



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

MARIA MIGUEL CARDONA MENDES VELOSO

Saúde mental e adições em ex-atletas

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:
PROFESSORA DOUTORA INÊS ROSENDO CARVALHO E SILVA CAETANO
PROFESSOR DOUTOR MANUEL TEIXEIRA VERÍSSIMO

MARÇO 2017

Índice

LISTA DE ABREVIATURAS.....	3
1. RESUMO	4
2. ABSTRACT	5
3. INTRODUÇÃO.....	6
4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	8
5. RESULTADOS	10
6. DISCUSSÃO.....	17
7. CONCLUSÃO.....	21
8. AGRADECIMENTOS	22
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23
ANEXO.....	27

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS	Organização Mundial de Saúde
DGS	Direção-Geral de Saúde
EADS	Escala de ansiedade, depressão e <i>stress</i>
MDMA	Metilendioximetanfetamina
LSA	Amida de ácido D-lisérgico
CAGE	Acrónimo referente ás suas 4 perguntas: cut down, annoye by criticims, guilty e eye- opener

1. RESUMO

O fim da carreira desportiva é inevitável e a transição para uma vida sem competição desportiva requer uma adaptação social e profissional do quotidiano do atleta. Neste período podem surgir diversas adversidades, tais como depressão, crises de ansiedade, abuso de álcool e substâncias ilícitas, problemas de autoconfiança, transtornos alimentares, e, até mesmo problemas de adaptação à carreira profissional. Estes fatores estão pouco estudados na população que já terminou a carreira desportiva e o objetivo deste estudo visa compreender a saúde mental e comportamentos aditivos (álcool, tabaco e drogas ilícitas) de ex-atletas com nível elevado de competição no sentido de refletir sobre medidas a ser tomadas e pontos específicos a ter em atenção neste grupo populacional por parte do Médico de Família.

É um estudo do tipo observacional transversal. Foram inquiridos 82 ex-atletas que tivessem participado pelo menos uma vez na seleção nacional, e 153 indivíduos com idades e sexos emparelhados, que não tivessem estas características, de forma a obter o grupo controlo. O questionário eletrónico incluía: identificação, consumo de álcool, consumo de tabaco, consumo de drogas ilícitas, e saúde mental. Recorreu-se a análise estatística descritiva e inferencial (teste do Qui-quadrado e teste U de Mann Whitney) com vista a perceber as diferenças entre os dois grupos.

Conclui-se que a população de ex-atletas parece ter uma maior suscetibilidade para quadros depressivos, de *stress* e ansiedade grave, assim como para maiores consumos de drogas, mas sem significado estatístico. Propõe-se a realização de estudos com maior amostra e tendo em conta a atividade física atual, no sentido de perceber melhor quais os aspetos a ter em atenção aquando da intervenção precoce e seguimento multidisciplinar, capaz de apoiar um atleta ao longo da sua vida, após o abandono desportivo.

Palavras-chave: Atletas; Ansiedade; Depressão; Álcool; Substâncias ilícitas.

2. ABSTRACT

The end of a sports career is inevitable and the transition to a life with no more competition requires a social and professional adaptation from the athlete. In this period, plenty of adversities can arise such as depression, anxiety episodes, high alcohol intake and consumption of illicit substances, self-confidence problems, eating disorders and difficulties in the adaptation to a professional career. All these factors have only been superficially studied with those who have finished a sports career and therefore the goal of this study is to comprehend the mental health and the addicted behavior (alcohol, tobacco and illegal drugs) of ex-athletes in a high level of competition in order to reflect about measures to take and specific points to be considered in this population group by the General Practitioner.

The present study is cross-sectional observational. We questioned 82 ex-athletes who have participated at least once in the national team and 153 individuals with paired ages and gender, without the previous characteristics to obtain the control group. The electronic questionnaires included: identification, alcohol intake, tobacco consumption, illegal drugs use and mental health. We used descriptive and inferential statistical analysis Chi-square test and Mann Whitney U test to understand the differences between the two groups.

We can conclude that the population of ex-athletes seems to have a greater susceptibility to depressive scenarios, stress, acute anxiety and also drug use but with no statistical meaning. We propose the execution of studies with a greater sample and taking into account the actual physical activity to know what aspects should be considered in an early intervention and in a multidisciplinary monitoring to support the athlete throughout his life after the sports abandonment.

Key-words: Athletes; Anxiety; Depression; Alcohol; Substance abuse.

3. INTRODUÇÃO

A carreira desportiva é considerada curta e exaustiva. Desta forma, o estilo de vida dos atletas é sujeito a mudanças bruscas, que devem ser particularmente estudadas, para posterior acompanhamento específico (1) e que podem trazer implicações na sua saúde futura.

A saúde mental é um estado de bem-estar em que o indivíduo implementa as suas capacidades, enfrenta o stress normal da vida, trabalha produtivamente e com sucesso, e é capaz de contribuir para a sua comunidade (WHO, 2001) e é um pilar fundamental da construção do futuro de uma população. É parte integrante da saúde, tal como a saúde física e a saúde social, e nenhuma delas pode existir sem a outra, são interdependentes (2).

Embora havendo poucos estudos, o final da carreira desportiva de atletas de elite tem vindo a ser cada vez mais explorado, uma vez que pode constituir um risco acrescido de problemas psicológicos e sociais (3). A intensa capacidade física e mental imposta a estes atletas, tanto ao longo dos treinos como competições, pode aumentar a suscetibilidade a problemas mentais como a comportamentos de risco. Não esquecendo que, numa grande parte dos desportos, o pico a nível de rendimento desportivo coincide com a idade mais propícia desenvolver transtornos psíquicos (4).

Um estudo de 2015 concluiu que esta população, após abandono desportivo, está bastante mais vulnerável, podendo ter de lutar contra algumas adversidades do seu estado de saúde como: depressão, crises de ansiedade, abuso de álcool e substâncias ilícitas, problemas de autoconfiança, transtornos alimentares, e até mesmo problemas de adaptação à carreira profissional (3), sugerindo novos estudos nesta área, mais rigorosos.

O fim de carreira desportiva deve ser entendido como um processo pessoal e de reconstrução pois quando se deixa de competir é preciso redefinir novos objetivos e existe necessidade de desenvolver novas formas de interação com os outros e com o mundo

envolvente. Os profissionais desportivos e de saúde que acompanham o atleta ao longo de todo o seu caminho devem continuar a acompanhá-lo, pois são estes que conhecem por completo as suas rotinas, os seus horários, os seus hobbies, tal como o ambiente físico em que está inserido (5).

De acordo com a literatura presente, o acompanhamento de ex-atletas é ainda bastante superficial em todo o Mundo. Os poucos estudos existentes alertam para a suscetibilidade desta população, quer a nível pessoal como profissional (face ao que já se estudou em atletas em competição), que pode ser combatida se for acompanhada devida e atempadamente, assim como na altura da aproximação da possibilidade de vir a deixar a carreira desportiva para trás. É necessário considerar a inclusão de programas de transição de carreira, que incluam especialistas de medicina desportiva, fisioterapia, psicoterapia, gestão financeira, etc..(4,6) e onde o médico de família poderá ter um papel importante de acompanhamento e continuidade de saúde.

Este estudo visa ter um carácter exploratório, face ao ponto de situação do tema. O objetivo é compreender a saúde mental e comportamentos aditivos (álcool, tabaco e drogas ilícitas) de ex-atletas com nível elevado de competição, de diferentes desportos versus um grupo controlo. E, com a informação recolhida, refletir sobre medidas que necessitem de ser tomadas e pontos específicos a ter em atenção nesta população por parte do Médico de Família, sendo este o agente de primeira linha dos cuidados de saúde, capaz de acompanhar continuamente o indivíduo.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

Neste estudo observacional transversal foram inquiridos ex-atletas que tivessem participado pelo menos uma vez numa competição pela seleção nacional, em qualquer desporto olímpico, e que já não competissem. Depois foram inquiridos indivíduos que não tivessem estas características, emparelhando-os com os da amostra anterior, por idades e sexos, de forma a obter um grupo controlo. Para esse efeito, foi enviado um formulário *online* para ex-atletas identificados pelos investigadores, clubes e federações desportivas e depois divulgado o questionário nas redes sociais e listas de e-mails pedindo voluntários de sexos e idades específicas, para obter o grupo controlo.

O formulário utilizado está organizado em 5 secções: identificação, consumo de álcool, consumo de tabaco, consumo de drogas ilícitas, e saúde mental (Anexo 1).

- Identificação:

Perguntas de resposta direta: idade; sexo; escolaridade; profissão; tipo de local onde reside (urbano ou rural); concelho; distrito; estado civil; se está atualmente doente, qual doença e qual o regime de tratamento; que desporto praticou pela seleção nacional, quanto tempo o praticou e há quanto tempo deixou de o praticar.

- Consumo de álcool:

Pergunta de resposta simples: consumo de álcool todas as semanas (sim ou não).

- Consumo de tabaco:

Número em média de cigarros consumidos por semana.

- Consumo de drogas ilícitas:

Consumo atual (sim ou não) e especificação livre do consumo, que depois foi categorizado em: canabinóides, cocaína, MDMA, LSA e/ou Speed.

- Saúde mental: Escala de ansiedade, depressão e *stress* (EADS-21) (7,8).

Utilização da EADS-21 na sua versão traduzida e validada para a língua portuguesa, em 2006. Sendo esta adaptada da EADS desenvolvida em 1995, inicialmente com 42 itens, que foi posteriormente modificada, contendo apenas 21 itens (EADS-21), com o mesmo grau de discriminação e fiabilidade, com redução de 50% no tempo de aplicação.

A resposta é do tipo Likert de quatro pontos e o questionário é constituído por 21 itens, agrupados em três subescalas preditivas de ansiedade, depressão e stress, cada uma composta por sete itens. Uma das vantagens desta escala é a possibilidade de discriminar os níveis de severidade da depressão, ansiedade e *stress* separadamente. A cotação atribuída a cada sub-escala é somada e depois multiplicada por dois, e a cotação é classificada em normal, leve, moderada, severa e muito severa.

Para a análise estatística os testes utilizados foram:

- Análise descritiva: frequências, médias, e desvios-padrão.
- Análise inferencial: teste do Qui-quadrado para análise de relação entre consumo de álcool, tabaco, drogas e grupo de ex-desportistas vs controlos. Teste U de Mann Whitney para análise de relação de número de cigarros fumados e grupo de ex-desportistas vs controlos.

5. RESULTADOS

A amostra é constituída por 235 indivíduos, dos quais 82 ex-desportistas, 59,8% do género masculino, e 153 casos controlo, em que 62,7 % eram do género masculino.

A faixa etária estudada, no total, era ampla, varia entre os 16 e 53 anos (média 25.9 +/- 5.9), sendo que a maioria se encontra nos 24 anos (tabela 1). Incluiu também vários níveis de escolaridade, desde o 3ºciclo (7º a 9º ano) até formação pós-graduada, tendo a maioria, em ambos os grupos, estudos universitários (69,5% dos ex-desportistas e 72,5% dos controlos). A profissão mais frequente entre os inquiridos era estudante (34,9%), e encontravam-se também bastante representados médicos (10,2%) e engenheiros (7,7%) nos dois grupos, estando os restantes distribuídos pelas mais diferentes áreas (Tabela 1).

A grande maioria da população residia num local urbano (90,6%), e a restante num rural (9,4%). Distribuída por localidades, cerca de metade vivia em Coimbra (50,6%), distribuindo-se a outra metade por Lisboa (13,6%), Porto (13,2%), Aveiro (7,2%), Braga (4,3%) e pelos outros restantes distritos do país, e até mesmo por Espanha (Corunha) e Inglaterra (Londres e Manchester) (Tabela 1).

Em relação ao estado civil das pessoas da amostra, obteve-se uma maioria de solteiros (85,5%).

Em nenhum destes parâmetros foi constatada diferença significativa entre os dois grupos, ex-atletas e controlo.

Tabela 1 – Descrição geral da amostra.

		Ex-desportistas (N=82)	Controlo (N=153)	P
Idade	25.898 ± 5.9080			
Género	Feminino	40,2%	37,3%	0,653
	Masculino	59,8%	62,7%	
Escolaridade	7º-9º Ano	0%	1,3%	0,579
	10º-12º Ano	13,4%	13,7%	
	Estudos universitários	69,5%	72,5%	
	Formação pós gradual	17,1%	12,4%	
Profissão	Estudante	36,6%	34%	0,737
	Médico	12,2%	9,2%	
	Engenheiro	8,55%	7,2%	
	Outros	42,7%	49,7%	
Tipo de local onde reside	Urbano	89,0%	91,5%	0,534
	Rural	11,0%	8,5%	
Distrito	Coimbra	43,9%	54,2%	0,205
	Lisboa	15,9%	12,4%	
	Porto	15,9%	11,8%	
	Braga	4,9%	3,9%	
	Aveiro	3,7%	9,2%	
	Outros	15,9%	8,5%	
Estado civil	Solteiro(a)	90,2%	83,0%	0,401
	Casado(a)	7,3%	10,5%	
	União de facto	2,4%	5,2%	
	Divorciado(a)	0%	1,3%	

- **Descrição da população em estudo: Ex-desportistas**

Perante os 82 ex-desportistas presentes na amostra, apenas se obtiveram dados sobre a história desportiva de 60 deles. Os desportos praticados foram: natação (38,3%), rugby (21,7%), canoagem (16,7%), remo (8,3%), basquete (6,7%), judo (3,3%), hóquei em patins (3,3%) e ginástica rítmica (1,7%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Desportos praticados pelos ex-atletas.

N=60	Frequência	Percentagem
Natação	23	38,3%
Rugby	13	21,7%
Canoagem	10	16,7%
Remo	5	8,3%
Basquete	4	6,7%
Judo	2	3,3%
Hóquei em patins	2	3,3%
Ginástica rítmica	1	1,7%

O tempo médio da prática da modalidade foi cerca de 15 anos ($14,717 \pm 5,50$ anos), sendo que o mínimo é 5 anos, e o máximo 31 anos. E, abandonaram a carreira desportiva em média há 5 anos ($5,067 \pm 3,92$) (Tabela 3).

Tabela 3 – Descrição do tempo de prática desportiva e do tempo de paragem.

N=60	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Tempo de prática de competição (Anos)	5	31	14,72	5,490
Há quanto tempo deixou (Anos)	1	24	5,067	3,9224

- **Consumo de álcool**

No consumo de bebidas alcoólicas constatou-se uma predominância de respostas negativas em ambos os grupos, relativamente ao consumo semanal e não houve diferenças significativas (Tabela 4).

Tabela 4 – Consumo de álcool da amostra.

		Ex-desportistas (N=82)	Controlo (N=153)	P
Consome bebidas alcoólicas todas as semana?	Sim	31,7%	33,3%	0,800
	Não	68,3%	66,7%	

Dividindo o grupo de ex-desportistas nos que praticaram desporto individual e coletivo, verificou-se um maior consumo de bebidas alcoólicas nos que praticaram desportos coletivos, mas a diferença não é estatisticamente significativa (Tabela 5).

Tabela 5 – Consumo de bebidas alcoólicas nos ex-desportistas.

		Desporto individual (N=41)	Desporto coletivo (N=19)	P
Consome bebidas alcoólicas todas as semana?	Sim	34,1%	36,8%	0,839
	Não	65,9%	63,2%	

- **Consumo de tabaco**

A prevalência de fumadores era semelhante nos dois grupos, sendo que dos ex-desportistas 24,4% fumavam e no grupo controlo 30,1% também o fazia, com uma

média de 10,33±25,94 cigarros por semana nos ex-atletas e 13,03±27,78 cigarros por semana no grupo controlo (Tabela 6).

Tabela 6 – Consumo de tabaco presente na amostra.

		Ex-desportistas (N=82)	Controlo (N=153)	P
Consome tabaco?	Sim	24,4%	30,1%	0,356

Dentro do grupo dos ex-desportistas, o consumo de tabaco foi ligeiramente superior nos que praticaram desportos coletivos, mas sem diferença estatisticamente significativa (Tabela 7).

Tabela 7 – Consumo de tabaco nos ex-desportistas.

		Desporto individual (N= 41)	Desporto coletivo (N=19)	P
Consome tabaco?	Sim	19,5%	31,6%	0,304

- **Consumo de drogas ilícitas**

O consumo de drogas no geral é semelhante em ambos os grupos. Mas quando caracterizado esse consumo, verifica-se uma maior tendência para consumo de cocaína, MDMA, LSA e anfetaminas no grupo dos ex-desportistas, sem significado estatístico (Tabela 8).

Tabela 8 – Caracterização do consumo de drogas ilícitas da amostra.

		Ex-desportistas (N=82)	Controlo (N=153)	P
Consome algum tipo de drogas ilícitas?	Sim	12,2%	10,5%	0,686
	Não	87,8%	89,5%	
Canabinóides	Sim	11,0%	10,5%	0,902
	Não	89,0%	89,5%	
Cocaína	Sim	2,4%	0	0,121
	Não	97,6%	100%	
MDMA	Sim	3,7%	0,7%	0,124
	Não	96,7%	99,3%	
LSA	Sim	1,2%	0	0,349
	Não	98,8%	100%	
Anfetaminas	Sim	1,2	0	0,349
	Não	98,8%	100%	

Este consumo é ligeiramente mais marcado em ex-desportistas de desportos individuais, mas a diferença não é significativa (Tabela 9).

Tabela 9 – Prevalência de consumo de drogas nos ex-desportistas.

		Desporto individual (N= 41)	Desporto coletivo (N= 19)	P
Consome algum tipo de drogas ilícitas?	Sim	12,2%	10,5%	0,851
	Não	87,8%	89,5%	

- **Depressão, ansiedade e *stress***

Através da escala EADS, não se verificaram diferenças significativas em termos de ansiedade e depressão entre os dois grupos. Ainda assim, parece haver maior tendência para depressão e *stress* nos ex-atletas e menor para ansiedade (ainda que níveis mais severos de ansiedade sejam mais frequentes no grupo de ex-atletas) (Tabela 10).

Tabela 10 – Padrão dos níveis de depressão, ansiedade e *stress* da amostra, avaliados através da EADS-21.

		Ex- desportistas (N=82)	Controlo (N=153)	P
Depressão	Normal	74,4%	79,1%	0,914
	Leve	12,2%	8,5%	
	Moderada	6,1%	5,9%	
	Severa	2,4%	2,0%	
	Muito severa	4,9%	4,6%	
Ansiedade	Normal	80,5%	78,4%	0,666
	Leve	8,5%	5,9%	
	Moderada	6,1%	11,1%	
	Severa	1,2%	2,0%	
	Muito severa	3,7%	2,6%	
<i>Stress</i>	Normal	78,0%	78,4%	0,246
	Leve	6,1%	7,8%	
	Moderada	4,9%	8,5%	
	Severa	9,8%	3,3%	
	Muito severa	1,2%	2,0%	

6. DISCUSSÃO

Através deste estudo não foi comprovada uma evidência de que haja maiores níveis de depressão, ansiedade ou *stress* em ex-desportistas. No entanto, não podemos pôr de parte esta hipótese, pois apesar de os grupos terem sido construídos de modo a ter características demográficas semelhantes, a amostra pode não ser adequada para tirar conclusões mais definitivas. Este facto pode dever-se: ao número de elementos total, ao número superior de elementos do género masculino na população de ex-atletas, pouca variedade etária, por não estar definido padrão de periodicidade quer de prática ou término do desporto ou por estarem a ser avaliados todos os desportos em simultâneo, para além de a amostra não ser aleatória e o questionário ter sido preenchido eletronicamente, o que pode ter enviesado as respostas.

Uma outra limitação deste estudo foi a não avaliação da prática de exercício físico realizada atualmente pelos antigos atletas, e desse modo perceber o impacto nos níveis de ansiedade, depressão e *stress* de um abandono drástico de prática de exercício físico face a um abandono moderado. Hoje em dia já são conhecidos os benefícios da prática de exercício físico regular tanto a nível fisiológico, assim como psicológico: melhor sensação de bem estar, humor e autoestima, e é um fator protetor para depressão, ansiedade e stress (13). E, deste modo, equilibrar as complicações psicológicas provocados pelo abandono da carreira desportiva.

Num outro estudo feito na Holanda, em 2015, a prevalência de problemas de saúde mental e dificuldades psicossomáticas, como baixa autoestima e problemas nutricionais, foi sensivelmente maior no grupo de ex-desportistas (9,10). Weigand defende que o risco de depressão nesta população é elevado, pois são sujeitos a uma mudança brusca do seu estilo de vida e, muitas vezes, a sua identidade pessoal fica perdida (11), e por isso deve ser uma área de interesse para futuras investigações.

Segundo dados da DGS, Portugal é dos países com maior taxa de perturbações da ansiedade (16,5%) e de perturbações depressivas (7,9%) em todo o Mundo e é notória a predominância em mulheres (12), sendo que isso poderá ter condicionado o facto de não encontrar diferenças em relação ao grupo controlo, com maior percentagem de pessoas do sexo feminino.

Em relação às restantes variáveis, consumo de álcool, tabaco e drogas, os ex-desportistas também não obtiveram diferenças significativas em relação ao grupo controlo.

Em relação ao álcool, apenas foi questionado se o seu consumo era semanal e houve uma tendência para menor consumo no grupo de ex-atletas, mas esta questão dá-nos uma visão limitada do consumo. Seria útil quantificar e além disso verificar se estes consumos são de risco, com a aplicação do questionário CAGE, que permite uma identificação de pessoas com perturbações relacionadas com o álcool. Esta ferramenta é validada para a língua portuguesa e constituída por 4 itens com resposta dicotómica sim/não. Os 3 primeiros itens exploram aspetos subjetivos da pessoa relacionados com o consumo de álcool e o último item explora aspetos relacionados com a abstinência alcoólica (14). Este questionário foi inicialmente pensado como ferramenta desta investigação mas por erros informáticos alheios aos investigadores foi eliminado, e, por consequente, não foi avaliado.

Sabe-se que a nível mundial, Portugal pertence ao grupo dos 10 países mais consumidores de álcool. Estima-se que haja um consumo superior aos 12,5 litros per capital, e que a cerca de 60% da população consuma álcool mensalmente (15,16). Estes dados podem questionar a validade da nossa pergunta, pois apenas cerca de 33% do nosso grupo controlo consome álcool semanalmente e, apesar de a variável não ser a mesma, este consumo parece ser bastante inferior ao verificado em estudos nacionais.

Na análise dos ex-desportistas, que foram divididos em prática de desportos individuais ou desportos coletivos, o consumo de álcool e tabaco foi superior nos desportos coletivos, mas o consumo de drogas ilícitas foi mais evidente nos desportos individuais. No entanto, estas diferenças não têm significado estatístico. Bäckmand, no seu estudo realizado na Finlândia, também obteve uma tendência para menores consumos de álcool na sua população de ex-desportistas (17), e este consumo juntamente com consumo de tabaco e drogas estava mais relacionado com desportos coletivos. Além disso, estudos feitos em atletas ativos, maioritariamente nos Estados Unidos da América, concluíram que há um maior consumo nestes, comparados com a população geral (18).

No consumo de tabaco, também foi notória a tendência para ser menor na população de ex-atletas, 24,4% (em média 10 cigarros/semana), versus os 31,1% (em média 13 cigarros/semana) verificados no grupo controlo. Em Portugal, está estimado que cerca de 20,9% da população seja fumadora. Cerca de 31% dos indivíduos do sexo masculino fuma, mas apenas 11,8% das mulheres o faz. Em relação à quantidade de cigarros consumidos em média por dia, por cada sexo, permitiu concluir que os homens fumavam diariamente mais (20 cigarros/dia, ou seja um maço diário) do que as mulheres (13 cigarros/dia) (19). Os consumos considerados marcados apenas são observados em países em desenvolvimento (22). Verifica-se alguma discrepância em relação ao nosso grupo controlo, e podemos concluir que o consumo dos nossos ex-atletas é bastante semelhante ao verificado na população do nosso país, não havendo aparentemente alteração em seu padrão de comportamento. Seria útil ter questionado este consumo durante o período de competição pois assim podíamos avaliar se este consumo foi ou não alterado após o abandono desportivo. Bäckmand constatou diferenças significativas no grupo de fumadores do seu estudo, cerca de 59% do ex-atletas o eram, perante apenas 37% do seu grupo controlo. No entanto, não houve diferenças na dependência de nicotina nas duas populações (17).

Por fim, a tendência do consumo de drogas pareceu ser superior para a população de ex-atletas. Relativamente ao uso de canabinoides, este foi o único em que a percentagem de consumidores foi mais próxima, apenas com uma diferença de 0,5%, superior para os ex-atletas. Nos outros consumos identificados (MDMA, cocaína, anfetaminas, LSA) a tendência foi para ser mais frequente nos ex-desportistas. Ainda assim, os consumos eram em número muito pequeno, o que dificultou obter diferença estatística.

O panorama nacional em relação ao consumo de drogas ilícitas não é dos piores dos Mundo e segundo a OMS a população consumidora destas substâncias (entre 15 e 16 anos) varia dos 11 e 25%, havendo uma predominância do consumo de canabinóides (21). Os outros tipos de drogas relatados como mais consumidos no nosso país são: ecstasy, cocaína, e LSD(22). Com isto, podemos concluir que a nossa amostra se encontra dentro do padrão espectável, mas teria interesse, tal como nos consumos do tabaco e de álcool, perceber como é que variaram estes consumos antes e depois do abandono da carreira desportiva.

Reardon analisou o consumo de drogas em desportistas de competição e de lazer, e concluiu que o seu consumo é superior nos atletas de competição, frisando a importância da prevenção nesta área. E, conseguiu, ainda, identificar alguns fatores que levam a este consumo, como: melhor desempenho, automedicação por doença mental, *stress* e pressão em conseguir resultados, lesões, dores físicas e o lidar com o abandono (23).

Ainda assim, apesar de não ter obtido diferenças significativas, parece haver muito a estudar nesta área e o Médico de Família, sendo o agente de primeira linha dos cuidados de saúde, capaz de acompanhar continuamente o indivíduo e a sua família, quando segue algum atleta de alta competição, deve estar atento ao seu processo de abandono, nomeadamente estar alerta para quadros depressivos, aumento do *stress*, e problemas de consumo de drogas que podem surgir ao longo do seu percurso de adaptação a uma nova rotina.

7. CONCLUSÃO

Com este estudo, a hipótese de que a população de ex-atletas possa estar sujeita a problemas mentais, como depressão, ansiedade e stress, assim como a consumos exagerados de álcool, tabaco e drogas, superiores aos dos habituais, não ficou comprovada. Ainda assim, parece haver uma maior tendência neste grupo para depressão, *stress* e consumo de drogas do que na restante população.

Pela literatura existente, quando o atleta abandona a competição, e toda a rotina por ela exigida, parece haver tendência para depressão, crises de ansiedade, abuso de álcool e substâncias ilícitas, problemas de autoconfiança, transtornos alimentares, e, até mesmo problemas de adaptação à carreira profissional. Assim, será importante fazer estudos com uma maior amostra, no sentido de perceber melhor quais os aspetos a ter maior atenção aquando da intervenção precoce e seguimento multidisciplinar, capaz de apoiar um atleta ao longo da sua vida, após o abandono desportivo.

8. AGRADECIMENTOS

Não podia deixar este trabalho acabado sem antes homenagear os que estiveram mais próximos ao longo desta caminhada.

Primeiramente agradeço à Professora Doutora Inês Rosendo pela total entrega ao projeto, e pela forma com que lidou e percebeu os meus objetivos e pontos de vistas em relação ao tema estudado. A sua motivação constante foi um ponto crucial para este desfecho.

Ao Professor Doutor Manuel Teixeira Veríssimo por toda a atenção e colaboração prestada.

Dedico este parágrafo a todos os que me ajudaram a crescer com a Natação, desporto que pratiquei durante 11 anos, e cerca de metade a representar a seleção nacional. Destaco o meu antigo treinador Professor José Manuel Borges, o psicólogo Doutor Jorge Silvério e um amigo de cais de piscina Professor Luís Rama, que com a sua experiencia me estimularam a estudar e desmistificar este tema. Agradeço também a todos os outros profissionais que me ensinaram a lidar com o "bicho" que é o desporto de alta competição.

Não esqueço a ajuda fundamental de todos os meus ex-colegas de seleção, que contribuíram para a amostra de estudo, assim como todos os outros amigos, conhecidos e não conhecidos que completaram o leque total de população inquirida.

Por último, deixo um obrigado sentido à minha família e aos meus amigos mais próximos, pela sua presença e por aquele estímulo decisivo que não deixa desistir.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aestagr MC, Brandáo MRF, Neto TL de B. Causas e conseqüências físicas e emocionais do término de carreira esportiva. Rev Bras Med do Esporte. 2008;14(6):504–8.
2. Ribeiro J. Inventário de saúde mental. 2011;29.
3. Cosh S, Crabb S, Tully PJ. A champion out of the pool? A discursive exploration of two Australian Olympic swimmers' transition from elite sport to retirement. Psychol Sport Exerc [Internet]. Elsevier Ltd; 2015;19:33–41. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychsport.2015.02.006>
4. 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. Springer International Publishing; 2016;1–21.
5. Barker D, Barker-Ruchti N, Rynne S, Lee J. Moving out of Sports: A Sociocultural Examination of Olympic Career Transitions. Int J Sport Sci Coach [Internet]. 2014 Apr;9 (2): 255–70. Available from: <http://multi-science.metapress.com/openurl.asp?genre=article&id=doi:10.1260/1747-9541.9.2.255>
6. Wylleman P, Alfermann D, Lavallee D. Career transitions in sport: European perspectives. Psychol Sport Exerc. 2004;5(1):7–20.
7. Pais-ribeiro JL, Honrado A, Leal I. CONTRIBUIÇÃO PARA O ESTUDO DA ADAPTAÇÃO PORTUGUESA DAS ESCALAS DE ANSIEDADE , DEPRESSÃO E STRESS (EADS) DE 21 ITENS DE LOVIBOND E LOVIBOND Ao longo dos tempos as relações entre as dimensões afectivas negativas , ansiedade e depressão , têm sido consider. 2004;5(2):229–39.

8. Apóstolo JLA, Mendes AC, Azeredo ZA. Adaptação Para a Língua Portuguesa Da Depression , Anxiety And Stress Scale (DASS). Rev Lat Am Enferm [Internet]. 2006;14(6). Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/pt_v14n6a06.pdf
9. Gouttebarga V, Frings-Dresen MHW, Sluiter JK. Mental and psychosocial health among current and former professional footballers. Occup Med (Chic Ill). 2015;65(3):190–6.
10. Artigos. Prevalence and determinants of symptoms related to mental disorders in retired male professional footballers. J Sports Med Phys Fitness [Internet]. 2015;1–18. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25812708>
11. Weigand S, Cohen J, Merenstein D. Susceptibility for depression in current and retired student athletes. Sports Health [Internet]. 2013;5(3):263–6. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3658399&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
12. DGS. Saúde Mental em números – 2014. Direção Geral da Saúde. 2014;1–100.
13. Costa RA, Soares HLR, Teixeira JAC. Benefícios da atividade física e do exercício físico na depressão. Rev do Dep Psicol UFF [Internet]. Editora da Universidade Federal Fluminense; 2007 [cited 2017 Mar 6];19(1):273–4. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-80232007000100022&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
14. Paz Filho GJ Da, Sato LJ, Tuleski MJ, Takata SY, Ranzi CCC, Saruhashi SY, et al. Emprego do questionário CAGE para detecção de transtornos de uso de álcool em pronto-socorro. Rev Assoc Med Bras. 2001;47(1):65–9.
15. World Health Organisation. Global status report on alcohol and health 2014. Glob

- status Rep alcohol [Internet]. 2014;1–392. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf
16. Balsa C, Vital C, Pascueiro L. O Consumo de Bebidas Alcoólicas em Portugal. Prevalências e Padrões de Consumo 2001-2007. 2011. 39 p.
 17. Bockmand H, Kujala U, Sarna S, Kaprio J. Former athletes' health-Related lifestyle behaviours and self-rated health in late adulthood. *Int J Sports Med*. 2010;31(10):751–8.
 18. S?nderlund AL, O'Brien K, Kremer P, Rowland B, De Groot F, Staiger P, et al. The association between sports participation, alcohol use and aggression and violence: A systematic review. *J Sci Med Sport* [Internet]. Sports Medicine Australia; 2014;17(1):2–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsams.2013.03.011>
 19. Machado, Ausenda; Nicolau, Rita; Dias CM. Consumo de tabaco na população portuguesa : análise dos dados do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. *Insa*. 2009. 5-74 p.
 20. Salud OMD La. Informe OMS sobre la epidemia mundial del tabaquismo. 2013;4. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85382/1/WHO_NMH_PND_13.2_spa.pdf?ua=1
 21. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Informe Mundial Sobre las Drogas 2016. 2016;22.
 22. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Sinopse Estatística. 2014;1–28.

23. Reardon C, Creado S. Drug abuse in athletes. *Subst Abuse Rehabil* [Internet]. 2014 Aug;5:95. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4140700&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

ANEXO

- **Anexo 1:** Questionário aplicada aos ex-atletas e grupo controlo.

SAÚDE MENTAL E ADIÇÕES EM EX-ATLETAS

No âmbito da realização da tese de mestrado no curso de Medicina, da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, sob a orientação da Dra. Inês Rosendo e Prof. Teixeira Veríssimo, pedimos a sua colaboração na realização deste questionário.

O objetivo é perceber a qualidade de vida assim como a saúde mental e a prevalência de consumo de álcool, tabaco e drogas em ex-atletas de alta competição, que tenham pelo menos uma participação em seleções nacionais dos mais variados desportos. A sua participação consiste simplesmente no preenchimento deste questionário, que demora 10 minutos.

Estes dados permanecerão anónimos e confidenciais. Serão apenas usados neste contexto e para fins estatísticos. É livre de participar ou não e de desistir em qualquer altura sem que isso possa ter algum prejuízo para si.

Grata pela sua atenção,

Maria Miguel Veloso

*Para algum esclarecimento, por favor contacte:

Maria Miguel Veloso

917436515

maria_miguel_22@hotmail.com

- DADOS PESSOAIS

1. Idade (anos):

2. Sexo:

Masculino	
Feminino	

3. Escolaridade:

Não sabe ler nem escrever	
Sabe ler e/ou escrever	
1º-4º Ano	
5º-6º Ano	
7º-9º Ano	
10º-12º Ano	
Estudos universitários	
Formação pós graduada	

4. Profissão:

5. Tipo de local onde reside:

Urbano	
Rural	

6. Concelho:

7. Distrito:

8. Estado civil:

Solteiro(a)	
Casado(a)	
União de facto	
Separado(a)	
Divorciado(a)	
Viúvo(a)	

9. Já participou em alguma seleção nacional desportiva?

Sim	
Não	

10. Que desporto praticou?

11. Quantos anos praticou esse desporto?

12. Há quanto tempo terminou a prática de desporto de alta competição?

- CONSUMO DE ÁLCOOL

1. Bebe bebidas alcoólicas todas as semanas?

Sim	
Não	

- CONSUMO DE TABACO

1. Quantos cigarros consome por semana:

- CONSUMO DROGAS

1.	Consumes outro tipo de droga?	Sim	Não
1.1.	Se sim, quais?		

- ESCALAS DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESS (EADS 21)

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si **durante a semana passada**.

Não há respostas certas ou erradas.

Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:

0- não se aplicou nada a mim

1-aplicou-se a mim algumas vezes

2- aplicou-se a mim de muitas vezes

3- aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1.	Tive dificuldades em me acalmar.	0	1	2	3
2.	Senti a minha boca seca.	0	1	2	3
3.	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo.	0	1	2	3
4.	Senti dificuldades em respirar.	0	1	2	3
5.	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas.	0	1	2	3
6.	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações.	0	1	2	3
7.	Senti tremores (por ex., nas mãos).	0	1	2	3
8.	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa.	0	1	2	3
9.	Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula.	0	1	2	3
10.	Senti que não tinha nada a esperar do futuro.	0	1	2	3
11.	Dei por mim a ficar agitado.	0	1	2	3
12.	Senti dificuldade em me relaxar.	0	1	2	3
13.	Senti-me desanimado e melancólico.	0	1	2	3
14.	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer.	0	1	2	3

15.	Senti-me quase a entrar em pânico.	0	1	2	3
16.	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada.	0	1	2	3
17.	Senti que não tinha muito valor como pessoa.	0	1	2	3
18.	Senti que por vezes estava sensível.	0	1	2	3
19.	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico.	0	1	2	3
20.	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso.	0	1	2	3
21.	Senti que a vida não tinha sentido.	0	1	2	3