10. Considerando as últimas duas semanas, os sintomas anteriores lhe causaram algum tipo de dificuldade para trabalhar ou estudar ou tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?

EAR - Com relação à sua autoestima, marque uma alternativa por item, sendo que:
1= Concordo totalmente

2= Concordo
3=Discordo
4=Discordo totalmente

1. No conjunto, eu estou satisfeito comigo.
2. Às vezes eu acho que não presto para nada.
3. Eu sinto que eu tenho várias boas qualidades.
4. Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.
5. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar
6. Eu, com certeza, me sinto inútil as vezes.
7. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos do mesmo nível que as outras pessoas.
8. Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.
9. No geral, eu estou inclinado a sentir que sou um fracasso.
10. Eu tenho uma atitude positiva em relação a mim mesmo.

GAD-7 - No que se refere à sua ansiedade, com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo?
0= Nenhuma vez
1= Vários dias
2= Mais da metade dos dias
3= Quase todos os dias

1. Sentir-se nervoso/a, ansioso/a, muito tenso/a
2. Não ser capaz de impedir ou controlar as preocupações
3. Preocupar-se muito com diversas coisas
4. Dificuldade para relaxar
5. Ficar tão agitado/a que se torna difícil permanecer sentado/a
6. Ficar facilmente aborrecido/a ou irritado/a
7. Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer

CFQ - No que se refere ao estresse e às estratégias de enfrenta-lo, descreva aqui o evento esportivo **mais estressante** que você enfrentou nos últimos 12 meses.
_____

Quando este evento esportivo mais estressante ocorreu?
Na última semana
No último mês
Há menos de 3 meses
Há mais de 3 meses e menos de 1 ano
Há mais de um ano

Quanto tempo durou este evento estressante?
Até um dia
Menos de 1 semana
1 semana a 1 mês
1 a 3 meses
Mais de 3 meses

Por favor, indique o nível de estresse que você sentiu no evento, sendo que 0 significa nenhum estresse e 100, estresse intolerável (muito forte).
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Por que esse evento foi estressante para você?

_____

Gostaríamos de saber o que você fez para tentar lidar com o evento estressante. Por favor, coloque os números correspondentes à maneira como você lidou com o evento estressante descrito. Não há respostas certas ou erradas. Por favor, responda todas as perguntas da forma mais honesta e mais precisa possível.
0= De modo nenhum
1= Um pouco
2= Moderadamente
3= Bastante
4= Extremamente

1. Eu tentei encontrar uma maneira de mudar a situação estressante
2. Tentei controlar minhas emoções para lidar melhor com a situação
3. Eu me esforcei para tentar mudar a situação
4. Eu tentei mudar minha forma de pensar sobre a situação para que ela não parecesse tão estressante
5. Eu tentei sair da situação o mais rápido que pude para reduzir o estresse.
6. Eu pensei em estratégias para mudar a situação para conseguir lidar com o estresse
7. Eu tentei reagir a situação de um jeito que a fizesse parecer menos estressante
8. Eu tentei sair da situação para reduzir o estresse
9. Eu fiz o meu melhor para mudar a situação
10. Eu tentei controlar minhas emoções usando diferentes estratégias
11. Eu procurei maneiras de resolver a situação estressante
12. Eu tentei sair da situação para me afastar do estresse
13. Eu fiquei na situação e tentei mudá-la
14. Eu trabalhei minhas emoções para me sentir melhor
15. Eu tentei me afastar da situação para reduzir o estresse
16. Eu tentei encontrar maneiras de controlar minhas emoções
17. Eu tentei relaxar para conseguir manter minhas emoções sob controle
18. Para evitar o estresse, eu tentei sair da situação

MHC-SF - Agora, por favor, responda às questões a seguir sobre como você tem se sentido durante o último mês. Assinale a resposta que melhor representa a frequência com que você teve a experiência ou sentiu-se da maneira descrita, sendo que:
1= Nunca
2= Uma ou duas vezes
3= Cerca de uma vez por semana
4= Cerca de 2 ou 3 vezes por semana
5= Quase todos os dias
6= Todos os dias

Durante o último mês, com que frequência você se sentiu:
1. Feliz
2. Interessada(o) pela vida.
3. Satisfeito(a)
4. Que você teve algo importante para contribuir para a sociedade
5. Que você pertencia a uma comunidade (como um grupo social ou sua vizinhança)
6. Que nossa sociedade está se tornando um lugar melhor para pessoas como você
7. Que as pessoas, em geral, são boas
8. Que a forma como a nossa sociedade funciona faz sentido para você
9. Que você gostava da maior parte de suas características de personalidade
10. Que você administrou bem as responsabilidades do seu dia a dia
11. Que você tinha relacionamentos afetuosos e de confiança com outras pessoas

12. Que você teve experiências que o desafiaram a crescer e tornar-se uma pessoa melhor
13. Que você foi confiante para pensar ou expressar suas ideias e opiniões próprias
14. Que sua vida tem um propósito ou um sentido

EPE - Falando um pouco sobre paixão no esporte, enquanto pensa na sua modalidade esportiva indique, utilizando a escala abaixo, o quanto você concorda com cada item.
1 Não Concordo em Nada;
2 Concordo Muito Pouco;
3 Concordo Pouco;
4 Concordo Moderadamente;
5 Concordo em Maioria;
6 Concordo Fortemente;
7 Concordo Muito Fortemente.

1. Essa atividade (ser atleta) está em harmonia com as outras atividades da minha vida.
2. Eu tenho dificuldades para controlar meus impulsos de fazer essa minha atividade (ser atleta).
3. As coisas novas que eu descubro com essa atividade (ser atleta) permitem que eu goste ainda mais dela.
4. Eu tenho uma sensação quase obsessiva por essa atividade (ser atleta).
5. Essa atividade (ser atleta) reflete as qualidades que eu gosto em mim.
6. Essa atividade (ser atleta) permite que eu viva várias experiências.
7. Essa atividade (ser atleta) é a única coisa que realmente me excita (ou me empolga).
8. Minha atividade (ser atleta) é bem integrada na minha vida.
9. Se eu pudesse, eu só faria a minha atividade (ser atleta).
10. Minha atividade (ser atleta) está em harmonia com outras coisas que fazem parte de mim.
11. Essa atividade (ser atleta) é tão excitante (empolgante) que às vezes eu perco o controle sobre ela.
12. Eu tenho a impressão de que a minha atividade (ser atleta) me controla.
13. Eu passo muito tempo fazendo essa atividade (ser atleta).
14. Eu gosto dessa atividade (ser atleta).
15. Essa atividade (ser atleta) é importante para mim.
16. Essa atividade (ser atleta) é uma paixão para mim.
17. Essa atividade (ser atleta) é parte do que eu sou.

Quase terminando, deixamos aqui um campo aberto para você comentar o que achar importante e que não foi abordado nas questões... fique à vontade para expressar o que quiser. Obrigado!

Para finalizar, é importante relembrar que não é possível associar as respostas ao respondente, pois você não se identificou em nenhum momento. A sua participação neste estudo não prejudicará seu treinamento, seu contrato ou seu desempenho.
Esta pesquisa terá uma segunda etapa, que consiste em detalhar um pouco mais os aspectos relacionados à saúde mental no esporte. Se você acha importante o tema e sabe que pode melhorar ainda mais suas habilidades psicológicas, contamos com você. Para isso, caso queira participar, você precisa entrar em contato pelo e-mail saudementalgepen@gmail.com. Lembrando que, mesmo assim, não é possível correlacionar as respostas que ofereceu à sua pessoa.

( ) Sim, quero participar da segunda etapa da pesquisa. Envie um e-mail para saudementalgepen@gmail.com

( ) Não quero participar

Muito obrigado!

QUESTIONARIO DE SAÚDE E COMPORTAMENTO PARA TREINADORES

Instruções para o participante
Este questionário é **estritamente anônimo**. Por favor, **não escreva nele seu nome ou qualquer dado pessoal** que identifique a sua pessoa. Você só se identificará caso tenha interesse em participar da segunda fase da pesquisa, que será explicada no final dos questionários.
Antes de começar, você precisa concordar em participar da pesquisa. Para isso, leia com atenção o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).** Se concordar, marque sua concordância (em caso de dúvidas, entre em contato com os pesquisadores).

Por favor, leia as perguntas com **atenção** e responda da forma **mais sincera** possível.
Não é obrigatório responder a todas as questões caso não deseje, e mesmo assim pode seguir para a próxima etapa ou pergunta. O ideal é que responda todas!
Importante ressaltar que **não existem respostas certas ou erradas**; as respostas indicam o que você pensa, acredita, faz ou é.
Tente **não demorar muito em uma só questão**. Nas opções de assinalar, favor marcar com um **"X"** na área indicada com "[ ]" ao lado da resposta que você escolher.
Informamos que o participante será abordado uma única vez e, caso não concorde em participar da pesquisa, e-mails e convites adicionais, online, não serão mais enviados às pessoas previamente contactadas.
Agradecemos MUITO sua PARTICIPAÇÃO nesta pesquisa, pois é muito importante para melhorarmos a qualidade de vida dos atletas e, com isso, melhorar seu rendimento físico, técnico, tático e mental.
Podemos prosseguir começando com as questões? ( ) Sim; ( ) Não

Idade (anos):
Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
Modalidade que é treinador:
Tempo de prática como treinador (em anos):
Nível competitivo atual: nacional internacional
Já foi convocado para a seleção brasileira em algum momento? Sim (___) Não (___)
Cidade e estado onde mora atualmente:

Escolaridade:
( ) Ensino fundamental
( ) Ensino médio
( ) Ensino superior
( ) Pós-graduação

Estado civil atual:
( ) Solteiro
( ) Casado legalmente
( ) Morando com parceira(o) no mínimo há 3 meses.
( ) Viúvo
( ) Separado ou divorciado

Renda INDIVIDUAL: mensal
( ) até R$ 1.500,00
( ) entre R$ 1.500,00 e R$ 3.000,00
( ) entre R$ 3.000,00 e R$ 6.000,00
( ) entre R$ 6.000,00 e R$ 10.000,00
( ) mais que R$ 10.000,00

Com este salário, você consegue arcar com suas despesas pessoais e profissionais?

( ) Sim
( ) Não

Em relação à crença/religiosidade/espiritualidade, você é ou acredita:
( ) Católico
( ) Evangélico
( ) Espírita
( ) Acredita em Deus, mas não segue uma religião específica
( ) Não acredita em Deus

Dê uma nota (de 0 a 10) para seu relacionamento com os (as) colegas de clube ou equipe, sendo que 0 é péssimo e 10, excelente.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Dê uma nota (de 0 a 10) para seu relacionamento com seus atletas, sendo que 0 é péssimo e 10, excelente.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Dê uma nota (de 0 a 10) para relacionamento com a comissão técnica (auxiliar técnico, fisioterapeuta, preparador físico), sendo que 0 é péssimo e 10, excelente.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Dê uma nota (de 0 a 10) para seu relacionamento com os outros membros do clube (diretores, gerente, gestor, etc.), sendo que 0 é péssimo e 10, excelente.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sobre o sono
Quantas horas de sono você dorme, em média, por noite?
( ) menos de 6 horas
( ) De 6 a 8 horas
( ) 8 a 10 horas
( ) acima de horas

Quão satisfeito / insatisfeito você está com a qualidade do seu sono?
( ) muito satisfeito
( ) um pouco satisfeito
( ) nem satisfeito nem insatisfeito
( ) um pouco insatisfeito
( ) muito insatisfeito
( ) comente, se quiser:

Com que frequência você toma remédios para dormir (prescritos ou sem prescrição médica)?
( ) nunca
( ) uma ou duas vezes por semana
( ) três ou quatro vezes por semana
( ) cinco a sete dias por semana

Sobre ingestão de bebidas alcóolicas:
Com que frequência você consome bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, cachaça, etc)?
( ) Nunca
( ) 1 vez por mês ou menos
( ) 2 a 4 vezes por mês
( ) 2 a 3 vezes por semana
( ) 4 ou mais vezes por semana

Você acredita que consegue controlar o uso de bebidas?
( ) sim
( ) não

Sobre o uso de drogas ou substâncias:
Indique se já fez uso e se ainda usa atualmente:
( ) Cigarro ( ) nunca usei ( ) já fiz uso, mas parei. ( ) uso atualmente – se usa, quantas vezes em por mês
( ) Maconha ( ) nunca usei ( ) já fiz uso, mas parei. ( ) uso atualmente – se usa, quantas vezes em por mês
( ) Cocaína ( ) nunca usei ( ) já fiz uso, mas parei. ( ) uso atualmente – se usa, quantas vezes em por mês
( ) Solventes (tinner, lança perfume, cola, etc) ( ) nunca usei ( ) já fiz uso, mas parei. ( ) uso atualmente – se usa, quantas vezes em por mês
( ) LSD ou ecstasy ( ) nunca usei ( ) já fiz uso, mas parei. ( ) uso atualmente – se usa, quantas vezes em por mês
( ) Outras drogas que dão "barato" – qual?

Sobre lesão:
Você teve alguma lesão física devido à sua prática esportiva que te impossibilitou trabalhar por um determinado período?
( ) Sim ( ) Não

Se sim, sobre a lesão:
- quanto tempo você ficou afastado
( ) até um mês
( ) um mês a 3 meses
( ) 3 meses a 6 meses
( ) 6 meses a um ano
( ) mais do que um ano

- acredita que essa lesão afetou seu estado psicológico?
( ) Sim ou ( ) Não. Se sim, assinale abaixo os sintomas que acredita que ocorreram
( ) Angústia
( ) Depressão
( ) Ansiedade
( ) transtorno alimentar
( ) transtorno obsessivo compulsivo (TOC)
( ) Outros , especifique

Você faz uso de substância ou medicamento para melhorar seu rendimento?
( ) Sim ( ) Não. Se sim, qual (quais)?_____

Se sim, com que frequência?
( ) Diária
( ) Semanal
( ) Quinzenal
( ) Mensal
( ) Outra

Sobre uso de mídias e redes sociais
Você tem:
( ) Instagram
( ) Facebook
( ) Twiter
( ) Linkedin

( ) Snapchat
( ) Whatsapp
( ) Telegram
( ) Jogos (quais):
( ) Outros - quais:

Pensando nos últimos trinta dias, com que frequência você usa internet (ou qualquer dispositivo online) ou outro dispositivo com tela para utilizar mídias, redes sociais, jogos eletrônicos, jogos online, mas não televisão ou ir ao cinema)?
( ) Não uso esses dispositivos, a internet ou equipamentos online
( ) Sete dias da semana, de manhã, de tarde e de noite
( ) Sete dias da semana, apenas um período
( ) Três a cinco vezes na semana, de manhã, de tarde e de noite
( ) Três a cinco vezes na semana, apenas um período
( ) Menos do que três vezes por semana

Assinale as atividades que você faz no(s) seu(s) dispositivo(s) com tela (internet, online). Considere os últimos trinta dias. Comente sobre o significado, para você:
( ) Conhecer pessoas novas para amizade
( ) Jogar em grupo
( ) Conversar com as pessoas, sem interesses maiores
( ) Contato de amizade
( ) Namorar
( ) Para fazer sexo
( ) Para ver conteúdos eróticos/pornografia
( ) Para se relacionar com familiares
Outro motivo – qual (quais)

Já procurou atendimento psicológico individualmente (com psicólogo)?
( ) Sim ( ) Não

Já procurou atendimento psiquiátrico individualmente (com médico psiquiatra)?
( ) Sim ( ) Não

Já teve o diagnóstico de algum "problema psicológico" (depressão, ansiedade, TDAH, pânico, burnout, etc)?
( ) Sim ( ) Não
Se sim, qual (quais)?

Já foi molestado sexualmente contra sua vontade (toques, passada de mão, encostar em seu corpo, toques em partes íntimas, relação sexual etc.)?
( ) Sim ( ) Não

Se sim:
Com relação à frequência
( ) ocorreu apenas uma vez
( ) ocorreu mais de uma vez

Ainda acontece
( ) Sim ( ) Não

Aconteceu no contexto esportivo?
( ) Sim ( ) Não

Quer comentar alguma coisa?

Alguma vez você pensou em por fim à sua própria vida?
( ) Sim ( ) Não

Alguma vez você fez planos concretos para por fim à sua própria vida?
( ) Sim ( ) Não

Alguma vez tentou de fato por fim à sua vida?
( ) Sim ( ) Não
Quer comentar alguma coisa?

Sabemos que o esporte tem um impacto importante na sua vida. Você acredita que o esporte ajuda ou atrapalha sua saúde mental?
( ) Ajuda
( ) Atrapalha
( ) Não influencia
Quer comentar alguma coisa?

SMS - Vamos falar sobre sua motivação no esporte. Por favor, pense a respeito do por que você trabalha com este esporte e responda as questões abaixo. Utilizando a seguinte escala 1 a 7 para as respostas, sendo que 1 não corresponde totalmente, 2-3 corresponde um pouco, 4 corresponde moderadamente, 5-6 corresponde muito, 7 corresponde completamente.

1. Porque eu me sentiria mal se eu não achasse tempo para fazer isso
2. Eu costumava ter boas razões para exercer o papel de treinador, mas agora eu me pergunto se deveria continuar
3. Porque é muito interessante saber como eu posso melhorar
4. Porque ser treinador reflete a essência de quem eu sou.
5. Porque as pessoas com quem me importo ficariam chateadas comigo se eu não fosse treinador.
6. Porque eu descobri que é uma boa maneira para desenvolver aspectos de mim que eu valorizo
7. Porque eu não sentiria que vale a pena se eu não fosse treinador.
8. Porque eu acho que os outros me desaprovariam se eu não fosse treinador.
9. Porque eu acho agradável descobrir novas estratégias de desempenho.
10. Eu não sei mais, tenho a impressão de que sou incapaz de ter sucesso nesse esporte.
11. Porque ser treinador é parte fundamental da minha vida.
12. Porque eu escolhi esse esporte como uma maneira de me desenvolver.
13. Não é mais claro para mim, eu realmente acho que meu lugar não é nesse esporte.
14. Porque por meio do esporte, eu estou vivendo de acordo com meus princípios mais profundos.
15. Porque pessoas ao meu redor me recompensam quando eu sou treinador.
16. Porque eu me sinto melhor quando eu sou treinador.
17. Porque me dá prazer aprender mais este esporte.
18. Porque é uma das melhores maneiras que escolhi para desenvolver outros aspectos de mim mesmo.

ERE - Agora, vamos falar sobre resiliência no esporte. Para isso, responda as questões objetivamente com o grau de certeza que você possui sobre as questões descritas abaixo, sendo 1 ponto (Absolutamente não concordo) e 5 pontos (Absolutamente eu concordo).

Marque com um "X" a alternativa correspondente:
1= Absolutamente não concordo
2= Não concordo
3= Indiferente
4= Concordo
5= Absolutamente eu concordo

1. Eu consigo superar pensamentos negativos após um desempenho ruim no esporte
2. Nos momentos difíceis de uma competição eu peço ajuda a Deus ou ao destino.
3. Eu conto com os atletas para resolver as situações difíceis do esporte.
4. Quando estou em situações difíceis no esporte eu procuro apoio na minha família ou nos meus amigos.
5. Eu sempre mantenho a minha fé em situações difíceis no esporte.
6. Eu me sinto realizado no esporte porque minha família ou a minha escola valorizam a minha participação.
7. Eu confio no meu potencial dentro do esporte.
8. Quando estou em situações difíceis no esporte eu procuro os meus colegas da comissão técnica.
9. Eu sinto que tenho controle emocional em situações de pressão dentro do esporte.
10. Nos momentos difíceis de uma competição eu acredito em mim.
11. Eu penso positivo mesmo em momentos difíceis da minha carreira.
12. Quando os problemas do treino não têm uma solução clara, eu peço a Deus ou o destino para ajudar.
13. Eu confio no meu desempenho durante os treinos.
14. Quando estou frustrado eu converso com colegas da minha equipe ou com os atletas.
15. Quando penso em desistir minha família me dá suporte para continuar.

PHQ-9 - Com relação à sua saúde, marque como você tem se sentido nas últimas duas semanas, sendo:
0= Nenhum dia
1= Menos de uma semana
2= Uma semana ou mais
3= Quase todos os dias

1. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas?
2. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) se sentiu para baixo, deprimido(a) ou sem perspectiva?
3. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormiu mais do que de costume?
4. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) se sentiu cansado(a) ou com pouca energia?
5. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve falta de apetite ou comeu demais?
6. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) se sentiu mal consigo mesmo(a) ou achou que é um fracasso ou que decepcionou sua família ou a você mesmo(a)?
7. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve dificuldade para se concentrar nas coisas (como ler o jornal ou ver televisão)?
8. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve lentidão para se movimentar ou falar (a ponto das outras pessoas perceberem), ou ao contrário, esteve tão agitado(a) que você ficava andando de um lado para o outro mais do que de costume?
9. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)?
10. Considerando as últimas duas semanas, os sintomas anteriores lhe causaram algum tipo de dificuldade para trabalhar ou estudar ou tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?

EAR - Com relação à sua autoestima, marque uma alternativa por item, sendo que:
1= Concordo totalmente
2= Concordo
3=Discordo
4=Discordo totalmente

1. No conjunto, eu estou satisfeito comigo.
2. Às vezes eu acho que não presto para nada.
3. Eu sinto que eu tenho várias boas qualidades.

4. Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.
5. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar
6. Eu, com certeza, me sinto inútil as vezes.
7. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos do mesmo nível que as outras pessoas.
8. Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.
9. No geral, eu estou inclinado a sentir que sou um fracasso.
10. Eu tenho uma atitude positiva em relação a mim mesmo

GAD-7 - No que se refere à sua ansiedade, com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo?
0= Nenhuma vez
1= Vários dias
2= Mais da metade dos dias
3= Quase todos os dias

Sentir-se nervoso/a, ansioso/a, muito tenso/a
Não ser capaz de impedir ou controlar as preocupações
Preocupar-se muito com diversas coisas
Dificuldade para relaxar
Ficar tão agitado/a que se torna difícil permanecer sentado/a
Ficar facilmente aborrecido/a ou irritado/a
Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer

CFQ -
No que se refere ao estresse e às estratégias de Enfrentamento, descreva aqui o evento esportivo **mais estressante** que você enfrentou nos últimos 12 meses.
_____

Quando este evento estressante ocorreu?
Na última semana
No último mês
Há menos de 3 meses
Há mais de 3 meses e menos de 1 ano
Há mais de um ano

Quanto tempo durou este evento estressante?
Até um dia
Menos de 1 semana
1 semana a 1 mês
1 a 3 meses
Mais de 3 meses

Por favor, indique o nível de estresse que você sentiu no evento, sendo que 0 significa nenhum estresse e 100, estresse intolerável (muito forte).
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Por que esse evento foi estressante para você?

_____

Gostaríamos de saber o que você fez para tentar lidar com o evento estressante. Por favor, coloque os números correspondentes à maneira como você lidou com o evento estressante descrito. Não há respostas certas ou erradas. Por favor, responda todas as perguntas da forma mais honesta e mais precisa possível.
0= De modo nenhum

1= Um pouco
2= Moderadamente
3= Bastante
4= Extremamente

1. Eu tentei encontrar uma maneira de mudar a situação estressante
2. Tentei controlar minhas emoções para lidar melhor com a situação
3. Eu me esforcei para tentar mudar a situação
4. Eu tentei mudar minha forma de pensar sobre a situação para que ela não parecesse tão estressante
5. Eu tentei sair da situação o mais rápido que pude para reduzir o estresse.
6. Eu pensei em estratégias para mudar a situação para conseguir lidar com o estresse
7. Eu tentei reagir a situação de um jeito que a fizesse parecer menos estressante
8. Eu tentei sair da situação para reduzir o estresse
9. Eu fiz o meu melhor para mudar a situação
10. Eu tentei controlar minhas emoções usando diferentes estratégias
11. Eu procurei maneiras de resolver a situação estressante
12. Eu tentei sair da situação para me afastar do estresse
13. Eu fiquei na situação e tentei mudá-la
14. Eu trabalhei minhas emoções para me sentir melhor
15. Eu tentei me afastar da situação para reduzir o estresse
16. Eu tentei encontrar maneiras de controlar minhas emoções
17. Eu tentei relaxar para conseguir manter minhas emoções sob controle
18. Para evitar o estresse, eu tentei sair da situação

MHC-SF -Agora, por favor, responda às questões a seguir sobre como você tem se sentido durante o último mês. Assinale a resposta que melhor representa a frequência com que você teve a experiência ou sentiu-se da maneira descrita, sendo que:
1= Nunca
2= Uma ou duas vezes
3= Cerca de uma vez por semana
4= Cerca de 2 ou 3 vezes por semana
5= Quase todos os dias
6= Todos os dias

Durante o último mês, com que frequência você se sentiu:

1. Feliz
2. Interessada(o) pela vida.
3. Satisfeito(a)
4. Que você teve algo importante para contribuir para a sociedade
5. Que você pertencia a uma comunidade (como um grupo social ou sua vizinhança)
6. Que nossa sociedade está se tornando um lugar melhor para pessoas como você
7. Que as pessoas, em geral, são boas
8. Que a forma como a nossa sociedade funciona faz sentido para você
9. Que você gostava da maior parte de suas características de personalidade
10. Que você administrou bem as responsabilidades do seu dia a dia
11. Que você tinha relacionamentos afetuosos e de confiança com outras pessoas
12. Que você teve experiências que o desafiaram a crescer e tornar-se uma pessoa melhor
13. Que você foi confiante para pensar ou expressar suas ideias e opiniões próprias
14. Que sua vida tem um propósito ou um sentido

EPE - Falando um pouco sobre paixão no esporte, enquanto pensa no seu papel como treinador da sua modalidade esportiva - atividade - indique, utilizando a escala abaixo, o quanto você concorda com cada item.
1 Não Concordo em Nada;
2 Concordo Muito Pouco;
3 Concordo Pouco;
4 Concordo Moderadamente;
5 Concordo em Maioria;
6 Concordo Fortemente;
7 Concordo Muito Fortemente.

1. Essa atividade (treinador) está em harmonia com as outras atividades da minha vida.
2. Eu tenho dificuldades para controlar meus impulsos de fazer essa minha atividade (ser treinador).
3. As coisas novas que eu descubro com essa atividade (ser treinador) permitem que eu goste ainda mais dela.
4. Eu tenho uma sensação quase obsessiva por essa atividade (ser treinador).
5. Essa atividade (ser treinador) reflete as qualidades que eu gosto em mim.
6. Essa atividade (ser treinador) permite que eu viva várias experiências.
7. Essa atividade (ser treinador) é a única coisa que realmente me excita (ou me empolga).
8. Minha atividade (ser treinador) é bem integrada na minha vida.
9. Se eu pudesse, eu só faria a minha atividade (ser treinador).
10. Minha atividade (ser treinador) está em harmonia com outras coisas que fazem parte de mim.

11. Essa atividade (ser treinador) é tão excitante (empolgante) que às vezes eu perco o controle sobre ela.
12. Eu tenho a impressão que a minha atividade (ser treinador) me controla.
13. Eu passo muito tempo fazendo essa atividade (ser treinador).
14. Eu gosto dessa atividade (ser treinador).
15. Essa atividade (ser treinador) é importante para mim.
16. Essa atividade (ser treinador) é uma paixão para mim.
17. Essa atividade (ser treinador) é parte do que eu sou.

Quase terminando, deixamos aqui um campo aberto para você comentar o que achar importante e que não foi abordado nas questões... fique à vontade para expressar o que quiser. Obrigado!

Para finalizar, é importante relembrar que não é possível associar as respostas ao respondente, pois você não se identificou em nenhum momento. A sua participação neste estudo não prejudicará seu treinamento, seu contrato ou seu desempenho.
A próxima etapa consiste em detalhar um pouco mais os aspectos relacionados à saúde mental no esporte. Se você acha importante o tema e sabe que pode melhorar ainda mais suas habilidades psicológicas, contamos com você. Para isso, caso queira participar, você precisa deixar seu contato para enviarmos os detalhes desta segunda etapa. Lembrando que, mesmo assim, não é possível correlacionar as respostas que ofereceu à sua pessoa.

( ) Sim, quero participar da segunda etapa da pesquisa. E-mail saudementalgepen@gmail.com

( ) Não quero participar

Muito obrigado!

ANEXO II - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAMP

UNICAMP - CAMPUS CAMPINAS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAÚDE MENTAL NO ESPORTE BRASILEIRO
Pesquisador: ALEXANDRE CONTTATO COLAGRAI
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 36412020.0.0000.5404
Instituição Proponente: Faculdade de Educação Física
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.380.944

Apresentação do Projeto:
a) As informações contidas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa", "Avaliação dos Riscos e Benefícios" e "Comentários e Considerações sobre a Pesquisa" foram obtidas dos documentos apresentados para apreciação ética pelo CEP e das informações inseridas pelo Pesquisador responsável pelo estudo na Plataforma Brasil.

1. INTRODUÇÃO

O esporte vem se desenvolvendo mais e mais, devido a uma multiplicidade de fatores, entre os quais destacamos: crescente número de praticantes de diversas modalidades esportivas, interesse do meio científico e tecnológico para melhorar a sua eficiência, espaço ocupado na mídia, quantidade de notícias produzidas sobre o tema, e significativa movimentação de recursos financeiros. Suas atividades abrangem as áreas da saúde, educação, lazer, turismo e política (BUENO, 2008, DE BOSSCHER; DE KNOP; VAN BOTTENBURG; SHIBLI, 2006, CARVALHO; MARQUES; CARVALHO, 2009, TUBINO, 1999, 2010, VARGAS, 2017, GALATTI, 2017). Pode ser visto como sinônimo de espetáculo, cultura, cidadania e integração social, tornando-se relevante para pessoas, governos e organizações de diversos segmentos. Com isso, é considerado fenômeno sociocultural da humanidade (DE BOSSCHER; DE KNOP; VAN BOTTENBURG; SHIBLI, 2006, BUENO, 2008, TUBINO, 2010, EKHOLM, 2013, VARGAS, 2017, GALATTI, 2017). Observando essas

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

características, torna-se difícil deparar-se com um fenômeno assim, e não se importar com o mesmo (LUCENA, 2001, DE BOSSCHER; BINGHAM; SHIBLI; VAN BOTTENBURG; DE KNOP, 2007, BUENO, 2008). No Brasil, o esporte se manifesta, de acordo com a Lei 9.615 de março de 1998, por meio do esporte educacional, do esporte de participação e do esporte de alto rendimento (BRASIL, 1998). Dentre estas formas, enfatizaremos neste estudo o esporte de alto rendimento brasileiro, caracterizado como a manifestação esportiva que tem a função de representar um país, um povo, buscando resultados positivos em competições internacionais, associando diretamente o rendimento esportivo com o desenvolvimento do país de forma geral, tornando-o assim um instrumento social e político (BRASIL, 1998). O esporte de alto rendimento baseia-se na lógica do mundo privado, seletivo, excludente, com foco nos resultados, no qual os mais aptos são os protagonistas (BUENO, 2008). A consagração dos atletas como detentores de poderes sobrenaturais, somado à mágica de sua competitividade, são responsáveis pela sua expansão e popularização. Esse tipo de esporte é produzido, gerenciado, organizado e desenvolvido por estruturas internacionais e nacionais, hierarquizadas em comitês, confederações, federações e ligas, que juntas constituem o sistema esportivo dos países, regiões, estados e municípios, sendo assim um tipo de esporte estruturado, pensado e planejado com regras e delimitações claras (BUENO, 2008). Dentre as três manifestações esportivas, a Lei 9.615/1998 cita que a prioridade de investimento público no Brasil deveria ser para o esporte educacional, e em casos específicos para o de rendimento de base e, em última instância, para o de alto rendimento. Porém, na prática, é o esporte de alto rendimento que mais recebe recursos públicos, tanto de forma indireta, com financiamento e incentivos fiscais de organizações não governamentais, ou direta, feita pelo Estado através de repasses a federações e confederações. Isso ocorre porque o apelo da competição transforma o esporte em mercadoria de consumo. Dessa forma, é possível verificar que o Brasil prioriza o esporte de alto rendimento (BUENO, 2008, MEIRA; BASTOS; BÖHME, 2012). Porém, não só o Brasil que direciona esforços e recursos financeiros ao alto rendimento. O Reino Unido por exemplo, desde a década de 90, realiza política de prioridade ao esporte de elite, e em 2005, quando Londres ganha a disputa para ser a cede dos jogos olímpicos de 2012, esse foco se intensifica (GRIX; CARMICHAEL, 2011). Considera-se também que o esporte de elite apresenta uma visão de imponência do país perante o mundo, como pode ser observado na política esportiva da Alemanha (GRIX, 2008). Austrália e Canadá por exemplo, tentaram usar o esporte como instrumentos para a criação de uma identidade nacional (GRIX; CARMICHAEL, 2011). Esses são apenas alguns exemplos, do que pode ser observado em âmbito mundial (DE BOSSCHER; DE KNOP; VAN BOTTENBURG; SHIBLI, 2006). Portanto, a política esportiva de uma grande maioria de países, é

baseada no chamado “ciclo virtuoso do esporte”, no qual o sucesso do esporte de elite internacionalmente fornece prestígio ao país, o que consequentemente contribui para um senso coletivo de identidade da sua população para com a nação, seguindo do aumento da participação em massa desta na prática esportiva tornando-se saudável, o que favorece o surgimento de uma maior quantidade de talentos para que destes descubram-se os novos atletas de elite. Isso é um pensamento padrão, porém esse ciclo não tem resultados comprovados cientificamente, e mesmo assim as políticas de diversos países continuam priorizando o esporte de alto rendimento (GRIX; CARMICHAEL, 2011, DE BOSSCHER; DE KNOP; VAN BOTTENBURG; SHIBLI, 2006). Os estudos de De Bosscher, Knop, Van Bottenburg, Shibli (2006) por exemplo mostram que as políticas de esporte são focadas na busca do sucesso internacional com o alto rendimento, e para isso é importante desenvolver modelos sobre como alcançar de forma efetiva esse objetivo, e medir se isso realmente vale a pena. A literatura nessa área é escassa, mas paradoxalmente muitos governos parecem ter um interesse considerável em tentar superar os países rivais através do esporte. Os autores afirmam que muitas pesquisas foram realizadas sobre os sistemas esportivos de elite em países de sucesso, mas pouco se sabe sobre a relação entre esses sistemas e o sucesso do “ciclo virtuoso do esporte”, não podendo comprová-lo. Sendo prioridade nos investimentos governamentais e privados, o esporte de alto rendimento deveria então, abranger de forma ampla a preocupação com o atleta, por ser este o personagem principal deste espetáculo (DE BOSSCHER et al., 2006; DE BOSSCHER et al. 2007), bem como o treinador por exercer significativa influência na relação com seu atleta, pois a criação de um ambiente positivo, pressupõe processos de interações favoráveis entre o treinador e atleta para a permanência saudável deste no esporte (BRONFENBRENNER, 2011). O treinador deve desenvolver vínculos saudáveis com os atletas, bem como ser um modelo de conduta a ser seguido, e para que isso ocorra, o desenvolvimento de competências sociais, pessoais e profissionais devem existir no ambiente esportivo de forma planejada, para satisfazer as necessidades psicológicas básicas dos atletas (NELSON; CUSHION; POTRAC, 2006, CÔTÉ; GILBERT, 2009, MACDONALD; CÔTÉ; DEAKIN, 2010, VELLA; CLIFF; MAGEE; OKELY, 2015). Por esse motivo, levantaremos dados sobre os treinadores, para saber como ele está, e compreendermos como pode estar influenciando na saúde mental do atleta, foco principal deste estudo. Com isso, as questões de saúde mental também deveriam ser consideradas importantes, como se consideram o treinamento físico, a preparação física, os gestos técnicos, os esquemas táticos, bem como os cuidados médicos para a saúde física. Existe uma ampla base de estudos sobre os impactos físicos dos treinamentos nos atletas de elite, entretanto, as pesquisas na área de saúde mental são realizadas em menor escala, recebendo menores recursos,

permitindo assim que a lacuna científica neste tema seja significativa (BARON; REARDON; BARON, 2013, RICE et al., 2016). É importante enfatizar que o esporte, como atividade humana, além de desenvolver aspectos positivos, também apresenta seu lado obscuro e negativo, impactando seu praticante (BAUM, 2005, GALATTI, 2017). Com menos estudos sobre a saúde mental em atletas, em especial sobre os transtornos considerados comuns, como ansiedade de depressão, temos dificuldade em compreender seu efeito sobre ele, em especial no alto rendimento, nas situações do ambiente esportivo (RICE et al. 2016, 2019). Um dos gatilhos nos episódios de depressão são os estressores psicossociais (BARBANTI, 2011). O esporte de alto rendimento gera estresse de forma elevada, e este quando somado a fatores de risco pré-existentes na pessoa como por exemplo a genética, os transtornos de personalidade, o uso de drogas e álcool, e abuso sexual na infância, funcionam como combustível para a geração de transtornos depressivos (BARBANTI, 2011). Observa-se que os atletas de alto rendimento geralmente estão mais vulneráveis à problemas de saúde mental (ansiedade, depressão, tentativas de suicídio, transtornos alimentares, transtorno compulsivo obsessivo, e outros) que, por sua vez, podem estar relacionados a fatores específicos do contexto esportivo como lesão, overtraining, burnout, vida fora de casa, ausência de uma rede social de apoio afetivo, pressão para alcançar resultados, restrições alimentares, limitações no uso de diversas substâncias e uso de outras substâncias, entre outros fatores APPANEAL; LEVINE; PERNA; ROH, 2009, BARBANTI, 2011, WOLANIM; GROSS; HONG, 2015, GULLIVER et al., 2015, RICE et al., 2016, GORCZYNSKI; COYLE; GIBSON, 2017, GOUTTEBARGE et al., 2019). As lesões, por exemplo, são consideradas uma das principais fontes geradoras de depressão no atleta, podendo chegar a 80% de casos (WOLANIN; GROSS; HONG, 2015). Isso evidencia a relação direta entre físico e mental (SMITH; MILLINER, 1994, GUSTAFSSON; KENTTA; HASSMÉN, 2011, BARON; REARDON; BARON, 2013, WOLANIM; GROSS; HONG, 2015, RICE et al., 2016). Um estudo abrangente realizado sobre saúde mental em atletas é o de Gulliver et al. (2015) com 224 atletas australianos de elite. Neste estudo, a prevalência de transtornos como depressão foram de 46,6%, o que é semelhante à população australiana não atleta, e em alguns casos até superiores. Rice et al. (2016) realizaram uma revisão sistemática de literatura sobre o mesmo tema em seis bases de dados relevantes, e encontraram um total de 2.279 registros, dos quais após os filtros aplicados, apenas 60 estudos foram avaliados. Os resultados também sugerem que os atletas de elite experimentam risco comparável ao da população em geral referente a transtornos mentais, com alguns casos com índices ainda maiores. Pesquisas sobre a saúde mental de atletas de elite são desafiadoras devido ao estigma e outras barreiras que o cercam, o que leva ao distanciamento dos atletas e treinadores deste assunto (GULLIVER; GRIFFITHS; CHRISTENSEN,

2012, BIGGIN; BURNS; UPHILL, 2017). No estudo de Biggin, Burns e Uphill (2017), tanto atletas como treinadores identificaram a crença de que admitir estar passando por transtornos mentais é sinal de fraqueza, assim como ocorreu nos relatos de Barbanti (2011). Neste sentido, vale a definição de transtorno mental, caracterizado pela alteração da saúde mental da pessoa, podendo se manifestar de diversas formas, em especial, depressão e ansiedade, tidos como os transtornos mais comuns (DSM-5, 2014). Nixdorf et al. (2013) relataram prevalência de Transtorno Depressivo Maior de 15% em atletas alemães. Hammond et al. (2013) descobriram que 68% dos nadadores de elite do Canadá preenchiam os critérios para esse mesmo transtorno. Wolanin, Gross, e Hong (2015) pesquisaram artigos sobre transtornos mentais no esporte, e descobriram que a taxa de depressão entre atletas é considerada relevante. Assim como a depressão, os transtornos de ansiedade são outra forma de manifestação que os atletas podem estar expostos, principalmente pela busca de resultados. Gulliver et al. (2015) descobriram que 7,1% de sua amostra de atletas de alto rendimento da Austrália, preenchiam os critérios para Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) e 4,5% para transtorno do pânico. Um em cada dez atletas relatou ter sofrido um ataque de pânico na semana anterior à pesquisa. Segundo os mesmos autores, mesmo com as altas taxas de transtorno de ansiedade generalizada e transtorno de pânico, ainda existem poucas pesquisas investigando a prevalência desses transtornos nesse tipo de atleta. Embora tenham esforços - mesmo que de forma limitada - para disseminar os achados de saúde mental relacionados ao esporte, a fim de avançar na prevenção, identificação e tratamento precoce de psicopatologias em atletas de alto rendimento, alguns órgãos do governo e clubes ainda minimizam sua existência no contexto esportivo (REARDON; FACTOR, 2010, RICE et al., 2016). O atleta pode recusar-se a entrar em contato com seus sentimentos e negar o problema, por encará-los como fraqueza devido à cultura esportiva (BARBANTI, 2011). Dessa forma, acredita-se que é importante ter maior compreensão sobre o tema, para que exista abertura em se discutir essas experiências vividas pelos atletas, como forma útil de apoiá-los (BARBANTI, 2011, BIGGIN; BURNS; UPHILL, 2017). Assim, este projeto nos convida a olhar para os transtornos mentais em atletas de alto rendimento e, com isso, adentrar nos bastidores do palco do espetáculo esportivo e ver que o atleta é um ser humano como outros, sofrendo pressão interna e externa para alcançar resultados, muitas vezes acima do que ocorre com uma pessoa comum em seu cotidiano, e que pode estar em sofrimento.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

•Identificar o perfil psicológico de atletas de elite de alto rendimento de seleções brasileiras de modalidades coletivas e individuais, masculino e feminino.

•Identificar o perfil psicológico de treinadores de alto rendimento de atletas de seleções brasileiras de modalidades coletivas e individuais, masculino e feminino.

Objetivo Secundário:

•Verificar a existência de transtornos mentais nos atletas e treinadores.

•Verificar se o contexto esportivo facilita ou dificulta a identificação, prevenção e tratamento destes transtornos.

•Aprofundar os estudos nos casos que apresentarem relevância nos testes psicológicos ligados aos transtornos comuns (depressão e ansiedade) e ideação suicida nos atletas e treinadores.

•Verificar se a presença destes transtornos no atleta e nos treinadores, podem afetar o seu rendimento na busca por suas metas e resultados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Etapa 1-Quantitativa Esta pesquisa, realizada por meio da aplicação dos questionários, apresenta riscos mínimos ao participante, como possíveis desconfortos com a duração do preenchimento das questões (aproximadamente 20 minutos) e ao responder as questões por se tratarem de dados pessoais. Reforçamos que o participante não tem como ser identificado, e apenas irá assinalar as respostas das questões apresentadas, podendo também escolher opções nulas entre as respostas de cada questão. O participante só irá se identificar, ou entrar em contato conosco, caso tenha interesse com base nas informações que apresentamos no final do questionário sobre nossos contatos e poderá, assim, caso queira, participar da segunda etapa da pesquisa que será realizada apenas aos interessados que manifestarem interesse. Etapa 2-Qualitativa Esta pesquisa, realizada por meio da aplicação de questões semiestruturadas para a entrevista, apresenta riscos mínimos ao participante, como possíveis desconfortos com a duração da entrevista (aproximadamente 40 minutos) e ao responder questões por se tratarem de dados pessoais. Reforçamos que o participante não tem como ser identificado, e apenas irá responder o que quiser e se quiser. O participante só será identificado por um código alfanumérico (números e letras combinados aleatoriamente) escolhido pelo participante no momento da entrevista.

Benefícios:

Ao participante não há benefícios diretos, entretanto, ao responder os questionários e participar da entrevista, os benefícios de sua participação estão relacionados de forma indireta por auxiliar na identificação do nível de saúde mental dos atletas brasileiros de alto rendimento de forma geral, sabendo que com os conhecimento obtido através desta pesquisa, será possível traçar novos estudos sobre o tema no país, propondo e elaborando ações que melhore o trabalho de atletas,

treinadores, gestores, familiares e torcedores sobre a qualidade de vida e a saúde mental dos atletas, para que assim possam alcançar seus resultados, melhorando dessa forma o esporte nacional.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de pesquisa relativo à Tese (Doutorado) de um aluno matriculado no programa de pós graduação-Faculdade de Educação Física-Unicamp, orientado por uma docente dessa Unidade. Este projeto envolverá 100 atletas e 50 treinadores. Foi apresentado orçamento (R$1.000,00) e o custeio será feito com recursos do pesquisador responsável. 4. MÉTODOS Essa pesquisa será desenvolvida utilizando o método misto. Esse método teve início na Psicologia, e de acordo com Creswell (2010) [...] originou-se em 1959, quando Campbell e Fisk utilizaram múltiplos métodos para estudar a validade de traços psicológicos [.] p. 38. Surgiu por permitir a triangulação de dados de diferentes fontes de pesquisa, quantitativas e qualitativas. Em 1990, essa ideia de combinar os dados evoluiu para a real integração destes, até se transformar em metodologia de pesquisa distinta, própria que, além de combinar os métodos e técnicas de pesquisa qualitativas e quantitativas, envolve também suposições filosóficas próprias, como o pragmatismo por exemplo (CRESWELL, 2010). Dessa forma, esse método é mais do que uma simples coleta e análise de dados dos métodos qualitativo e quantitativo, pois envolve o uso dessas duas abordagens de forma conjunta, fazendo com que se torne uma pesquisa única, e a força do estudo seja maior do que a dessas pesquisas de forma isolada, permitindo a compreensão mais profunda do fenômeno de interesse. É muito usado na área da saúde no estudo de problemas complexos (HANSON; CRESWELL; CLARK; PETSKA; CRESWELL, 2005, CRESWELL; PLANO CLARK, 2007, CRESWELL, 2010). No método misto podem ocorrer até três estratégias gerais de coleta e análise de dados, e as variações dentro de cada uma, que são os projetos: 1) sequencial, no qual se procura expandir os resultados de um método (qualitativo ou quantitativo) através da utilização do outro método. Portanto, um método vem primeiro, e após a análise dos dados, ocorre a coleta de dados do próximo método; 2) concomitante, no qual a coleta e análise dos dados quantitativos e qualitativos ocorrem de forma simultânea, misturando os dados para uma análise abrangente; 3) transformativo, no qual a força de uma teoria direciona o trabalho, com intenções transformativas, correlacionando os dois métodos, que podem ser desenvolvidos de forma sequencial ou concomitante, buscando implantação de mudanças possíveis devido aos resultados (CRESWELL; PLANO CLARK, 2007, CRESWELL, 2010). Dessa forma, essa pesquisa será um Projeto Misto Sequencial, por ser caracterizada primeiramente pela coleta e análise dos dados quantitativos, sendo esta, a etapa predominante, e seus dados serão base para a segunda fase,

que é a coleta e análise dos dados qualitativos. Primeiramente, será analisado o perfil psicológico dos atletas brasileiros de alto rendimento, e para complementar esse conhecimento sobre o atleta, será aplicado um questionário aos treinadores, para um melhor conhecimento deste profissional, devido à sua influência sobre seus atletas. Na sequência, segue-se para a etapa qualitativa para aprofundarmos o estudo nos casos relevantes com os participantes que apresentarem escores elevados nas escalas utilizadas. Assim, reforçamos que a pergunta de pesquisa é: Qual o perfil psicológico dos atletas de alto rendimento de seleções brasileiras e dos seus treinadores? Optou-se pelo método misto para responder a essa pergunta, e alcançar os objetivos deste estudo, por acreditar que permite a compreensão do tema saúde mental no esporte brasileiro, permitindo explorar o tema e propor a construção de caminhos para pesquisas futuras e também a implicação práticas dos resultados destas (CRESWELL, 2010). 4.1. Etapa 1: Coleta de Dados - Quantitativa 4.1.1. Participantes Os participantes serão divididos em dois grupos: - Grupo Atletas: participarão deste grupo atletas de alto rendimento de seleções brasileiras, que preencherem os seguintes critérios de inclusão e exclusão, mostrados a seguir: Critérios de inclusão. • Ter idade entre 18 e 30 anos. • Ter participado de seleção brasileira de sua modalidade em alguma convocação. • Ambos os sexos masculino e feminino. • Modalidade coletiva e individual. • Ser atleta de modalidade olímpica. • Estar em atividade, disputando competições por alguma equipe / clube. Critério de exclusão: Não apresenta critério de exclusão. - Grupo Treinadores: participarão deste grupo treinadores de atletas de alto rendimento de seleções brasileiras de modalidades coletivas e individuais, que preencherem os seguintes critérios de inclusão e exclusão, mostrados a seguir: Critérios de inclusão: • Ter 18 anos completos. • Ter atuado ou estar atuando como técnico de equipe ou clube, e que nesse ambiente de trabalho, possua atletas de alto rendimento acima de 18 anos que estão ou que já foram selecionados em algum momento de sua carreira para a seleção brasileira. • Ser técnico de seleção brasileira de sua modalidade. Critério de exclusão: Não apresenta critério de exclusão. Os questionários de atletas e treinadores serão diferentes no âmbito das questões demográficas, e em alguns instrumentos validados. Determinou-se essa faixa etária dos atletas, pois segundo estudos que embasaram esta pesquisa no referencial teórico, a faixa etária de 15 a 25 anos possui maior risco de suicídio, e de início de transtornos mentais, em especial o considerados comuns, como transtorno depressivo, transtornos de ansiedade e de pânico (SMITH; MILLINER, 1994, BAUM, 2005, DSM-5, 2014, ALLEN; HOPKINS, 2015, WHO, 2017, RICE et al., 2019), e também por ser esta a faixa etária de crescimento, desenvolvimento e destaque do atleta na sua maioria dentro de suas modalidades, o que indica intervenções precoces (SMITH; MILLINER, 1994, KESSLER et al., 2007, GULLIVER; GRIFFITHS; CHRISTENSEN, 2012, RICE et

al., 2016, SCHINKE; STAMBULOVA; SI; MOORE, 2017, MOESCH et al., 2018, HENRIKSEN et al., 2019; REARDON et al., 2019). Optou-se por selecionar atletas acima de 18 anos de idade por questões éticas, restringindo a pesquisa a maiores de idade. Definiremos atleta de alto rendimento, utilizando as caracterizações de Swan et al. (2015). Os autores apresentam o termo “atleta de alto rendimento” como atletas de elite, e criam uma linha continua de desenvolvimento desse personagem que varia do atleta semi-elite, que são jovens que participam de programas de desenvolvimento com alto desempenho atlético, que participam de competições de federações, abaixo das competições nacionais, bem como membros de esportes universitários com elevado nível profissional e competitivo; atletas de elite competitiva, que são os que participam de competições de alto nível nacionais e continentais; atletas de elite bem sucedidos, que participam constantemente de competições internacionais como Olimpíadas e Mundiais, obtendo pouco sucesso no podium; atleta de elite de classe mundial, que participam destas mesmas competições, mas que conseguem vitórias e títulos expressivos com frequência. As modalidades que já temos acesso para a pesquisa são: Handebol Masculino e Feminino, Voleibol Masculino e Feminino, Basquete Masculino e Feminino, Taekwondo Masculino e Feminino, Judô Masculino e Feminino, Karatê Masculino e Feminino, e outras que estão sendo contatadas. Será enviada uma Carta de Autorização de Entidades como Clubes, Associações, Federaçõe, e Confederações para formalizar e solicitar autorização para acessar os atletas que são de seleção brasileira (Anexo 1). 4.1.2. Instrumentos Será utilizado um questionário que contém diferentes testes psicológicos específicos, com escalas validadas, para a coleta de dados. O objetivo é identificar qual o perfil psicológico destes atletas e treinadores, e se existe a presença de transtornos mentais. O questionário foi baseado no utilizado na pesquisa em parceria com o Departamento de Psiquiatria da FCM-UNICAMP, sob responsabilidade dos professores Paulo Dalgalarrondo e Amilton dos Santos Júnior em atletas de futebol (aprovado no CEP em CAAE: 64436416.7.0000.5404 e parecer 1.971.854). O questionário dos atletas é composto de perguntas abertas e fechadas que abordam temas da vida diária e de fórum íntimo, através de uma ficha de identificação (nome, idade, dados pessoais, modalidade que pratica, quais anos foi convocado para a seleção brasileira, dados sociais, econômicos, atividade física, sono, e outros) (Anexo 2). O questionário dos treinadores é semelhante ao dos atletas, porém as perguntas sobre os temas diários de suas vidas e de fórum íntimo através da ficha de verificação, são diferentes (Anexo 3). De maneira detalhada, também fazem parte deste questionário os instrumentos validados listados a seguir: • The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref): desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (THE WHOQOL GROUP, 1994). Composto por 26 itens, sendo que a

primeira questão se refere à qualidade de vida de forma geral e a segunda questão está relacionada com à satisfação da própria saúde. As outras 24 questões encontram-se divididas em 4 domínios: 1-físico, 2-psicológico, 3-relações sociais e 4-meio ambiente. Além do caráter transcultural, o instrumento valoriza a percepção individual da pessoa, podendo avaliar a qualidade de vida em diversos grupos e situações (THE WHOQOL GROUP, 1994). A versão em português foi realizada segundo metodologia preconizada pelo centro WHOQOL para o Brasil, apresentando características psicométricas consideradas como satisfatórias (FLECK; LOUZADA; XAVIER; CHACHAMOVICH; VIEIRA; SANTOS; PINZON, 2000). Presente nos questionários dos atletas e dos treinadores. • Self Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20): instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (HUTZ; CRISTIAN, 2011) para detecção de transtornos mentais comuns como ansiedade e depressão, na população em geral, e validada no Brasil por Mari e Williams (1986). Possui 20 questões, 1 ponto cada, com respostas “sim” ou “não”. Sete ou mais respostas afirmativas consideram um possível caso de transtorno mental comum, sendo que este ponto de corte permite obter dois grupos: os indivíduos com maior e com menor probabilidade de ter Transtorno Mental Comum. Presente nos questionários dos atletas e dos treinadores. • The Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT): instrumento desenvolvido na década de 1980 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (SAUNDERS; AASLAND; BABOR; DE LA FUENTE; GRANT, 1993), traduzido e validado no Brasil por Lima, Freire, Silva, Teixeira, Farrel, e Prince (2005). Tem como finalidade identificar pessoas com consumo de álcool em níveis como: uso nocivo, risco e dependência, e com isso pode auxiliar na prevenção de problemas decorrentes desse uso, a partir de diferentes níveis de intervenção, dependendo do escore do sujeito no questionário que pode variar de 0 a 40 pontos. Uma pontuação superior a 8 indica a necessidade de um diagnóstico mais específico (HENRIQUE; MICHELI; LACERDA; LACERDA; FORMIGONI, 2004). O instrumento é composto por 10 questões que avaliam o consumo do álcool nos últimos 12 meses. Presente nos questionários dos atletas e dos treinadores. • Escala de autoestima de Rosenberg (EAR): (ROSENBERG, 1965): instrumento com 10 itens, sendo 5 associados a uma visão negativa sobre si mesmo (itens 2, 5, 6, 8 e 9) e 5 a uma visão positiva (1, 3, 4, 7 e 10). Existem quatro opções para cada pergunta: 1=concordo muito (4 pontos para os itens de visão positiva e 1 ponto para os itens de visão negativa), 2=concordo um pouco (3 pontos para os itens de visão positiva e 2 pontos para os itens de visão negativa), 3=discordo um pouco (2 pontos para os itens de visão positiva e 3 pontos para os itens de visão negativa) e 4=discordo muito (1 ponto para os itens de visão positiva e 4 pontos para os itens de visão negativa). A pontuação varia entre 10 e 40 pontos, sendo < 20 = autoestima baixa (insatisfatória); 21-30 = autoestima média; > 30 =

autoestima alta (satisfatória). Presente nos questionários dos atletas e dos treinadores. • Inventário Beck de Depressão (BDI): é um instrumento de cujo objetivo é medir a intensidade da depressão. A aplicação pode ser individual ou coletiva. O Inventário de Depressão de Beck – BDI foi desenvolvido originariamente por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh (1961). Trata-se de uma escala de autorrelato, para levantamento da intensidade dos sintomas depressivos, composta por 21 itens e estimativas de fidedignidade estabelecidas a partir de seis amostras psiquiátricas que variaram entre 0,79 e 0,90 (BECK; STEER, 1993). Presente nos questionários dos atletas e dos treinadores. • Inventário Beck de Ansiedade (BAI): inventário composto por 21 questões sobre como o indivíduo tem se sentido na última semana, desenvolvido por Beck et al. (1988) e adaptado para a cultura brasileira por Cunha (2001). Segundo Bartolomeu et al. (2010) este inventário apresenta bons coeficientes de fidedignidade e validade para o esporte. Cada questão apresenta quatro possíveis respostas em uma escala do tipo Likert (“não”, “levemente”, “moderadamente” e “severamente”) para sintomas comuns da ansiedade, considerando a gravidade e frequência dos sintomas, e o participante deve assinalar aquela que mais se assemelha com o seu estado, (BECK et al., 1988). Presente nos questionários dos atletas e dos treinadores. • Questionário de Estresse e Recuperação para Atletas (RESTQ-76 SPORT): instrumento utilizado para avaliar indicadores de estresse e recuperação em atletas. Avalia como está a frequência do estresse atual do participante, em conjunto com a frequência das atividades de recuperação deste. Desenvolvido por Kellmann e Kallus (2001) e validado para a população brasileira por Costa e Samulski (2005), ele possui 77 itens, divididos em 19 escalas, avaliando eventos potencialmente estressantes, as fases de recuperação, e suas consequências subjetivas dos últimos três dias/noites (COSTA; SAMULSKI, 2005). Trata-se de um inventário para monitoramento e acompanhamento do treinamento de atletas. As escalas pertencentes ao domínio de estresse são: estresse geral, estresse emocional, estresse social, conflitos e pressão, fadiga, falta de energia, reclamações somáticas, recuperações interrompidas, burnout e exaustão emocional. Já as escalas que pertencem ao domínio de recuperação são: sucesso, relaxamento social, relaxamento somático, bem-estar geral, qualidade do sono, forma física, burnout e satisfação pessoal, autoconfiança e auto regulação. Dentre as sub escalas, 7 estão relacionadas ao Estresse Geral (1. Estresse Geral; 2. Estresse Emocional; 3. Estresse Social; 4. Conflitos/Pressão; 5. Fadiga; 6. Falta de Energia; 7. Queixas Somáticas), 5 relacionadas à Recuperação Geral (8. Sucesso; 9. Recuperação Social; 10. Recuperação Física; 11. Bem Estar Geral; 12. Qualidade de Sono), 3 relacionadas ao Estresse Esportivo (13. Perturbação nos Intervalos; 14. Exaustão Emocional; 15. Lesões) e 4 relacionadas a Recuperação Esportiva (16. Estar em Forma; 17. Aceitação Pessoal; 18. Autoeficácia; 19. Auto Regulação). Na versão brasileira,

obteve-se confiabilidade substancial em 16 sub escalas (exceto as sub escalas Conflitos/Pressão, Sucesso e Aceitação Pessoal), que atingiram os valores psicométricos de consistência interna, com o valor de alpha de Cronbach maior que 0,70, apresentando estabilidade satisfatória. Exclusivo no questionário dos atletas. • Inventário de Sintomas de Stress de Lipp (ISSL): Instrumento útil para identificar quadros característicos do stress, possibilitando diagnosticar a fase em que a pessoa se encontra: alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão. O ISSL é composto por 53 itens que estão divididos em três partes: a primeira parte, composta por 15 itens, avalia sintomas físicos e psicológicos nas últimas 24 horas; a segunda parte, também composta por 15 itens, avalia os sintomas físicos e psicológicos manifestados na última semana; e por fim, a terceira parte, composta de 23 itens, avalia sintomas vivenciados no último mês (LIPP, 2000). Presente nos questionários dos atletas e dos treinadores. • Teste de atitudes alimentares (EAT-26): versão em português: questionário de auto relato, traduzido para português e validado por Bigheti, Santos, Santos, Ribeiro (2004). É um teste psicométrico para avaliar Transtornos Alimentares, com o objetivo de analisar os sintomas dos distúrbios de forma rápida e prática. Esta versão contém 26 questões de múltipla escolha (EAT-26) tendo como ponto de corte o escore 21. As 26 questões são divididas em 3 escalas: 1) Escala da Dieta (questões 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 25), referente à recusa patológica a comidas de alto valor calórico, e preocupação intensa com a forma física; 2) Escala de Bulimia e Preocupação com os Alimentos (questões 3, 4, 9, 18, 21, 26), que diz respeito à ingestão compulsiva dos alimentos, seguida de métodos purgativos e não purgativos; 3) Escala do Controle Oral (questões 2, 5, 8, 13, 15, 19, 20), que se refere ao autocontrole em relação aos alimentos e forças sociais e ambientais que estimulam a ingestão alimentar. Cada questão possui seis opções de resposta (1=sempre, 2=muitas vezes, 3=às vezes, 4= poucas vezes, 5=quase nunca, 6=nunca), com os pontos variando de 0 a 3 pontos. Presente nos questionários dos atletas e dos treinadores. • Questionário SMS - 18 - Versao Final Portugues: Este questionário é uma adaptação transcultural da Sport Motivation Scale (SMS-II) (PELLETIER; ROCCHI; VALLERAND; DECI; RYAN, 2013), para o contexto brasileiro. Estudos para esta adaptação realizados por Junior, Vissoci, Balbim, Moreira, Pelletier e Vieira (2014), evidenciaram que a versão em português possui questões claras e relevantes (CVC > 0,80), e consistência interna em todas as dimensões (> 0,70/CC > 0,70) com exceção da regulação introjetada (> 0,61/CC > 0,56). A análise fatorial confirmou que as cargas fatoriais foram aceitáveis, com exceção dos itens 1 e 7, mas que isso não interfere na qualidade final do instrumento, pois também foram apontados invariância entre homens e mulheres. Um terceiro estudo sobre essa adaptação transcultural, evidenciou ainda a estabilidade temporal da escala (CCI>0,70), concluindo-se que a adaptação do

SMS-II para a realidade brasileira é aceitável. Presente nos questionários dos atletas e dos treinadores. • Inventário de Obsessões e Compulsões - OCI-R: As escalas mostraram-se de fácil compreensão e preenchimento, podendo ser utilizadas em pacientes com TOC de diferentes classes econômicas e sociais. As sub escalas da OCI-R, são uma redução do OCI de 42 questões, discriminando e avaliando a gravidade dos seis subtipos de sintomas de TOC. A versão para o Brasil da OCI-R, mantêm as propriedades psicométricas da versão original. Formado por 18 alternativas, o OCI-R, é composto de seis sub escalas: 1) verificação, 2) colecionismo, 3) neutralização, 4) obsessão, 5) ordenamento e 6) lavagem, quando comparado à primeira versão completa, apresenta melhora em três aspectos: 1) na eliminação da escala redundante de frequência; 2) na simplificação dos escores das sub escalas; e 3) na redução da sobreposição das sub escalas (SOUZA; FOA; MEYER; NIEDERAUER; RAFFIN; CORDIOLI, 2007). Presente nos questionários dos atletas e dos treinadores. • Escala de Resiliência: desenvolvida por Wagnild e Young (1993) para medir níveis de adaptação psicossocial positiva com relação aos eventos importantes para a vida. É constituída de 25 itens descritos de forma positiva com resposta tipo Likert variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). No instrumento, estão reunidas diversas características e comportamentos, vinculados aos estudos de resiliência, através de situações de adversidade e proteção. Os itens refletem às cinco características principais da resiliência: serenidade constante mesmo perante momentos complicados, perseverança diante da adversidade, autoconfiança, sentido de vida e autossuficiência. O escore total pode variar de 25 a 175 pontos, sendo que os valores altos indicam elevada resiliência. Quando o escore possui valores inferiores a 125, o nível de resiliência é classificado como baixo, de 125 a 145 moderadamente baixo a moderado, e acima de 145 moderadamente alta a alta. O instrumento é validado e adaptado para o Brasil por Pesce et al. (2005), com alpha de Chronbach de 0,80, constatando grau satisfatório de equivalência conceitual. Presente nos questionários dos atletas e dos treinadores. • Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP) - validada para a população brasileira por Souza e Souza (2004). Trata-se de escala de autorrelato composta por 10 itens tipo Likert de quatro níveis, sendo que o nível de autoeficácia varia em um continuum de 10 a 40 pontos, quanto maior a pontuação maior a percepção de autoeficácia. Presente nos questionários dos atletas e dos treinadores. • Escala de Liderança no Desporto (ELD): escala desenvolvida por Chelladurai e Saleh (1980), que surgiu do Modelo Multidimensional de Liderança no Esporte. É composta por 40 itens, que abordam questões sobre os diferentes estilos de liderança dos treinadores em relação ao perfil dos atletas. Os treinadores podem ser agrupados em cinco sub escalas; sendo eles: 1) autocráticos, 2) democráticos, 3) treinoinstrução, 4) reforço e 5) suporte

social. Em cada uma das questões, o atleta ou treinador, pode escolher uma entre as cinco respostas possíveis, em uma escala do tipo Likert (1=Nunca; 2=Raramente; 3=Ocasionalmente; 4=Frequentemente; 5=Sempre). Os coeficientes alfa de Cronbach calculados por Chelladurai e Saleh (1980) para a preferência de liderança entre as cinco sub escalas variaram de 0,83 a 0,45 para os atletas, e 0,93 a 0,79 para os treinadores, sendo esta a que consideraremos em nosso estudo. Os escores de cada dimensão são calculados através da soma dos itens correspondentes a cada sub escala, dividindo-se depois esse valor pelo número total de itens, atendendo-se à cotação invertida dos que são formulados pela “negativa”. Os valores mais altos em cada sub escala significam maiores frequências de comportamentos, por parte do treinador, em cada uma das sub escalas. Exclusivo no questionário dos treinadores. 4.1.3. Procedimentos Para o envio deste questionário, será feito o contato com as confederações, federações, técnicos de equipes, gestores esportivos, membros da comissão técnica e atletas propriamente ditos, com o objetivo de conseguir o contato dos participantes para que o questionário possa ser enviado. Através do contato às partes citadas, será solicitado que eles indiquem e disponibilizem o contato de atletas, para o fortalecimento da rede de relacionamentos, com objetivo de que mais participantes aceitem receber e responder o questionário, bem como de treinadores de clubes e equipes que treinam ou já treinaram atletas de seleção brasileira, e treinadores de seleção brasileira. O questionário será elaborado na plataforma Google Forms, e disponibilizado online, enviado por e-mail ou por contato privado em redes sociais (Whatzapp, Facebook, Instagram, Twitter) aos participantes. Salienta-se que o questionário não poderá ser respondido em dias de competição de suas equipes, clubes ou da sua seleção, evitando também o dia que a antecede e precedem, por compreendermos que os fatores emocionais podem estar diferentes do habitual devido ao estresse competitivo. Os participantes serão informados que se trata de um estudo acadêmico de base exploratória, e receberão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 6) antes de responderem as questões. Não será realizado cálculo amostral. Serão incluídos todos os participantes que aceitarem participar da pesquisa e estiverem de acordo com as delimitações dos critérios de inclusão e exclusão da amostra. O participante será informado que não é obrigatório se identificar, sendo essa identificação feita por ele por livre e espontânea vontade, no final, caso queira participar das entrevistas da etapa 2 qualitativa. Objetiva-se também, gravar um vídeo com o pesquisador explicando a pesquisa, quais seus objetivos, o sigilo das respostas, e a forma de participação, para obter maior credibilidade com os participantes. Anexo ao vídeo, será enviado uma Carta de Apresentação da Pesquisa aos Participantes, com as mesmas explicações, para reforçar a compreensão (Anexo 4). Esse material será vinculado em redes sociais (Whatzapp,

Facebook, Instagram, Twitter), para que ocorra um maior apoio de diversas partes envolvidas no esporte, com o objetivo de estimular o atleta a participar. Estes procedimentos são pelo fato do tema ser considerado estigma e tabu no ambiente esportivo, e o atleta sentir receio de se prejudicar com seu clube e sua comissão técnica devido aos dados fornecidos, não se sentido totalmente confortável e confiante com a pesquisa, mesmo não sendo obrigado se identificar. 4.1.4. Análise dos Dados O conjunto de dados obtidos será analisado de acordo com a correção dos instrumentos utilizados (seguindo as normas validadas de cada um), buscando encontrar o perfil psicológico destes atletas e se existe a presença de transtornos mentais nos mesmos. A estatística descritiva (gráficos, medidas de posição e dispersão) será utilizada para explorar e caracterizar o banco de dados coletados. Também utilizaremos a estatística inferencial para comparar a saúde mental dos atletas em função da idade, modalidade e sexo, e análises de correlação para comparar a saúde mental de homens x mulheres, modalidades individuais x coletivas, e outras comparações entre os instrumentos, questionários e escalas validadas usados na coleta, através do teste T, ANOVA e testes correspondentes não paramétricos. Tanto para as análises descritivas quanto para as inferenciais, utilizaremos o software SPSS. 4.2. Etapa 2: Coleta de Dados – Qualitativa 4.2.1. Participantes Na etapa qualitativa, os participantes serão os que se interessarem através do preenchimento de sua identificação no final do questionário da etapa quantitativa, e/ou entrarem em contato conosco, através de nosso contato que estará disponibilizado no final do questionário. A preferência será dada aos participantes que apresentarem valores relevantes nos testes para os transtornos de depressão, ansiedade, pânico e ideação suicida, indicando a presença de problemas mentais, e na sequência, mesmo os com índices não significativos, também poderão ser entrevistados. O objetivo desta fase é realizar uma pesquisa em profundidade com os participantes, para compreender o desenvolvimento desses transtornos nos atletas e treinadores por serem considerados comuns pelo DSM-5 (2014), e compreender como podemos prevenilos. 4.2.2. Instrumentos Será realizada entrevista semiestruturada tanto para atletas (Anexo 5) como para treinadores (Anexo 6), cujo roteiro será elaborado com base nas respostas dos questionários da etapa quantitativa referente aos testes para depressão, transtornos de ansiedade, transtorno de pânico e ideação suicida, e os objetivos do estudo que são verificar como o contexto esportivo pode facilitar ou dificultar a prevenção, identificação, e tratamento destes, e como esses transtornos podem ou não interferir no desempenho esportivo. 4.2.3. Procedimentos As entrevistas serão agendada com os participantes em um local de sua escolha, no qual se sinta confortável, e que não seja dia, véspera, ou dia seguinte de competição, para evitar interferências emocionais da competição diretamente, ou

online, caso tenham interesse. A entrevista será gravada em um gravador portátil, e transcrita na íntegra na sequência. As gravações ficarão disponíveis por um período de 5 anos, segundo as normas do CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), conforme sua Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Importante enfatizar que o participante será informado sobre este procedimento e um novo TCLE será assinado (Anexo 8). O participante não será identificado através de seus dados pessoais. No momento da entrevista, para maior sigilo das informações, os participantes devem escolher um código alfanumérico (combinação de letras e números), que servirá para a identificação das informações fornecidas por ele. Esse código deverá ter 2 letras que representam letras do nome de sua modalidade, 1 letra (M ou F) para identificar o gênero, e 2 números de 0 a 9 à sua escolha. 4.2.4. Análise dos Dados As entrevistas serão avaliadas de acordo com o software NVIVO, sendo criadas categorias para melhor análise do conteúdo. Essas categorias serão elaboradas baseadas nos objetivos do estudo, nos pontos de relevância que surgirem do referencial teórico, e nas questões do questionário, e podem ser 1) Depressão, 2) Ansiedade, 3) Transtorno de Pânico, 4) Ideação Suicida, 4) Contexto Esportivo Facilitador de Identificação, Prevenção e Tratamento, 5) Contexto Esportivo Dificultador de Identificação, Prevenção e Tratamento, 6) Transtorno Mental como Limitador do Desempenho Esportivo, 7) Conscientização sobre Saúde Mental, 8) Estigma, e outras que podem surgir no decorrer da pesquisa. Nesta etapa será realizada uma análise de conteúdo, que é uma forma eficiente de interpretação dos dados das entrevistas. Essa análise de conteúdo será baseada em estudos previamente analisados pela revisão integrativa, e nas categorias definidas, verificando assim quais foram as informações relevantes, contundentes, similares e diferentes entre os entrevistados (CRESWELL, 2010, BARDIN, 2011). Equipe da pesquisa: Orientadora: Profa. Dra. Paula Fernandes de Andrade-Faculdade de Educação Física-Unicamp Doutorando: Alexandre Contatto Colagrai-Faculdade de Educação Física-Unicamp

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentadas a Folha de Rosto, assinada pelo Diretor-Faculdade de Educação Física-Unicamp, o documento com Informações Básicas do projeto, o projeto detalhado, 2 Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, um deles relativo às entrevistas com os atletas e os treinadores e outro referente aos questionários que serão aplicados aos atletas e aos treinadores, o comprovante de vínculo acadêmico (atestado de matrícula) do proponente do estudo, o comprovante de vínculo funcional da orientadora, a Carta a ser datada e assinada pelo responsável das entidades que irão indicar os atletas e treinadores participantes da pesquisa, a Carta de apresentação da pesquisa aos participantes, os Roteiros das entrevistas semi- estruturadas a

serem feitas com os atletas e treinadores e os questionários sobre saúde e comportamento a serem aplicados aos atletas e aos treinadores.

Recomendações:

A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), do Conselho Nacional de Saúde (CNS) orienta a adoção das diretrizes do Ministério da Saúde (MS) decorrentes da pandemia causada pelo Coronavírus SARS-CoV-2 (Covid-19), com o objetivo de minimizar os potenciais riscos à saúde e a integridade dos participantes de pesquisas e pesquisadores.

De acordo com carta circular da CONEP intitulada “ORIENTAÇÕES PARA CONDUÇÃO DE PESQUISAS E ATIVIDADE DOS CEP DURANTE A PANDEMIA PROVOCADA PELO CORONAVÍRUS SARS-COV-2 (COVID-19)” publicada em 09/05/2020, referente ao item II. “Orientações para Pesquisadores”:

- Aconselha-se a adoção de medidas para a prevenção e gerenciamento de todas as atividades de pesquisa, garantindo-se as ações primordiais à saúde, minimizando prejuízos e potenciais riscos, além de prover cuidado e preservar a integridade e assistência dos participantes e da equipe de pesquisa.
- Em observância às dificuldades operacionais decorrentes de todas as medidas impostas pela pandemia do SARS-CoV-2 (COVID- 19), é necessário zelar pelo melhor interesse do participante da pesquisa, mantendo-o informado sobre as modificações do protocolo de pesquisa que possam afetá-lo, principalmente se houver ajuste na condução do estudo, cronograma ou plano de trabalho.
- Caso sejam necessários a suspensão, interrupção ou o cancelamento da pesquisa, em decorrência dos riscos imprevisíveis aos participantes da pesquisa, por causas diretas ou indiretas, caberá aos investigadores a submissão de notificação para apreciação do Sistema CEP/Conep.
- Nos casos de ensaios clínicos, é permitida, excepcionalmente, a tramitação de emendas concomitantes à implementação de modificações/alterações no protocolo de pesquisa, visando à segurança do participante da pesquisa, assim como dos demais envolvidos no contexto da pesquisa, evitando-se, ainda, quando aplicável, a interrupção no tratamento dos participantes da pesquisa. Eventualmente, na necessidade de modificar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o pesquisador deverá proceder com o novo consentimento, o mais breve possível.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

- O participante da pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (quando aplicável).

- O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (quando aplicável).

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas e aguardando a aprovação do CEP para continuidade da pesquisa. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

-Lembramos que segundo a Resolução 466/2012 , item XI.2 letra e, “cabe ao pesquisador

apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento".

-O pesquisador deve manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1553076.pdf	28/10/2020 18:07:36		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_COMPLETO_DOUTORADO_ALEXANDRE_CONTTATO_COLAGRAI_COMPLETO_ALE_OUTUBRO_2020.p	28/10/2020 18:04:26	ALEXANDRE CONTTATO COLAGRAI	Aceito
Outros	QUESTIONARIO_TREINADORES_CORRIGIDO_OUTUBRO_2020.pdf	28/10/2020 15:53:56	ALEXANDRE CONTTATO COLAGRAI	Aceito
Outros	QUESTIONARIO_ATLETAS_CORRIGIDO_OUTUBRO_2020.pdf	28/10/2020 15:52:33	ALEXANDRE CONTTATO COLAGRAI	Aceito
Outros	CARTA_DE_AUTORIZACAO_DE_ENTIDADES_CORRIGIDA_OUTUBRO_2020.pdf	28/10/2020 15:51:07	ALEXANDRE CONTTATO COLAGRAI	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_AO_COMITE_DE_ETICA_COM_AS_CONSIDERACOES_OUTUBRO_2020.pdf	28/10/2020 15:49:26	ALEXANDRE CONTTATO COLAGRAI	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_CORRIGIDO_OUTUBRO_2020.pdf	28/10/2020 15:48:51	ALEXANDRE CONTTATO COLAGRAI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ETAPA2_CORRIGIDO_OUTUBRO_2020.pdf	28/10/2020 15:48:22	ALEXANDRE CONTTATO COLAGRAI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ETAPA1_CORRIGIDO_OUTURBO_2020.pdf	28/10/2020 15:47:45	ALEXANDRE CONTTATO COLAGRAI	Aceito
Outros	FUNCIONAL_PAULA.jpg	30/07/2020 16:08:29	PAULA TEIXEIRA FERNANDES	Aceito
Outros	ATESTADO_MATRICULA_JUL_2020.pdf	30/07/2020 16:07:09	PAULA TEIXEIRA FERNANDES	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO_ALE_DOUTORADO_	20/05/2020	PAULA TEIXEIRA	Aceito

Folha de Rosto	AIO_2020_assinada.pdf	13:05:57	FERNANDES	Aceito
Outros	PROJETO_ALE_ENTREVISTA_TREINADORES_MAIO_2020.pdf	18/05/2020 15:55:35	PAULA TEIXEIRA FERNANDES	Aceito
Outros	PROJETO_ALE_ENTREVISTA_ATLETAS_MAIO_2020.pdf	18/05/2020 15:55:14	PAULA TEIXEIRA FERNANDES	Aceito
Outros	PROJETO_ALE_QUESTIONARIO_TREINADORES_MAIO_2020.pdf	18/05/2020 15:54:49	PAULA TEIXEIRA FERNANDES	Aceito
Outros	PROJETO_ALE_QUESTIONARIO_ATLETAS_MAIO_2020.pdf	18/05/2020 15:54:18	PAULA TEIXEIRA FERNANDES	Aceito
Outros	PROJETO_ALE_CARTA_CONVITE_ENTIDADES_MAIO_2020.pdf	18/05/2020 15:53:51	PAULA TEIXEIRA FERNANDES	Aceito
Outros	PROJETO_ALE_CARTA_CONVITE_MAIO_2020.pdf	18/05/2020 15:53:36	PAULA TEIXEIRA FERNANDES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	PROJETO_ALE_TCLE_ENTREVISTAS_ETAPA2_MAIO_2020.pdf	18/05/2020 15:53:00	PAULA TEIXEIRA FERNANDES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	PROJETO_ALE_TCLE_QUESTIONARIOS_ETAPA1_MAIO_2020.pdf	18/05/2020 15:52:52	PAULA TEIXEIRA FERNANDES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_ALE_COMPLETO_MAIO_2020.pdf	18/05/2020 15:51:59	PAULA TEIXEIRA FERNANDES	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

CAMPINAS, 05 de Novembro de 2020

Assinado por:
Renata Maria dos Santos Celeghini
(Coordenador(a))