



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA
PROGRAMA ASSOCIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
EDUCAÇÃO FÍSICA UEM/UEL**

PAULO VITOR SUTO AIZAVA

**AUTOEFICÁCIA, QUALIDADE DE VIDA E
SUPORTE SOCIAL RELACIONADOS AO
ESPORTE DE RENDIMENTO**

Maringá
2011

PAULO VITOR SUTO AIZAVA

**AUTOEFICÁCIA, QUALIDADE DE VIDA E
SUPORTE SOCIAL RELACIONADOS AO
ESPORTE DE RENDIMENTO**

Dissertação apresentada ao Programa Associado de Pós-Graduação em Educação Física nível *Stricto Sensu* UEM/UEL, como requisito parcial para obtenção de título de mestre em Educação Física.

Orientadora: Profa. Dra. Lenamar Fiorese Vieira

Maringá
2011

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá – PR., Brasil)

Aizava, Paulo Vitor Suto
A311aAutoeficácia, qualidade de vida e suporte social relacionados
ao esporte de rendimento / Paulo Vitor Suto Aizava. --
Maringá, 2011.
106 f. : Figs., tabs.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lenamar Fiorese Vieira.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro
de Ciências da Saúde, Departamento de Educação Física,
Programa de Pós-Graduação em Educação Física, 2011.

CDD 21.ed.: 796.019

PAULO VITOR SUTO AIZAVA

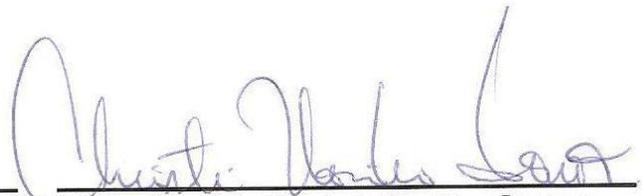
**AUTOEFICÁCIA, QUALIDADE DE VIDA E
SUPORTE SOCIAL RELACIONADOS AO ESPORTE
DE RENDIMENTO**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual de Maringá, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação Associado em Educação Física – UEM/UEL, na área de concentração em Estudos do Movimento Humano, para obtenção do título de Mestre.

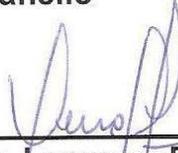
APROVADA em 28 de fevereiro de 2011.



Prof. Dra. **Joice Mara Facco Stefanello**



Prof. Dra. **Christi Noriko Sonoo**



Prof. Dra. **Lenamar Fiorese Vieira**
(Orientadora)

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus pais Paulo Konji e Luzia Helena; a minha irmã Isabela e ao meu filho Yuri, pessoas que estiveram comigo do início ao fim deste processo, me inspirando, motivando e apoiando em todos os momentos.

Agradecimentos

Ao término deste trabalho, agradeço àqueles que contribuíram para meu desenvolvimento pessoal e acadêmico na pós-graduação, e também àqueles que me auxiliaram durante todo o processo:

À Universidade Estadual de Maringá, especificamente ao Programa Associado de Pós-Graduação em Educação Física UEM/UEL, pela estrutura e contribuição ao meu crescimento.

Aos docentes do Programa Associado de Pós-Graduação em Educação Física UEM/UEL pela disposição de tempo e conhecimento.

À orientadora Prof^a. Dra. Lenamar Fiorese Vieira, pelos ensinamentos, conselhos, broncas, suporte e troca de experiências ao longo de todos os anos de convivência.

À Prof^a. Dra. Joice Mara Facco Stefanello e a Prof^a. Dra. Christi Noriko Sonoo, componentes da banca, pelo tempo, disposição e demais contribuições relevantes para execução e conclusão deste estudo.

À Confederação Brasileira de Voleibol (CBV) que possibilitou a execução de parte deste trabalho, contribuindo com seu enriquecimento científico, em especial ao auxiliar técnico Sidnei Papke (Nuti) e ao Prof. Bernardo Rocha de Rezende (Bernardinho), profissionais fundamentais neste processo.

A todos os atletas e técnicos das equipes que consentiram em participar deste estudo, confiando na credibilidade e lisura dos pesquisadores, pois sem os mesmos não seria possível à realização deste trabalho.

Ao Grupo Pró Esporte, pois o envolvimento e comprometimento neste grupo pesquisa, possibilitou um maior crescimento pessoal e profissional.

A todos os companheiros de mestrado que de certa forma auxiliaram em todo o desenvolver do processo, através de auxílios, discussões e momentos de descontração tornando-se pessoas importantes durante estes dois anos de convívio.

Aos amigos que, alguns mesmo com a distância, foram determinantes nesta fase pelo apoio e sincera amizade: Diogo, Tarso, Sandra Ferrari, Diego Macowski, Marcinho Popoto, Rodrigo Global, Luiz Camarão, Bianca, Elton Kazu, Marcelo Lula; a acadêmica Nayara Caruzzo pelo auxílio na pesquisa; aos colegas de república Vinícius e Ricardo pelo companheirismo; em especial, aos amigos de longa data Léo Pestillo e João Ricardo, pelo acolhimento inicial, e constante apoio e auxílio tanto acadêmico quanto pessoal.

Aos meus pais, Paulo Konji e Luzia Helena, minha irmã Isabela, que sempre me incentivaram e me deram o suporte necessário para crescer em minha vida; meu filho Yuri, fonte de inspiração; a toda minha família em geral, pelos inestimáveis momentos de companheirismo e apoio.

A Deus, pelas bênçãos, graças e a oportunidade de realizar este trabalho e finalizar mais uma etapa da minha vida.

Epígrafe

“Aventurar-se causa ansiedade, mas deixar de arriscar-se é perder a si mesmo. E aventurar-se no sentido mais elevado é precisamente tomar consciência de si próprio.”

Søren Aabye Kierkegaard

AIZAVA, Paulo Vitor Suto. **Autoeficácia, qualidade de vida e suporte social relacionados ao esporte de rendimento**. 2011. 106f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Centro de Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2011.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi investigar o grau de associações entre a autoeficácia geral percebida, nível de qualidade de vida (QV) e o suporte social em atletas de voleibol de rendimento. Foram sujeitos do estudo 86 atletas adultos de voleibol masculino de rendimento, dos níveis municipal (n=47; 54,7%), estadual (n=26; 30,2%) e nacional (n=13; 15,1%), participantes de competições na temporada de 2010. Como instrumentos foram utilizados: Ficha de identificação do atleta, Escala de Auto Eficácia Geral Percebida (EAEGP), *Medical outcomes study 36 - item short – form health survey* (SF-36) e o *Medical Outcomes Study Social Support Survey* (MOS-SSS). A coleta de dados foi realizada de forma individual nos locais de treinamento e competições dos atletas. Para análise dos dados, utilizaram-se os testes: *Kolmogorov-Smirnov* ($P \leq 0,05$), coeficiente *Alpha* de *Cronbach*, teste de *Levene*, ANOVA *One-way* com o *post-hoc* de *Scheffé*, teste de *Kruskal-Wallis*, teste '*U*' de *Mann-Whitney*, *Anova* de Medidas Repetidas com o *post-hoc* de *Bonferroni*, teste de Esfericidade de *Mauchly's W* e o teste *Greenhouse-Geiser*. Para as associações foi utilizado o Teste de Associação do Qui-quadrado, teste exato de *Fischer*, '*V*' de *Cramer*, correlação de *Spearman* e a Regressão de *Poisson* com ajuste robusto. Os resultados evidenciaram: todos os atletas demonstraram possuir um alto nível de autoeficácia geral percebida, bom nível de suporte social e bom nível de QV. Na comparação entre as escalas do suporte social, para os atletas de nível municipal e estadual a escala com maior destaque foi a interação social positiva ($P \leq 0,01$), enquanto que para a qualidade de vida a escala que mais se destacou foi a capacidade funcional ($P \leq 0,05$) em todos os níveis de competições; na comparação da QV com a idade dos atletas, houve diferença significativa nas escalas limitação por aspectos físicos para atletas de 23 – 30 anos quando comparados aos atletas de 31 – 38 anos ($P=0,01$) e escala dor para atletas de 15 – 22 anos quando comparados aos atletas de 23 – 30 anos ($P=0,03$); houve associação da autoeficácia com a idade ($P=0,04$) e tempo de prática ($P=0,05$); com as escalas do suporte social: apoio material ($P=0,05$), emocional ($P=0,00$) e interação social positiva ($P=0,05$); e com as escalas da QV: vitalidade ($P=0,05$), aspectos sociais ($P=0,03$) e limitação por aspectos emocionais ($P=0,01$); para os atletas da seleção brasileira, verificou-se correlação significativa entre a autoeficácia e a escala apoio material ($r=0,78$) do suporte social. Assim, concluiu-se: a autoeficácia geral teve associação com bom nível de QV e alto suporte social no contexto dos atletas de voleibol. Neste sentido, o esporte para estes atletas, criou condições necessárias e favoráveis para o desempenho pessoal e atlético.

(Palavras chave): Autoeficácia. Esporte. Qualidade de vida. Suporte social.

AIZAVA, Paulo Vitor Suto. **Self-efficacy, quality of life and social support related to sports performance**. 2011. 106s. Dissertation (Master Degree in Physical Education) – Health Sciences Center. Maringá State University, Maringá, 2011.

ABSTRACT

This study had as objective to investigate the degree of associations between general perceived self efficacy, quality of life level (QL) and social support in performance volleyball athletes. The subjects were 86 adult male performance volleyball athletes, of municipal level (n=47; 54,7%), state level (n=26; 30,2%) and national level (n=13; 15,1%), who participated in competitions in the 2010 season. As instruments, it was used: the athlete identification sheet, Scale of General Perceived Self Efficacy (SGPSE), Medical Outcomes Study 36 - item short - Form Survey (SF-36) and the Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS). The data was collected individually in athlete's competitions and training locals. For data analysis, it was used: Kolmogorov-Smirnov test ($P \leq 0.05$), Cronbach's alpha coefficient, Levene's test, One-way ANOVA with Scheffe's post hoc, Kruskal-Wallis test, Mann-Whitney's U test, ANOVA - repeated measures with Bonferroni's post hoc, test of sphericity Mauchly's W test and the Greenhouse-Geiser test. For the associations, it was used the Association Chi-square Test, Fisher exacts test, Cramer's V, Spearman's correlation and Poisson regression with robust adjustment. The results showed: all athletes demonstrated a high level of general self-efficacy, perceived good level of social support and quality of life. Comparison between scales of social support for athletes at the municipal and state level, highlighted the positive social interaction ($P \leq 0,01$), while for the quality of life the scale that stood out was the functional capacity ($P \leq 0.05$) at all levels of competitions; the comparison of QL considering athletes' ages, there was significant difference in the physical aspects limitation scale for athletes 23 - 30 years old when compared to athletes 31 - 38 years old ($P=0,01$) and pain for athletes who ranged from 15 - 22 years old when compared to athletes 23 - 30 years old ($P=0,03$); the self-efficacy was associated with age ($P=0,04$), practice time ($P=0,05$), with the scales of social support: material support ($P=0,05$), emotional ($P=0,00$) and positive social interaction ($P=0,05$), and QL scales: vitality ($P=0,05$), social aspects ($P=0,03$) and emotional aspects limitation ($P=0,01$); for the athletes of the Brazilian national team, there was a significant correlation between the self-efficacy scale and material support ($r=0,78$) of social support. Therefore, one concludes: general self-efficacy had association with good QL and high levels of social support in the context of volleyball athletes. In this sense, sport for these athletes has created favorable conditions for personal and athletic performance.

(Key-words): Self-efficacy. Sports. Quality of life. Social support.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de reciprocidade triádica.....	13
Figura 2 - Fontes de informação para os julgamentos de autoeficácia.....	15
Figura 3 - Três facetas do apoio social.....	21
Figura 4 - Mapa conceitual do processo de suporte social.....	29
Figura 5 - Fluxograma do modelo de análise adotado para o estudo.....	41

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Processos que compõem a autorregulação do comportamento por contingências autoprescritas.....	11
Quadro 2 - Seis facetas do apoio social.....	23
Quadro 3 - Taxonomia das definições de qualidade de vida.....	31
Quadro 4 - Aspectos que interferem na qualidade de vida da população.....	33

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Frequência percentual dos níveis da autoeficácia e suporte social dos atletas de voleibol masculino adulto.....	43
Tabela 02 - Frequência e percentual da qualidade de vida dos atletas de voleibol masculino adulto.....	44
Tabela 03 - Comparação dos níveis de autoeficácia e suporte social com o nível de desempenho dos atletas de voleibol (medianas e quartis).....	45
Tabela 04 - Comparação do nível de qualidade de vida com o nível de desempenho dos atletas de voleibol (medianas e quartis).....	46
Tabela 05 - Comparação do nível de qualidade de vida com a idade dos atletas....	48
Tabela 06 - Associação da autoeficácia com os níveis dos atletas, idade, tempo de prática, suporte social e qualidade de vida.....	49
Tabela 07 - Associação da autoeficácia dos atletas de nível municipal com idade, tempo de prática, suporte social e qualidade de vida.....	51
Tabela 08 - Associação da autoeficácia dos atletas de nível estadual com idade, tempo de prática, suporte social e qualidade de vida.....	52
Tabela 09 - Correlação entre a autoeficácia, suporte social, qualidade de vida, idade e tempo de prática dos atletas de nível nacional.....	53
Tabela 10 - Razão de prevalência da autoeficácia geral percebida com o nível do atleta (municipal, estadual e nacional), tempo de prática e idade.....	54
Tabela 11 - Razão de prevalência da autoeficácia geral percebida com o suporte social.....	55
Tabela 12 - Razão de prevalência da autoeficácia geral percebida com o nível de qualidade de vida.....	56

LISTA DE ANEXOS E APÊNDICES

ANEXO A -	Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAEGP).....	91
ANEXO B -	Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida SF-36.....	92
ANEXO C -	Questionário MOS-SSS-P (SUPPORTO SOCIAL).....	96
ANEXO D -	Parecer do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá.....	98
APÊNDICE A -	Ficha de Identificação do Atleta.....	100
APÊNDICE B -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Sujeitos (adultos)...	101
APÊNDICE C -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Sujeitos (menores).....	102
APÊNDICE D -	Autorização da Confederação Brasileira de Voleibol (CBV)...	103
APÊNDICE E -	Níveis autoeficácia, idade, tempo de prática, suporte social e qualidade de vida dos atletas de nível nacional.....	104
APÊNDICE F -	Modelo de Autorização das Equipes do 3º <i>Gran Prix</i>	105
APÊNDICE G -	Modelo de Autorização das Equipes dos 53º Jogos Abertos do Paraná.....	106

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AE	Autoeficácia
QV	Qualidade de vida
SS	Suporte social
EAEGP	Escala de autoeficácia geral percebida
MOS-SSS	<i>Medical Outcomes Study Social Support Survey</i>
SF-36	<i>Short Form 36</i>
DEF	Departamento de Educação Física
CBV	Confederação Brasileira de Voleibol
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEFE	Centro de Educação Física e Esporte
UEM	Universidade Estadual de Maringá
UEL	Universidade Estadual de Londrina
Q1	Quartil 1
Q2	Quartil 2
Md	Mediana
RP	Razão de Prevalência
IC	Intervalo de Confiança

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	01
1.1 Justificativa.....	04
1.2 Delimitações da Pesquisa.....	06
1.3 Limitações da pesquisa.....	06
1.4 Definições de Termos.....	06
2 OBJETIVOS.....	08
2.1 – Objetivo geral.....	08
2.2 – Objetivos Específicos.....	08
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	09
3.1. Teoria Social Cognitiva da Autoeficácia.....	09
3.1.1. Modelo de reciprocidade triádica	12
3.1.2. Julgamentos de autoeficácia.....	14
3.1.3. Autoeficácia no contexto esportivo.....	16
3.2. O Suporte social.....	19
3.2.1. Estados emocionais, saúde mental e suporte social	24
3.2.2. O suporte social no contexto esportivo de rendimento	25
3.3. Qualidade de vida.....	30
3.3.1. Aspectos que interferem na Qualidade de Vida.....	32
3.3.2. Qualidade de vida e esporte de rendimento.....	34
4 MÉTODOS.....	37
4.1 Caracterização do estudo.....	37
4.2 Sujeitos do estudo.....	37
4.2.1 População.....	37
4.2.2 Amostra.....	37
4.3 Instrumentos.....	38
4.3.1 Ficha de identificação do atleta.....	38
4.3.2 Testes Psicométricos.....	38
4.4 Coleta de Dados.....	39
4.5 Análise dos Dados.....	40
5 RESULTADOS.....	43

5.1. Níveis de autoeficácia, suporte social e qualidade de vida em atletas de rendimento.....	43
5.2. Comparação dos níveis de autoeficácia, suporte social e qualidade de vida de atletas de rendimento em relação ao nível técnico do atleta.....	45
5.3. Associação e correlação da autoeficácia geral percebida dos atletas, considerando os níveis de suporte social, qualidade de vida, nível do atleta, tempo de prática e idade.....	48
6 DISCUSSÕES.....	57
6.1 Níveis de autoeficácia, suporte social e qualidade de vida em atletas de rendimento.	57
6.2. Comparação dos níveis de autoeficácia, suporte social e qualidade de vida de atletas de rendimento em relação ao nível técnico do atleta.....	60
6.3. Associação e correlação da autoeficácia geral percebida dos atletas, considerando os níveis de suporte social, qualidade de vida, nível do atleta, tempo de prática e idade.....	66
7 CONCLUSÕES.....	74
REFERÊNCIAS.....	77
ANEXOS.....	90
APÊNDICES.....	99

1 INTRODUÇÃO

Ao refletir sobre especificidade esportiva, pensamos em uma prática de atividades físicas institucionalizadas (torneios, competições, amistosos), sempre buscando o rendimento. Também chamado de desporto de alto nível, o esporte de rendimento é aquele em que o objetivo é a obtenção de melhores resultados (BECKER JÚNIOR, 2000; WEINBERG e GOULD, 2001).

Neste contexto, o meio esportivo de rendimento é de alta competitividade e extrema disputa e pressão (SAMULSKI, 2009). O campo esportivo é constituído por pessoas orientadas entre si e unidas das mais diversas maneiras cujas relações refletem os diferentes potenciais de poder em exercício, movidas por valores que se formam e transformam durante o decorrer das relações. Assim, no esporte de rendimento existe uma rede de relações humanas em constante mutação que respondem pela formação do próprio campo que gera um grupo social que se relaciona tanto com grupos internos quanto externos e é dentro desse universo que acontecem os entrelaçamentos dos atos, das necessidades, das ideias e dos impulsos, dinamizando seu funcionamento (COSTA, 2007).

A literatura aponta que o esporte traz vários benefícios para a saúde física da pessoa (FOSS, 2000), conseqüentemente, um bem estar psíquico. Um estado de boa saúde não pode ser singularizado apenas como ausência de doenças. Os níveis de qualidade de vida são de suma importância nesta classificação que envolve uma saúde física e mental (NAHAS, 2001). Entretanto, no mundo dos atletas de rendimento, um estágio avançado de classificação e interpretação do termo passa a existir. Pode-se considerar que um atleta tem sua vida voltada para os treinamentos, muitos buscando a perfeição da *performance* e desempenho, através de treinos exaustivos (TUBINO e MOREIRA, 2003). Neste sentido, o esporte passa a ser visto como um meio não saudável para a pessoa, trazendo malefícios em detrimento a benefícios (WEINECK, 2003).

Desta forma, o excesso das exigências perante determinadas situações e a constante pressão exercida são determinantes na vida do atleta, podendo ter um impacto negativo em sua qualidade de vida. A cobrança por vitórias ocorre por parte dos treinadores, patrocinadores e torcedores, bem como são feitas comparações entre os atletas de um mesmo grupo. Ressalta-se que as situações estressantes surgem não apenas na competição, mas também envolvem questões contratuais, salários em atraso e gestão da carreira esportiva. Além disso, devido à falta de tempo, a família, os amigos e os estudos acabam ficando em segundo plano (CHIMINAZZO e MONTAGNER, 2004; MARQUES e ROSADO, 2005).

Neste sentido, o foco deste estudo partiu da necessidade em estudar a importância do funcionamento psicossocial dos indivíduos (BERGER e MCINMAN, 1993; LANDERS e ARENT, 1993; ETNIER, *et. al.* 1999) entendendo que dentre as variáveis que interferem profundamente nesta questão estão a autoeficácia (AE), o suporte social (SS) e a qualidade de vida (QV) (GASKIN e MORRIS, 2008).

Na temática da autoeficácia algumas relações são encontradas na literatura com esporte (FELTZ, 1998); estudos relacionados ao desempenho esportivo (DOBRÁNSZKY e MACHADO, 2001); ansiedade (FERREIRA, 2008) e ainda nas modalidades individuais e coletivas (GOUVÊA, 2003) em que estes estudos apontaram que existe uma influência positiva na relação entre a autoeficácia e o esporte.

Quanto à qualidade de vida, existe carência de pesquisas no contexto do esporte. As pesquisas envolvem outros campos como: qualidade de vida em idosos; qualidade de vida e religião (FLECK *et. al.* 2003); quanto à função cognitiva (WOOD *et. al.* 1999); estudos com acidente vascular cerebral isquêmico (COSTA e DUARTE, 2002); qualidade de vida e economia (OMETTO *et. al.* 1995); pesquisas relativas a pessoas portadoras de algum tipo de câncer (DURAK e LILLY, 1999; CHEEMA e GAUL, 2006; CULOS-REED *et. al.* 2008).

Especificamente na área de educação física, encontram-se estudos ligados a fatores como estresse, terceira idade, obesidade, exercícios físicos e atividade física (STATHI e SIMEY,

2007; BARTHOLOMEW *et. al.* 2008; CHODZKO-ZAJKO e SCHWINGEL, 2009; DECHAMPS *et. al.* 2009; HEATH e BROWN, 2009; LEVINGER *et. al.* 2009); os efeitos da música na *performance* (BISHOP *et. al.* 2009); estudos relativos a indivíduos soropositivos relacionados aos efeitos do exercício físico em seu bem estar psicossocial (ROJAS, SCHLICHT e HAUTZINGER, 2003); sobre os efeitos do treinamento aeróbico em pessoas com esclerose múltipla (SUTHERLAND, ANDERSEN e STOOVÉ, 2001). Estudos têm demonstrado a influência positiva das práticas físicas na associação com a qualidade de vida e nas relações entre variáveis do funcionamento psicossocial, tendo a autoeficácia e o suporte social, como variáveis que necessitam de maior investigação (BERGER e MCINMAN, 1993; LANDERS e ARENT, 1993; ETNIER *et. al.* 1999; GASKIN e MORRIS, 2008). Entretanto, na área do esporte de rendimento existem suposições sem embasamento científico de que atletas de alto rendimento não possuem boa qualidade de vida.

Neste sentido, o presente estudo estará centrado na teoria social cognitiva de Bandura (1986) que tem como foco a autoeficácia, buscando explicar como o contexto esportivo pode influenciar nas relações sociais e qualidade de vida de seus praticantes. Este suporte teórico explica que as crenças que possuímos terão impacto em nossos julgamentos sobre a capacidade para executar determinado desempenho; resultando em um produto complexo de autopersuasão que depende do processamento cognitivo de diversas fontes de informação de eficácia. Estas concepções teóricas são colocadas dentro do aspecto cognitivo social como um mecanismo cognitivo que mede a motivação das pessoas nos padrões de pensamento e de conduta.

Segundo esta teoria sociocognitiva (BANDURA, AZZI e POLYDORO 2008), conhecida como modelo de determinismo recíproco, não apenas o ambiente afeta os comportamentos, mas os comportamentos também afetam o ambiente. Propõe-se que fatores comportamentais, ambientais e pessoais agem como determinantes recíprocos e interativos. Além disso, fatores pessoais como cognições ou pensamentos, emoções também são importantes.

O conceito de autoeficácia surge como uma forma de descobrir como o atleta se julga capaz de atingir determinado desempenho durante treinos e competições. Esta se refere ao julgamento que as pessoas fazem de sua

capacidade para organizar e executar os planos de ação exigidos para atingir determinados tipos de rendimento ou comportamento. Consideram-se as crenças e pensamentos pessoais acerca das próprias capacidades para realizar uma, ou um conjunto de tarefas (DOBRÁNSZKY e MACHADO 2001, p. 68).

Estudo envolvendo relações entre autoeficácia, suporte social e a qualidade de vida, revelaram a influência positiva das práticas físicas nestes aspectos. Nestes estudos, a atividade física foi consistentemente associada com melhorias na qualidade de vida, autoeficácia e suporte social. Foram encontradas relações positivas entre práticas físicas e uma consequente melhora na qualidade de vida e a autoeficácia do indivíduo, aprimorando seu desempenho físico (GASKIN e MORRIS 2008). Entretanto, no esporte de rendimento, uma lacuna na literatura foi encontrada e muito se discute sobre as relações entre qualidade de vida e autoeficácia.

Berger e McInman (1993) ressaltaram que neste mundo globalizado e *estressante* o nível de qualidade de vida acaba por tornar-se muito abaixo daquele que seria o ideal, fazendo com que várias pessoas tenham passado a procurar por ajuda profissional no contexto da saúde mental, que nos permite apreender fenômenos objetivos que afloram na vida da pessoa, que de certo modo, podem ser notados, tais como: o comportamento motor, a linguagem corporal a frequência do pulso, os batimentos cardíacos, dentre outros (ROEDER, 2003).

Face às considerações anteriores e pesquisas realizadas no âmbito psicológico do esporte globalizado, este estudo pretende responder a seguinte questão geradora: Qual o grau de associação entre autoeficácia, qualidade de vida e suporte social no contexto de atletas de voleibol de rendimento?

1.1 Justificativa

Face às considerações iniciais, este projeto de pesquisa científica visa dar continuidade ao trabalho iniciado pelo pesquisador durante o processo de graduação, buscando melhorias e otimizando o campo científico de pesquisa e conhecimento, preconizando a ampliação dos focos de estudo, análises, comparações, relações e compatibilidade.

Observar o comportamento dos atletas e técnicos durante as práticas desportivas sempre foi foco de interesse de estudo, refletindo sobre os possíveis porquês destas ações e como o estado mental de cada sujeito poderia influenciar no desempenho esportivo. Especificamente, o interesse pelo estudo da área da Psicologia do Esporte e do Exercício iniciou-se durante o processo acadêmico de graduação, aprofundando-se a partir do segundo ano de curso em que tive o primeiro contato com a temática ao cursar a disciplina de psicologia do esporte, pelo Departamento de Educação Física da Universidade Estadual de Maringá.

Inicialmente o interessei foi pelo desempenho esportivo dos atletas, os meios de preparação física e técnica, realizando estudos na área. Mas ao estudar esta temática, começou a identificação com a importância da preparação psicológica e da saúde mental de cada atleta para a prática esportiva. Dessa forma, iniciamos o contato com o termo qualidade de vida em atletas de rendimento, que remete a uma identificação com cotidiano do atleta. A questão então era: como realizar e investigar um tipo de estudo escasso na história do desporto de rendimento.

Partindo da teoria sociocognitiva da autoeficácia (BANDURA e IÑESTA 1975; BANDURA 1979; BANDURA, AZZI e POLYDORO 2008) encontramos na literatura estudos que envolvem autoeficácia e esporte (DOBRÁNSZKY e MACHADO 2001; LANDERS e ARENT 1993; FELTZ 1998; GOUVÊA 2003; FERREIRA 2008) e demais variáveis que podem influenciar no desempenho esportivo, destacando também a importância do suporte social (ETNIER *et. al.* 1999). Todavia, não foram encontradas investigações envolvendo estas variáveis no contexto esportivo juntamente com a qualidade de vida, resultando no funcionamento psicossocial do indivíduo (GASKIN e MORRIS 2008).

Assim, devido à carência de estudos sobre qualidade de vida dentro do contexto esportivo de rendimento, e a importância da qualidade de vida no cotidiano do atleta, surgiu o interesse pela temática. Vinculado a isso, o fato da importância de uma boa percepção de autoeficácia e da rede social ampla, considerando o fenômeno do esporte e o atleta enquanto ser humano em processo de desenvolvimento. Dessa forma, considerando que a qualidade de vida é de suma importância na vida de todos e que o atleta vive em constante pressão

advinda de inúmeras fontes, faz-se importante essa pesquisa em virtude de proporcionar indícios para a prática de aconselhamento de carreira desportiva e atlética com uma visão holística do indivíduo.

1.2 Delimitações da Pesquisa

O estudo foi delimitado a atletas adultos da seleção brasileira de voleibol masculino, convocados para participarem de competições na temporada de 2010; aos atletas das equipes melhores classificadas do *Gran Prix* Paranaense de Voleibol e das equipes melhores classificadas nos Jogos Abertos do Paraná (JAP'S) de acordo com o *ranking* de 2009.

1.3 Limitações da pesquisa

A pesquisa limitou-se por fazer cortes transversais na tentativa de analisar um processo que ocorre ao longo do desenvolvimento do indivíduo. Nesse sentido, uma pesquisa longitudinal seria a mais adequada, mas, como o programa não dispõe do tempo necessário para este tipo de pesquisa, optou-se pelos cortes transversais.

Outras limitações na exploração da teoria sociocognitiva da autoeficácia refere-se a tríade recíproca entre comportamento, fatores ambientais e fatores pessoais. A análise do comportamento corresponde aos atos, às escolhas individuais e declarações verbais, este é determinado a partir da interação contínua e recíproca entre as influencias ambientais, pessoais, neste aspecto este estudo foi limitado especificamente a autoeficácia geral percebida. Quanto às condições ambientais, que podem exercer fortes limitações sobre o comportamento, o foco foi limitado aos aspectos referentes à qualidade de vida. Quanto aos fatores pessoais, estes foram limitados a análise do suporte social dos atletas.

1.4 Definições de Termos

Autoeficácia: Define-se a autoeficácia como a crença do indivíduo sobre sua capacidade de desempenho em atividades específicas. Envolve o julgamento sobre as capacidades do

sujeito para mobilizar recursos cognitivos e ações de controle sobre eventos e demandas do meio. Tais crenças influenciam as aspirações e o envolvimento com metas estabelecidas, o nível de motivação, a perseverança face às dificuldades, a resiliência às adversidades, relacionando-se com a qualidade de pensamento analítico, a atribuição causal para sucesso e fracasso e a vulnerabilidade para o estresse e depressão (BANDURA, 2008).

Qualidade de vida: O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural. É uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar (MINAYO, HARTZ e BUSS 2000).

Suporte social: É um processo no qual se pode obter ajuda das redes sociais em âmbito emocional, instrumental e financeiro; é um conceito interativo no que diz respeito às transações que se estabelecem entre indivíduos. (BOWLING 1997 apud SIQUEIRA 2008)

2 OBJETIVOS

2.1 – Objetivo geral

Investigar o grau de associação entre a autoeficácia geral percebida, o nível de qualidade de vida e o suporte social em atletas de voleibol de rendimento.

2.2 – Objetivos Específicos

Identificar os níveis de autoeficácia, suporte social e qualidade de vida em atletas de rendimento;

Comparar os níveis de autoeficácia, suporte social e qualidade de vida em atletas de rendimento;

Associar e correlacionar a autoeficácia geral percebida dos atletas, considerando os níveis de suporte social, qualidade de vida, nível técnico do atleta (municipal, estadual e nacional), tempo de prática e idade.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A fundamentação teórica será estruturada em três momentos. Inicialmente será abordado o modelo de determinismo recíproco baseado na teoria da autoeficácia de Albert Bandura (1975). Num segundo momento, abordar-se-á os conceitos e definições sobre qualidade de vida a partir de sua influencia no contexto do cotidiano do indivíduo baseado nos atuais estudos realizados. Por fim, no terceiro momento, o foco será nos aspectos sociais do indivíduo estabelecendo a importância do suporte social na vida das pessoas.

3.1. Teoria Social Cognitiva da Autoeficácia

A Teoria Social Cognitiva (TSC) foi elaborada por Albert Bandura para explicar o comportamento humano (BANDURA e IÑESTA 1975; BANDURA 1979; BANDURA, AZZI e POLYDORO 2008). Dentre as linhas de estudo da psicologia, esta perspectiva sociocognitiva pode ser entendida como uma matriz teórica, que objetiva estudar a personalidade do indivíduo ligada à sua funcionalidade e organização existencial. Apresenta uma interação recíproca entre sujeito (fatores pessoais – cognições e afetos), circunstâncias ou variáveis do meio e ações ou comportamento que é determinado a partir da interação contínua e recíproca entre as influências ambientais, pessoais e comportamentais. Nesta abordagem, as pessoas interferem na percepção do ambiente, criam autoestímulos e incentivos, avaliam o desenrolar dos acontecimentos e exercem influencia sobre o próprio comportamento (BANDURA, AZZI e POLYDORO 2008).

Ferreira (2008) ressaltou que esta teoria centraliza-se em pesquisas no estudo do comportamento humano quando inserido no contexto social, dando valor aos processos cognitivos do ser humano. O comportamento não necessita ser diretamente reforçado para ser adquirido, ou seja, o homem aprende e adquire experiências observando as consequências dentro do seu ambiente, assim como seu meio social, considerando que pensamentos, convivência, crenças e expectativas fazem parte de um processo de aprendizagem. De acordo com determinada cultura, respostas habituais podem ser características gerais dos indivíduos, e em outros momentos estas respostas possuem especificidades oriundas de experiências particulares e peculiares a um indivíduo. O homem,

que é um ser ativo, não reage como uma máquina às influências do ambiente; as reações aos estímulos são autoativadas totalmente dominada por ações ambientais como um ser influente em todos os processos.

O fato de um determinado comportamento ser considerado meritório ou insatisfatório depende dos padrões pessoais com o que é comparado, produzindo reações pessoais por meio de uma função avaliativa que envolve diversos processos subsidiários. As ações que não chegam ao seu nível são julgadas insatisfatórias, enquanto os que estão à altura de padrões internos são avaliados favoravelmente.

Para Bandura, Azzi e Polydoro (2008), o comportamento é regulado a partir de processos de contingências autoprescritas. São três processos: auto-observação, processos de julgamento e autorreação. A auto-observação envolve algumas dimensões do desempenho comportamental, tais como: qualidade, velocidade, quantidade, originalidade e autenticidade do comportamento. Tal auto-observação terá como consequência a mudança de certos comportamentos de acordo com seu padrão de ética. Os processos de julgamento são mediados de acordo com os valores pessoais que o indivíduo constrói ao longo da vida baseados em fontes de modelação e reforçamento. Os padrões normativos, comparações sociais, pessoais e coletivas são vistos como referências comportamentais a serem julgadas. Desta maneira, o comportamento pode ser elevadamente valorizado, não ter valor nenhum (neutro) e ainda ser desvalorizado, ou seja, o desempenho comportamental ocorre a partir de processos internos e externos. No terceiro momento da autorregulação, ocorre o processo de autorreação, em que a pessoa autoavalia positivamente ou negativamente o comportamento. Após autoavaliar o comportamento, as consequências podem ser de natureza recompensatórias ou punitivas podendo resultar ainda em nenhum tipo de autorreação.

Auto-observação	Processos de julgamento	Auto-reação
Dimensões do desempenho comportamental <ul style="list-style-type: none"> • Qualidade • Velocidade • Quantidade • Originalidade • Autenticidade Consequencialidade <ul style="list-style-type: none"> • Desvio • Eticidade 	Padrões pessoais <ul style="list-style-type: none"> • Fontes de modelação • Fontes de reforçamento Comportamentos referenciais <ul style="list-style-type: none"> • Padrões normativos • Comparação social • Comparação pessoal • Comparação coletiva Valorização da atividade <ul style="list-style-type: none"> • Elevada • Neutra • Desvalorizada Atribuição do desempenho comportamental <ul style="list-style-type: none"> • Locus pessoal • Locus externo 	Reações auto-avaliativas <ul style="list-style-type: none"> • Positivas • Negativas Consequências tangíveis auto-aplicáveis <ul style="list-style-type: none"> • Recompensatórias • Punitivas Sem auto-reação

Quadro 1. Processos que compõem a autorregulação do comportamento por contingências autoprescritas (BANDURA, AZZI e POLYDORO, 2008, p. 51).

O quadro 1 demonstra os processos distintos que compõem a autorregulação comportamental por meio de contingências autoprescritas. As melhoras corretivas exatas ampliam-se de acordo com os padrões pessoais de grande parte do comportamento humano, que é regulado por meio de consequências autoavaliativas, na forma de satisfação e orgulho pessoal; insatisfação pessoal e autocrítica. O desempenho é um exemplo conhecido de um comportamento que é constantemente autorregulado por meio de reações pessoais avaliativas. Os atletas adotam um padrão para aquilo que constitui uma *performance* aceitável. As ações motoras são geradas e reformuladas no pensamento antes de serem desempenhadas (SINGER, 1986; SCHMIDT e WRISBERG, 2001).

Neste contexto, a autoeficácia não se refere às habilidades próprias em si mesmas, mas sim aos julgamentos de valor sobre o que um pode fazer com suas próprias habilidades (GEORGE e FELTZ, 1996). Segundo esta teoria, o homem possui um sistema autorreferente que o possibilita agir intencionalmente em direção a fins específicos, elaborar planos de ação, antecipar possíveis resultados, avaliar e replanejar cursos de ação; é descrito como um ser proativo, agente da sua própria história, não apenas espectador, mas também são autorreguladores do seu funcionamento (BANDURA, AZZI e POLYDORO, 2008).

A autoeficácia não é um traço estável de personalidade e sim um processo dinâmico. Desta forma, além de atuar como um importante indicador da ação futura, também funciona como um fator determinante no modo em que as pessoas agem e se comportam em relação aos seus padrões de pensamento e das relações emocionais que experimentam em diversas situações de realização, tal como a que se encontra no esporte de alto rendimento (STEFANELLO, 2007).

Dobránszky e Machado (2001) consideraram que o conceito de autoeficácia surgiu como uma forma de descobrir como o indivíduo se julga capaz de atingir determinado desempenho durante treinos e competições. As crenças e pensamentos pessoais acerca das próprias capacidades para realizar uma, ou um conjunto de tarefas, referem-se ao julgamento que as pessoas fazem de sua capacidade para organizar e executar os planos de ação exigidos para atingir determinados tipos de rendimento ou comportamento. O comportamento não é controlado apenas pelo ambiente, mas também pelos fatores pessoais e pelas consequências do próprio comportamento, fazendo com que as ações de uma pessoa influenciem as condições ambientais que modificam seu comportamento de uma maneira recíproca (COSTA, 2002).

Segundo o modelo de interações adotado na Teoria Social Cognitiva, o comportamento humano explica-se em termos de um modelo triádico de reciprocidade no qual comportamento, fatores cognitivos e outros fatores pessoais, e eventos ambientais, todos operam de maneira interativa, obtendo-se uma influência recíproca (BANDURA e IÑESTA 1975; BANDURA 1979).

3.1.1. Modelo de reciprocidade triádica

A partir deste modelo teórico, podemos explicar o comportamento como um modelo de reciprocidade triádica em que cada um dos fatores atua entre si como determinante interativo (GOUVÊA, 2003). No modelo triádico, a maneira como as pessoas interpretam os resultados de suas ações, informa e altera seu ambiente e os fatores pessoais, conseqüentemente, altera suas futuras ações (PAJARES, 2005).

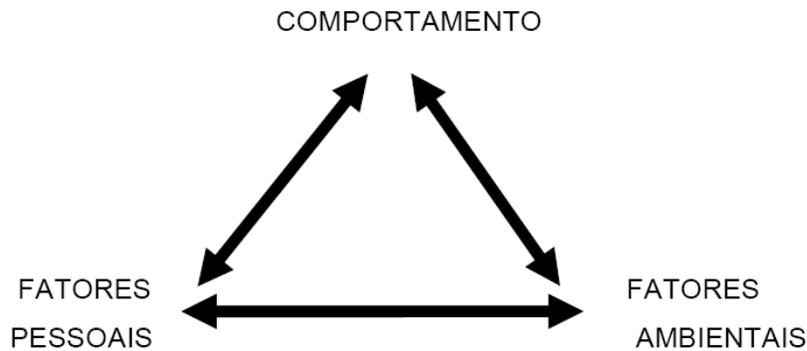


Figura 1. Modelo de reciprocidade triádica (PAJAREZ e OLAZ, 2008, p. 98)

Balaguer (1994) ressalta que na teoria do determinismo recíproco, a conduta e o funcionamento humano estão determinados pelas influências inter-relacionadas dos estados fisiológicos dos indivíduos, as condutas, as cognições e o meio ambiente. A influência relativa que esses três conjuntos de fatores interconectados exercem se modifica em diferentes indivíduos e sob diferentes circunstâncias.

Os fatores pessoais e ambientais não funcionam como determinantes independentes. Pelo contrário, eles se determinam uns aos outros. Desta forma, as “pessoas” não podem ser consideradas como causas independentes de seus comportamentos. É principalmente por meio de suas ações que as pessoas produzem condições ambientais que afetam o seu comportamento de maneira recíproca. A experiência gerada pelo comportamento também determina, em parte, aquilo que os indivíduos pensam, esperam e conseguem fazer, o que por sua vez, afeta seu comportamento subsequente (BANDURA, AZZI e POLYDORO, 2008, p. 45).

O pensamento do homem e suas ações tornam-se um produto da dinâmica dessas interações. Desta maneira o comportamento se torna consequência de duas fontes de influência: a autogerada e a externa. Sendo assim, os elementos que compõem o sistema triádico exercem uma influência dinâmica, relativa e variável que é direcionada pelas características individuais e circunstanciais. A influência recíproca não pode ser entendida como significado simétrico. Em algumas situações as condições ambientais podem exercer fortes limitações, e, por outro lado, existem contextos onde o comportamento torna-se o fator central nesse sistema ou, em outros casos, os aspectos cognitivos podem ser proeminentes e determinantes (CAVALCANTI, 2009).

O homem fundamenta-se nesta visão em que atua em seu meio e envolve-se no próprio desenvolvimento. Pajares e Olaz (2008) destacaram que “entre outros fatores pessoais, os indivíduos possuem autocrenças que lhes possibilitam exercer certo grau de controle sobre seus pensamentos, sentimentos e ações” (p. 99). Estas crenças influenciam as aspirações e o envolvimento com metas estabelecidas, o nível de motivação, a perseverança face às dificuldades, a resiliência às adversidades, relacionando-se com a qualidade de pensamento analítico, a atribuição causal para sucesso e fracasso e a vulnerabilidade para o estresse e a depressão. Leva-se em conta a capacidade de desempenho em atividades específicas envolvendo o julgamento sobre sua capacidade na mobilização de recursos cognitivos e ações de controle sobre eventos e demandas do meio (MEDEIROS *et. al.* 2000).

3.1.2. Julgamentos de autoeficácia

De acordo com a teoria de Bandura (1979; 1986), os julgamentos de autoeficácia de uma pessoa determinam seu nível de motivação, devido à função de esses julgamentos interferirem no incentivo para agir e imprimirem uma determinada direção a suas ações, antecipando mentalmente o que pode realizar para obter resultados.

Bandura (1986) considerou que os julgamentos de autoeficácia atuam como mediadores entre as reais capacidades, que são as aptidões, os conhecimentos as habilidades e a própria *performance*. Esses fatores, que também contribuem para predição do desempenho, não produzirão as esperadas consequências, a menos que ocorra a mediação das crenças de autoeficácia. Os julgamentos relacionam-se com as percepções pessoais das capacidades para organizar e executar os planos de ação exigidos para atingir certos tipos de rendimento (STEFANELLO, 2007).

São quatro as fontes de informação que dão origem a essas crenças: as experiências de êxito, experiências vicárias, persuasão verbal e indicadores fisiológicos. Estas podem atuar de forma independente ou combinada. Em função destas os atletas chegam a avaliar seu grau de eficácia tanto no início de qualquer tarefa como ao longo de sua execução, a cada segmento ou parte do desempenho (BANDURA e IÑESTA 1975; BANDURA 1979; BANDURA 1986; BANDURA, AZZI e POLYDORO 2008).

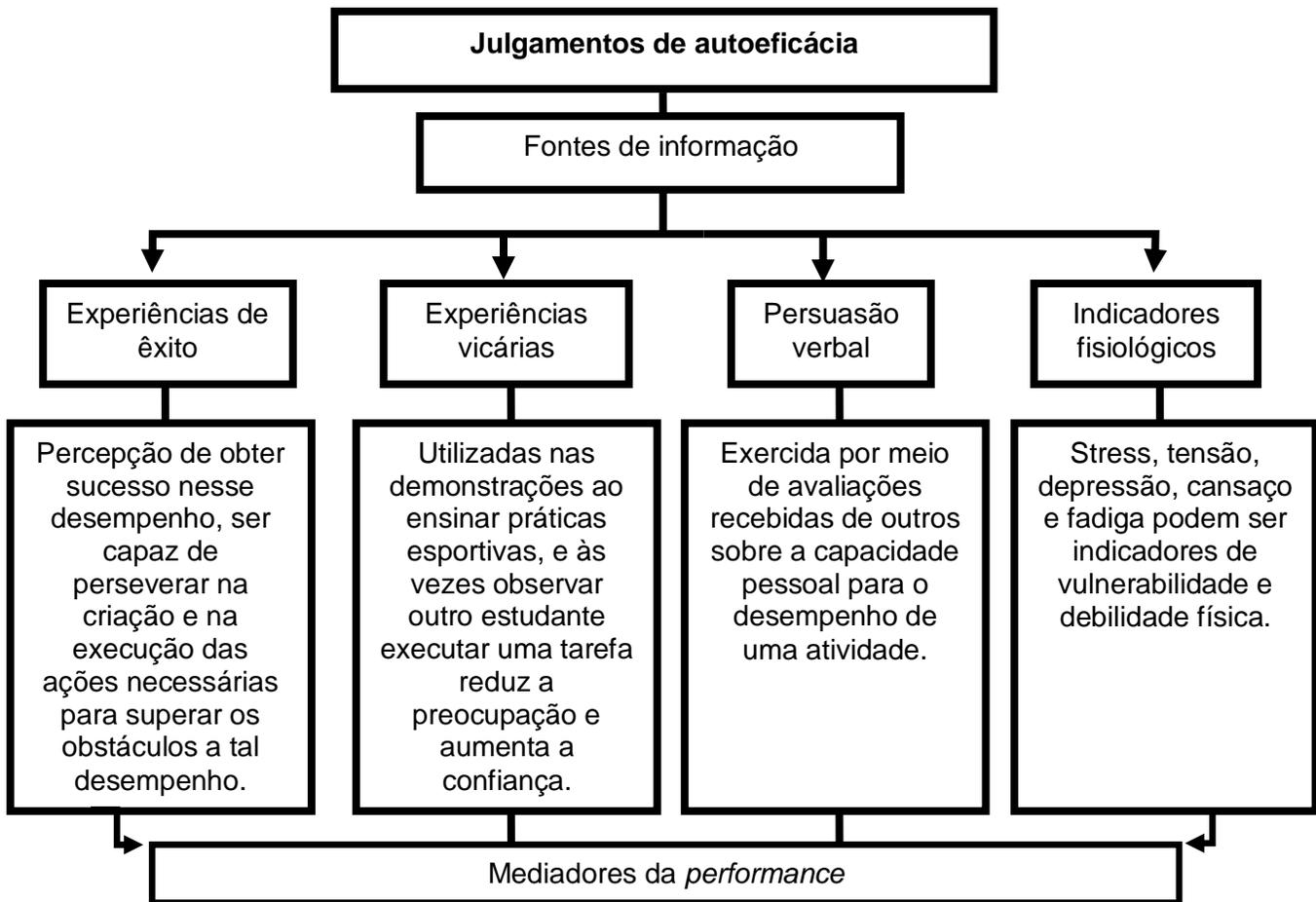


Figura 2. Fontes de informação para os julgamentos de autoeficácia (Fonte: BANDURA, AZZI e POLYDORO 2008).

As experiências de êxito são as fontes mais importantes e normalmente imprescindíveis. No desenvolver de uma tarefa motora, a constatação de que está dando conta de cada parte, proporciona ao atleta informação convincente de que tem capacidades de prosseguir com êxito. Entretanto, um fracasso eventual após uma série de sucessos terá pouco impacto sobre as crenças positivas de autoeficácia, enquanto que um único sucesso em meio a uma história de fracassos provavelmente pouco influenciará no aumento dessas crenças. Os êxitos continuados em tarefas similares proporcionam informação ao atleta de que poderá dar conta de uma nova tarefa e, vice-versa, fracassos repetidos dão origem a um senso mais pobre de autoeficácia.

As experiências vicárias originam-se através da observação das pessoas que não conseguiram bons resultados fazendo com que algumas pessoas facilmente concluirão que

também não terão êxito, caso se julguem no mesmo nível. Porém a observação de bons resultados sugere ao atleta que também pode dar conta de desafios, motivando-se a iniciar as tarefas.

A persuasão verbal, está relacionada às informações convincentes que veem de uma pessoa em que ao atleta confie, tenha credibilidade e, principalmente, se houver a comprovação pelos fatos. Quando for comunicado ao atleta que tem capacidade de realizar a tarefa em questão, isso afetará o comportamento. Porém esta crença de autoeficácia imediatamente entrará em declínio caso as tentativas resultarem em fracassos.

Os estados fisiológicos são os sintomas de alta ansiedade, quando percebidos pelo indivíduo, sinalizam vulnerabilidade e levam a julgamento de baixas capacidades numa dada situação. O nível e a qualidade da ativação fisiológica também são fontes da autoeficácia que podem influir na execução.

Bandura (1986) completa que a informação adquirida dessas fontes não influencia a autoeficácia de modo automático, mas através de um processamento cognitivo pelo qual o atleta pondera, por um lado, suas próprias aptidões percebidas e suas experiências passadas e, por outro lado, diversos componentes da situação, tais como a dificuldade da tarefa, o grau de exigência e a possível ajuda que possa receber. Do emparelhamento entre suas potencialidades percebidas e as condições pertinentes à tarefa resultará um julgamento, positivo ou negativo, de suas próprias capacidades de controlar a situação.

3.1.3. Autoeficácia no contexto esportivo

Dentre os principais interesses dos desportistas e treinadores de alto nível na relação entre autoeficácia e esporte, é analisar se ambos influenciam no rendimento. Esta relação, dentro de suas medições específicas, tem se mostrado positiva (MACHADO, MORENO e KOCIAN, 2007; DOBRÁNSZKY e MACHADO, 2001). Desta maneira, analisa-se a força da autoeficácia no contexto do esporte de rendimento (BALAGUER, 1994). Pode-se considerar a autoeficácia como um mecanismo de aprendizagem necessário para explicar o plano de execução da tarefa motora, considerando todo o contexto que envolve o atleta.

Para Bandura (1986)

a auto-eficácia aplicada ao esporte implica várias técnicas e estratégias, que podem ser utilizadas por técnicos, instrutores e professores, pois afetam o desempenho e o comportamento ao influenciar diretamente a auto-eficácia do sujeito (p.396).

Bandura (1979; 1986) coloca que as pesquisas sobre essa relação têm sido desenvolvidas seguindo o conceito de eficácia individual, e poucas pesquisas têm sido elaboradas com base no conceito coletivo. O conceito da autoeficácia coletiva constitui-se da relação grupal da autoeficácia individual e pode ser definido como a percepção que tem o grupo de sua própria competência.

Estudos fundamentados no julgamento do indivíduo e em experiências nas quais possui, demonstraram um ótimo controle da ação realizada. Foram baseados relacionando a autoeficácia no esporte e na atividade física (FELTZ e CHASE, 1998), baseando-se nos resultados de desempenho, oferecendo informações seguras e relevantes.

Para Cruz e Vianna (1996) é com base em suas crenças pessoais que os indivíduos escolhem os desafios que tentarão realizar, decidindo a quantidade de esforços necessários e durante quanto tempo manter-se-ão persistentes em relação aos obstáculos e dificuldades. No campo científico do esporte, alguns autores investigaram as relações entre autoeficácia e esporte (FELTZ e CHASE, 1998) e estudos relacionados ao desempenho esportivo (DOBRÁNSZKY e MACHADO, 2001), nas modalidades individuais e coletivas (GOUVÊA, 2003) e ainda relacionadas à ansiedade (FERREIRA, 2008).

Treasure, Monson e Lox (1996) realizaram seus estudos com 70 lutadores greco-romanos relacionando a autoeficácia, o desempenho e a emoção pré-competitivos. Os resultados evidenciaram associações entre altos níveis de autoeficácia e bom desempenho esportivo. Desta maneira, demonstrou estar de acordo com a teoria sócio cognitiva, que afirma que nível de autoeficácia influencia diretamente no desempenho atlético. As relações entre a autoeficácia e as medidas de desempenho foram significantes, cujo resultados demonstraram que o melhor desempenho está relacionado à autoeficácia mais alta no período pré-competitivo.

Os estudos de Moritz *et. al.* (2000) realizaram uma meta-análise (duas análises de moderadores, univariada e multivariada) a partir de 45 estudos que associaram os níveis de autoeficácia relacionados ao desempenho esportivo. Analisaram o tempo usado nas mensurações, a origem da tarefa, os procedimentos de medidas de desempenho e as medidas utilizadas para o estudo de autoeficácia. Os autores concluíram que existe uma correlação positiva entre autoeficácia e desempenho no esporte. Evidenciou-se a importância da combinação entre as medidas de autoeficácia e de desempenho já que foram encontradas combinações entre estes fatores.

Bray, Balaguer e Duda (2004) estudaram 20 equipes espanholas de futebol, totalizando 295 jogadores da categoria infanto-juvenil. Relacionaram a autoeficácia e desempenho, após exercer controle dos efeitos da eficácia para atividade específica. Demonstrou-se uma relação positiva com o desempenho tanto para a autoeficácia para específica quanto para a autoeficácia para tarefa geral. Pode-se atribuir para a autoeficácia total uma variação significativa na predição dos técnicos sobre o desempenho. Resultados semelhantes foram encontrados por Martin (2002) em seus estudos com corredores em cadeira de rodas, afirmando que o suporte científico da teoria sócio cognitiva corresponde à premissa de que a autoeficácia pode promover estados emocionais positivos e bons níveis de desempenho atlético.

Após estudarem a autoeficácia no contexto esportivo do tênis de campo, Machado, Moreno, e Kocian (2007) constaram que comportamento dos atletas era alterado, na maioria das vezes por fatores externos, por consequência de pontos contra e por erros em bolas fáceis, mostrando o descontrole dos tenistas relacionado a uma baixa autoeficácia. Logo, a eficácia pessoal pode modelar o tipo de explicação que é apresentado para certos resultados através da relação entre autoeficácia, o controle pessoal, e as dimensões das atribuições causais.

3.2. O Suporte social

Conceituar o suporte ou apoio social vem de um passado recente. Sua definição ainda é bastante discutível e tem se referido com efeitos positivos em diversos domínios, incluindo a saúde física e mental e as funções psicossociais (WORTMAN e DUNKEL-SCHETTER, 1987). As primeiras atribuições sobre este termo partiram do campo de estudo da sociologia, em que os sociólogos começaram a mostrar interesse pelas consequências sociais da urbanização, industrialização, desenvolvimento econômico e globalização. Essas contribuições são decorrentes desde o início do século XX até o final da década de 60, com contribuições também da psicologia da saúde e psicologia social. A partir da década de 70 observa-se um aumento das investigações sobre suporte social (WINEMILLER *et. al.* 1993; MATSUKURA, MARTURANO e OISHI, 2002; NUNES, 2005).

Passou-se a destacar a importância da relação entre o suporte social com a presença ou ausência de estados patológicos de saúde (DELA-COLETA, 2007). Cassel (1976) e Cobb (1976) são autores de grande relevância neste campo de estudo, quando apontaram a influência e importância das redes de apoio social sobre o bem-estar e a saúde das pessoas. Estes definiram o suporte social como a informação que faz com que o indivíduo acredite que é apreciado e que tem valor; a informação que conduz o indivíduo a acreditar que faz parte de uma rede de comunicação e de obrigações mútuas e leva o indivíduo a acreditar que é amado e que as pessoas se preocupam consigo. Desta forma, procurava-se entender como a inexistência ou a instabilidade do suporte social aumentaria a vulnerabilidade a doenças (MARTINS, 2005; SEIDL e TRÓCCOLI, 2006).

Efetivamente, nos anos 80 e 90 tornou-se uma área promissora e polêmica, na medida em que surgia na literatura diversos artigos sobre apoio social, visto que se tornava cada vez mais difícil a sua avaliação e conceituação passando a ser encarado como assunto de pesquisa psicossocial (WORTMAN e DUNKEL-SCHETTER, 1987). Neste mesmo período Shumaker e Brownell (1984, *apud* ROSENFELD, RICHMAN e HARDY, 1989) referiram-se ao suporte social como “uma troca de recursos entre pelo menos dois indivíduos, percebida pelo emissor ou receptor dos recursos, que objetivam melhorar o bem-estar do receptor” (p. 13). Atualmente, definir e conceituar suporte ou apoio social está longe de ser consensual com

um único constructo e uma visão singularizada. Este termo possui inúmeras definições, modelos explicativos e abordagens teóricas, que raramente são concordantes entre si, tornando-se uma convergência de subjetivismos (NUNES, 2005; ARAGÃO *et. al.*, 2009).

O suporte social é uma das cinco principais áreas de intervenção identificadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que preconiza fortalecimento das redes sociais de apoio. Segundo Paúl e Fonseca (2001 *apud* RODRIGUES, 2008) na psicologia da saúde, o suporte social enquadra-se cada vez mais se relacionando com o processo saúde-doença, e não obstante, ultimamente tem sua importância evidenciada no contexto esportivo de rendimento (ETNIER *et. al.* 1999; GASKIN e MORRIS 2008).

Diversas fontes originam a percepção do suporte social. A família é a principal responsável do suporte emocional e os serviços de assistência responsáveis pelo suporte informacional (MATSUKURA *et. al.* 2007). Ornelas (1994, p. 334) salientou que “a diversidade de conceitos e as inúmeras tipologias relacionadas com o suporte social têm criado alguma dificuldade na aceitação generalizada de uma definição” enquanto que Sarason *et. al.* (1983, p. 127) ressaltaram a importância da “existência ou disponibilidade de pessoas em que se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam conosco, nos valorizam e gostam de nós” no constructo das redes de apoio social. Neste contexto, o suporte social é uma crença específica e individual proveniente de múltiplas fontes de informação e interpretada pelo indivíduo (RODRIGUES, 2008; ARAGÃO *et. al.* 2009).

Pinto *et. al.* (2006) distinguiram rede social de suporte social. As redes sociais (*network*) (HARDY, RICHMAN e ROSENFELD, 1991; BIANCO e EKLUND, 2001) remetem a um conjunto de relacionamentos de um indivíduo com um grupo de pessoas, enquanto que o suporte social diz respeito à qualidade destas relações e a forma como as mesmas são percebidas pelo indivíduo. A análise do suporte social leva em consideração a percepção que os indivíduos têm sobre si, sobre a estima representativa que os outros demonstram, sobre a satisfação com as relações que possuem. Consideram as funções desempenhadas por um grupo (familiares, amigos, vizinhos, entre outros) a favor de um indivíduo, em determinadas situações da sua vida (HELLER, SWINDLE e DUSENBURY, 1986).

Alguns estudos demonstraram que o apoio social pode possuir algumas facetas de análise. Helgeson (2003) dividiu o apoio social em três esferas de existência: emocional, instrumental e informação. O suporte emocional remete a presença de pessoas disponíveis para conversar, escutar, preocupar-se, simpatizar e promover confiança ao sujeito (família, amigos ou profissionais da saúde). No suporte instrumental é importante à ajuda nas tarefas domésticas, empréstimo de dinheiro e aquisição de medicamentos enquanto que o suporte de informação refere-se a conselhos e orientações.

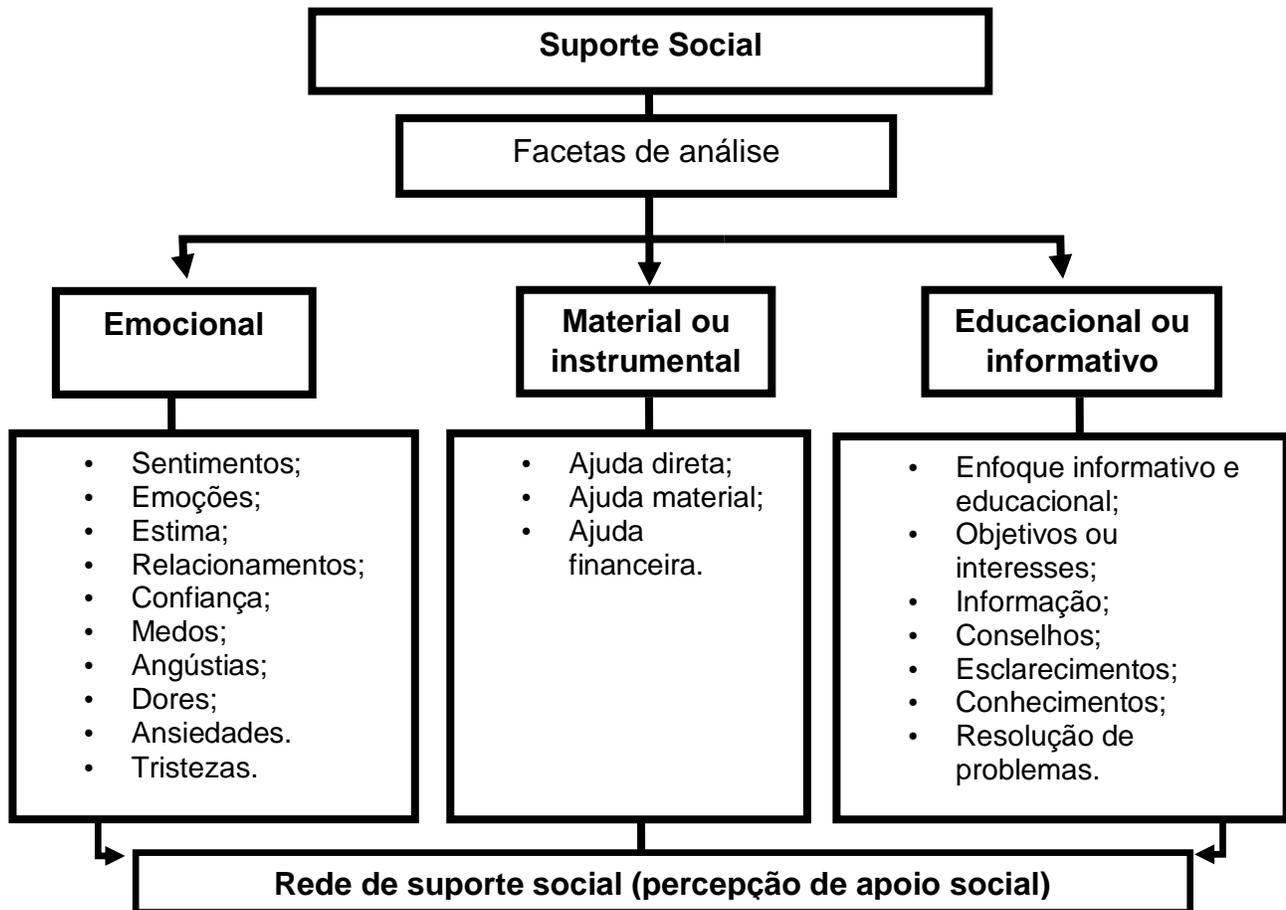


Figura 3. Três facetas do apoio social (Fonte: PIETRUKOWICZ, 2001).

O apoio emocional relaciona-se com sentimentos de emoções e estima. As pessoas passam a expressar os seus sentimentos ao interagirem com outras pessoas de um determinado grupo o qual passam a confiar determinados sentimentos (medos, angústias, dores, ansiedades, tristezas). Quanto ao apoio material, pode ser qualquer tipo de ajuda proveniente do grupo de convívio social da pessoa, seja material ou financeira. Por fim, o apoio educacional–informativo estrutura-se sobre vários assuntos, de acordo com determinados objetivos ou interesses em um grupo. Esta faceta possibilita à interação entre

as pessoas, demonstrando o sentimento de coesão entre os participantes demonstra que os sentimentos do indivíduo são compreendidos e acolhidos pelo grupo. São grupos formados por pessoas que procuram informação, conselhos, esclarecimentos, conhecimentos de determinados assuntos ou algo que os ajude a resolver os seus problemas.

Neste sentido, o suporte social caracteriza-se em função do grau de satisfação das necessidades sociais básicas (afeto, estima, pertença, identidade, segurança) e são satisfeitas através da ajuda emocional, instrumental e a assistência materiais obtidas através da interação com o meio. É através da rede social ao qual a pessoa está inserida, que se pode obter ajudas emocionais, instrumentais e financeiras (THOITS, 1982; GOTTLIEB, 1985; BAPTISTA, BAPTISTA e TORRES, 2006; SIQUEIRA, 2008).

Desta forma, o apoio social ocorre a partir da interação e do envolvimento das pessoas em grupos comunitários, instituições, associações e das relações íntimas e pessoais, através dos laços afetivos e emocionais com quem são estabelecidos e evidenciados os vínculos. O apoio social diz respeito às transações e interações que se estabelecem entre indivíduos, considerando a quantidade e qualidade da coesão das relações sociais que permeiam de modo dinâmico uma pessoa, no sentido de promover o bem-estar físico e psicológico (GRIEP, *et. al.* 2005; COSTA e LUDERMIR, 2005; GASPAR *et. al.* 2008).

Para Valla (1999) e Pietrukowicz (2001), o apoio social é qualquer informação, falada ou não; o auxílio material, oferecido sistematicamente por grupos e/ou pessoas que já se conhecem e que resultam em melhorias pessoais. Na medida em que o apoio social acontece de forma sistemática, a possibilidade de superação desses acontecimentos é ainda mais evidente. Lima (1999) ressaltou um conjunto de significativos e apropriados fatores que o ambiente é capaz de fornecer aos indivíduos, dando-lhes assim formas de enfrentar situações de dificuldades.

Martins (2005) ressaltou que a análise de todos os conceitos são implícitas e firmam-se em ligações entre os recursos e os processos de apoio social demonstrando a importância da inserção do indivíduo em grupos ou comunidades. É um processo dinâmico e complexo que envolve a reciprocidade entre os indivíduos e as suas redes sociais, buscando satisfazer as

necessidades, através de recursos pessoais que possuem para atingirem suas metas e objetivos. O apoio social assume um processo promotor de assistência e ajuda, através de fatores de suporte que facilitam e asseguram a sobrevivência dos seres humanos.

Descreve-se o apoio social em função de aspectos funcionais subjetivos (percepção do apoio efetivo e satisfação das necessidades) e estruturais objetivas (tamanho do grupo, intensidade dos contatos, participação em atividades e em instituições sociais), sendo genericamente definido como a utilidade das pessoas nas quais se pode confiar ou com quem se pode contar em qualquer circunstância (BAPTISTA *et. al.* 2006; MCNALLY e NEWMAN, 1999; RIBEIRO, 1999; SEIDLE e TRÓCCOLI, 2006).

Serra (1999) apresentou seis facetas do apoio social: afetivo, emocional, perceptivo, informativo, instrumental e de convívio social.

FACETAS	DEFINIÇÕES
Apoio Afetivo	Mesmo com seus defeitos e limitações, o indivíduo sente-se estimado e acolhido em seu grupo. Contribui para melhorar a autoestima.
Apoio emocional	A pessoa recebe ajuda para superação dos problemas; corresponde aos sentimentos de apoio e segurança percebidos pela pessoa.
Apoio perceptivo	Auxilia o indivíduo a reavaliar o seu problema, estabelecendo metas realistas.
Apoio informativo	É relativo à melhor compreensão das situações complexas, otimizando as tomadas de decisões; constitui o conjunto de informações e conselhos para tais decisões.
Apoio instrumental	É o auxílio ao indivíduo através de bens materiais propriamente ditos.
Apoio de convívio social	As atividades sociais ajudam o indivíduo a não se sentir isolado na medida em que participa de determinada rede social através de atividades de lazer ou culturais.

Quadro 2. Seis facetas do apoio social (Fonte: SERRA, 1999).

Observa-se então que vários estudos foram realizados para chegar a dadas definições e classificações. O fornecimento de *feedback* ao indivíduo, os relacionamentos, pertencer a um grupo e de confiança, manutenção da saúde e do bem-estar, apoio financeiro, fornecimento de bens, a resolução de problemas, percepção e compreensão nos remete a todos os fatores que podem ser classificados quanto ao apoio social e fazem com que a pessoa obtenha ou mantenha a construção da identidade social (ORNELAS, 1994; MAZZEI *et. al.* 2003).

3.2.1. Estados emocionais, saúde mental e suporte social

Os conceitos de saúde mental e estados emocionais abrangem, dentre vários fatores, o bem estar subjetivo, autoeficácia percebida, autonomia, competência, dependência interacional, autorrealização, potencial emocional e intelectual da pessoa (MACHADO, 1997; ROEDER, 2003). A saúde mental é caracterizada pela maneira que uma sociedade, em determinada época, julga ou reage a comportamentos considerados apropriados ou adequados, baseando-se em normas culturais, regras e conceitos próprios. É um aprendizado da realidade através do enfrentamento e solução de conflitos e problemas vivenciados. O sujeito é sadio na medida em que mantém uma atitude adequada de interação com o meio em que vive, e não uma relação passiva, rígida ou fora dos padrões de normalidades determinados pela sociedade. Encontra soluções satisfatórias para seus conflitos e seus mecanismos de defesa são utilizados de forma à sua situação de vida (LINO, 1997).

Strock (1991 *apud* ROEDER, 2003) demonstrou que os indivíduos mentalmente saudáveis vivenciam uma vasta gama de emoções (tristeza, raiva, frustração, alegria, amor, satisfação) e são capazes de enfrentar desafios e as mudanças da vida cotidiana, estabelecendo relações afetivas com outras pessoas. Segundo Ramos (2002, p. 160) “o suporte social pode exercer um papel essencial promovendo e mantendo a saúde física e mental”. Mais precisamente o suporte familiar, é muito importante para a manutenção da saúde mental (DESSEN e BRAZ, 2000).

Estudos salientaram que nos últimos anos a literatura tem demonstrado que a pobreza e a falta de suporte social estão frequentemente associadas à escassez ou declínio da saúde mental, se verificou que o suporte social, mais especificamente o suporte familiar, é

considerado primordial para redução dos efeitos de diferentes acontecimentos traumáticos na vida dos indivíduos (PIETRUKOWICZ, 2001; BAPTISTA, 2005, 2006; RUZZI-PEREIRA, 2007). Portanto, o suporte social é um meio de redução e tratamento de diversos transtornos mentais como a depressão, ansiedade e a esquizofrenia, podendo associar-se ao desenvolvimento e tratamento desses problemas (LOVISI *et. al.* 1996; LANGFORD *et. al.* 1997; LIMA, 1999; ROEDER, 2003). Tais transtornos são mais propícios para serem encontrados nos indivíduos com rede social enfraquecida e com poucas relações recíprocas, trocando-se menos recursos com as pessoas que permitem cumprir as principais funções de suporte social (BARRÓN, 1996 *apud* RODRIGUES, 2008).

Neste sentido, pesquisas demonstram que o suporte social, principalmente o familiar, é muito importante para prevenir o surgimento de baixos níveis de socialização e de sintomas depressivos. Verificou-se que o suporte social fornecido pelas redes de apoio reduz o isolamento e aumenta a satisfação com a vida. Esta satisfação tem função de redução do *stress* e tem a capacidade de proteger os indivíduos de estados psicopatológicos, prevenindo assim uma baixa na saúde mental (CASSEL, 1976; COBB, 1976; UNDÉN e ORTH-GOMÉR, 1989; BAPTISTA, *et. al.* 2006).

Não obstante, salienta-se que quanto mais elevado for o nível de suporte familiar, mais baixa será a prevalência de transtornos de estados de humor (ROHLFS *et. al.* 2004). A existência do apoio familiar e a ausência de conflitos diminui o risco para a depressão (LANGFORD *et. al.* 1997; ANDRADE, VIANA e SILVEIRA, 2006). Dentre outros fatores, Lima (1999) em estudos epidemiológicos ressaltou que fatores como a falta e/ou ausência do conjugue, isolamento social e a falta de uma pessoa confidente associam-se a maior ocorrência de depressão, sendo que as mulheres apresentam duas vezes mais depressão que os homens, especificamente devido à ausência de suporte social.

3.2.2. O suporte social no contexto esportivo de rendimento

Na principal vertente da psicologia social, frequentemente o suporte social tem sido mais estudado em relação aos recursos psicossociais, encontrando relações com estresse e estratégias de *coping* (ANTONIAZZI, DELL'AGLIO e BANDEIRA, 1998). Embora as

evidências ligando o suporte social para o desempenho ainda sejam relativamente escassas, tem-se demonstrado que o suporte social pode ser responsável por até 24% da variação da *performance*, diminuindo os efeitos do estresse. Entretanto, no contexto esportivo de rendimento, não se encontram muitos estudos abordando as relações entre suporte social e *performance* esportiva (REES e HARDY, 2000; REES, SMITH, e SPARKES, 2003; REES e FREEMAN, 2010).

Tendo em vista o conceito de suporte social, o campo esportivo de rendimento é analisado como aquele constituído por pessoas que estão orientadas a determinadas metas e unidas das mais diversas maneiras. Esta união reflete os diferentes potenciais de poder exercidos nesses contatos. Essas pessoas, por sua vez, são movidas por valores que se formam e se transformam no próprio decorrer do contato entre elas. Desta forma, no universo esportivo existe uma teia de relações humanas (necessidades, ideias, impulsos) em constante transformação que correspondem pela formação do próprio campo entre os atletas de rendimento, que formam um grupo social relacionando-se tanto com grupos internos quanto com externos ao campo profissional (COSTA, 2007).

No processo de aderência e envolvimento à prática esportiva, e conseqüentemente, ao exercício físico sistematizado, é evidente a importância das redes de apoio social (VALLA, 1999; PIETRUKOWICZ, 2001). A influência social pode vir de diversas fontes: familiares, amigos e ainda outros atletas. Isto pode gerar um impacto sobre inúmeras manifestações no envolvimento com a prática, em relação ao comportamento, cognição e afeto. A influência social dos outros faz a diferença no envolvimento e satisfação com a prática esportiva, entretanto ainda com questões inexploradas e resultados inexplicáveis. Evidenciou-se que as pessoas mais autodeterminadas no envolvimento são as que possuem melhor percepção de suporte social. Neste sentido, a psicologia social oferece testemunho do impacto da influência social sobre o comportamento humano, cognições e afeto (CARRON, HAUSENBLAS e MACK, 1996).

Partindo do pressuposto que nos últimos anos o envolvimento com a prática esportiva tem diminuído, Hsu *et. al.* (2010) encontraram evidências semelhantes ao estudarem as influências do apoio social e as barreiras percebidas no envolvimento com a prática da

atividade física em jovens estudantes. Na percepção do suporte social, destacou-se a importância exercida pela família e demais pessoas com certa proximidade com determinada importância na vida de cada um. O estudo evidenciou que os jovens devem ser incentivados desde cedo para aderirem a alguma prática, fazendo com que passem a aderir a algum grupo em comum estabelecendo relações sociais desde a infância.

Rosenfeld, Richman e Hardy (1989) propuseram uma dupla investigação examinando a rede de suporte social entre atletas, descrevendo e relacionando com o estresse. Em um primeiro momento, abordaram as redes de apoio dos atletas com relação a quem fornece, quais os tipos de apoio e em que níveis são percebidos; posteriormente compararam a rede de apoio social entre os atletas com alto nível de estresse e baixo nível de estresse. Os resultados indicaram que no contexto esportivo o apoio social é fornecido por treinadores, colegas, amigos e pais, cada um contribuindo de maneira peculiar para a manutenção desta rede. Os treinadores e companheiros de prática foram identificados como fornecedores de suporte que exigiam conhecimentos nos esportes e os amigos e pais foram identificados como provedores do fornecimento complementar dos tipos de apoio que não exigem tal ciência. Ressaltou-se que as mulheres com baixo nível de estresse eram as que percebiam mais apoio de seus treinadores. No entanto, identificaram poucas diferenças quando compararam os níveis de suporte social entre os atletas e estresse.

Ressaltando a importância do suporte social na relação entre estresse e lesões, um estudo de Hardy, Richman e Rosenfeld (1991) examinou atletas colegiais de ambos os gêneros nas modalidades de voleibol, ginástica, hóquei de campo, futebol, *cross-country*, atletismo e lutas. Os resultados indicaram como preditores o estresse e o suporte social, no aparecimento de lesões principalmente entre atletas do sexo masculino. Especificamente, a frequência das lesões inerente a um baixo suporte social, apresentou um efeito direto no surgimento de eventos negativos na saúde física, psicológica e no bem-estar geral dos atletas. O apoio social demonstrou ser um importante fator interveniente no esporte, permitindo através de modelos explicativos a identificação de indivíduos mais propensos ao surgimento das lesões e doenças, ressaltando o papel funcional do suporte social na vida diária.

Em investigação com atletas de alto nível, as experiências de suporte social foram destacadas como benefícios de potencial influência no esporte, estando ligadas a coesão de grupo, *coping*, baixo desempenho, *burn-out*, vulnerabilidade a doenças, estilos de liderança e *performance*. Neste contexto, o suporte social demonstrou ser um constructo multidimensional, em que diferentes tipos de suporte foram percebidos para ajudar a lidar com diferentes tipos de problemas e fontes de estresse. Destacaram-se quatro fontes primárias: emocional, estima, informacional e apoio tangível, estando ligados a comportamentos específicos e funções desempenhadas a partir destas fontes. Neste sentido o suporte social está diretamente ligado com determinada relevância com a *performance* esportiva (REES e HARDY, 2000).

Bianco e Eklund (2001) fizeram suas considerações conceituais na pesquisa do suporte social no esporte e lesões. Indicaram que o suporte social pode contribuir para a saúde em geral e bem-estar, reduzindo a exposição ao estresse e melhorando as estratégias de enfrentamento. Trataram especificamente da diferença entre atividades e mensagens de suporte, suporte percebido e suporte recebido e por fim, rede social, suporte comportamental e avaliação do suporte.

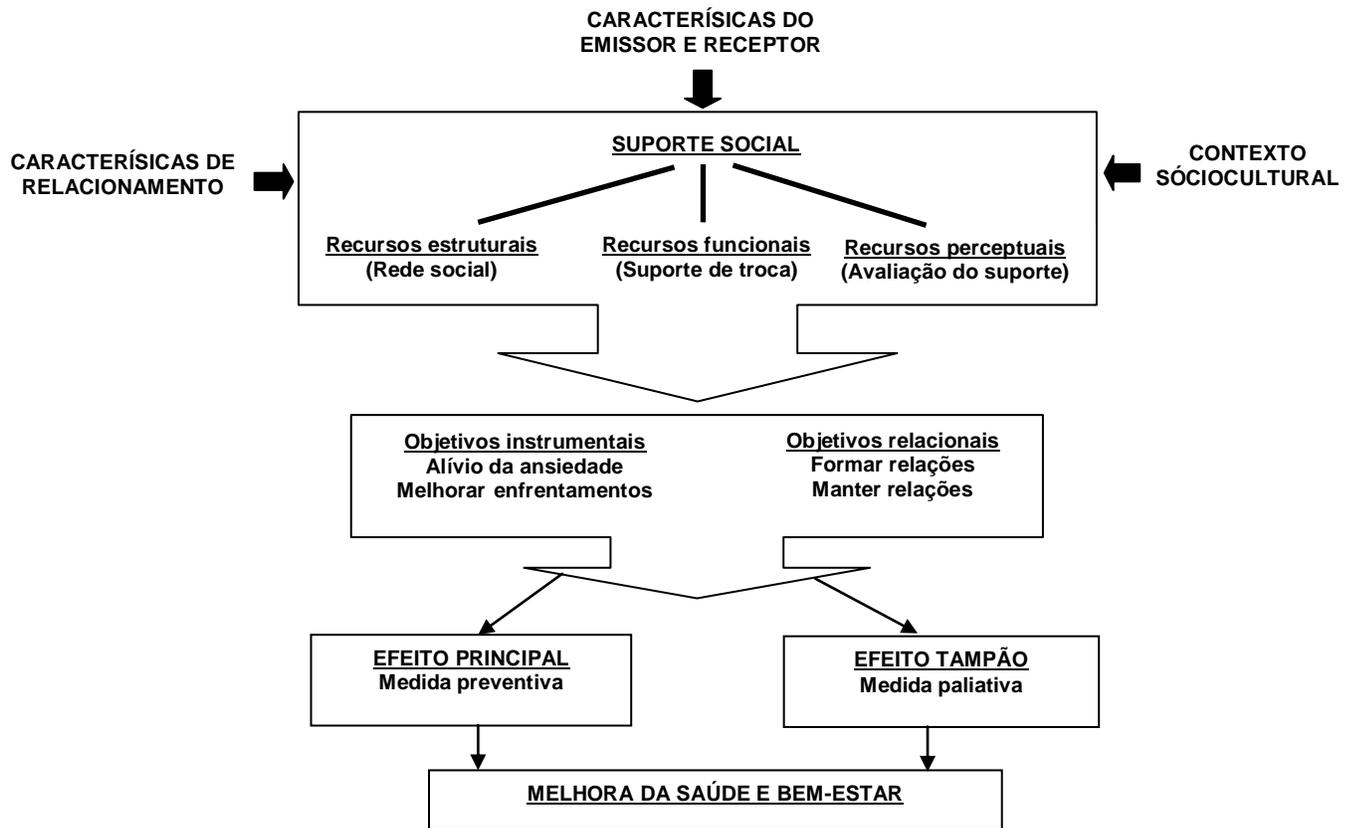


Figura 4. Mapa conceitual do processo de suporte social (adaptado de BIANCO e EKLUND, 2001, p. 88).

Neste sentido, grandes teóricos apontam que o suporte social é um processo interativo, influenciado pelo emissor e receptor das características do relacionamento que dividem o contexto sociocultural em que vivem. As experiências neste contexto evidenciam que o suporte é dirigido a objetivos instrumentais e de relação, no qual acabam por produzir e aprimorar um bom estado geral de saúde e bem-estar (BIANCO e EKLUND, 2001).

A influência do apoio social sobre as experiências vividas em desportistas com lesão medular foi estudada por Rees, Smith, e Sparkes (2003). Inerente a influencia positiva do suporte social, foram encontrados exemplos e experiências negativas vividas com a falta de suporte no esporte. Os atletas lesionados necessitavam de real apoio, porém não conseguiam receber todo apoio que achavam necessário de pessoas importante, que não tinham consciência de sua importância. Geralmente o suporte social é um importante recurso para todas as pessoas. Vários tipos de suporte social são considerados úteis no processo de reabilitação de pessoas com determinadas enfermidades. Dentre outros comportamentos, os

atletas que percebiam um apoio emocional, ligavam ao fato de determinada pessoa estar ali ao seu lado, auxiliando também na autoestima.

De uma forma geral estes estudos demonstraram a real importância e influência do apoio social, da rede social, no contexto sociocultural em que vivem os atletas. Atualmente alguns estudos continuam a abordar esta temática, como por exemplo, uma pesquisa realizada com um experimento de golfe (REES e FREEMAN, 2010), analisou a relação entre a *performance* e o suporte social dos participantes. Os resultados sugeriram que os participantes que demonstraram alto nível de suporte social, obtiveram melhor desempenho nas tacadas do que o grupo com menor percepção de suporte social. Deve-se ressaltar, entretanto, que fatores adicionais podem influenciar efetivamente nas trocas perceptivas do suporte social, como por exemplo, o contexto em que vive o atleta, assim como a distinção entre o tipo ou nível de apoio que o indivíduo percebe ou necessita e aquilo que realmente precisa (FREEMAN e REES, 2009).

3.3. Qualidade de vida

Para compreender qualidade de vida deve-se incorporar na sua definição o trabalho do diário que influencia as decisões e condutas tomadas. O interesse crescente por este termo pode ser exemplificado, ainda, por indicadores de produção de conhecimento, associados aos esforços de integração e de intercâmbio de pesquisadores e de profissionais interessados no tema (SEIDL e ZANNON, 2004).

Pereira (2008) colocou que a influência de fatores biopsicossociais tem sido discutida na terminologia qualidade de vida. Estudos das áreas de ciências humanas e sociais tem buscado cada vez mais analisar os efeitos desse parâmetro tridimensional em várias esferas da vida do indivíduo como família, escola, lazer, saúde, sociedade.

Na Quadro 3, temos uma taxionomia de definições sobre qualidade de vida.

TAXONOMIA	DEFINIÇÕES
1 – Definição Global	Primeiras definições que aparecem na literatura. Predominam até meados da década de 80. Muito gerais, não abordam possíveis dimensões do construto. Não há operacionalização do conceito. Tendem a centrar-se apenas em avaliação de satisfação/insatisfação com a vida.
2 – Definição com base em componentes	Definições baseadas em componentes surgem nos anos 80. Em componentes Inicia-se o fracionamento do conceito global em vários componentes ou dimensões. Iniciam-se a priorização de estudos empíricos e a operacionalização do conceito.
3 – Definição focalizada	Definições valorizam componentes específicos, em geral voltados para habilidades funcionais ou de saúde. Aparecem em trabalhos que usam a expressão qualidade de vida relacionada à saúde. Ênfase em aspectos empíricos e operacionais. Desenvolvem-se instrumentos diversos de avaliação da qualidade de vida para pessoas acometidas por diferentes agravos.
4 – Definição combinada	Definições incorporam aspectos dos tipos 2 e 3: favorecem aspectos do conceito em termos globais e abrangem diversas dimensões que compõem o constructo. Ênfase em aspectos empíricos e operacionais. Desenvolvem-se instrumentos de avaliação global e fatorial.

Quadro 3. Taxonomia das definições de qualidade de vida (Fonte: FARQUHAR, 1995).

Um aspecto importante sempre frisado na ótica de conceituar e definir algum termo são os aspectos subjetivos, ou seja os estímulos podem ser recebidos, ou ainda, percebidos de maneiras distintas, passando por processos subjetivos de avaliação, interpretação, percepção e assimilação das informações (BECKER JÚNIOR e SAMULSKI, 1998; WEINECK, 2003; SAMULSKI, 2009).

Berger e Macinman (1993) classificaram a qualidade de vida como:

...a satisfação harmoniosa dos objetivos e desejos de alguém; isso enfatiza a experiência subjetiva mais que as condições objetivas de vida. A qualidade ou felicidade é a abundância de aspectos positivos somada a uma ausência de aspectos negativos [...] reflete também o grau no qual as pessoas percebem que são capazes de satisfazer suas necessidades psicofisiológicas (p. 729).

Para Weinberg e Gould (2001) definir a qualidade de vida é expressar as ações avaliativas de uma pessoa na vida. Na medida em que envelhecemos, a qualidade de vida tende a ser afetada por eventos psicossociais e por comportamentos de saúde, de modo que a atividade física se torna cada vez mais importante devido à sua relação positiva com saúde física e mental.

No início da década de 90, consolidou-se um consenso entre os estudiosos da área quanto a dois aspectos relevantes do conceito de qualidade de vida: subjetividade e multidimensionalidade. No que concerne à subjetividade, trata-se de considerar a percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre os aspectos não médicos do seu contexto de vida (SEIDL e ZANNON, 2004). Em outras palavras, como o indivíduo avalia a sua situação pessoal em cada uma das dimensões relacionadas à qualidade de vida.

Woodruff e Conway (1992) tendo suas pesquisas citadas por SAMULSKI (2009), afirmaram que a qualidade de vida é o resultado das condições subjetivas de um indivíduo nos vários subdomínios que compõem sua vida, como, por exemplo, seu trabalho, sua vida social, sua saúde física, seu humor, etc. O exercício físico influencia diretamente a saúde física, o humor, e indiretamente sua vida social. Desta forma percebe-se que os exercícios físicos são de suma importância para o bem-estar físico e mental. Suas práticas são necessárias para uma futura obtenção de uma vida com qualidade, porém tentando evitar os excessos (WEINECK, 2003).

3.3.1. Aspectos que interferem na Qualidade de Vida

Os fatores intervenientes na qualidade de vida necessitam de ampla abordagem e discussão. Tais fatores passaram a ter suma importância no campo científico de estudo, no qual se encontram pesquisas abordando populações distintas e fatores específicos, como fatores socioeconômicos do Brasil na década de 80 (OMETTO *et. al.* 1995), sintomas depressivos e funcionamento social (FLECK *et. al.* 2002), a relação entre a atividade física e a qualidade de vida em pessoas com acidente vascular isquêmico (COSTA e DUARTE 2002), qualidade de

vida com idosos (FLECK *et. al.* 2003), qualidade de vida ligada a religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais (FLECK *et. al.* 2003), dentre outros.

Neste sentido, leva-se em consideração que tantos fatores ambientais quanto os fatores individuais podem interferir na qualidade de vida.

QUALIDADE DE VIDA	
Parâmetros Sócio-Ambientais	Parâmetros Individuais
✓ Moradia, transporte, segurança	✓ Hereditariedade
✓ Assistência médica	✓ Estilo de vida
✓ Condições de trabalho e remuneração	✓ Hábitos alimentares
✓ Educação	✓ Atividade física habitual
✓ Opções de lazer	✓ Relacionamentos
✓ Meio ambiente	✓ Comportamento preventivo
✓ Etc...	

Quadro 4. Aspectos que interferem na qualidade de vida da população. (NAHAS, 2001, p. 06).

O quadro 4 demonstra alguns aspectos individuais e ambientais que podem influenciar na qualidade de vida de uma pessoa, ou de um grupo. Nota-se a variedade de fatores existentes que influenciam na vida das pessoas, tendo em vista que é necessária sempre uma visão multidimensional quando são abordados assuntos pertinentes ao ser humano, em que os fatores podem afligir a pessoa ao longo da vida (BECKER JÚNIOR, 2000).

Para Chelladurai e Riemer (1998), a satisfação e consequente autorrealização do atleta são definidos como processos e resultados associados à experiência esportiva, relacionada ao estado afetivo positivo originado por uma avaliação complexa das estruturas e estão diretamente ligadas a qualidade de vida. A satisfação e autorrealização são pontos em comum para que os atletas consigam o máximo de seu desempenho. Isto pode ser adquirido a partir da efetividade de uma organização esportiva que está intrinsecamente ligada à capacidade de atendimento das necessidades básicas dos atletas, tornando-se fundamental o conhecimento do nível de satisfação dos mesmos (CHELLADURAI, 1987).

Neste sentido, dentro do contexto esportivo observa-se o desempenho técnico e tático do atleta por meio do domínio de movimentos, representando uma possibilidade de

autorrealização que está relacionada com sua percepção de qualidade de vida e ainda com a qualidade da administração da organização percebida pelo atleta (CUNHA, 2008).

3.3.2. Qualidade de vida e esporte de rendimento

O esporte engloba uma ampla diversidade de atividades que se ampliam periodicamente com o surgimento de novas modalidades. Através do esporte pode alcançar benefícios físicos, psicológicos e sociais proporcionados pela prática de atividades físicas e pelas demais formas de exercício (NAHAS, 2001; CHEIK *et. al.*, 2003; BLACKLOCK, RHODES e BROWN, 2007; SAMULSKI *et. al.*, 2009). Dificilmente encontram-se características em comum que possam unir modalidades tão diferentes dentro do esporte como, por exemplo, o xadrez, o automobilismo, futebol, o atletismo e o *tai-chi-chuan* (TANI, 2000; TANI, BENTO e PETERSEN, 2006). O esporte pode exigir dos praticantes a intensificação dos processos de treinamento, o prolongamento dos períodos de manutenção da forma e resultados cada vez melhores.

A distinção entre esporte e a atividade física é dada no momento em que são traçados os objetivos e as metas de cada um: atividade física em linhas gerais visa à promoção da saúde, enquanto que o desporto de rendimento busca bom nível de rendimento ligado às competições de alto nível, definido por Feijó (1998) como o desporto competitivo e o esporte profissional, no qual nem sempre é profissional o atleta participante de tais competições.

Atividade física e aptidão física têm sido associadas ao bem estar, à saúde e à qualidade de vida das pessoas em todas as faixas etárias (NAHAS, 2001). No âmbito da competitividade a busca pela aptidão pode gerar alguns efeitos negativos na saúde mental da pessoa, gerando perturbações emocionais (SAMULSKI, 1996; BECKER JÚNIOR, 2000). Estas são as mais conhecidas pelos psicoterapeutas: ansiedade; baixa autoestima; baixa tolerância à frustração; conduta descontrolada (características agressivas); depressão; distúrbios nos padrões de atividade física; transtornos psicológicos.

Weinberg e Gould (2001) realizaram estudos bibliográficos no qual traçaram a relação entre exercício físico e bem estar mental, delineando correlações entre fatores de cunho fisiológico

e psicológico. No nível fisiológico ocorre aumento no fluxo sanguíneo cerebral; mudança nos neurotransmissores cerebrais; aumento no Vo_{2max} e liberação de oxigênio para os tecidos cerebrais; redução na tensão muscular e mudanças estruturais no cérebro. No estado psíquico enquanto praticam exercícios físicos as pessoas 'dão um tempo' ou esquecem-se de seus problemas cotidianos; sensação aumentada de controle; sentimento de competência e autoeficácia; interações sociais positivas e melhora no autoconceito e autoestima.

Weineck (2003) destacou que o esporte em si não é saudável e nem maléfico, mas poderá ser sempre saudável se for levado em consideração à forma como é praticado. Todo esporte, por mais saudável que seja, se praticado de forma excessiva, pode inverter os efeitos positivos e conduzir para danos à saúde, assim como a prática da atividade física em geral.

As exigências de cada modalidade, a ética de dirigentes e atletas e de fatores culturais são fatores que influenciam no aparecimento de lesões, assim como a conduta dos atletas que muitas vezes são desafiados a levar seus corpos ao limite para melhorar o desempenho (BARBANTI, 2001; DANTAS, 2003; TUBINO e MOREIRA, 2003).

Requa e Garrick (2005) investigaram a relação entre as lesões e o esporte, no qual identificaram que o número de lesões tem aumentado de acordo com o aumento do número de praticantes esportivos. Muitos atletas desconhecem ou ignoram os riscos existentes devido a condutas incorretas. Esses riscos podem resultar no desenvolvimento de doenças que podem levar o indivíduo à inatividade. Poucos estudos examinaram as consequências que essas lesões podem trazer aos atletas ao longo da vida.

Na busca pela excelência esportiva, tem-se investigado alguns métodos indevidos de conduta como, por exemplo, a utilização de esteroides. Devido a sua capacidade de aumentar a massa e a força musculares, eles vêm sendo crescentemente utilizados para o aumento o desempenho físico (SILVA, DANIELSKI e CZEPIELEWSKI, 2003). O uso dessas substâncias difundiu-se não só no meio esportivo como também nas atividades físicas com finalidade de lazer mesmo sabendo de suas consequências que podem causar alterações cardiovasculares, comportamentais, endócrinas, imunológicas e metabólicas (CUNHA, 2008;

SILVA, DANIELSKI e CZEPIELEWSKI 2003). Neste contexto, o esporte pode causar desordens físicas, psicológicas e/ou sociais e assim, influenciar a percepção de QV dos atletas.

Na linha científica dos estudos da psicologia esportiva encontram-se fundamentações baseadas na psicologia organizacional e na psicologia do trabalho, por se tratarem de ciências semelhantes. Existem algumas pesquisas indicativas sobre Qualidade de Vida no Trabalho (QVT). O desporto de rendimento, nosso objeto de estudo, muitas vezes trata-se do próprio trabalho da pessoa (atletas de nível nacional).

Concluindo quanto à relação entre o esporte, exercícios físicos e a qualidade de vida, estudos de Morgan e Goldston (1987) citados por Weinberg e Gould (p. 383, 2001) concluíram que “o condicionamento físico esta associado de maneira positiva com a saúde e o bem estar mental ao passo que prática de exercícios físicos esta relacionada com a redução de emoções, como a ansiedade” (p. 383).

4 MÉTODOS

4.1 Caracterização do estudo

Pesquisa descritiva, tipo correlacional, visando descrever as características de determinado grupo de sujeitos, bem como investigar o efeito das variáveis independentes sobre as variáveis dependentes, estabelecendo se há (ou não) determinada associação entre dois ou mais traços ou desempenho (THOMAS, NELSON e SILVERMAN 2007).

4.2 Sujeitos do estudo

4.2.1 População

A população deste estudo foi composta por 20 atletas da seleção brasileira de voleibol masculino adulto, convocados para temporada de 2010, quatro equipes participantes do 3º *Gran Prix* (GP) Estadual de Vôlei do Paraná – 2010 e 12 equipes participantes dos 53º Jogos Abertos do Paraná (JAP'S) – 2010.

4.2.2 Amostra

Os critérios utilizados para seleção da amostra foram: atletas convocados para seleção brasileira de voleibol masculino adulto – 2010; todas as quatro equipes participantes do 3º *Gran Prix* Estadual de Vôlei do Paraná – 2010 e as três equipes melhores classificadas nos Jogos Abertos do Paraná – 2009 de acordo com o *ranking*. Todos os atletas consentiram em participar desta pesquisa.

Assim, foram sujeitos 47 atletas de nível municipal participantes dos JAP'S – 2010, 26 atletas de nível de estadual participantes do GP e 13 atletas de nível nacional participantes da seleção brasileira – 2010, totalizando 86 atletas de voleibol masculino adulto.

4.3 Instrumentos

4.3.1 Ficha de identificação do atleta

Utilizou-se uma ficha de identificação (APÊNDICE A) com fins de registro dos dados pessoais dos atletas como nome, data de nascimento, endereço, tempo de prática, idade de início, tempo de treinamento diário, dias de treinamento e conquista de medalhas.

4.3.2 Testes Psicométricos

Foram utilizados três instrumentos de medida: Escala de Auto Eficácia Geral Percebida (EAEGP) (ANEXO A); Formulário Curto Para Pesquisa em Saúde e Qualidade de Vida (*Medical outcomes study 36 - item short – form health survey*) (SF-36) (ANEXO B) e o *Medical Outcomes Study Social Support Survey* (MOS-SSS) de suporte social (ANEXO C).

Para a análise da autoeficácia utilizou-se a Escala de Auto Eficácia Geral Percebida (*The General Self-Efficacy Scale*) (EAEGP) (SCHWARZER e JERUSALEM, 1995) validado por Souza e Souza (2002). A escala foi criada para avaliar um senso geral de autoeficácia percebida, objetivando prever a capacidade de superação das dificuldades diárias assim como a adaptação depois de experimentar todos os tipos de eventos estressantes da vida. Para validar a escala, a consistência interna foi analisada através do *Alpha de Cronbach*, que obteve índice de 0.81, mostrando a adequação da versão brasileira (SOUZA e SOUZA 2002). A EAEGP possui 10 itens sobre opiniões pessoais do indivíduo a respeito de si mesmo. Estão elaboradas em escala *Likert* que variam de 1 (nem um pouco verdadeiro) até 4 (exatamente verdadeiro). A pontuação varia de 11 pontos (autoeficácia baixa) a 44 pontos (autoeficácia alta). Os resultados foram categorizados em: baixa (11 – 22 pontos), média (23 – 33 pontos) e alta autoeficácia (34 – 44 pontos). Neste estudo, a escala apresentou um *alpha* de $\alpha = 0,85$, demonstrando uma forte confiabilidade dos dados.

Para a análise da qualidade de vida, foi utilizado o Formulário Curto Para Pesquisa em Saúde (*Medical outcomes study 36 - item short – form health survey*) (SF-36) que foi criado a partir de uma revisão dos instrumentos ligados a qualidade de vida já existente na literatura nos últimos 20 anos (CICONELLI 1997). Este instrumento avalia 8 aspectos distintos:

capacidade funcional (10 itens); aspectos físicos (4 itens); aspectos emocionais (3 itens); dor (2 itens); estado geral de saúde (5 itens); vitalidade (4itens); aspectos sociais (2 itens) e saúde mental (5 itens). As questões possuem escala *Likert* que variam de 1 a 3 e de 1 a 7 pontos. A pontuação final é de zero a 100 pontos, em que zero é considerado o pior estado de qualidade de vida e 100 o melhor estado de qualidade de vida. Para categorização, os resultados foram divididos em: regular (0 – 30 pontos) boa (31 – 60 pontos) e muito boa qualidade de vida (61 – 100 pontos). No presente trabalho, este instrumento apresentou uma forte confiabilidade com $\alpha=0,76$.

Quanto ao suporte social, utilizou-se o *Medical Outcomes Study for Social Support Survey* (MOS-SSS) que consta de 20 itens que avaliam o apoio social, funcional e estrutural. Durante o processo de validação analisou-se a consistência interna, a análise fatorial exploratória e confirmatória e a estabilidade temporal da escala. Todas foram adequadas em todas as subescalas, confirmando a confiabilidade e validade da versão portuguesa do MOS-SSS (FACHADO *et. al.* 2007). Para avaliar o apoio estrutural, uma primeira questão tem como questionamento: quantos amigos íntimos ou familiares próximos têm? Para avaliar o apoio funcional o questionário subdivide-se em quatro subescalas: apoio material (4 questões), apoio emocional (8 questões), apoio afetivo (3 questões) e interação social positiva (4 questões), que são avaliados numa escala de *Likert* de 1 (nunca) a 5 (sempre). Para obtenção do resultado final de cada subescala, deve-se somar a pontuação obtida em cada uma e dividir pela pontuação máxima possível na referente subescala, multiplicando por 100. O valor final obtido pode variar de 20 (pior apoio na subescala) a 100 pontos (melhor apoio na subescala). Os resultados foram categorizados em: baixo (20 – 44 pontos), médio (45 – 70 pontos) e alto nível de suporte social (71 – 100 pontos). Para esta pesquisa o *alpha* foi de $\alpha=0,96$, demonstrando uma forte consistência interna do questionário.

4.4 Coleta de Dados

Para fins de coleta de dados, esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá através do parecer 297/2010 (ANEXO D). Solicitou-se a autorização da Confederação Brasileira de Voleibol (CBV) (APÊNDICE D) para realização da coleta com os atletas

nacionais, assim como para as equipes de nível municipal e estadual participantes do 3º *Gran Prix* Estadual de Vôlei do Paraná (APÊNDICE F) e dos 53º Jogos Abertos do Paraná (APÊNDICE G).

Os dados foram coletados de forma individual e nos locais de treinamento e competições dos atletas, considerando que os atletas não estivessem em situações pré ou pós-jogo, após o recolhimento dos termos de consentimentos (APÊNDICE B) dos atletas maiores de idade. Para os atletas menores de idade foi solicitado o consentimento dos pais e ou responsáveis (APÊNDICE C) em dias e horários de acordo com a disponibilidade dos atletas.

4.5 Análise dos Dados

Para análise dos dados, utilizou-se estatística descritiva (mediana, intervalo interquartilico, frequência e percentual), através de parâmetros estatísticos específicos de acordo com a normalidade dos dados demonstrada pelo teste *Kolmogorov-Smirnov*, estabelecendo-se o nível de significância de $P \leq 0,05$. Utilizou-se o coeficiente *Alpha* de *Cronbach* para avaliar a confiabilidade dos dados.

Na identificação dos níveis de autoeficácia e suporte social, categorizaram-se seus níveis em: baixo, médio e alto. A análise da qualidade de vida foi categorizada em: regular, boa e muito boa. Desta forma, estes dados foram analisados através da frequência e do percentual obtidos.

A comparação dos níveis de autoeficácia, suporte social e qualidade de vida foi realizada em relação ao nível técnico dos atletas (municipal, estadual e nacional), idade e o tempo de prática (anos). A idade dos atletas variou entre 15 e 38 anos. Desta forma, realizou-se a divisão em três grupos etários: 15 a 22 anos, 23 a 30 anos e 31 a 38 anos de idade. O tempo de prática observado variou entre 1 e 24 anos de prática. Assim, dividiu-se o tempo de prática em três grupos: 1 a 7 anos, 8 a 15 anos e 16 a 24 anos de prática.

Neste sentido, após a verificação da homogeneidade das variâncias demonstrada pelo teste de *Levene*, utilizou-se a *ANOVA One-way* com o *post-hoc* de *Scheffé*. Nos casos em que se

verificou a violação da homogeneidade das variâncias, optou-se em fazer o ajuste pelo *log*. Ainda sim, quando a homogeneidade permaneceu violada, adotou-se estatística não paramétrica com o teste de *Kruskal-Wallis* para identificação da diferença entre os grupos. Quando o teste apontou diferenças, o teste 'U' de *Mann-Whitney* foi utilizado para comparação aos pares.

Para identificação das escalas do suporte social e da qualidade de vida com maior destaque entre os atletas, foi utilizado o Teste *Anova* de Medidas Repetidas e o *post-hoc* de *Bonferroni*. A verificação da esfericidade foi feita através do Teste de Esfericidade de *Mauchly's W*, que se trata de um teste de normalidade específico. Como foi demonstrada violações na esfericidade, utilizou-se o Teste *Greenhouse-Geiser* para correções técnicas que possibilitou a utilização do teste.

Na realização da associação entre as variáveis foi utilizado o Teste de Associação do Qui-quadrado. Quando necessário, verificou-se o Teste exato de *Fischer*. Para as variáveis que demonstraram associações significativas, o teste 'V' de *Cramer* foi verificado para analisar as medidas de efeito entre as variáveis. Como não foi possível associar as variáveis entre os atletas nacionais, observou-se a correlação entre as variáveis através da correlação de *Spearman*. Por fim, utilizou-se a Regressão de *Poisson* com ajuste robusto para analisar a razão de prevalência entre as variáveis que demonstraram associação.

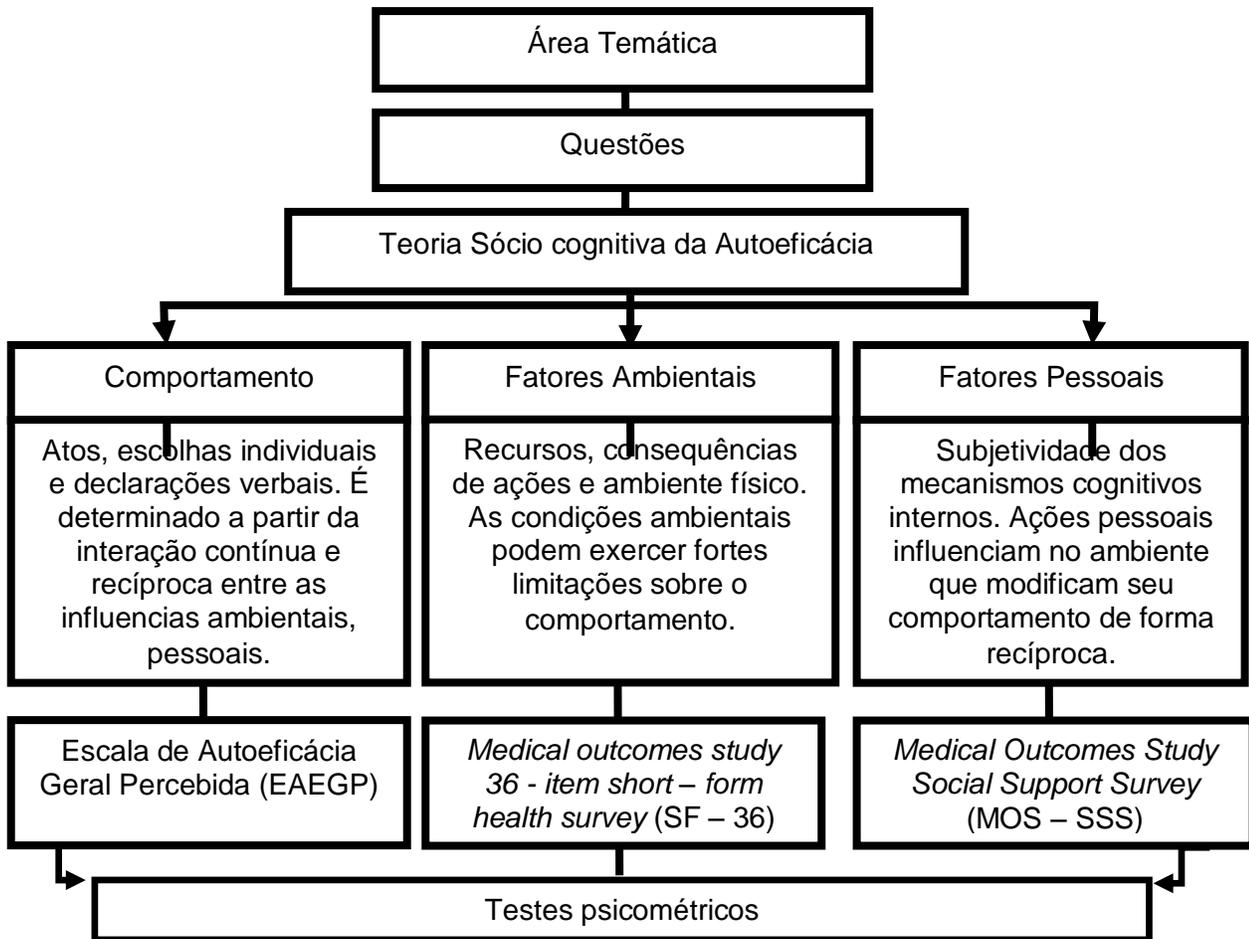


Figura 5. Fluxograma do modelo de análise adotado para o estudo.

5 RESULTADOS

Considerando os objetivos referentes à investigação da autoeficácia (AE), do suporte social (SS) e da qualidade de vida (QV) no esporte de rendimento, os resultados serão apresentados em tópicos. O primeiro tópico irá abordar os níveis de autoeficácia, suporte social e qualidade de vida em atletas de rendimento. Posteriormente, no segundo tópico serão demonstrados dados de comparação dos níveis de autoeficácia, suporte social e qualidade de vida dos atletas de rendimento. Por fim, o terceiro tópico apresentará a associação e a correlação da autoeficácia dos atletas, considerando os níveis de suporte social e qualidade de vida, nível técnico do atleta, tempo de prática e idade.

5.1. Níveis de autoeficácia, suporte social e qualidade de vida em atletas de rendimento.

A autoeficácia geral percebida foi categorizada em três níveis: baixa (11 – 22 pontos), média (23 – 33 pontos) e alta (34 – 44 pontos), assim como os níveis de suporte social: baixo (20 – 44 pontos), médio (46 – 70 pontos) e alto (71 – 100 pontos), e estão apresentados na Tabela 1 em frequências e percentuais dos atletas de voleibol de rendimento.

TABELA 1 – Frequência e percentual dos níveis da autoeficácia e suporte social dos atletas de voleibol masculino adulto.

	BAIXO		MÉDIO		ALTO		TOTAL	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Autoeficácia	01	1,1	33	38,4	52	60,5	86	100
Apoio Material	13	15,1	26	30,2	47	54,7	86	100
Apoio Emocional	37	43,0	-	-	49	57,0	86	100
Apoio Afetivo	02	2,3	20	23,3	64	74,4	86	100
Interação Social Positiva	03	3,5	19	22,1	64	74,4	86	100

Observa-se na Tabela 1 que os atletas demonstraram altos níveis de autoeficácia e suporte social em todas as variáveis analisadas. Em relação à autoeficácia, houve prevalência de alto nível (60,5%), enquanto que apenas um atleta (1,1%) apresentou um baixo nível de autoeficácia.

Quanto ao suporte social, os resultados evidenciaram prevalência de altos níveis de suporte social em todas as escalas. As escalas apoio afetivo e interação social positiva apresentaram maior prevalência de alto nível de suporte social com 64 atletas (74,4%) em cada escala. Para 49 atletas (57,0%) identificou-se alto nível de suporte na escala apoio emocional e por fim, na escala de apoio material, 54,7% dos atletas (n=47) prevalecerem com alto nível de suporte.

Para identificação dos níveis de qualidade de vida, dividiram-se os níveis em três categorias: regular (0 – 30 pontos) boa (31 – 60 pontos) e muito boa (61 – 100 pontos). Observa-se na Tabela 2, a frequência e percentual das oito subescalas dos níveis de qualidade de vida dos atletas de voleibol de rendimento.

TABELA 2 – Frequência e percentual da qualidade de vida dos atletas de voleibol masculino adulto.

QUALIDADE DE VIDA	REGULAR		BOA		MUITO BOA		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Capacidade funcional	04	04,7	02	02,3	80	93,0	86	100
Limitação por aspectos físicos	13	15,1	09	10,5	64	74,4	86	100
Dor	04	04,7	29	33,7	53	61,6	86	100
Estado geral de saúde	01	01,2	22	25,6	63	73,3	86	100
Vitalidade	02	02,3	26	30,2	58	67,4	86	100
Aspectos sociais	04	04,7	11	12,8	71	82,6	86	100
Limitação por aspectos emocionais	08	09,3	12	14,0	66	76,7	86	100
Saúde mental	01	01,2	21	24,4	64	74,4	86	100

Nota-se na Tabela 2 que em todas as escalas os atletas demonstraram muito boa qualidade de vida. A capacidade funcional foi a escala com maior destaque, em que 93% (n=80) dos atletas demonstraram ter muito boa qualidade de vida. Na escala limitação por aspectos emocionais 66 atletas (76,7%) demonstraram ter muito boa qualidade de vida, demonstrando que os atletas possuem poucas limitações emocionais.

Para as escalas de limitação por aspectos físicos e saúde mental houve prevalência de 74,4% dos atletas (n=64) com nível muito bom de qualidade de vida. A escala da dor foi a que apresentou menor prevalência (61,6%) com 53 atletas demonstrando muito boa

qualidade de vida. Entretanto, 33,7% dos atletas (n=29) prevaleceram com nível de boa qualidade de vida para esta escala.

5.2. Comparação dos níveis de autoeficácia, suporte social e qualidade de vida de atletas dos rendimento em relação ao nível técnico do atleta.

A Tabela 3 apresenta a comparação dos níveis de autoeficácia e suporte social em atletas de rendimento dos níveis municipal, estadual e nacional, assim como a comparação entre as quatro escalas de suporte social, identificando as escalas que apresentaram diferenças significativas em relação às demais.

TABELA 3 – Comparação dos níveis de autoeficácia e suporte social com o nível técnico dos atletas de voleibol (medianas e quartis).

	Municipal		Estadual		Nacional		P
	Md	Q1-Q3	Md	Q1-Q3	Md	Q1-Q3	
Autoeficácia	34,0	(30,0-39,0)	35,0	(32,0-37,0)	35,0	(33,0-37,5)	0,47
Apoio Material	70,0	(55,0-90,0)	75,0	(53,7-95,0)	90,0	(70,0-100)	0,45
Apoio Emocional	77,5 a*	(60,0-95,0)	70,0	(62,5-93,7)	85,0	(63,0-100)	0,45
Apoio Afetivo	86,6 a*b*	(73,0-100)	86,7	(65,0-100)	93,3	(70,0-100)	0,56
I. S. P.	85,0 a* b*	(70,0-95,0)	80,0 c*	(75,0-91,2)	90,0	(67,5-100)	0,84

I. S. P: Interação Social Positiva.

*a – diferença do apoio emocional, apoio afetivo e interação social positiva em relação ao apoio material ($P \leq 0,05$);

*b – diferença do apoio afetivo e interação social positiva em relação ao apoio emocional ($P \leq 0,01$);

*c – diferença da interação social positiva em relação ao apoio emocional ($P \leq 0,01$).

Os resultados demonstram que em todos os níveis de desempenho os atletas possuem um alto nível de autoeficácia, assim como para as escalas do suporte social (Tabela 3). Quando o foco é na comparação das escalas do suporte social, buscando identificar diferenciações verifica-se que houveram diferenças entre algumas escalas de acordo com o nível do atleta.

Para os atletas de nível municipal (Tabela 3), pode-se verificar diferença entre o apoio emocional ($P=0,02$), apoio afetivo ($P=0,00$) e interação social positiva ($P=0,00$) em relação ao apoio material ($P \leq 0,05$). Notou-se também diferença do apoio afetivo ($P=0,00$) e interação social positiva ($P=0,00$) em relação ao apoio emocional ($P \leq 0,01$).

Em relação aos atletas de nível estadual (30,2%; n=26), todos apresentaram bons níveis em todas as escalas. Encontrou-se diferença significativa da interação social positiva ($P=0,00$) em relação ao apoio emocional para $P\leq 0,01$. Nos atletas de nível nacional não foram encontradas diferenças significativas entre as escalas ($P\leq 0,05$) (Tabela 3).

A Tabela 4 demonstra a comparação do nível de qualidade de vida dos atletas de rendimento dos níveis municipal, estadual e nacional, assim como a comparação entre as oito escalas de qualidade de vida.

TABELA 4 – Comparação do nível de qualidade de vida com o nível de desempenho dos atletas de voleibol (medianas e quartis).

QUALIDADE DE VIDA	Municipal		Estadual		Nacional		P
	Md	Q1-Q3	Md	Q1-Q3	Md	Q1-Q3	
Capacidade funcional	95,0 a*	(90,0-100)	97,5 c*	(88,7-100)	90,0 c*	(82,5-100)	0,99
Limitação por aspectos físicos	100	(50,0-100)	100	(75,0-100)	50,0	(- -100)	0,81
Dor	64,0	(51,0-84,0)	62,0	(58,7-84,0)	51,0	(41,0-67,0)	0,70
Estado geral de saúde	67,0	(57,0-80,0)	72,0	(60,7-80,0)	75,0	(62,5-83,5)	0,54
Vitalidade	70,0	(60,0-75,0)	70,0	(63,7-81,2)	70,0	(67,5-80,0)	0,52
Aspectos sociais	87,5 b*	(62,5-100)	87,5 d*	(71,8-100)	87,5	(75,0-100)	0,72
Limitação por aspectos emocionais	100	(33,3-100)	100	(66,6-100)	100	(100-100)	0,39
Saúde mental	80,0	(60,0-84,0)	80,0	(60,0-88,0)	88,0 e*	(72,0-92,0)	0,23

*a – diferença da capacidade funcional em relação à dor, estado geral de saúde, vitalidade e saúde mental ($P\leq 0,01$);

*b – diferença dos aspectos sociais em relação à dor ($P\leq 0,05$);

*c – diferença da capacidade funcional em relação à dor, estado geral de saúde, vitalidade ($P\leq 0,05$);

*d – diferença dos aspectos sociais em relação à vitalidade ($P\leq 0,05$);

*e – diferença da saúde mental em relação à dor ($P\leq 0,05$).

Nota-se (Tabela 4) que em todos os níveis de desempenho os atletas possuem nível de boa (31 – 60 pontos) para muito boa qualidade de vida (61 – 100 pontos). Nos atletas de nível municipal, as escalas limitação por aspectos físicos e limitação por aspectos emocionais obtiveram um resultado mediano máximo (100), demonstrando que para esta categoria os atletas não se sentem limitados nestes aspectos. As escalas capacidade funcional (95,0) e saúde mental (80,0) demonstraram também valores de muito boa qualidade de vida.

Na comparação entre as escalas, pode-se notar que a capacidade funcional dos atletas diferencia-se em relação à dor ($P=0,00$), estado geral de saúde ($P=0,00$), vitalidade ($P=0,00$) e saúde mental ($P=0,00$). Isso demonstra que estes atletas sentem-se muito eficazes para

realizar suas atividades diárias. Outra diferença encontrada foi dos aspectos sociais ($P=0,03$) em relação à dor.

Assim como nos atletas municipais, nos atletas de nível estadual, as escalas com mediana máxima foram limitação por aspectos físicos e limitação por aspectos emocionais (100). Estes atletas demonstraram ter muito boa saúde mental (80,0) e muito bom estado geral de saúde (72,0). A escala capacidade funcional diferenciou-se em relação às escalas da dor ($P=0,00$), estado geral de saúde ($P=0,01$) e vitalidade ($P=0,02$). Os aspectos sociais se diferenciaram em relação à vitalidade ($P=0,04$), o que demonstra que os atletas estaduais sentem-se melhor nos aspectos sociais do que com sua vitalidade.

Quanto aos atletas de nível nacional a mediana máxima obtida foi para a limitação por aspectos emocionais (100), demonstrando que os atletas sentem-se muito bem emocionalmente e conseqüentemente com muito boa saúde mental (88,0). As escalas da dor (51,0) e limitação por aspectos físicos (50,0) obtiveram as menores medianas para este grupo de atletas, ainda sim demonstrando um bom nível de QV para este grupo de atletas.

Observou-se ainda, a importância da capacidade funcional em relação às escalas dor ($P=0,00$), estado geral de saúde ($P=0,01$) e vitalidade ($P=0,03$). Outra escala que se destacou foi à saúde mental em relação à dor ($P=0,02$). Na Tabela 5 pode-se observar a comparação da QV com a idade dos atletas. Nota-se na que em todas as idades os atletas possuem nível de boa para muito boa QV. As escalas que apresentaram diferenças significativas foram limitação por aspectos físicos e dor.

TABELA 5 – Comparação do nível de qualidade de vida com a idade dos atletas.

QUALIDADE DE VIDA	15 – 22		23 – 30		31 – 38		P
	Md	Q1-Q3	Md	Q1-Q3	Md	Q1-Q3	
Capacidade funcional	95,0	(90,0-100)	95,0	(90,0-95,0)	95,0	(62,5-100)	0,06
Limitação por aspectos físicos	100	(75,0-100)	100	(75,0-100)	50,0	(25,0-100)	0,01*
Dor	72,0	(52,0-84,0)	51,1	(41,0-72,0)	61,0	(41,0-84,0)	0,03**
Estado geral de saúde	70,0	(60,0-80,0)	72,0	(57,0-80,0)	67,0	(58,5-82,5)	0,80
Vitalidade	70,0	(60,0-80,0)	70,0	(65,0-75,0)	75,0	(57,5-85,0)	0,94
Aspectos sociais	87,5	(62,5-100)	87,5	(62,5-100)	75,0	(50,0-93,7)	0,55
Limitação por aspectos emocionais	100,0	(66,6-100)	1000	(33,3-100)	100,0	(66,7-100)	0,88
Saúde mental	80,0	(64,0-88,0)	84,0	(68,0-89,0)	64,0	(58,0-92,0)	0,47

*Diferença da categoria 23 – 30 anos em relação à categoria 31 – 38 anos ($P \leq 0,01$);

**Diferença da categoria 15 – 22 anos em relação à categoria 23 – 30 anos ($P \leq 0,05$);

Na limitação por aspectos físicos (Tabela 5), a diferença encontrada foi entre os atletas com idade de 23 – 30 anos (100) em relação aos atletas com idade de 31 – 38 anos (50,0) ($P \leq 0,01$). Em relação à escala da dor, a diferença encontra foi entre os atletas de 15 – 22 anos (72,0) em relação aos atletas de 23 – 30 anos (51,0) ($P \leq 0,05$).

Realizou-se a comparação da autoeficácia, suporte social e da qualidade de vida com o tempo de prática dos atletas. Entretanto, não foram encontradas diferenças significativas quando comparados os níveis de autoeficácia, suporte social e qualidade de vida com o tempo de prática (anos) dos atletas ($P \leq 0,05$).

5.3. Associação e correlação da autoeficácia geral percebida dos atletas, considerando os níveis de suporte social, qualidade de vida, nível do atleta, tempo de prática e idade.

Na Tabela 6 apresentam-se os resultados da associação da autoeficácia com os níveis dos atletas (municipal, estadual, nacional), idade (15 – 22 anos, 23 – 30 anos, 31 – 38 anos), tempo de prática (1 – 7 anos, 8 – 15 anos, 16 – 24 anos), suporte social e qualidade de vida dos atletas de voleibol de rendimento (n=86).

TABELA 6 – Associação da autoeficácia com os níveis dos atletas, idade, tempo de prática, suporte social e qualidade de vida.

VARIÁVEL	AUTOEFICÁCIA						χ^2	P	V
	Média (n=34)		Alta (n=52)		Total				
	f	%	f	%	f	%			
Nível do atleta									
Municipal	21	44,7	26	55,3	47	100			
Estadual	10	38,5	16	61,5	26	100	2,63	0,17	-
Nacional	3	23,1	10	76,9	13	100			
Idade									
15 – 22 anos	22	46,8	25	53,2	47	100			
23 – 30 anos	10	38,5	16	61,5	26	100	4,77	0,04 *	0,16
31 – 38 anos	2	15,4	11	84,6	13	100			
Tempo de Prática (anos)									
1 – 7 anos	18	50,0	18	50,0	36	100			
8 – 15 anos	13	35,1	24	64,9	37	100	4,37	0,05 *	0,15
16 – 24 anos	3	23,1	10	76,9	13	100			
Suporte Social									
Apoio Material	13	27,7	34	72,3	47	100	8,14	0,05 *	0,21
Apoio Emocional	13	26,5	36	73,5	49	100	8,05	0,00 **	0,31 ***
Apoio Afetivo	22	34,4	42	65,6	64	100	3,48	0,17	-
Interação Social Positiva	21	32,9	43	67,2	64	100	5,60	0,05 *	0,18
Qualidade de Vida									
Capacidade funcional	32	40,1	48	60,0	80	100	1,57	0,94	-
Limitação por aspectos físicos	23	36,0	41	64,1	64	100	2,12	0,43	-
Dor	19	35,8	34	64,2	53	100	3,18	0,48	-
Estado geral de saúde	25	39,7	38	60,3	63	100	2,02	0,91	-
Vitalidade	19	32,8	39	67,2	58	100	5,12	0,05 *	0,17
Aspectos sociais	26	36,6	45	63,4	71	100	21,83	0,03 *	0,35 ***
Limitação por aspectos emocionais	20	30,3	46	69,7	66	100	16,64	0,01 *	0,31 ***
Saúde Mental	24	37,5	40	62,5	64	100	4,78	0,24	-

*Associação significativa ($P \leq 0,05$);

**Teste exato de Fischer ($P \leq 0,05$);

***Correlação significativa ($P \leq 0,05$).

Não houve associação da autoeficácia com o nível dos atletas (municipal, estadual e nacional). Entretanto, pode-se observar que a autoeficácia está associada com a idade ($P=0,04$) e com o tempo de prática dos atletas ($P=0,05$). Quando se associou o suporte social com a autoeficácia, observaram-se associações nas escalas: apoio material ($P=0,05$), apoio emocional ($P=0,00$) e interação social positiva ($P=0,05$). Em 34 atletas com alto nível

de apoio material (72,3%) observou-se alta autoeficácia, enquanto que em 43 atletas (67,2%) com alto nível de interação social positiva diagnosticou-se alta autoeficácia.

Em relação ao apoio emocional, foi demonstrada uma correlação significativa ($V=0,31$; $P=0,04$). Isto significa o alto apoio emocional influencia em aproximadamente 10% nas variações das frequências para a percepção de uma alta autoeficácia. Ou seja, existe associação entre o apoio emocional e a autoeficácia dos atletas.

Na associação da QV com a autoeficácia, foram encontradas associações significativas nas escalas vitalidade ($P=0,05$), aspectos sociais ($P=0,03$) e limitação por aspectos emocionais ($P=0,01$). Para 67,2% dos atletas com muito boa vitalidade, estão associados a um alto nível de autoeficácia. Nos aspectos sociais observou-se uma correlação significativa ($V=0,35$; $P=0,03$) assim como na limitação por aspectos físicos ($V=0,31$; $P=0,02$). Isso demonstra que os aspectos sociais positivos (muito bom) tem um impacto de aproximadamente 12% para uma alta autoeficácia, enquanto que medida de efeito para poucas limitações físicas é de 10% (Tabela 6).

A Tabela 7 demonstra associação da autoeficácia com a idade, tempo de prática, suporte social e qualidade de vida dos atletas de nível municipal ($n=47$).

TABELA 7 – Associação da autoeficácia dos atletas de nível municipal com idade, tempo de prática, suporte social e qualidade de vida.

VARIÁVEL	AUTOEFICÁCIA						χ^2	P	V
	Média (n=05)		Alta (n=42)		Total				
	f	%	f	%	f	%			
Idade									
15 – 22 anos	04	15,4	22	84,6	26	100			
23 – 30 anos	01	07,1	13	92,9	14	100	1,62	0,20	-
31 – 38 anos	-	-	07	06,3	07	100			
Tempo de Prática (anos)									
1 – 7 anos	04	17,4	19	82,6	23	100			
8 – 15 anos	01	06,7	14	93,3	15	100	2,42	0,12	-
16 – 24 anos	-	-	09	100	09	100			
Suporte Social									
Apoio Material	-	-	22	19,7	22	100	9,01	0,29	0,43*
Apoio Emocional	01	03,6	27	96,4	28	100	3,63	0,14	-
Apoio Afetivo	05	13,9	31	86,1	36	100	1,71	0,21	-
Interação Social Positiva	03	08,8	31	91,2	34	100	1,39	0,81	-
Qualidade de Vida									
Capacidade funcional	05	11,4	39	88,6	44	100	0,38	1,00	-
Limitação por aspectos físicos	03	08,6	32	91,4	35	100	0,62	0,46	-
Dor	02	06,9	27	93,1	29	100	2,16	0,55	-
Estado geral de saúde	03	08,8	31	91,2	34	100	0,42	0,60	-
Vitalidade	02	06,5	29	93,5	31	100	2,07	0,28	-
Aspectos sociais	04	10,5	34	89,5	38	100	2,34	0,54	-
Limitação por aspectos emocionais	01	03,0	32	97,0	33	100	13,42	0,16	0,53*
Saúde Mental	02	05,7	33	94,3	35	100	4,21	0,12	-

*Correlação significativa ($P \leq 0,01$).

Através do teste 'V' de *Cramer* (Tabela 7) analisou-se o efeito das variáveis, em que se verificou correlação significativa na escala apoio material do suporte social ($V=0,43$; $P=0,01$) e na escala limitação por aspectos emocionais da qualidade de vida ($V=0,53$; $P=0,00$). Neste sentido, uma alta autoeficácia é influenciada em 18% dos casos devido a um bom apoio material, e em 28% dos casos poucas limitações emocionais contribuem para a percepção de uma alta autoeficácia.

A Tabela 8 demonstra a associação da autoeficácia com a idade, tempo de prática, suporte social e qualidade de vida dos atletas de nível estadual ($n=26$).

TABELA 8 – Associação da autoeficácia dos atletas de nível estadual com idade, tempo de prática, suporte social e qualidade de vida.

VARIÁVEL	AUTOEFICÁCIA						X ²	P	V
	Média (n=02)		Alta (n=24)		Total				
	f	%	f	%	f	%			
Idade									
15 – 22 anos	01	05,9	16	94,1	14	100			
23 – 30 anos	-	-	05	100	05	100	2,18	0,33	-
31 – 38 anos	01	25,0	03	75,0	04	100			
Tempo de Prática (anos)									
1 – 7 anos	01	10,0	09	90,0	10	100			
8 – 15 anos	-	-	13	100	13	100	3,93	0,55	-
16 – 24 anos	01	33,3	02	66,7	03	100			
Suporte Social									
Apoio Material	01	06,3	15	93,8	16	100	2,23	0,37	-
Apoio Emocional	01	07,7	12	92,3	13	100	-	1,00	-
Apoio Afetivo	01	05,6	17	94,4	18	100	0,62	0,68	-
Interação Social Positiva	01	04,8	20	95,2	21	100	1,32	0,35	-
Qualidade de Vida									
Capacidade funcional	02	08,3	22	91,7	24	100	0,18	0,69	-
Limitação por aspectos físicos	01	04,5	21	95,5	22	100	5,51	0,50	-
Dor	01	05,0	19	95,0	20	100	0,88	0,41	-
Estado geral de saúde	01	05,0	19	95,0	20	100	12,62	0,04*	0,69**
Vitalidade	-	-	20	100	20	100	9,10	0,04*	0,59**
Aspectos sociais	01	04,5	21	95,5	22	100	1,99	0,28	-
Limitação por aspectos emocionais	02	09,1	20	90,9	22	100	0,39	0,56	-
Saúde Mental	02	07,7	24	92,3	26	100	0,58	0,47	-

*Associação significativa ($P \leq 0,05$);**Correlação significativa ($P \leq 0,01$).

Foi verificada associação nas escalas de qualidade de vida: estado geral de saúde ($P=0,04$) e vitalidade ($P=0,04$). Quanto ao estado geral de saúde, 95% ($n=19$) dos atletas estão em muito boa condição geral de saúde e alta autoeficácia. Resultados estes confirmados na correlação significativa ($V=0,69$; $P=0,00$), evidenciando que aproximadamente 47% das variações das frequências com estado geral de saúde muito bom, podem ser explicados pelo alto nível de autoeficácia.

Quanto à vitalidade, foi apresentado que 100% (n=20) dos atletas com muito boa vitalidade, possuem alta autoeficácia. Tal achado evidenciou-se na correlação significativa ($V=0,59$; $P=0,00$), demonstrando que possuir uma vitalidade muito boa tem um impacto em torno de 34% quando associada a um alto nível de autoeficácia (Tabela 8).

A Tabela 9 mostra os valores obtidos da correlação da autoeficácia, idade, tempo de prática, suporte social e qualidade de vida para os atletas de nível nacional (n=13). Não foi possível realizar associações em virtude de todos os atletas nacionais encontrarem-se com alta autoeficácia (APÊNDICE E).

TABELA 9 - Correlação entre a autoeficácia, suporte social, qualidade de vida, idade e tempo de prática dos atletas de nível nacional.

	1	2	3	4	5	6	7
Capacidade funcional	0,258	-0,071	-0,303	-0,066	-0,186	-0,289	0,115
Limitação por aspectos físicos	-0,163	-0,338	-0,041	-0,036	-0,001	-0,196	0,053
Dor	-0,232	-0,452	-0,492	-0,376	-0,352	-0,297	0,439
Estado geral de saúde	0,175	-0,023	-0,310	-0,228	-0,393	0,201	0,477
Vitalidade	0,262	0,225	-0,165	-0,262	-0,310	0,381	0,291
Aspectos sociais	0,174	0,233	0,303	0,483	0,351	-0,071	0,042
Limitação por aspectos emocionais	0,471	-0,063	-0,040	-0,171	-0,196	-0,126	-0,140
Saúde mental	0,278	0,194	0,147	0,178	0,004	-0,348	-0,209
Autoeficácia	-	0,786*	0,449	0,400	0,379	0,253	0,065

*Correlação significativa ($P\leq 0,01$).

1: Autoeficácia; 2: Apoio Material; 3: Apoio Emocional; 4: Apoio Afetivo; 5: Interação Social Positiva; 6: Idade; 7: Tempo de Prática.

Quanto à qualidade de vida, verificou-se que a autoeficácia está moderadamente correlacionada com a limitação por aspectos emocionais ($r=0,471$). Em relação ao suporte social, a autoeficácia correlacionou-se de forma moderada com o apoio emocional ($r=0,449$) e com o apoio afetivo ($r=0,400$). Encontrou-se uma correlação forte ($r=0,786$) e significativa ($P=0,00$) para a escala de apoio material.

Ao correlacionar a qualidade de vida com o suporte social, observou-se uma correlação moderada e negativa da escala dor com as escalas de apoio material ($r=-0,452$) e apoio emocional ($r=-0,492$). Outra correlação moderada encontrada foi na escala dos aspectos sociais com o apoio afetivo ($r=0,483$). Por fim, encontraram-se correlações moderadas das escalas dor ($r=0,439$) e estado geral de saúde ($r=0,477$) com o tempo de prática dos atletas.

A Tabela 10 demonstra a razão de prevalência da autoeficácia dos atletas em relação ao nível do atleta (municipal, estadual e nacional), idade e tempo de prática.

TABELA 10 – Razão de prevalência da autoeficácia geral percebida com o nível do atleta (municipal, estadual e nacional), tempo de prática e idade.

VARIÁVEL	AUTOEFICÁCIA				RP (IC 95%)	P
	Média		Alta			
Nível do atleta	f	%	f	%		
Municipal	21	44,7	26	55,3	1,00	-
Estadual	10	38,5	16	61,5	1,61 (1,43-1,81)	0,00*
Nacional	03	23,1	10	76,9	1,76 (1,55-2,01)	0,00*
Idade						
15 – 22 anos	22	46,8	25	53,2	1,00	-
23 – 30 anos	10	38,5	16	61,5	1,61 (1,43-1,81)	0,00*
31 – 38 anos	02	15,4	11	84,6	1,84 (1,65-2,05)	0,00*
Tempo de Prática (anos)						
1 – 7 anos	18	50,0	18	50,0	1,00	-
8 – 15 anos	13	35,1	24	64,9	1,64 (1,50-1,81)	0,00*
16 – 24 anos	03	23,1	10	76,9	1,76 (1,55-2,01)	0,00*

* $P \leq 0,01$ - RP= razão de prevalência; IC95%= intervalo de confiança de 95%.

Observa-se que todas as associações foram significativas ($P=0,00$), possibilitando destacar a razão de prevalência destas variáveis. Na análise do nível do atleta pode-se identificar que os atletas de nível estadual possuem 1,61 vezes mais autoeficácia do que os municipais. Os atletas de nível nacional demonstraram uma autoeficácia 1,76 vezes maior em relação aos municipais (Tabela 10). Não obstante, realizou-se a análise somente os atletas nacionais e estaduais, em que se pode observar que os atletas nacionais possuem autoeficácia 1,83 vezes maior do que os estaduais ($P=0,00$).

Quanto à idade, os atletas de 23 – 30 anos possuem autoeficácia 1,61 vezes mais alta quando comparados aos atletas de 15 – 22 anos, assim como os atletas de 31 – 38 anos, com autoeficácia 1,84 vezes mais alta quando comparados ao mesmo grupo de idade (15 – 22 anos). Resultados semelhantes destacaram-se no tempo de prática. Para os atletas com 8 – 15 anos de prática a autoeficácia é 1,64 vezes mais alta quando comparados aos de 1 – 7 anos de prática, enquanto que os que possuem 16 – 24 anos de prática identificou-se uma

autoeficácia 1,76 vezes mais alta em relação ao mesmo grupo (1 – 7 anos de prática) (Tabela 10).

Quanto ao suporte social, observa-se na Tabela 11 as razões de prevalência com as escalas que demonstraram associações significativas: apoio material, apoio emocional e interação social positiva.

TABELA 11 – Razão de prevalência da autoeficácia geral percebida com o suporte social.

SUPORTE SOCIAL	AUTOEFICÁCIA				RP (IC 95%)	P
	Média		Alta			
	f	%	f	%		
Apoio Material						
Baixo	06	46,2	07	53,8	1,00	-
Médio	15	57,7	11	42,3	1,42 (1,24-1,62)	0,00*
Alto	13	27,7	34	72,3	1,72 (1,59-1,85)	0,00*
Apoio Emocional						
Baixo	21	56,8	16	43,2	1,00	-
Médio	-	-	-	-	-	-
Alto	13	26,5	36	73,5	1,73 (1,61-1,86)	0,00*
Interação Social Positiva						
Baixo	02	66,7	01	33,3	1,00	-
Médio	11	57,9	08	42,1	1,42 (1,21-1,66)	0,00*
Alto	21	32,9	43	67,2	1,67 (1,56-1,79)	0,00*

* $P \leq 0,01$ - RP= razão de prevalência; IC95%= intervalo de confiança de 95%.

Estes resultados evidenciam que quanto melhor o nível de suporte social dos atletas, melhor será a autoeficácia. Quanto ao apoio material, em relação aos atletas de baixo apoio, um médio apoio material propicia uma autoeficácia 1,42 vezes mais alta, enquanto que para um alto apoio material a autoeficácia é 1,72 vezes mais alta. No apoio emocional, observou-se que os atletas com alto apoio tendem a ter 1,73 vezes autoeficácia mais alta do que os que possuem baixo apoio emocional. Na interação social positiva com nível médio a autoeficácia é 1,42 vezes mais alta, enquanto que os atletas quem tem alta interação social, demonstraram que a autoeficácia é 1,67 vezes mais alta (Tabela 11).

A Tabela 12 traz dados referentes às associações das escalas de qualidade de vida: vitalidade, aspectos sociais e limitações por aspectos emocionais.

TABELA 12 – Razão de prevalência da autoeficácia geral percebida com o nível de qualidade de vida.

QUALIDADE DE VIDA	AUTOEFICÁCIA				RP (IC 95%)	P
	Média		Alta			
	f	%	f	%		
Vitalidade						
Regular	01	50	01	50	1,00	-
Boa	14	53,8	12	46,2	1,46 (1,28-1,66)	0,00*
Muito Boa	19	32,8	39	67,2	1,67 (1,55-1,79)	0,00*
Aspectos sociais						
Regular	03	75,0	01	25,0	1,00	-
Boa	05	45,5	06	54,5	1,45 (1,27-1,87)	0,00*
Muito Boa	26	36,6	45	63,4	1,63 (1,52-1,75)	0,00*
Limitação por aspectos emocionais						
Regular	04	50,0	04	50,0	1,00	-
Boa	10	83,3	02	16,7	1,16 (0,97-1,39)	0,09
Muito Boa	20	30,3	46	69,7	1,69 (1,58-1,81)	0,00*

* $P \leq 0,01$ - RP= razão de prevalência; IC95%= intervalo de confiança de 95%.

A partir da análise da Tabela 12, nota-se que a Razão de Prevalência foi significativa em todas as escalas ($P=0,00$), exceto na limitação por aspectos emocionais para boa QV ($P=0,09$). Quanto à vitalidade, em relação ao nível regular, a autoeficácia é 1,46 vezes mais alta para quem possui boa vitalidade e 1,67 vezes para quem possui muito boa vitalidade.

Para os atletas que possuem bom nível nos aspectos sociais, a autoeficácia é 1,45 vezes mais alta do que os regulares, enquanto que possuir aspectos sociais muito bons, a autoeficácia tende a ser 1,63 vezes mais alta. A autoeficácia é 1,69 mais alta nos atletas que possuem muito bom nível na escala limitação por aspectos emocionais, em relação aos de nível regular.

6 DISCUSSÕES

Na busca da compreensão dos resultados evidenciados neste estudo com a literatura e levando em consideração os objetivos propostos para a pesquisa, as discussões serão realizadas em tópicos.

Utilizando-se a teoria da autoeficácia (BANDURA e IÑESTA 1975; BANDURA 1979; BANDURA, AZZI e POLYDORO 2008) como suporte teórico, a qual foi desenvolvida originalmente a partir da abordagem sociocognitiva à mudança de comportamento, reconhece a autoeficácia como um mecanismo cognitivo comum para mediar motivação e comportamento. É conhecida como modelo de determinismo recíproco, em que não apenas o ambiente afeta os comportamentos, mas os comportamentos também afetam o ambiente. Propõe-se que fatores comportamentais (autoeficácia), ambientais (qualidade de vida) e pessoais (suporte social) agem como determinantes recíprocos e interativos no funcionamento psicossocial do indivíduo (GASKIN e MORRIS 2008).

6.1. Níveis de autoeficácia, suporte social e qualidade de vida em atletas de rendimento.

Em relação à autoeficácia, houve prevalência de 60,5% com alto nível (Tabela 1). Estes resultados demonstram que o esporte é um meio que propicia, independente do nível, uma percepção de alta autoeficácia aos indivíduos. Balaguer (1994) ressaltou que através da análise da força da autoeficácia no contexto do esporte de rendimento, considera-se o envolvimento do atleta como um todo, demonstrando que estes possuem os mecanismos de aprendizagem necessários para explicar o plano de execução da tarefa motora (voleibol) em seus níveis competitivos.

Outros estudos analisaram a relação da autoeficácia com o contexto esportivo, evidenciando associações entre altos níveis de autoeficácia e bom desempenho esportivo (TREASURE, MONSON e LOX, 1996), demonstrando estar de acordo com a teoria sócio cognitiva, que afirma que o nível de autoeficácia influencia diretamente no desempenho.

Foram encontradas algumas investigações sobre as relações entre autoeficácia e esporte (FELTZ e CHASE, 1998), estudos relacionados ao desempenho esportivo (DOBRÁNSZKY e MACHADO, 2001), nas modalidades individuais e coletivas (GOUVÊA, 2003) e ainda relacionadas à ansiedade (FERREIRA, 2008). Estes estudos demonstraram que existe uma boa relação quando se trata da autoeficácia no contexto esportivo, exercendo uma influência positiva no esporte de rendimento, ou seja, uma alta autoeficácia está intrinsecamente ligada a um bom rendimento esportivo.

Entretanto, estas pesquisas têm se desenvolvido em sua maioria sob a ótica dos esportes individuais, com poucas pesquisas elaboradas com base no conceito da autoeficácia nos esportes coletivos, que se constitui da relação grupal da autoeficácia individual e pode ser definida como a percepção do grupo sobre suas competências, ou seja, o nível de percepção da autoeficácia de um grupo origina-se a partir das percepções de cada indivíduo (BANDURA, 1979; 1986).

Ao analisar o nível de suporte social, os resultados evidenciaram que os atletas possuem prevalência altos níveis de suporte (Tabela 1). Os atletas demonstraram prevalência de altos níveis nas escalas do apoio afetivo e interação social positiva (74,4%), seguido pelo apoio emocional (57%), e a escala de apoio material (54,7%) com alto nível de suporte.

Estes achados condizem com estudos de Carron, Hausenblas e Mack (1996) quando analisaram a influência social do meio no envolvimento e na satisfação com a prática esportiva. Tal influência social é oriunda de fontes familiares, dos amigos e ainda outros atletas, gerando um impacto de diferentes formas no envolvimento e comprometimento com a prática esportiva, quando relacionados ao comportamento, cognição e afeto. Desta forma, ressalta-se a importância de altos níveis de suporte social para a aderência e manutenção da prática esportiva (VALLA, 1999; PIETRUKOWICZ, 2001; HSU et. al, 2010).

Rees e Hardy (2000) afirmaram que no contexto esportivo de rendimento, não se encontram muitos estudos abordando as relações entre suporte social e desempenho, embora se tenha demonstrado que o suporte social pode ser responsável por até 24% da variação da

performance, reduzindo os efeitos do estresse competitivo (REES, SMITH, e SPARKES, 2003; REES e FREEMAN, 2010).

Na identificação do nível de qualidade de vida, grande parte dos atletas possuem nível de boa a muito boa QV em todos os aspectos: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, limitação por aspectos emocionais e saúde mental (Tabela 2). A maioria dos atletas demonstrou ter muito boa qualidade de vida (93%) em relação à sua capacidade funcional, indicando que se sentem muito capazes para realização de suas atividades diárias. Em 76,7% dos atletas, notou-se poucas limitações emocionais, demonstrando que com muito bom nível de QV os atletas não se sentem limitados emocionalmente.

As escalas de limitação por aspectos físicos e saúde mental apresentaram prevalência de 74,4% com nível muito bom de qualidade de vida (Tabela 2). Tais achados condizem com estudos de Cheik *et. al.* (2003) em que reforçaram o interesse em saber as características das atividades que determinam os efeitos positivos sobre a saúde mental, tendo identificado os efeitos positivos do esporte sobre o estresse, o humor e o autoconceito, como um eficiente meio na obtenção do bem estar psicológico.

Destaca-se que a dor apresentou prevalência de boa e muito boa QV em um total de 93,5% (n=82) dos atletas, evidenciando que mesmo com as intensas cargas de treino e risco de lesões, quando aplicados de forma correta, a dor não é um fator negativo para a QV destes atletas. Estes achados encontram suporte nos estudos de Silva, Danielski e Czepielewski (2003) que investigaram que na busca pela excelência esportiva, métodos de condutas esportivas indevidas e inadequadas podem causar desordens psicofisiológicas e/ou sociais exercendo influencia negativa na QV destes indivíduos (CUNHA, 2008).

A identificação do alto nível de autoeficácia dos atletas de rendimento permite evidenciar por consequência os bons níveis de suporte social e QV. A inserção da teoria sócio cognitiva como a matriz teórica desta perspectiva, está ligada a funcionalidade e organização existencial do sujeito. A interação recíproca apresentada entre o indivíduo/atleta, eventos ou

variáveis comportamentais é determinado a partir da interação contínua e recíproca entre as influências de fatores pessoais, cognições e afetos (ambiente, pessoa, comportamento) (BANDURA e IÑESTA 1975; BANDURA 1979; BANDURA, AZZI e POLYDORO 2008).

Costa (2002) ressaltou que as tendências comportamentais da autoeficácia não são controladas apenas por fatores ambientais ligado a QV, mas também tem influencia pessoal gerando consequências no comportamento. Desta maneira, as ações e atitudes de uma pessoa influenciam nas condições ambientais que modificam o comportamento de forma recíproca. As pessoas interferem na percepção do meio em que vivem, criando incentivos e autoestímulos, avaliando o desenvolvimento dos fatos modificando o próprio comportamento (BANDURA, AZZI e POLYDORO 2008).

Neste modelo triádico, os resultados das ações pessoais são interpretados individualmente de forma subjetiva. Isto faz com que ocorram alterações no ambiente e demais fatores pessoais, gerando futuras consequências. A autoeficácia é mediada a partir desta interação em que cada um dos fatores, suporte social e QV, atuam entre si como determinante interativo (GOUVÊA, 2003; PAJARES, 2005). Estas interações foram constatadas nos mesmos achados

6.2. Comparação dos níveis de autoeficácia, suporte social e qualidade de vida de atletas de rendimento em relação ao nível técnico do atleta.

Moritz *et. al.* (2000) apontaram que não se encontrava na literatura estudos que indicassem diferenças significativas entre a autoeficácia e níveis de desempenho. Dez anos após, encontramos diferenças significativas ($P \leq 0,05$) na comparação dos níveis de autoeficácia, suporte social e QV dos atletas de rendimento, considerando o nível do atleta (municipal, estadual, nacional) (Tabela 3).

Os resultados encontrados pressupõem que os atletas possuem alto nível de autoeficácia e suporte social em todos os níveis de desempenho. Através das aptidões percebidas e suas experiências passadas o atleta desenvolve um senso de julgamento da sua autoeficácia,

sendo influenciada pela dificuldade da tarefa e pelo grau de exigência existente. Desta forma, a partir de julgamentos específicos sobre sua capacidade em realizar tais tarefas, inerente ao desempenho propriamente dito, é que o atleta irá julgar-se positivamente ou negativamente eficaz (BANDURA, 1986).

Neste contexto, George e Feltz (1996) afirmaram que a autoeficácia está ligada aos julgamentos de valores sobre o que um pode fazer com suas próprias habilidades. Ou seja, em cada nível de desempenho, os atletas possuem uma alta percepção no nível da autoeficácia para aquele contexto.

Para Singer (1986), Schmidt e Wrisberg (2001), os atletas adotam um padrão para avaliar o que consideram um desempenho aceitável. Os padrões de movimento são produzidos e reformulados intelectualmente para que sejam desempenhados com destreza. Tal comportamento é constantemente autorregulado por meio de ações e reações individuais, culminando na avaliação do desempenho (Tabela 3).

Segundo Martins (2005), Seidl e Tróccoli (2006), o fato de os três níveis de desempenho terem alto suporte social, resulta na existência da proteção dos sujeitos a danos na saúde física e mental e conseqüente inexistência da vulnerabilidade a doenças e demais patologias. Ressalta-se que para os atletas do presente estudo o alto suporte social os conduz a acreditar que fazem parte de uma rede de comunicação e de obrigações mútuas, levando-os a acreditarem que são amados e as pessoas se preocupam consigo possuindo determinado valor (CASSEL, 1976; COBB, 1976).

Após a comparação entre as escalas do suporte social, na Tabela 3 foi possível verificar que houve diferenças entre algumas escalas, em cada nível de desempenho do atleta. Desta forma, tornou-se possível a identificação das diferenças entre as escalas.

Em relação aos atletas municipais, verificou-se diferença do apoio emocional, apoio afetivo e interação social positiva em relação ao apoio material. Logo, para este grupo de atletas, ao mesmo tempo em que possuem uma boa rede de interação social na qual têm em quem apoiar-se emocionalmente e afetivamente, os aspectos materiais, que de acordo com

Rodriguez e Cohen (1998) e Pietrukowicz (2001) envolvem ajuda direta, material e financeira encontram-se abaixo destas escalas, o que pode interferir no nível técnico do atleta. Identificou-se diferenças nas escalas de suporte social nas subescalas de apoio afetivo e interação social positiva quando comparados ao apoio emocional e material, evidenciando, que o apoio afetivo e a interação social positiva são as escalas mais significativas para os atletas do nível municipal (Tabela 3). Percebe-se que para estes atletas os aspectos sociais são os mais relevantes.

Quanto aos atletas estaduais, houve diferença da interação social positiva em relação ao apoio emocional, demonstrando que os mesmos possuem uma boa rede de relações sociais e possuem uma percepção positiva destas relações (Tabela 3). Entretanto, sentem falta de ajuda para superação dos problemas e dos sentimentos de apoio e segurança percebidos pela pessoa no meio em que vivem (SERRA, 1999).

Para os atletas de nível nacional não foram encontradas diferenças significativas entre as escalas, o que demonstra que para estes atletas o suporte social em todas as subescalas é um aspecto importante para o desempenho esportivo (Tabela 3). De acordo com Griep *et. al.* (2005), Costa e Ludermir (2005) e Gaspar *et. al.* (2008) às transações e interações que se estabelecem entre estes atletas, promovem o bem-estar físico e psicológico considerando aspectos qualitativos e quantitativos destas relações.

Ressalta-se que para os atletas de nível nacional, segundo Thoits (1982) e Gottlieb (1985), o grau de satisfação obtido através da interação com o meio, envolvem sentimentos de afeto, estima, pertença, identidade e segurança que são as necessidades sociais básicas da rede social a qual estes atletas estão inseridos. É através dos laços afetivos e emocionais que se estabelecem e evidenciam as relações íntimas e pessoais a partir da interação e do envolvimento destes atletas dentro de seu grupo de convivência (BAPTISTA, BAPTISTA e TORRES, 2006; SIQUEIRA, 2008; BANDURA, AZZI e POLYDORO 2008).

Na análise da QV, a Tabela 4 demonstrou a comparação entre os níveis dos atletas (municipal, estadual, nacional) e a comparação entre as oito escalas, identificando aquelas

que se diferenciaram em relação às outras. Em todos os níveis de desempenho os atletas apresentaram níveis de boa para muito boa QV.

Nos atletas de nível municipal, as escalas limitação por aspectos físicos e limitação por aspectos emocionais obtiveram um resultado mediano máximo, demonstrando que para esta categoria os atletas apresentam poucas limitações físicas e emocionais. As escalas capacidade funcional e saúde mental demonstraram também valores de muito boa qualidade de vida (Tabela 4).

Na comparação entre as escalas, pode-se notar que a capacidade funcional dos atletas diferencia-se em relação à dor, estado geral de saúde, vitalidade e saúde mental. Isso demonstra que estes atletas sentem-se muito eficazes para realizar suas atividades diárias, em função da capacidade funcional destacar-se em relação às demais escalas. Outra diferença encontrada foi dos aspectos sociais em relação à dor, evidenciando que a dor é um fator interveniente para este grupo de atletas (WEINECK, 2003). Entretanto, eles aprendem a conviver com as dores na medida em que outras escalas da qualidade de vida destacam-se sobre a mesma, auxiliando no enfrentamento das dores.

Para os atletas de nível estadual, a Tabela 4 demonstrou que as escalas com mediana máxima foram limitação por aspectos físicos e limitação por aspectos emocionais. A saúde mental e o estado geral de saúde apresentaram-se com muito bons níveis. Na comparação entre as escalas, novamente a capacidade funcional diferenciou-se positivamente em relação a outras escalas (dor, estado geral de saúde e vitalidade), assim como os aspectos sociais em relação à vitalidade, o que demonstra que os atletas estaduais sentem-se melhores socialmente do que com sua vitalidade.

Estes achados podem ser devido ao fato de que para atingir o nível estadual é necessário mais tempo de prática. Logo, estes atletas possuem uma idade um pouco mais avançada permitindo ampliar seus contatos sociais, tornando-se coerentes com o que afirmaram Bianco e Eklund (2001), sobre a rede de interações sociais que tendem a aumentar com o passar do tempo e com a inserção do indivíduo em novos meios de convivência, através das relações que se estabelecem ao longo da vida. Por outro lado, as pessoas podem sentir-se

com menos vitalidade na medida em que a idade avança devido às mudanças biológicas que acontecem em um determinado período (HAYFLICK, 1996; NIEMAN, 1999; GUIMARÃES, MAZO, SIMAS, *et. al.* 2006).

Pode-se observar na Tabela 4 resultados semelhantes para os atletas de nível municipal e estadual. Para estes dois níveis de desempenho as escalas que se diferenciaram em relação às outras foram a capacidade funcional e os aspectos sociais. Na percepção da QV, conforme Becker Júnior e Samulski (1998), Weineck (2003) e Samulski (2009), os aspectos subjetivos e os estímulos recebidos passam por processos subjetivos de avaliação, interpretação, percepção e assimilação das informações e encontraram-se semelhantes quando comparados os fatores (escalas) que interferem na QV em ambos os níveis de desempenho.

Para os atletas nacionais, a limitação por aspectos emocionais apresentou mediana máxima seguido pela saúde mental. Ainda demonstrando um bom nível de QV neste grupo de atletas, as escalas da dor e limitação por aspectos físicos obtiveram as menores medianas (Tabela 4). Novamente ressaltou-se a relevância da capacidade funcional em relação às escalas dor, estado geral de saúde e vitalidade. Outra escala que se destacou foi à saúde mental em relação à dor. Samulski (1996) e Becker Júnior (2000) destacaram a importância desta escala na competitividade esportiva, evitando o surgimento de perturbações emocionais e distúrbios nos padrões de atividade física, indicando, desta forma, que mesmo que a dor tenha obtido um valor menor em relação a outras escalas, possuir muito boa saúde mental faz com que os mesmos aprendam a lidar com a dor ao longo de sua carreira.

Assim, notou-se na Tabela 4 que para os três níveis de desempenho, a capacidade funcional, foi a mais destacada escala de QV, diferenciando-se significativamente em relação às demais. Tendo em vista que esta escala avalia o quão capaz o indivíduo sente-se para realizar suas tarefas diárias (CICONELLI, 1999), o esporte demonstra ser um meio que proporciona esta percepção de alto nível de capacidade e eficácia no desempenho (MACHADO, MORENO, e KOCIAN, 2007).

Desta forma, encontra-se em acordo com George e Feltz (1998) quando contextualizaram a autoeficácia não se referindo às próprias habilidades, e sim aos julgamentos de valor sobre o

que um pode fazer com suas próprias habilidades e com Dobránszky e Machado (2001) ao estabelecerem a existência de relações positivas da eficácia com o desempenho esportivo.

Considerando que os atletas analisados são de seleção brasileira e outros fazem parte de equipes melhores colocadas em seu *ranking*, nota-se que a autorregulação de eficácia é positiva em relação à *performance*, assim como um alto nível de habilidades motoras. Acredita-se que os mecanismos da autorregulação são mediadores dos efeitos das concepções das habilidades, demonstrando afetar os processos cognitivos, a quantidade de esforço dispendida, o nível de perseverança em face de obstáculos, as reações afetivas aos estímulos estressores e escolha dos desafios. Um alto senso de eficácia também fomenta o interesse na atividade (JOURDEN, BANDURA e BANFIELD, 1991).

Posteriormente, observamos na Tabela 5 a comparação da QV com a idade dos atletas. Notou-se que os atletas possuem nível de boa para muito boa QV em todas as idades. As diferenças significativas foram identificadas nas escalas limitação por aspectos físicos e dor. Na limitação por aspectos físicos, a diferença encontrada foi entre os atletas com idade de 23 – 30 anos em relação aos atletas com idade de 31 – 38 anos. De acordo com Barbanti (2001), Dantas (2003), Tubino e Moreira (2003) isto nos mostra que os atletas mais velhos sentem-se mais limitados fisicamente em relação aos atletas mais novos, em função das lesões (COHEN, 2003; REQUA e GARRICK, 2005) e das próprias especificidades fisiológicas que ocorrem com o processo de envelhecimento (VECCHIA *et. al.* 2005; IRIGARAY e SCHNEIDER, 2008).

A diferença estatisticamente significativa encontrada na escala dor foi entre os atletas de 15 – 22 anos em relação aos atletas de 23 – 30 anos (Tabela 5). Neste sentido, os atletas mais novos em início de carreira não sentem tantas dores, quando comparados com os atletas em idade um pouco mais avançada, e provavelmente com um melhor nível de desempenho. Por outro lado, Silva, Rabelo e Rubio (2010) em estudo sobre a dor em atletas de rendimento, não encontraram diferenças ou particularidades nas estratégias de enfrentamento da dor com o passar dos anos, o que contraria nossos achados.

Notou-se ainda na Tabela 5 que os atletas que estão com idade de 31 – 38 anos obtiveram melhor mediana em relação aos atletas com idade de 23 – 30 anos, demonstrando que os

atletas mais experientes possuem uma maior capacidade de lidar e enfrentar as dores. Achados de Antoniazzi, Dell’Aglío e Bandeira (1998), ressaltaram que devido ao maior comprometimento do atleta mais velho e mais experiente com sua carreira em função da redução de oportunidades que encontram conforme avançam na carreira, aumenta-se a percepção das modificações e do estado em que sentem seu corpo (MEYERS *et. al.*, 2008).

Sobre a melhora na percepção da dor em atletas mais velhos, Crossman (1997) relatou que aderência a tratamentos médicos prescritos com o passar dos anos é reflexo das atitudes e estratégias do atleta em relação à dor que são conseqüentemente refletidas na sua *performance* atlética, o que pode explicar nossos resultados.

6.3. Associação e correlação da autoeficácia geral percebida dos atletas com os níveis de suporte social, a qualidade de vida, o nível do atleta, o tempo de prática e a idade.

Neste tópico serão discutidos os resultados referentes a associação e correlação da autoeficácia com os níveis dos atletas (municipal, estadual, nacional), a idade (15 – 22 anos, 23 – 30 anos, 31 – 38 anos), o tempo de prática (1 – 7 anos, 8 – 15 anos, 16 – 24 anos), o suporte social e a qualidade de vida dos atletas de voleibol de rendimento (Tabela 6).

Não foram identificadas associações da autoeficácia com o nível dos atletas, ou seja, a percepção da autoeficácia destes atletas independe do seu nível de técnico tendo em vista que todos os atletas sentem-se com alta autoeficácia para cada nível de competição ao qual pertencem, sendo o esporte um meio que propicia boa percepção de autoeficácia para seus determinados níveis de *performance* (MORITZ *et. al.* 2000; MARTIN, 2002; BRAY, BALAGUER e DUDA, 2004).

Contudo, identificou-se associação da autoeficácia com a idade e com o tempo de prática dos atletas. Os resultados demonstraram que o nível da autoeficácia dos atletas aumenta na medida em que ficam mais velhos e conseqüentemente com mais anos de prática. Os grupos de 31 – 38 anos de idade e 16 – 24 anos de prática apresentaram níveis mais altos de autoeficácia em relação aos demais grupos (Tabela 6).

A percepção da autoeficácia pode ser elevada ao longo da vida, tal como colocou Stefanello (2007), que autoeficácia não é um traço estável de personalidade e sim um processo dinâmico. Estes resultados ressaltam as explicações de Bandura e Lñesta (1975) e Bandura (1979) ao explicarem sobre o comportamento humano, apresentaram estudos sobre a interação recíproca de fatores pessoais (cognições e afetos), ambientais e comportamentais, determinando reciprocidade contínua para o estabelecimento da autoeficácia. O comportamento destes atletas interfere na percepção do ambiente, criando autoestímulos (reações), que exercem influencia sobre o próprio comportamento com o passar do tempo (BANDURA, AZZI e POLYDORO, 2008).

A Tabela 6 demonstrou a existência de associação da alta autoeficácia com três escalas do suporte social: apoio material, apoio emocional e interação social positiva. Neste contexto, o alto nível de apoio material ou instrumental, definido por Pietrukowicz (2001) como a ajuda proveniente do grupo de convívio social da pessoa, seja material ou financeira, está associado com o alto nível da autoeficácia dos atletas.

O alto nível de apoio emocional demonstrou que para aproximadamente 10% dos atletas, a autoeficácia também é alta de forma significativa. Rodriguez e Cohen (1998) definiram que as pessoas passam a expressar os seus sentimentos na interação positiva com outras pessoas de determinados grupos, passando a relacionar-se com sentimentos de emoções e estima. A associação indicada na Tabela 6 evidenciou que estes fatores são importantes para a percepção de um alto nível de autoeficácia (Tabela 6).

Posteriormente, demonstrou-se na Tabela 6 que houve associação da autoeficácia com três escalas da QV: vitalidade, aspectos sociais e limitação por aspectos emocionais. Estes dados significativos permitem afirmar que alto nível de autoeficácia está associado com nível muito bom de vitalidade. O alto nível de vitalidade indica que o atleta possui uma sensação de energia e dinamismo durante todo o tempo, estando motivado para execução da tarefa (CICONELLI, 1997), ressaltando a relação positiva da autoeficácia com os níveis pessoais de motivação (BZUNECK, 2001).

A correlação significativa da autoeficácia (Tabela 6) com os aspectos sociais e com a limitação por aspectos físicos demonstra que os altos níveis destas três variáveis estão positivamente e diretamente associados. Quando o desempenho das atividades sociais sem interferência induzida por problemas físicos ou emocionais, o julgamento de valor sobre o que cada um pode fazer com suas próprias habilidades será alto (GEORGE e FELTZ, 1996), enquanto que o alto nível de autoeficácia associa-se com poucos problemas com o esporte e outras atividades diárias, como resultado da saúde emocional (SILVA, 2008).

Na Tabela 7, correlações significativas entre o suporte social (na escala do apoio material) e a QV (na escala limitação por aspectos emocionais) com a autoeficácia foram observadas. Estes resultados demonstram a importância do auxílio prestado ao atleta através do suporte material ou financeiro (RODRIGUEZ e COHEN, 1998; SERRA, 1999; PIETRUKOWICZ, 2001), podendo propiciar um alto nível de autoeficácia para os atletas.

A baixa presença de problemas com o trabalho ou outras atividades diárias como resultado da saúde emocional, tem como consequência um bom nível nos aspectos emocionais dos atletas (CICONELLI, 1997; SILVA, 2008). Tais aspectos estão positivamente correlacionados a uma autoeficácia alta para os atletas municipais (Tabela 7).

Esta correlação explica-se através da teoria de Bandura (1994) em que os atletas dependem, em parte, de seus estados somáticos e emocionais no julgamento de suas capacidades. Suas reações de estresse e tensão são interpretadas como sinais de vulnerabilidade a um mau desempenho. Os estados emocionais influenciam nos julgamentos das pessoas sobre a sua eficácia pessoal: estados emocionais positivos aumentam a autoeficácia geral percebida e os negativos diminuem.

Realizou-se associação da autoeficácia com a idade, tempo de prática, suporte social e qualidade de vida dos atletas de nível estadual (Tabela 8). Não existiu associação quanto as variáveis: idade, tempo de prática e suporte social. Para a QV, verificou-se associação e correlação significativa com duas escalas: estado geral de saúde e vitalidade. O estado geral de saúde avalia as percepções gerais de saúde. Uma percepção baixa indica um mau estado de saúde com tendências a piora. Por outro lado, se a percepção é alta, a saúde está excelente (SILVA, 2008). Estes achados permitem afirmar que para os atletas estaduais, o

excelente estado de saúde faz com que se sintam muito eficazes em suas tarefas, corroborando com os estudos de Souza, Silva e Galvão (2002), quando afirmaram que a autoeficácia tem se mostrado uma variável chave na psicologia e no desenvolvimento e da saúde. A autoeficácia envolve vários aspectos favoráveis ao estado geral de saúde: parar de fumar, perder peso, controlar a dor, recuperar-se de infarto e participar de diversos programas de prevenção de doença. Deve-se fornecer às pessoas, além das razões para mudar o comportamento de saúde, os meios e recursos para fazê-lo (O'LEARY, 1985; SCHWARZER e FUCHS, 1996), sendo o esporte um meio que propicia estas ações.

A associação encontrada e a correlação significativa identificada entre a vitalidade e autoeficácia ressaltam novamente que uma boa vitalidade está associada a um alto nível de autoeficácia para os atletas de nível estadual, apresentando bons níveis pessoais de motivação e vitalidade (BZUNECK, 2001) com sentimentos de energia e dinamismo durante a execução das tarefas (CICONELLI, 1997).

Na Tabela 9, verificou-se a correlação entre as variáveis da autoeficácia, suporte social, qualidade de vida, idade e tempo de prática dos atletas de nível nacional, em que foram identificadas algumas correlações de moderadas a fortes. Pode-se observar uma correlação forte e significativa entre a autoeficácia e a escala de apoio material, evidenciando que quanto maior apoio material, mais alta será a autoeficácia, assim como se demonstrou a importância do apoio material para autoeficácia dos atletas municipais e estaduais. Neste contexto, ressalta-se novamente a influência e importância do auxílio prestado ao atleta através de suporte material e/ou financeiros (RODRIGUEZ e COHEN, 1998; SERRA, 1999; PIETRUKOWICZ, 2001), indicando que para chegar a ser um atleta de seleção brasileira, a estrutura física, emocional e financeira parece ser imprescindível.

Em relação ao suporte social, a autoeficácia correlacionou-se de forma moderada com o apoio emocional e com o apoio afetivo, demonstrando que, quanto maior o nível de apoio emocional e afetivo, mais alta será a autoeficácia dos atletas nacionais (Tabela 9). Mais uma vez notou-se a importância da relação com sentimentos de emoções e estima com o grupo, em que o apoio emocional demonstrou ser um fator interveniente na autoeficácia dos atletas (RODRIGUEZ e COHEN, 1998).

A correlação da autoeficácia com o apoio afetivo explica-se pelo fato de terem sido identificados altos níveis destas variáveis para este grupo de atletas. O apoio afetivo, que segundo Dessen e Braz (2000) na maioria das vezes é proveniente de fontes familiares, faz com que o indivíduo sinta-se estimado e acolhido em seu grupo, contribuindo para melhorar a autoestima (SERRA, 1999). Essa importância ressaltou-se através de Baptista (2005; 2006) e Ruzzi-Pereira (2007) ao apontarem que a literatura tem demonstrado o suporte familiar como primordial para redução dos efeitos de diferentes traumas e insucessos na vida dos indivíduos.

Para as escalas da QV, a autoeficácia foi moderadamente correlacionada ($r=0,471$) com a limitação por aspectos emocionais, indicando que quanto maior o nível de autoeficácia menores serão as limitações emocionais para este grupo de atletas (Tabela 9). Resultado semelhante foi encontrado para os atletas municipais, demonstrando a importância de ter poucos problemas com o esporte e outras atividades diárias, como resultado da saúde emocional na autoeficácia (SILVA, 2008). Os estados emocionais positivos aumentam a autoeficácia geral percebida, e os negativos diminuem, ressaltando a influência dos julgamentos das pessoas sobre a sua eficácia pessoal (BANDURA, 1994).

Ao correlacionar a QV com o suporte social, observou-se na Tabela 9 outra correlação moderada ($r=0,483$), encontrada na escala dos aspectos sociais com o apoio afetivo. Isto mostra que para este grupo de atletas, sentir-se bem socialmente está ligado a uma boa rede de relações sociais, ou seja, quanto maior o apoio afetivo recebido, melhor será a percepção dos aspectos sociais. Segundo Rohlfs *et. al.* (2004), esta correlação indica que estes atletas têm poucas chances de apresentarem transtornos em seu estado de humor. Isso, segundo Langford *et. al.* (1997) e Andrade, Viana e Silveira (2006) é devido a existência do apoio familiar (afetivo) reduzindo os riscos de conflitos e depressão, que podem ser ocasionados pela ausência do conjugue, isolamento social e a falta de uma pessoa confiante, em função do baixo nível de suporte social (LIMA, 1999).

Notaram-se correlações moderadas e negativas da escala dor com as escalas de apoio material ($r=-0,452$) e apoio emocional ($r=-0,492$). Estas correlações indicam que quanto melhor o nível nestas escalas, menor será a percepção da dor não havendo então uma

diminuição da QV neste sentido (Tabela 9). Desta forma, ressalta-se a importância da estrutura física e financeira (THOITS, 1982; GOTTLIEB, 1985; JOURDEN, BANDURA e BANFIELD, 1991) fornecida aos atletas e do apoio quanto aos aspectos emocionais que pode ser fornecido através de intervenção psicológica (BECKER JÚNIOR, 2000; WEINBERG e GOULD, 2001; SAMULSKI, 2009), tendo em vista que através de uma boa estrutura financeira e conseqüentemente uma boa estrutura física, os atletas possuem meios necessários para o suprimento de suas necessidades básicas, tratamento de lesões e demais patologias.

Observou-se na Tabela 9 que o tempo de prática dos atletas nacionais está moderadamente correlacionado com a dor ($r=0,439$) e o estado geral de saúde dos atletas ($r=0,477$), demonstrando que na medida em que avançam os anos de prática, os atletas passam a sentir menos dores, ao mesmo tempo em que ocorrem melhorias no seu estado geral de saúde (MEYERS *et. al.*, 2008), sendo o tempo de prática um fator interveniente na QV dos atletas de nível nacional.

Observou-se na Tabela 10 a razão de prevalência da autoeficácia dos atletas de voleibol de rendimento em relação ao nível do atleta, idade e tempo de prática. Na análise quanto ao do nível do atleta identificou-se que os atletas de nível estadual e nacional possuem autoeficácia mais alta do que os municipais. Os atletas de nível nacional por sua vez, demonstraram-se mais eficazes do que os atletas estaduais.

Estes resultados encontram explicações pelo fato de que quanto melhor o nível de desempenho, mais alta será a competitividade e pressão exercida sobre estes atletas. Em especial aos atletas de nível nacional, que fazem parte da elite mundial do voleibol masculino. Neste contexto, os atletas desenvolvem padrão avaliativo de desempenho dos movimentos produzidos (SINGER, 1986; SCHMIDT e WRISBERG, 2001), apresentando uma alta percepção no nível da autoeficácia (GEORGE e FELTZ, 1996).

Verificou-se que a autoeficácia aumenta na medida em que a idade avança, ou seja, quando relacionados ao grupo de atletas com idade 15 – 22 anos, os resultados demonstraram que os outros dois grupos etários (23 – 30 anos e 31 – 38 anos) possuem nível mais alto de autoeficácia. Da mesma forma ocorreu com o tempo de prática. Os atletas com 8 – 15 anos

de prática e os de 16 – 24 anos de prática, tiveram uma autoeficácia mais alta, sendo significativas todas estas razões de prevalência (Tabela 10), ressaltando que as crenças de autoeficácia, experiências de êxito e experiências vicárias, atuam de forma independente ou combinada (BANDURA e IÑESTA 1975; BANDURA 1979).

Bandura (1986) colocou que no desenvolver de uma tarefa motora, através das experiências de êxito, a constatação de seu desempenho nas atividades, proporciona ao atleta informação convincente de que tem capacidades de prosseguir com êxito. As experiências vicárias originam-se e desenvolvem-se a partir da observação das pessoas, e os bons resultados observados sugerem ao atleta/observador que este, motive-se para iniciar e manter a prática, conseguindo superar seus desafios e obstáculos (BANDURA, AZZI e POLYDORO 2008).

Na Tabela 11, analisaram-se as razões de prevalência da autoeficácia com as escalas do suporte social que se associaram significativamente: apoio material, apoio emocional e interação social positiva. Os resultados demonstraram, para todas as escalas, que quanto melhor o nível de suporte social dos atletas (baixo, médio e alto), melhor será a autoeficácia, demonstrando a existência do modelo de determinismo recíproco. De acordo com Bandura, Azzi e Polydoro (2008), os fatores pessoais e ambientais determinam-se um em função do outro. Neste sentido, o comportamento é dependente dos atos e atitudes das pessoas em si. É principalmente por meio de suas ações que as pessoas produzem condições ambientais que afetam o seu comportamento de maneira recíproca (BANDURA, 1986).

Neste contexto, o nível da autoeficácia é influenciado tanto pelos níveis da interação positiva com outras pessoas, passando a relacionar-se com sentimentos de emoções e estima (RODRIGUEZ e COHEN, 1998), quanto pelos níveis de ajuda material ou financeira do grupo de convívio social do atleta (PIETRUKOWICZ, 2001), enfatizando a importância da rede social e do contexto sociocultural que vivem os atletas, inerente a sua influência no desempenho (REES e FREEMAN, 2010; FREEMAN e REES, 2009).

Na Tabela 12, observaram-se os resultados referentes às associações significativas das escalas de qualidade de vida: vitalidade, aspectos sociais e limitações por aspectos emocionais. Com exceção da limitação por aspectos emocionais para boa QV, a análise

permitiu notar que em todas as escalas e níveis de QV (regular, boa e muito boa) a razão de prevalência foi significativa, evidenciando que para estas escalas, quanto melhor a QV mais alto o nível de autoeficácia.

O esporte, segundo Tani, Bento e Petersen (2006) exige a intensificação dos processos de treinamento, o prolongamento dos períodos de manutenção da forma e resultados cada vez melhores. Neste sentido, estes achados estão condizentes com as afirmações de Cheik *et. al.* (2003) e Blacklock, Rhodes e Brown (2007) quando ressaltaram que através do esporte alcançam-se benefícios físicos, psicológicos e sociais proporcionados pela prática de exercícios físicos e demais atividades (NAHAS, 2001; SAMULSKI *et. al.*, 2009). Logo, os atletas com alto nível de autoeficácia são influenciados pela pouca presença de problemas com esporte e outras atividades diárias, como resultado da saúde emocional (SILVA, 2008). Para George e Feltz (1996), o julgamento de valor sobre o que cada um pode fazer com suas próprias habilidades é alto, na medida em que estes atletas possuem um desempenho esportivo sem interferência induzida por problemas físicos ou emocionais.

Finalizando, pode-se verificar nas colocações de Bandura (1979) e Ferreira (2008) que o comportamento não necessita ser diretamente reforçado para ser adquirido. O homem/atleta aprende e adquire experiências observando as consequências dentro do seu ambiente (voleibol), assim como seu meio social (esportivo), considerando que pensamentos são influenciados pelas crenças e expectativas que fazem parte de seu processo de aprendizagem, gerando emoções positivas, as quais somente apresentarão equilíbrio devido ao suporte social (familiar) que estes atletas recebem.

7 CONCLUSÕES

Este estudo teve como objetivo investigar o grau de associação da autoeficácia geral percebida considerando os níveis de qualidade de vida (QV) e suporte social em atletas voleibol de rendimento, em que os achados permitiram observar que existe associação entre essas variáveis para o grupo de atletas estudado.

Houve prevalência de altos níveis de autoeficácia, suporte social, e a qualidade de vida apresentou indicadores de boa a muito boa, demonstrando que o esporte de rendimento, neste caso o voleibol, propicia boas condições de QV aos atletas praticantes da modalidade.

A alta autoeficácia observada demonstra que estes atletas, dentro de cada nível técnico em que estão inseridos (municipal, estadual e nacional), possuem um bom padrão de autorregulação do comportamento através das contingências prescritas: auto-observação, processos de julgamento e autorreação. Este processo ocorreu devido à qualidade, quantidade e originalidade dos comportamentos observados, em que os julgamentos dos atletas estão ligados a fontes de modelação e reforçamento do contexto esportivo fazendo com que a pessoa adquira comportamentos referenciais (comparação pessoal e coletiva), valorizando o ato observado. Desta forma, os atletas tiveram uma autorreação avaliativa de sua eficácia positiva.

Em relação ao suporte social, observou-se que estes atletas sentem-se estimados e acolhidos em seu grupo, recebendo ajuda para superação dos problemas, estabelecendo metas realistas. Possuem boas tomadas de decisões (adquiridos através de um conjunto de informações e conselhos), os quais tiveram suporte de bens materiais, e atividades sociais que ajudaram os atletas a não se sentirem isolados.

Conseqüentemente, os grupos de atletas estudados demonstram ter uma boa rede de suporte social, influenciando positivamente na percepção de apoio social. Esta percepção já adquirida e aumentada, não somente através das ajudas materiais, mas também por meio de

sentimentos de expressões, emoções e de estima, confiando em seus relacionamentos, podendo confidenciar seus medos, angústias, dores, ansiedade e tristezas.

A muito boa QV identificada pode evidenciar que o esporte propicia o atendimento dos aspectos que interferem no nível de QV. Estes aspectos são relativos aos parâmetros socioambientais e individuais. Os atletas demonstraram ter boas condições de trabalho, moradia, transporte, segurança, assistência médica, remuneração, educação e lazer, além de possuírem um bom estilo de vida, hábitos alimentares saudáveis, praticando exercícios regularmente, em decorrência de viverem no mundo esportivo, possuindo bons relacionamentos. Neste sentido, grande parte dos atletas encontram-se satisfeitos com seus objetivos e desejos, enfatizando as experiências subjetivas de vida.

Ao compararmos os níveis de autoeficácia, suporte social e qualidade de vida dos atletas, verificou-se que em relação aos níveis de desempenho (municipal, estadual e nacional) os atletas possuem bons níveis em todas as variáveis, em que a interação social positiva (suporte social) e a capacidade funcional (qualidade de vida), foram as escalas com maior destaque.

Verificamos que houve associação da autoeficácia geral percebida dos atletas, com os níveis de suporte social, em especial as escalas de apoio material, emocional e interação social positiva, com a qualidade de vida nos aspectos de vitalidade, aspectos sociais e limitação por aspectos emocionais, com o tempo de prática e a idade.

Ressalta-se que a autoeficácia nos atletas nacionais esteve fortemente correlacionada com a escala apoio material do suporte social, evidenciando que o fornecimento de um bom aparato material para os atletas (bolas, uniformes, locais de treinamento, alojamento, alimentação, transporte) está diretamente ligado a alta autoeficácia.

A razão de prevalência analisada nas variáveis que demonstraram associação permitiu observar que a autoeficácia dos atletas nacionais é mais alta do que os atletas dos níveis estadual e municipal. As escalas do suporte social (apoio material, apoio emocional e interação social positiva) e QV (vitalidade, aspectos sociais e limitação por aspectos

emocionais), evidenciaram-se essenciais para a alta autoeficácia, demonstrando que são fatores intervenientes na *performance* esportiva.

Percebe-se através dos achados que o esporte pode influenciar na percepção da autoeficácia geral percebida e nos níveis de qualidade de vida e suporte social. Este estudo permitiu observar que existe uma fonte positiva de influência do esporte sobre estas variáveis, criando condições necessárias e favoráveis para o desempenho destes atletas. Dada à importância destas variáveis, este estudo demonstrou que o meio esportivo de rendimento propicia a obtenção e manutenção de bons níveis de autoeficácia, qualidade de vida e suporte social. Sugerem-se estudos com características longitudinais, as quais poderão identificar o processo do desenvolvimento e aprimoramento destas variáveis psicológicas, físicas, ambientais e comportamentais ao longo da carreira do atleta.

Finalizando, destaca-se que a exploração da qualidade de vida e do suporte social é de suma importância no meio esportivo, na medida em que estes demonstraram ser fatores de extrema influência no cotidiano dos atletas, em virtude das pressões e do estresse presente ao longo da carreira esportiva. Sua importância eleva-se ainda mais ao tratar-se do esporte de rendimento que é visto por muitas pessoas como um meio de vida não saudável. Entretanto, investigações como esta demonstraram os reais benefícios que o esporte de rendimento pode fazer aos praticantes de voleibol.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L. H. S. G; VIANA, M. C; SILVEIRA, C. M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, v. São Paulo, v. 33, n. 2, p. 43 – 54, 2006.
- ANTONIAZZI, S. A; DELL' AGLIO. D. D; BANDEIRA, D. R. O conceito de *coping*: uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia**. Natal, v. 3, n. 2, p. 273-294. 1998.
- BALAGUER, I. **Entrenamiento psicológico en el deporte**. Valência: Albatros Educación. 1994.
- BANDURA, A. **Modificação do comportamento**. Editora Interamericana Ltda: Rio de Janeiro. 1979.
- _____. Self-efficacy. In: RAMACHAUDRAN, V. S. **Encyclopedia of human behavior**. New York: Academic Press, v. 4, p. 71-81, 1994. (Disponível em www.des.emory.edu/mfp/BanEncy.html. Acessado em 13/01/2011).
- _____. **Social foundations of thought and action: a social cognitive theory**. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1986.
- BANDURA, A; AZZI, R. G; POLYDORO, S. **Teoria social cognitiva: conceitos básicos**. Artmed: Porto Alegre. 2008.
- BANDURA, A; IÑESTA, E. R. **Modificación de conducta. Análisis de la agresión y la delincuencia**. Editorial Trillas. 1975.
- BAPTISTA, M. N. Desenvolvimento do inventário de percepção de suporte familiar (IPSF): Estudos psicométricos preliminares. **PSICO-USF**. São Paulo, v. 10, n. 1, p. 11 – 19, 2005.
- BAPTISTA, M. N; BAPTISTA, A. S. D; TORRES, E. C. R. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. **PSIC – Revista de Psicologia**. São Paulo, v. 7, n. 1, p. 39 – 48, 2006.
- BARBANTI, V. J. **Treinamento Físico: Bases Científicas**. CLR Baliero: São Paulo, 2001.
- BARTHOLOMEW, J. B; STULTS-KOLEHMAINEN, M. A; ELROD, C. C; TODD, J. S. Strength gains after resistance training: the effect of stressful, negative life events. **Journal of Strength and Conditioning Research**. V. 22, N. 4, p.1215–1221, 2008.
- BECKER JÚNIOR, B. **Manual de psicologia do esporte e exercício**. NOVAPROVA: Porto Alegre – RS. 2000.
- BECKER JÚNIOR, B; SAMULSKI, D. M. **Manual de treinamento psicológico para o esporte**. Editora FEEVALE: Porto Alegre, 1998.

BERGER, B. G; FRIEDMANN, E; EATON, M. Comparison of jogging, the relaxation response, and group interaction for stress reduction. **Journal of sports and exercise psychology**. V. 10, p. 431 – 447, 1988.

BERGER, B. G; MCINMAN, A. *Exercise and the quality of life*. In: SINGER, R. N; MURPHEY, M; TENNANT, L.K. **Handbook of research on sport psychology (Sponsored by the international society of sport psychology)**. Macmillan publishing company, N.Y., p. 729-760, 1993.

BIANCO, T; EKLUND, R. C. Conceptual considerations for social support research in sport and exercise settings: the case of sport injury. **Journal of sport & exercise psychology**. Amsterdam, v. 12, p. 85 – 107, 2001.

BISHOP, D. T; KARAGEORGHIS, C. I; KINRADE, N. P. Effects of musically-induced emotions on choice reaction time performance. **The Sport Psychologist**.V. 23, p. 59-76, 2009.

BLACKLOCK, R. E.; RHODES, R. E.; BROWN, S. G. Relationship between regular walking, physical activity, and health-related quality of life. **Journal of Physical Activity and Health**.V. 4, p. 138-152, 2007.

BRAY, S; BALAGUER, L; DUDA, J. L. The relationship of task self-efficacy and role efficacy beliefs to role performance in Spanish youth soccer. **Journal of Sport Sciences**. V. 22, n. 5, p. 429 – 437. 2004.

BZUNECK, J. A. *As Crenças de Auto-Eficácia e o seu Papel na Motivação do Aluno*. In: BORUCHOVITCH, E; BZUNECK, J. A. (Org.) **A Motivação do Aluno: Contribuições da Psicologia Contemporânea**. Editora Vozes, Petrópolis, p. 116-133, 2001.

CARRON, A.V; HAUSENBLAS, H. A; MACK, D. Social Influence and Exercise: A Meta-Analysis. **Journal of sport & exercise psychology**. Amsterdam, v. 18, p. 1 – 16, 1996.

CASSEL, E. J. The contribution of the social environment to host resistance. **American Journal of Epidemiology**. Oxford, v. 104, p. 107 – 123, 1976.

CASSEL, E. J. Psychosocial processes and “stress”: theoretical formulation. **International Journal of Health Services**. V. 4, p.471-82, 1974.

CAVALCANTI, C. R. P. Auto-regulação e prática instrumental: um estudo sobre as crenças de auto-eficácia de músicos instrumentistas. **Dissertação de Mestrado**. UFPR, Curitiba, 2009.

CHEEMA, B. S. B; GAUL, C. A. Full-body Exercise training improves fitness and quality of life in survivors of breast cancer. **Journal of Strength and Conditioning Research**. V. 20, N. 1, p. 14–21, 2006.

CHEIK, N. C; REIS, I. T.; HEREDIA, R. A. G.; VENTURA, M. L; TUFIK, S.; ANTUNES, H. K. M.; MELLO, M. T. Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade

em indivíduos idosos. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**. V. 11, n. 3, p. 45-52, 2003.

CHELLADURAI, P. Multidimensionality and multiple perspectives of organizational effectiveness. **Journal of Sport Management**. N. 1, p. 37-47, 1987.

CHELLADURAI, P; RIERNER, H. A classification of facets of athletes' satisfaction. **Journal of sport management**. V. 1, p. 45 – 52, 1998.

CHIMINAZZO, J. G; MONTAGNER, P. C. Treinamento desportivo e *burnout*: reflexões teóricas. **EF Deportes Revista Digital**. Buenos Aires, v. 10, n. 78, 2004.

CHODZKO-ZAJKO, W; SCHWINGEL, A. Transnational strategies for the promotion of physical activity and active aging: the world health organization model of consensus building in international public health. **Quest**. V. 61, p. 25-38, 2009.

CICONELLI, R. M. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical outcomes study 36 - item short – form health survey (SF-36)”. **Tese. Escola Paulista de Medicina**. São Paulo, 1997.

CICONELLI, R. M; FERRAZ, M. B; SANTOS, W; MEINÃO, I; QUARESMA, M. R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**. São Paulo, v. 39, n. 3, p. 143-150, 1999.

COBB, S. Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine**. McLean, v. 38, n. 5, p. 300 – 314, 1976.

COHEN, M. **Lesões nos esportes: diagnóstico, prevenção, tratamento**. Revinter: São Paulo, 2003.

COSTA, A. E. B. Auto-eficácia e *burnout*. **Revista Eletrônica Inter Ação Psy**. Ano 1, p. 34 – 67. 2002.

COSTA, A. G; LUDERMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 73 – 79, 2005.

COSTA, A. M; DUARTE, E. Atividade física e relação com a qualidade de vida, de pessoas com seqüelas de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI). **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**. Brasília, v. 10 n. 1, p. 47-54, 2002.

COSTA, A. E. B. Auto-eficácia e *burnout*. **Revista Eletrônica Inter Ação Psy**. Ano 1, p. 34 – 67, 2002.

COSTA, M. M; Esporte de alto rendimento: produção social da modernidade – o caso do vôlei de praia. **Sociedade e Estado**. Brasília, v. 22, n. 01, p. 35-69, 2007.

CROSSMAN, J. Psychological rehabilitation from sports injury. **Sports Medicine**. V. 23, p. 333 -339, 1997.

CRUZ, J.F; VIANA, M. O treino das competências psicológicas e a preparação mental para a Competição. **Manual de Psicologia do Desporto**. Universidade do Minho, Braga, p. 533 – 563. 1996.

CSIKSZENTMIHALYI, M. **A psicologia da felicidade**. São Paulo: Saraiva, 1992.

CULOS-REED, S. N; ROBINSON, J. L; LAU, H; O'CONNOR, K; KEATS M. R. Benefits of a physical activity intervention for men with prostate cancer. **Journal of Sport and Exercise Psychology**. V. 29, p. 118-127, 2008.

CUNHA, R. A. Elaboração e Validação do Questionário sobre Qualidade de Vida de Atletas (QQVA). **Dissertação de Mestrado**. UFMG, Belo Horizonte. 2008.

DANTAS, E. H. M. **A prática da preparação física**. Shape: Rio de Janeiro, 2003.

DECHAMPS, A; ONIFADE, C; DECAMPS, A; BOURDEL-MARCHASSON, I. Health-related quality of life in frail institutionalized elderly: effects of a cognition-action intervention and Tai Chi. **Journal of Aging and Physical Activity**. V. 17, p. 236-248, 2009.

DELA-COLETA, A. S. M. Estresse e suporte social em profissionais do setor de segurança pessoal e patrimonial. **Dissertação de Mestrado**. Universidade Federal de Uberlândia – MG. 2007.

DESSEN, M. A; BRAZ, M. P. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, v. 16 n. 3, p. 221 – 231, 2000.

DOBRÁNSZKY, I. A; MACHADO, A. A. Autoficácia: um estudo da sua contribuição para a avaliação de desempenho de atletas. **Psico-USF**. Bragança Paulista, v. 6, n. 2, p. 67 – 74, 2001.

DURAK, E; LILLY, P. C. Cancer and exercise: improving strength, quality of life, and survival odds. **Strength and Conditioning Journal**. V. 21, N. 6, p. 25–27, 1999.

ETNIER, J. L; SALAZER W; LANDERS D. M; PETRUZZELLO S. J; HAN, M; NOWELL P. The influence of physical exercise upon cognitive functioning: a meta-analysis. **Journal of Sport e Exercise Psychology**. V.19, p. 249-277, 1999.

FACHADO, A. A; MARTINEZ, A. M; VILLALVA, C. M; PEREIRA, M. G. Adaptação cultural e validação da versão Portuguesa - Questionário *Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS)*. **Acta Med. Port**. V. 20, p. 525-533, 2007.

FARQUHAR, M. Definitions of quality of life: a taxonomy. **J Adv Nurs**. N. 22, 502-8, 1995.

FEIJÓ, O. G. **Psicologia para o esporte: corpo e movimento**. 2ªed. Shape: Rio de Janeiro, 1998.

FELTZ, D. L; CHASE, M. A. *The measurement of self-efficacy and confidence in sport*. In: DUDA, J.L. **Advances in sport and exercise psychology measurement**. Fitness Information Technology, INC. Morgantown, W.V, USA, 1998.

FERREIRA, M. A. C. A Influência da autoeficácia e da ansiedade em jogadores de futebol. **Dissertação de Mestrado**. UFPR, Curitiba, 2008.

FLECK, M. P. A; BORGES, Z. N; BOLOGNESE, G; ROCHA, N. S. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo, espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Revista Brasileira da Saúde Pública**. São Paulo, v.37, n. 04, p. 446-455, 2003.

FLECK, M. P. A; CHACHAMOVICH, E; TRENTINI, C. M. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Revista Brasileira da Saúde Pública**. São Paulo, v. 37, n. 06, p.793-799, 2003,

FLECK, M. P. A; LIMA, A. F. B. S; LOUZADA, S; SCHESTASKY, G; HENRIQUES, A; BORGES, V.R; CAMEY, S. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. **Revista Brasileira da Saúde Pública**. São Paulo, v.36, n. 04, p.431-438, 2002.

FLECK, M.P; SKEVINGTON, S. Explicando o significado do WHOQOL-SRPB. **Revista de Psiquiatria Clínica**. V. 34, s. 01, Porto Alegre, 2007, p. 146-149.

FOSS, M. L. **Fox: bases fisiológicas do exercício e do esporte**. 6ªEd. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2000.

FREEMAN, P; REES, T. How does perceived support lead to better performance? An examination of potential mechanisms. **Journal of Applied Sport Psychology**. Madison, v. 21, p. 429 – 441, 2009.

GASKIN, C.J; MORRIS, T. Physical activity, health-related quality of life, and psychosocial functioning of adults with cerebral palsy. **Journal of Physical Activity and Health**. V. 5, p. 146-147, 2008.

GASPAR, T; RIBEIRO, J. L. P; LEAL, I; MATOS, M. G. Impacto da Satisfação com o Suporte Social na Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde era Crianças e Adolescentes. **Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde**. Universidade do Porto: Porto, 2008.

GEORGE, T. R; FELTZ, D. L. Motivation in sport from a collective efficacy perspective. **International Journal of Sport Psychology**. V. 26, n. 01, p. 98 – 116. 1996.

GOTTLIEB, B. H. Social networks and social support: An overview of research, practice, and policy implications. **Health Education Quarterly**. V. 12, p. 5 – 22, 1985.

- GOUVÊA, F. C. Análise da autoeficácia em atletas de modalidades individuais e coletivas. **Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte**. V. 2, N. 2, p. 45-60. 2003.
- GRIEP, R. H; CHOR, D; FAERSTEIN, E; WERNECK, G; LOPES, C. S. Validade de constructo de escala de apoio social do *Medical Outcomes Study* adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 703 – 714, 2005.
- GUIMARÃES, A. C. A; MAZO, G. Z; SIMAS, J. P. N. et al. Idosos praticantes de atividade física: tendência a estados depressivo e capacidade funcional. **Revista Digital Efdeportes**. V. 10, n. 94, 2006.
- HARDY, C. J; RICHMAN, J. M; ROSENFELD, L. B. The Role of Social Support in the Life Stress: Injury Relationship. **The Sport Psychologist**. Champain, v. 5, p. 128-139, 1991.
- HARTPUT, W. The company they keep: friendships and their developmental significance. In: MUUSS, R; PORTON, H. **Adolescent Behaviour**. USA: McGraw-Hill College, p. 144 – 157, 1999.
- HAYFLICK, L. **Como e por que envelhecemos**. Campus: Rio de Janeiro, 1996.
- HEATH, G. W; BROWN, D. W. Recommended levels of physical activity and health related quality of life among overweight and obese adults in the united states, 2005. **Journal of Physical Activity and Health**. V. 6, p. 403-411, 2009.
- HELGESON, V. S. Social support and quality of life. **Quality of Life Research**. Toronto, v. 12, p. 25 – 31, 2003.
- HELLER, K; SWINDLE, R; DUSENBURY, L. Component social support processes: Comments and integration. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. Washington D. C, v. 54, p. 466 – 70, 1986.
- HSU, Y. W; CHOU, C. P; NGUYEN-RODRIGUEZ, S.T; MCCLAIN, A. D; BELCHER, B. R; SPRUIJT-METZ, D. Influences of Social Support, Perceived Barriers, and Negative Meanings of Physical Activity on Physical Activity in Middle School Students. **Journal of Physical Activity & Health**, Champain, no prelo, 2010.
- IRIGARAY, T. Q; SCHNEIDER, R. H. Impacto na qualidade de vida e no estado depressivo de idosas participantes de uma universidade da terceira idade. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 25, n.4, p. 517-525, 2008.
- JOURDEN, F. J; BANDURA, A; BANFIELD, J. T. The Impact of Conceptions of Ability on Self-Regulatory Factors and Motor Skill Acquisition. **Journal of Sport and Exercise Psychology**. V. 8, p. 213-226. 1991.
- KENNEDY, J; KENNEDY, C. Attachment Theory: implications for school psychology. **Psychology in the School**. V. 41, N. 2, p. 247-259, 2004.

KUJALA, U. M. Does training adversely affect long-term health? **The Lancet**. V. 366, 2005.

LANDERS, D. M; ARENT, S. M. *Physical activity and mental health*. In: SINGER, R. N; MURPHEY, M; TENNANT, L.K. **Handbook of research on sport psychology (Sponsored by the international society of sport psychology)**. Macmillan publishing company, N.Y. p. 740-765, 1993.

LANGFORD, C. P. H; BOWSER, J; MALONEY, J. P; LILLIS, P. P. Social support: a conceptual analysis. **Journal of Advanced Nursing**. Oxford, v. 25, p. 95 – 100, 1997.

LEVINGER, I; GOODMAN, C; HARE, D. L; JERUMS, G; MORRIS, T; SELIG, S. Psychological responses to acute resistance exercise in men and women who are obese. **Journal of Strength and Conditioning Research**. V. 0, N. 0, p. 1–5, 2009.

LIMA, M. S. Epidemiologia e impacto social. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 21, p. 1 – 5, 1999.

LINO, M. A. *A comunicação terapêutica*. In: TEIXEIRA, B. M; MELLO, I. M; GRANDO, L. H; FRAIMAN, D. P. **Manual de enfermagem psiquiátrica**. Atheneu: Rio de Janeiro, 1997.

LOVISI, G. M; MILANIL, I; CAETANO, G; ABELHA, L; MORGADO, A. F. Suporte social e distúrbios psiquiátricos: em que base se alicerça a associação? **Informação Psiquiátrica**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 65 – 68, 1996.

MACHADO, A. A. **Psicologia do esporte: temas emergentes**. Ápice: Jundiaí, 1997.

MACHADO, A. A; MORENO, R. M; KOCIAN, R. C. Estudo da auto-eficácia no tênis de campo: indagações da psicologia do esporte. In: GAERTNER, G (org.). **Psicologia e Ciências do Esporte**. Juruá: Curitiba, p. 212 – 220. 2007.

MARQUES, A. C de P; ROSADO, A. F. B. Situações estressantes nos atletas de basquetebol de alta competição. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**. São Paulo, v. 19, n. 1, p. 71-87, 2005.

MARTIN, J. J. Training and performance self-efficacy, affect, and performance in wheelchair road racers. **The Sport Psychologist**. V.16, p. 384 – 395, 2002.

MARTINS, R. M. L. A relevância do apoio social na velhice. **Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu**. Viseu, v. 31, p. 128 – 134, 2005.

MATSUKURA, T. S; MARTURANO, E. M; OISHI, J. O questionário de suporte social (QSS): estudos de adaptação para o português. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p. 675 – 681, 2002.

MATSUKURA, T. S; MARTURANO, E. M; OISHI, J; BORASCHE, G. Estresse e suporte social em mães de crianças com necessidades especiais. **Revista Brasileira de Educação Especial**. Marília, v. 13, n. 3, p. 415 – 428, 2007.

MAZZEI, A. M. A; MONROE, A. A; SASSAKI, C. M; GONZALES, R. I. C; VILLA, T. C. S. Suporte social para portador de tuberculose no serviço de saúde e na comunidade. **Boletim de Pneumologia Sanitária**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 41 – 46, 2003.

MCNALLY, S. T; NEWMAN, S. Objective and subjective conceptualizations of social support. **Journal of Psychosomatic Research**. V. 46, p. 309 – 314, 1999.

MEDEIROS, P. C; LOUREIRO, S. R; LINHARES, M. B. M; MARTURANO, E. M. A Auto-Eficácia e os aspectos comportamentais de crianças com dificuldade de aprendizagem. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v.13, n. 3, p.327-336. 2000.

MEYERS, M.C. et al.. Coping skills of Olympic Developmental Soccer Athletes. **International Journal of Sports Medicine**. Stuttgart, v.29, p. 1-7, 2008.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Revista Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p. 07 – 18, 2000.

MINKLER, M. Building supportive ties and sense of community among the inner-city elderly: the Tenderloin Senior Outreach Project. **Health Education Q**. V. 12, p. 303-14, 1985.

MORITZ, S.E; FELTZ, D. L; FAHRBACH, K.R; MACK, D.E. The relation of self-efficacy measures to sport performance: a meta-analytic review. **Research Quarterly in Exercise and Sport**. V. 71, p.280-294, 2000.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 2ªed. Midiograf: Londrina , 2001.

NIEMAN, D. C. **Exercício e Saúde**. Manole: São Paulo, 1999.

NUNES, M. Apoio social na diabetes. **Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu**. Viseu, v. 31, p. 135 – 149, 2005.

O'LEARY, A. Self-efficacy and health. **Behaviour Research and Therapy**. V. 23, n. 4, p. 437-451, 1985.

OLSTAD, R. SEXTON, H. SOGAARD. A. J. The Finnmark study: social support, social network and mental distress in a prospective population study. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**. V. 34, p. 519-525, 1999.

OMETTO, A. M. H; FURTUOSO, M. C. O; SILVA, M. V. Economia brasileira na década de oitenta e seus reflexos nas condições de vida da população. **Revista Brasileira da Saúde Pública**. São Paulo, v. 29, n. 05, p. 403-414, 1995.

ORNELAS, J. Suporte social e doença mental. **Análise Psicológica**. Lisboa, v. 2 – 3, n. 14, p. 263 – 268, 1996.

_____. Suporte social: origens, conceitos e áreas de intervenção. **Análise Psicológica**. Lisboa, v. 2-3, n. 12, p. 333 – 339, 1994.

PAIXÃO, R; OLIVEIRA, R. A. Escala instrumental e expressiva do suporte social. **Psicológica**. Coimbra, v. 16, p. 83 – 89, 1996.

PAJARES, F. *Self-efficacy during childhood and adolescence: implications for teachers and parents*. In: _____. **Self-efficacy beliefs of adolescents**, 2005. www.des.emory.edu/mfp/self-efficacy.html (acessado em 6/12/2010).

PAJARES, F; OLAZ, F. *Teoria social cognitiva e auto-eficácia: uma visão geral*. In: BANDURA, A.; AZZI, R.G.; POLYDORO, S. **Teoria social cognitiva: conceitos básicos**. Artmed: Porto Alegre, p. 97 – 114. 2008.

PEREIRA, C. Um panorama histórico-conceitual acerca das subdimensões de qualidade de vida e do bem-estar subjetivo. **Arquivos brasileiros de psicologia**. V.49, n.04, p. 32 – 48, 1998.

PIETRUKOWICZ, M. C. L. C. Apoio social e religião: Uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde. **Dissertação de Mestrado**. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2001.

PINTO, J. L. G; GARCIA, A. C. O; BOCCHI, S. C. M; CARVALHAES, M. A. B. L. Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 753 – 764, 2006.

RAMOS, M. P. Apoio social e saúde entre idosos. **Sociologias**. Porto Alegre, v. 7, n. 4, p. 156 – 175, 2002.

REES, T. HARDY, L. An investigation of the social support experiences of high-level sports performers. **The Sport Psychologist**. Champain, v. 14, p. 327 – 347, 2000.

REES, T; FREEMAN, P. Social Support and Performance in a Golf-Putting Experiment. **The Sport Psychologist**. Champain, v. 18, p. 333 – 348, 2010.

REES, T; SMITH, B; SPARKES, A. C. The Influence of Social Support on the Lived Experiences of Spinal Cord Injured Sportsmen. **The Sport Psychologist**. Champain, v. 17, p. 135 – 156, 2003.

REQUA, R; GARRICK, J. Long-term complications of exercise. **The Lancet**. V. 366, 2005.

RIBEIRO, J. L. P. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). **Análise Psicológica**. Lisboa, v. 3 (XVII), p. 547 – 558, 1999.

RODRIGUES, M.V.C. **Qualidade de vida no trabalho**. 2ª ed. Vozes: Petrópolis, 1985.

RODRIGUEZ, M. S; COHEN, S. Social support. **Encyclopedia of Mental Health**. V. 3, p. 535 – 544, 1998.

ROEDER, M. A. **Atividade física, saúde mental e qualidade de vida**. Shape: Rio de Janeiro, 2003.

ROHLFS, I. C. P. M; CARVALHO, T; ROTTA, T. M; KREBS, R. J. Aplicação de instrumentos de avaliação de estados de humor na detecção da síndrome do excesso de treinamento. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. São Paulo, v. 11, n. 2, p. 111 – 121, 2004.

ROJAS, R; SCHLICHT, W; HAUTZINGER, M. Effects of exercise training on quality of life, psychological well-being, immune status, and cardiopulmonary fitness in an HIV-1 positive population. **Journal of Sport e Exercise Psychology**. V. 25, p. 440-455, 2003.

ROSENFELD, L. B; RICHMAN, J. M; HARDY, C. J. Examining Social Support Networks Among Athletes: Description and Relationship to Stress. **The Sport Psychologist**. Champain, v. 3, p. 23 – 33, 1989.

RUZZI-PEREIRA, A. Doença mental materna: Ações de *parenting* e suporte social. **Dissertação de Mestrado**. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 2007.

SAMULSKI, D. M. **Psicologia do esporte**. Manole Ltda: Barueri, 2002.

_____. **Psicologia do esporte: teoria e aplicação prática**. Imprensa Universitária/UFMG: Belo Horizonte, 1992.

_____. Esporte e desenvolvimento da personalidade. *Revista Paulista de Educação Física*. São Paulo, v. 06, n.02, 1992, p.59-64, 1992.

_____. *Psicologia do esporte: conceitos e novas perspectivas*. 2ªed. Manole Ltda: Barueri, 2009.

SAMULSKI, D. M; CHAGAS, M.H; NITSCH, J. R. **Stress: teorias básicas**. Editora Gráfica Costa e Cupertino: Belo Horizonte, 1996.

SAMULSKI, D. M; COSTA, I. T; AMPARO, L. P; SILVA, L. A. *Atividade física, saúde e qualidade de vida*. In: SAMULSKI, D. M. *Psicologia do esporte: conceitos e novas perspectivas*. 2ªed. Manole Ltda: Barueri, p. 357 – 382, 2009.

SARASON, I. G; LEVINE, H. M; BASHAM, R. B; SARASON, B. R. Assessing social support: the social support questionnaire. **Journal of Personality and Social Psychology**. Washington D. C, v. 44, n. 1, p. 127 – 139, 1983.

SCHMIDT, R. A; WRISBERG, C. A. **Aprendizagem e performance motora: uma abordagem baseada no problema**. 2ªed. Artmed: Porto Alegre, 2001.

SCHWARZER, R; JERUSALEM, M. *Generalized Self-Efficacy scale*. In: Weinman, L; Wright, S; Johnston, M. **Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs**. Windsor, UK: NFER-NELSON, p. 35-37, 1995.

SCHWARZER, R.; FUCHS, R. *Self-efficacy and health behaviours*. In: CONNER, M. E; NORMAN, P. **Predicting health behaviour**. Buckingham: Open University Press, p. 163-196, 1996.

SCHWARZER, R; LEPPIN, A. Social support and health: a theoretical and empirical overview. **Journal of Social and Personal Relationships**. Thousand Oaks, v. 8, p. 99 – 127, 1991.

SEGRE, M; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 31, n. 05, p. 538-542, 1997.

SEIDL, E. M. F; TRÓCCOLI, B. T. Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em HIV/aids. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, v. 22, n. 3, p. 317 – 326, 2006.

SEIDL, E. M. F; ZANNON, C. M. L. C. QV e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 02, Rio de Janeiro, 2004, p. 580-588, 2004.

SILVA, A. A. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde: percepção sobre as condições de trabalho e de vida entre profissionais de enfermagem, de hospital universitário no município de São Paulo. **Dissertação de Mestrado**. Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008.

SILVA, E. M; RABELO, I; RUBIO, K. A dor entre atletas de alto rendimento. **Revista Brasileira de Psicologia do Esporte**. São Paulo, v.3, n. 4, p. 79 – 97, 2010.

SILVA, P. R. P; DANIELSKI, R; CZEPIELEWSKI, M. A. Esteróides anabolizantes no esporte. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. V. 8, n. 6, p. 235-243, 2003.

SINGER, R. **El aprendizaje de las acciones motrices en el deporte**. Barcelona, Hispano – Europea. 1986.

SIQUEIRA, M. M. M. Construção e validação da escala de percepção de suporte social. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 3, n. 2, p. 381 – 388, 2008.

SOUZA, G. A; SILVA, A. M. M; GALVÃO, R. A auto-eficácia como mediadora da melhora em índices clínicos de saúde oral. **Pesquisa Odontológica Brasileira**. São Paulo, v. 16, n. 1, p. 57-62, 2002.

SOUZA, I; SOUZA, M.A. Validação da escala de autoeficácia geral percebida. **Revista Univ. Rural Série Ciências Humanas**. Rio de Janeiro, EDUR, v. 26, N. 1-2, p. 12-17, 2004.

STATHI, A; SIMEY, P. Quality of life in the fourth age: exercise experiences of nursing home residents. **Journal of Aging and Physical Activity**. V. 15, p. 272-286, 2007.

STEFANELLO, J. M. F. *Autoconfiança*. In: _____. **Treinamento de competências psicológicas: em busca da excelência esportiva**. Minha Editora: Manole, Barueri, p. 67 – 80. 2007.

SUTHERLAND, G; ANDERSEN, M. B; STOOVÉ, M. A. Can aerobic exercise training affect health-related quality of life for people with multiple sclerosis? **Journal of Sport e Exercise Psychology**. V. 23, p. 122-135, 2001.

TANI, G. *Esporte e processos pedagógicos*. In: MOREIRA, W. W; SIMÕES, R. **Fenômeno esportivo no início de um novo milênio**. Unimep: Piracicaba, p. 85 – 96, 2000.

TANI, G; BENTO, J. O; PETERSEN, R. **Pedagogia do desporto**. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2006.

THOITS, P. A. Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. **Journal of Health and Social Behaviour**. Thousand Oaks, v. 23, p. 145 – 159, 1982.

_____. Stress, coping and social support processes: Where are we? What next? **Journal of Health and Social Behaviour**. Thousand Oaks, extra issue, p. 53 – 79, 1995.

THOMAS, J.R; NELSON, J. K; SILVERMAN, S. J. **Métodos de pesquisa em atividade física**. 5ª edição. Artmed: Porto Alegre, 2007.

TREASURE, D.C; MONSON, J; LOX, C.L. Relationship between Self-Efficacy, wrestling performance and affect prior to competition. **The Sport Psychologist**. V.10, p.73-83. 1996.

TUBINO, M. J. G; MOREIRA, S. B. **Metodologia Científica do Treinamento Desportivo**. Shape: Rio de Janeiro, 2003.

UNDÉN, A. L; ORTH-GOMÉR, K. Development of a social support instrument for use in population surveys. **Social Science e Medicine**. V. 29, n. 12, p. 1387 – 1392, 1989.

VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 7 – 14, 1999.

VECCHIA, R. D; RUIZ, T; BOCCHI, S. C. M; CORRENTE, J. E. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v. 8, n. 3, p. 246-52, 2005.

WEINBERG, R. S; GOULD, D. **Fundamentos da psicologia do esporte e do exercício**. 2ª ed. Artmed: Porto Alegre, 2001.

WEINECK, J. **Atividade física e esporte: para que?** Manole: Barueri, 2003.

WINEMILLER, D. R; MITCHELL, E; SUTLIFF, J; CLINE D. J. Measurement strategies in social support: a descriptive review of the literature. **Journal of Clinical Psychology**. Oklahoma City, v. 49, n. 5, p. 638 – 648, 1993.

WOOD, R. H; REYES-ALVAREZ, R; MARAJ, B; METOYER, K. L; WELSCH, M. A. Physical fitness, cognitive function, and health-related quality of life in older adults. **Journal of Aging and Physical Activity**. V. 7, p. 217-230, 1999.

WORTMAN, C; DUNKEL-SHETTER, C. *Conceptual and methodological issues in the study of social support*. In: SINGER, R. N; MURPHEY, M; TENNANT, L.K. **Handbook of research**

on sport psychology (Sponsored by the international society of sport psychology).
Macmillan publishing company, N.Y, p. 68 – 70, 1993.

ANEXOS

ANEXO A

ESCALA DE AUTOEFICÁCIA GERAL PERCEBIDA (EAEGP)

Por favor, responda os itens abaixo assinalando o número que melhor representa a sua opinião, de acordo com a chave das respostas apresentada.

1	2	3	4
Não é verdade a meu respeito	É dificilmente verdade a meu respeito	É moderadamente verdade a meu respeito	É totalmente verdade a meu respeito

1. Se estou com problemas, geralmente encontro uma saída.	1	2	3	4
2. Mesmo que alguém se oponha eu encontro maneiras e formas de alcançar o que quero.	1	2	3	4
3. Tenho confiança para me sair bem em situações inesperadas.	1	2	3	4
4. Eu posso resolver a maioria dos problemas, se fizer o esforço necessário.	1	2	3	4
5. Quando eu enfrento um problema, geralmente consigo encontrar diversas soluções.	1	2	3	4
6. Consigo sempre resolver os problemas difíceis quando me esforço bastante.	1	2	3	4
7. Tenho facilidade para persistir em minhas intenções e alcançar meus objetivos.	1	2	3	4
8. Devido às minhas capacidades, sei como lidar com situações imprevistas.	1	2	3	4
9. Eu me mantenho calmo mesmo enfrentando dificuldades porque confio na minha capacidade de resolver problemas	1	2	3	4
10. Eu geralmente consigo enfrentar qualquer adversidade.	1	2	3	4

Soma-se os resultados de todas as questões, obtendo:

Pontuação máxima = 44 pontos (autoeficácia geral alta)

Pontuação mínima = 11 pontos (autoeficácia geral baixa)

BENITES, D; JACQUES, S.M.C; GAUER, G; GOMES, W.B. *Percepção de autoeficácia e auto-relato de falhas de memória prospectiva e retrospectiva. Interação em Psicologia*.V. 10, N. 2, 2006, p. 207-215.

ANEXO B

VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA -SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando? Responda de acordo com a escala:

1-Sim, dificulta muito. 2-Sim, dificulta um pouco. 3-Não, não dificulta de modo algum

a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas. Responda de acordo com a escala:

1- Todo tempo. 2- A maior parte do tempo. 3- Uma boa parte do tempo. 4- Alguma parte do tempo. 5- Uma pequena parte do tempo. 6- Nunca

a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você? Responda de acordo com a escala:

1- Definitivamente verdadeiro. 2- A maioria das vezes verdadeiro. 3- Não sei. 4- A maioria das vezes falso. 5- Definitivamente falso

a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

CORREÇÃO

Cálculo do Raw Scale

Nesta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de raw scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínio:

- Capacidade funcional
- Limitação por aspectos físicos
- Dor
- Estado geral de saúde
- Vitalidade
- Aspectos sociais
- Aspectos emocionais
- Saúde mental

Para isso você deverá aplicar a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

Domínio:

Valor obtido nas questões correspondentes – Limite inferior x 100
Variação (Score Range)

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo.

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10

Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

Exemplos de cálculos:

- Capacidade funcional: (ver tabela)

Domínio: $\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$

Capacidade funcional: $\frac{21 - 10}{20} \times 100 = 55$

O valor para o domínio capacidade funcional é 55, em uma escala que varia de 0 a 100, onde o zero é o pior estado e cem é o melhor.

- Dor (ver tabela)

- Verificar a pontuação obtida nas questões 07 e 08; por exemplo: 5,4 e 4, portanto somando-se as duas, teremos: 9,4

- Aplicar fórmula:

Domínio: $\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$

Dor: $\frac{9,4 - 2}{10} \times 100 = 74$

O valor obtido para o domínio dor é 74, numa escala que varia de 0 a 100, onde zero é o pior estado e cem é o melhor. Assim, você deverá fazer o cálculo para os outros domínios, obtendo oito notas no final, que serão mantidas separadamente, não se podendo soma-las e fazer uma média.

Obs.: A questão número 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para se avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado a um ano atrás. Se algum item não for respondido, você poderá considerar a questão se esta tiver sido respondida em 50% dos seus itens.

CICONELLI, R. M. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “ Medical outcomes study 36-item short –form health survey (SF-36)”. **Tese. Escola Paulista de Medicina.** São Paulo. 1997.

ANEXO C

QUESTIONÁRIO MOS-SSS-P (SUPORTE SOCIAL)

As seguintes questões fazem referência ao apoio ou ajuda da que dispõe.

1. Aproximadamente, quantos amigos íntimos ou familiares próximos têm? (Pessoas com as que esta à vontade e pode falar de tudo o que quiser). Escreva o número de amigos íntimos e familiares próximos. _____

A gente procura outras pessoas para ter companhia, assistência ou outro tipo de ajuda. **Se você precisar, com que frequência conta com alguém...(responda de acordo com a escala abaixo)**

1	2	3	4	5
NUNCA	RARAMENTE	ÁS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE

2. Que o ajude, se estiver de cama	1	2	3	4	5
3. Com falar quando precise	1	2	3	4	5
4. Que lhe dê conselhos se tiver problemas	1	2	3	4	5
5. Que o leve ao médico quando necessite	1	2	3	4	5
6. Que lhe dê sinais de carinhos, amor ou afeto	1	2	3	4	5
7. Com quem passar um bom bocado	1	2	3	4	5
8. Que lhe dê uma informação e o ajude a entender uma situação	1	2	3	4	5
9. Em quem confiar ou com quem falar de si próprio e das suas preocupações	1	2	3	4	5
10. Que lhe dê um abraço	1	2	3	4	5
11. Com quem possa relaxar	1	2	3	4	5
12. Para preparar suas refeições se não as pode fazer	1	2	3	4	5
13. Cujo deseje conselho	1	2	3	4	5
14. Com quem fazer coisas que o ajudem a esquecer seus problemas	1	2	3	4	5
15. Que o ajude nas tarefas diárias se ficar doente	1	2	3	4	5
16. Com quem falar seus medos e problemas mais íntimos	1	2	3	4	5
17. Que lhe dê conselhos para ajudar a resolver os seus problemas pessoais	1	2	3	4	5
18. Para se divertir	1	2	3	4	5
19. Que compreenda seus problemas	1	2	3	4	5
20. Quem amar e lhe faça sentir-se querido(a)	1	2	3	4	5

APOIO ESTRUTURAL	APOIO FUNCIONAL
Questão 01	Apoio material - 2, 5, 12, 15
	Apoio emocional - 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 e 19
	Apoio afetivo - 6, 10 e 20
	Interação social positiva - 7, 11, 14 e 18

A.M = Pontos obtidos ÷ 20(x100)
A.E = Pontos obtidos ÷ 40 (x100)
A.A = Pontos obtidos ÷ 15 (x100)
I.S.P = Pontos obtidos ÷ 20 (x100)

FACHADO, A. A; MARTINEZ, A. M; VILLALVA, C. M; PEREIRA, M. G. Adaptação cultural e validação da versão Portuguesa - Questionário *Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS)*. *Acta Med. Port.* V. 20, 2007, p. 525-533.

ANEXO D: PARECER DO COMITÊ PERMANENTE DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ.



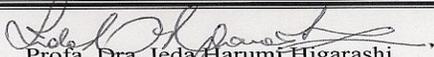
Fundação Universidade Estadual de Maringá

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

CAAE N°. 0202.0.093.000-10

PARECER N°.297/2010

Pesquisador (a) Responsável: Lenamar Fiorese Vieira	
Centro/Departamento: CCS/ Departamento de Educação Física	
Título do projeto: Autoeficácia, qualidade de vida e suporte social relacionados ao esporte de rendimento.	
<p>Considerações:</p> <p>O presente estudo tem por objetivo analisar a autoeficácia geral percebida em atletas de voleibol, estabelecendo associações com o nível de qualidade de vida (NQV) e o suporte social (SS). Visa, especificamente, identificar e comparar os níveis de autoeficácia, qualidade de vida e suporte social em atletas de rendimento; associar a autoeficácia geral percebida pelos atletas, considerando os níveis de qualidade de vida, suporte social, tempo de prática e idade.</p> <p>Para tanto, o projeto será desenvolvido com 30 atletas da seleção masculina de voleibol da categoria juvenil. Para coleta de dados serão utilizados os seguintes instrumentos: Escala de Auto Eficácia Geral Percebida (EAEGP); Resultados de Estudos Médicos 36 – Formulário Curto para Pesquisa em Saúde (SF-36) (para avaliação da qualidade de vida) e o Resultado de Estudos Médicos para Pesquisa com Suporte Social (MOS-SSS).</p> <p>A coleta de dados será realizada individualmente nos locais de treinamentos dos atletas durante o primeiro semestre de 2010, de acordo com a disponibilidade da equipe.</p> <p>Há a autorização do Administrador de Seleções da Confederação Brasileira de Voleibol para a realização da pesquisa no Centro de Desenvolvimento de Voleibol no município de Saquarema-RJ.</p> <p>O cronograma prevê atividades entre Janeiro e Dezembro de 2010, com coleta de dados de Junho a Agosto de 2010.</p> <p>O estudo foi orçado em R\$ 650,00, constando a declaração de que os valores serão custeados pelo próprio pesquisador.</p> <p>No protocolo de pesquisa consta o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que dá garantias ao sujeito da pesquisa e esclarece os indivíduos sobre os procedimentos aos quais serão submetidos, estando de acordo com a resolução 196/96-CNS.</p> <p>Parecer:</p> <p>Considerando o exposto, e tendo em vista a análise ética do protocolo em tela, à luz das prerrogativas fixadas pela Res. 196/96-CNS e suas complementares, considerando não haver se constatado qualquer aspecto que contrarie as normativas éticas vigentes, somos de parecer favorável à aprovação do presente protocolo.</p>	
Situação: APROVADO	
CONEP: (X) para registro () para análise e parecer Data: 18/6/2010.	
O pesquisador deverá apresentar Relatório Final para este Comitê em: Dezembro de 2010.	
<p>O protocolo foi apreciado de acordo com a Resolução n°. 196/96 e complementares do CNS/MS, na 19ª reunião do COPEP em 18/6/2010.</p>	 Prof. Dra. Ieda Harumi Higarashi Presidente do COPEP

APÊNDICES

APÊNDICE B

Departamento de Educação Física – Programa de Pós-Graduação Associado UEM/UEL TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS SUJEITOS

Estamos conduzindo uma pesquisa na área de Psicologia do Esporte no Programa de Mestrado em Educação Física UEM/UEL, abordando os temas da autoeficácia, qualidade de vida e suporte social em atletas de rendimento.

Para a realização do trabalho, será necessária a participação dos atletas convocados para a Seleção Brasileira de Voleibol – Temporada 2010.

Sabendo que você é um dos convocados, vimos pedir o seu consentimento para participação no estudo, no qual você responderá a três questionários com questões referentes à sua autoeficácia geral percebida, qualidade de vida e suporte social.

Informo que durante qualquer momento da coleta dos dados você poderá recusar a participação na pesquisa sem qualquer tipo de prejuízo pessoal ou para a pesquisa, e ainda que estou disponível para esclarecimento de dúvidas.

Durante o decorrer e após a conclusão do trabalho, será preservada a sua identidade e dos demais participantes. O trabalho terá a orientação da Prof^a. Dra. Lenamar Fiorese Vieira, da Universidade Estadual de Maringá – PR e será desenvolvido pelo mestrando Paulo Vitor Suto Aizava.

Caso V. Sa. concorde com a participação no estudo solicitamos seu consentimento preenchendo as informações abaixo:

Eu, _____, após ter lido e entendido as informações acima e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes ao estudo **CONCORDO** em participar na pesquisa.

Data: ____/____/____

Assinatura

Eu, **Paulo Vitor Suto Aizava**, declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo.

Paulo Vitor Suto Aizava Telefone: (44)98098552

Rua Prof. Itamar Orlando Soares 487 Apto 22

Lenamar Fiorese Vieira Telefone: (44)32232145

Rua Neo Alves Martins 1886 Apto 151

Qualquer dúvida ou maiores esclarecimentos procurar um dos membros da equipe do projeto ou o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá – Biblioteca Central (BCE) – Campus Central – Telefone: (44) 3261-4444.

APÊNDICE C

Departamento de Educação Física – Programa de Pós-Graduação Associado UEM/UEL TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS SUJEITOS

Estamos conduzindo uma pesquisa na área de Psicologia do Esporte no Programa de Mestrado em Educação Física UEM/UEL, abordando os temas da autoeficácia, qualidade de vida e suporte social em atletas de rendimento.

Para a realização do trabalho, será necessária a participação dos atletas juvenis convocados para a Seleção Brasileira de Voleibol – Temporada 2010.

Sabendo que seu filho é um dos convocados, vimos pedir o seu consentimento para participação no estudo, no qual ele responderá a três questionários com questões referentes à sua autoeficácia geral percebida, qualidade de vida e suporte social.

Informo que durante qualquer momento da coleta dos dados você ou seu filho poderão se recusar a participar na pesquisa sem qualquer tipo de prejuízo pessoal ou para a pesquisa, e ainda que estou disponível para esclarecimento de dúvidas.

Durante o decorrer e após a conclusão do trabalho, será preservada a sua identidade e dos demais participantes. O trabalho terá a orientação da Prof^a. Dra. Lenamar Fiorese Vieira, da Universidade Estadual de Maringá – PR e será desenvolvido pelo mestrando Paulo Vitor Suto Aizava.

Caso V. Sa. concorde com a participação no estudo solicitamos seu consentimento preenchendo as informações abaixo:

Eu (responsável pelo menor), _____,

após ter lido e entendido as informações acima e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes ao estudo **CONCORDO** em permitir a participação de meu filho _____ na pesquisa.

Data: ____/____/____

Assinatura (Pai e/ou Responsável)

Eu, **Paulo Vitor Suto Aizava**, declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo.

Paulo Vitor Suto Aizava Telefone: (44)98098552
Rua Prof. Itamar Orlando Soares 487 Apto 22
Lenamar Fiorese Vieira Telefone: (44)32232145
Rua Neo Alves Martins 1886 Apto 151

Qualquer dúvida ou maiores esclarecimentos procurar um dos membros da equipe do projeto ou o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá – Biblioteca Central (BCE) – Campus Central – Telefone: (44) 3261-4444.

APÊNDICE D: Carta de autorização da Confederação Brasileira de Voleibol (CBV)

Confederação Brasileira de Voleibol
Av. das Américas, 700 / Bl. 7 - Barra da Tijuca
Rio de Janeiro - RJ - Brasil - CEP: 22.640-100
T. 55 21 2114-7200 F. 55 21 2114-7272
www.cbv.com.br

AUTORIZAÇÃO

Autorizo o mestrando **Paulo Vitor Suto Aizava**, do curso de Pós Graduação *Stricto Sensu* em Educação Física da Universidade Estadual de Maringá-PR orientado pela Dra. Lenamar Fiorese Vieira, a realizar a pesquisa de dissertação intitulada: “**Análise da auto-eficácia, qualidade de vida e suporte social no esporte de rendimento**”, na Seleção Brasileira de Voleibol masculina juvenil, no Centro de Desenvolvimento de Voleibol no município de Saquarema-RJ.

Luiz Fernando Alves Branco
Administrador das Seleções



APÊNDICE E: Níveis autoeficácia, idade, tempo de prática, suporte social e qualidade de vida dos atletas de nível nacional.

VARIÁVEL	AUTOEFICÁCIA			
	Média (n=00)		Alta (n=13)	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Idade				
15 – 22 anos	-	-	04	30,8
23 – 30 anos	-	-	07	53,8
31 – 38 anos	-	-	02	15,4
Tempo de Prática (anos)				
1 – 7 anos	-	-	03	23,1
8 – 15 anos	-	-	09	69,2
16 – 24 anos	-	-	01	07,7
Suporte Social				
Apoio Material	-	-	09	69,2
Apoio Emocional	-	-	08	61,5
Apoio Afetivo	-	-	10	76,9
Interação Social Positiva	-	-	09	69,2
Qualidade de Vida				
Capacidade funcional	-	-	13	100
Limitação por aspectos físicos	-	-	06	46,2
Dor	-	-	04	30,8
Estado geral de saúde	-	-	10	76,9
Vitalidade	-	-	12	92,3
Aspectos sociais	-	-	11	84,6
Limitação por aspectos emocionais	-	-	11	84,6
Saúde Mental	-	-	11	84,6

APÊNDICE F: MODELO DE AUTORIZAÇÃO DAS EQUIPES DO 3º GRAN PRIX



Departamento de Educação Física
Programa de Pós-Graduação Associado UEM/UEL



EQUIPE _____

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____,

AUTORIZO o mestrando **Paulo Vitor Suto Aizava**, do curso de Pós Graduação *Stricto Sensu* em Educação Física da Universidade Estadual de Maringá – PR orientado pela Profa. Dra. Lenamar Fiorese Vieira, a realizar a pesquisa de dissertação intitulada: “**Análise da autoeficácia, qualidade de vida e suporte social no esporte de rendimento**” (aprovada pelo Comitê de Ética – Parecer N° **297/2010**), na equipe de voleibol de _____ (masculina adulta), durante o 3º *Gran Prix* Estadual de Vôlei do Paraná na cidade de Maringá – PR.

Técnico e/ou Responsável

APÊNDICE G: MODELO DE AUTORIZAÇÃO DAS EQUIPES DOS 53º JOGOS ABERTOS DO PARANÁ



**Departamento de Educação Física
Programa de Pós-Graduação Associado UEM/UEL**



EQUIPE _____

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____,

AUTORIZO o mestrando **Paulo Vitor Suto Aizava**, do curso de Pós Graduação *Stricto Sensu* em Educação Física da Universidade Estadual de Maringá – PR orientado pela Profa. Dra. Lenamar Fiorese Vieira, a realizar a pesquisa de dissertação intitulada: **“Análise da autoeficácia, qualidade de vida e suporte social no esporte de rendimento”** (aprovada pelo Comitê de Ética – Parecer N° **297/2010**), na equipe de voleibol de _____ (masculina adulta), durante o 53º Jogos Abertos do Paraná (Fase Final) na cidade de Maringá – PR.

Técnico e/ou Responsável