Universidade do Porto

Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física

Padrão Temporal de Ansiedade e Autoconfiança Pré-competitiva de Jogadores da Divisão A de Basquetebol em Cadeira de Rodas

Maria Margarida da Silva Mimoso

Outubro de 2002

Universidade do Porto

Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física

Padrão Temporal de Ansiedade e Autoconfiança Pré-competitiva de Jogadores da Divisão A de Basquetebol em Cadeira de Rodas

Dissertação apresentada por Maria Margarida da Silva Mimoso, sob orientação da Professora Doutora Ana Maria Mesquita de Araújo Ferreira Duarte, com vista à obtenção do grau de Mestre em Ciência do Desporto, na área de especialização em Actividade Física Adaptada.

Porto/2002

Aos meus melhores amigos, os meus Pais.

Agradecimentos

A realização deste trabalho, de grande significado pessoal, vem concretizar uma das etapas fundamentais da minha vida. Gostaria, por isso, de expressar a minha gratidão a todos quantos contribuíram e colaboraram para a sua realização.

À Professora Doutora Ana Maria Duarte, orientadora deste trabalho, pela compreensão, paciência e apoio incondicional que sempre me proporcionou nos bons e maus momentos deste percurso.

À Professora Doutora Maria Adília Silva, pela disponibilidade, apoio, paciência e sugestões dadas ao longo do trabalho.

À Drª Regina Mirandela da Costa, vice-presidente da ANDDEMOT, aos Directores e Treinadores das Associações Desportivas, pelas facilidades concedidas e pelo empenhamento demonstrado na realização do estudo.

Um agradecimento muito especial a todos os jogadores, pois sem a sua colaboração não teria sido possível realizar este trabalho.

Aos meus Pais, por tudo e tudo.

À minha Amiga Ana Paula Parreira, pela amizade e pelas palavras de confiança.

Ao António Pinto (Topy), pela ajuda na impressão final do manuscrito.

Ao Pedro Fonseca, parceiro de todos os momentos e aos meus sobrinhos, pelo pouco tempo que lhes dediquei.

A todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para que este trabalho se torna-se uma realidade. O meu obrigada.

Índice Geral

Resumo

Abstract

Résumée

Introdução geral do trabalho **1**

Capítulo I – O Padrão Temporal de Ansiedade e Autoconfiança pré-competitiva de jogadores de basquetebol em cadeira de rodas

1. A ANSIEDADE **7**

1.1. Ansiedade, *stress* e activação (*arousal*) 7

1.2. A Ansiedade no desporto de competição 11

1.2.1. O padrão temporal dos estados de ansiedade (cognitiva e somática) e de autoconfiança pré-competitivos 13

1.3. Teorias e Hipóteses explicativas da relação Ansiedade-Rendimento 15

1.3.1. A Teoria do *Drive* 16

1.3.2. A Hipótese do U-invertido 17

1.3.3. A Teoria das Zona Óptima de Funcionamento (ZOF) 18

1.3.4. A Teoria Multidimensional da Ansiedade (MAT) 20

1.3.5. A Teoria da Catástrofe 22

1.3.6. A Teoria da Reversão Psicológica 24

1.3.7. Um Modelo Cognitivo, Motivacional e Relacional da Ansiedade do Rendimento Desportivo 25

1.4. A avaliação da Ansiedade 28

1.5. As Variáveis que influenciam o Estado de Ansiedade 33

1.5.1. As diferenças individuais 33

1.5.2. Os factores situacionais 36

2. O DESPORTO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA **40**

2.1. O indivíduo com deficiência na sociedade 40

2.2. Quadro conceptual da deficiência/deficiente 43

2.3. Desporto para deficientes 47

2.4. Vantagens do Desporto para Deficientes 50

2.5. Actividades desportivas para deficientes 53

3. ESTUDOS REALIZADOS **57**

Capítulo II – Estudo Empírico

1. OBJECTIVOS, HIPÓTESES E VARIÁVEIS DO ESTUDO EMPÍRICO 63

1.1. Objectivos 63

1.2. Hipóteses 64

1.3. Variáveis de estudo 75

2. METODOLOGIA 78

2.1. População e critérios de selecção da amostra 78

2.2. Instrumento 78

2.3. Procedimentos 80

2.3.1. Procedimentos de aplicação 80

2.3.2. Procedimentos estatísticos 82

Capítulo III – Apresentação e Discussão dos resultados 83

1. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS 83

1.1. Caracterização geral da amostra 83

1.2. O padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança pré-competitiva 94

1.2.1. Na globalidade da amostra 94

1.2.2. Em função da idade 96

1.2.3. Em função do tipo de deficiência 100

1.2.4. Em função do tempo de aquisição da deficiência 104

1.2.5. Em função do tempo de prática de basquetebol 108

1.2.6. Em função do número de treinos por semana 113

1.2.7. Em função do nível competitivo 117

2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 121

Conclusões 143

Sugestões para futuras investigações 147

Recomendações 149

Bibliografia 151

Anexos

Índice de Quadros

Quadro 1 - Padrão Temporal de ansiedade e autoconfiança pré-competitiva de praticantes em cadeira de rodas (adaptado de Campbelll e Jones, 1997, p.101) 57

Quadro 2 - Padrão Temporal de ansiedade e autoconfiança pré-competitiva de praticantes de "elite" e "não-elite" em cadeira de rodas (adaptado de Campbelll e Jones, 1997, p.101) ... 59

Quadro 3 – Caracterização geral da amostra 83

Quadro 4 - Distribuição da amostra em função da idade dos jogadores 84

Quadro 5 – Caracterização da amostra em função do tipo de deficiência e idade dos jogadores 85

Quadro 6- Distribuição da amostra em função do tempo de aquisição da deficiência 87

Quadro 7 - Distribuição da amostra em função do tempo de aquisição da deficiência e da idade dos jogadores 87

Quadro 8- Número de treinos por semana 88

Quadro 9 - Distribuição da amostra em função do tempo de prática de Basquetebol 90

Quadro 10 – Caracterização da amostra em função do tempo de prática e idade dos jogadores 90

Quadro 11 – Caracterização da amostra em função do tempo de prática e tipo de deficiência dos jogadores 91

Quadro 12 – Caracterização da amostra em função do tempo de prática e tempo de aquisição da deficiência 91

Quadro 13 - Caracterização da amostra em função do tempo de prática e número de treinos por semana 92

Quadro 14 – Caracterização da amostra em função do tempo de prática e nível competitivo dos jogadores 92

Quadro 15 – Caracterização da amostra em função das expectativas do resultado do jogo 93

Quadro 16 – Padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança na globalidade da amostra 95

Quadro 17 – Padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança em função da idade 98

Quadro 18 – Padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança em função do tipo de deficiência 102

Quadro 19 – Padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança em função do tempo de aquisição da deficiência 106

Quadro 20- Padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança em função do tempo de prática de Basquetebol 110

Quadro 21 – Padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança em função do número de treinos por semana 115

Quadro 22 – Padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança em função do nível competitivo 119

Índice de Figuras

Figura 1 – Esquema Conceptual da teoria do Traço/Estado de Ansiedade proposta por Spielberger (adaptado de Martens et al., 1990, p. 7) 10

Figura 2- Distribuição da amostra em função da idade dos jogadores 84

Figura 3- Distribuição da amostra em função do tempo de aquisição da deficiência 86

Figura 4 – Distribuição da amostra em função do número de internacionalizações 89

Figura 5 – Distribuição da amostra em função do tempo de prática de Basquetebol 89

Figura 6 – Padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança na globalidade da amostra 95

Figura 7 – Padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança dos jogadores com idade ≤ 29 anos 96

Figura 8 – Padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança dos jogadores com 29 anos ≤ idade ≤ 39 anos 97

Figura 9 – Padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança dos jogadores com idade ≥ 40 anos 97

Figura 10– Padrão temporal do estado de ansiedade cognitiva em função da idade 99

Figura 11 – Padrão temporal do estado de ansiedade somática em função da idade 99

Figura 12 – Padrão temporal da autoconfiança em função da idade 100

Figura 13 – Padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança dos jogadores com deficiência congénita 101

Figura 14 – Padrão Temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança dos jogadores com deficiência adquirida 101

Figura 15 - Padrão temporal do estado de ansiedade cognitiva em função do tipo de deficiência 103

Figura 16 - Padrão temporal do estado de ansiedade somática em função do tipo de deficiência 103

Figura 17 – Padrão temporal da autoconfiança em função do tipo de deficiência 104

Figura 18 – Padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança dos jogadores com um tempo aquisição deficiência ≤ 6 anos 104

Figura 19 – Padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança dos jogadores com um tempo aquisição deficiência que varia entre os 7 e os 29 anos 105

Figura 20 – Padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança dos jogadores com um tempo aquisição ≥ 30 anos 106

Figura 21 Padrão temporal do estado de ansiedade cognitiva em função do tempo de aquisição da deficiência 107

Figura 22 – Padrão temporal do estado de ansiedade somática em função do tempo de aquisição da deficiência 107

Figura 23 - Padrão temporal da autoconfiança em função do tempo de aquisição da deficiência 108

Figura 24 – Padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança dos jogadores com um tempo prática ≤ 7 anos 109

Figura 25 – Padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança dos jogadores com 8 anos ≤ tempo prática ≤ 15 anos 109

Figura 26 – Padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança dos jogadores com um tempo prática ≥ 16 anos 110

Figura 27 – Padrão temporal do estado de ansiedade cognitiva em função do tempo de prática de basquetebol 111

Figura 28 – Padrão temporal do estado de ansiedade somática em função do tempo de prática de basquetebol 112

Figura 29 – Padrão temporal da autoconfiança em função do tempo de prática de basquetebol 112

Figura 30 – Padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança dos jogadores com 113

Figura 31 – Padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança dos jogadores com 2 treinos por semana 114

Figura 32 – Padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança dos jogadores com 3 treinos por semana 114

Figura 33 – Padrão temporal do estado de ansiedade cognitiva em função do número de treinos por semana 116

Figura 34 - Padrão temporal do estado de ansiedade somática em função do número de treinos por semana 116

Figura 35 - Padrão temporal da autoconfiança em função do número de treinos por semana 117

Figura 36 – Padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança dos jogadores de nível competitivo internacional 117

Figura 37 – Padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança dos jogadores de nível competitivo nacional 118

Figura 38 – Padrão temporal do estado de ansiedade cognitiva em função do nível competitivo 119

Figura 39 - Padrão temporal do estado de ansiedade somática em função do nível competitivo 120

Figura 40 - Padrão temporal do estado de autoconfiança em função do nível competitivo 120

Índice de Anexos

Organograma do Desporto para Deficientes i

Carta dirigida aos Presidentes das Associações Desportivas ii

Instrumento iii

Resumo

No presente estudo definimos como objectivo principal conhecer o padrão temporal dos estados de ansiedade (cognitiva e somática) e de autoconfiança pré-competitiva dos jogadores da divisão A de basquetebol em cadeira de rodas.

Foram inquiridos todos os jogadores que participaram na 2ª volta do Campeonato Nacional da divisão A de basquetebol em cadeira de rodas, num total de 40 jogadores. O instrumento utilizado compreende um questionário, expressamente elaborado para este estudo, com o objectivo de recolher informações para categorização das variáveis independentes, e um inventário, o *Competitive State Anxiety Iventory-2"* (CSAI-2) de Martens et al. (1990). Para o tratamento estatístico dos dados utilizámos o programa de tratamento estatístico *SPSS* e recorremos à estatística descritiva e comparativa. O nível de significancia adoptado foi de $p \leq 0,05$.

Da análise dos resultados destacam-se as seguintes conclusões:

Os jogadores da divisão A de basquetebol em cadeira de rodas, apresentam níveis moderados de Ansiedade Estado (Cognitiva e Somática) e níveis elevados de Autoconfiança pré-competitivos.

Relativamente ao Padrão Temporal dos Estados de Ansiedade (Cognitiva e Somática) e de Autoconfiança pré-competitivos, observa-se que os mesmos permanecem relativamente estáveis à medida que se aproxima a competição.

Este Padrão Temporal dos Estados de Ansiedade e de Autoconfiança, não se diferencia em função da idade, do tipo de deficiência, do tempo de aquisição da deficiência, do tempo de prática, do número de treinos por semana e do nível competitivo dos jogadores.

PALAVRAS CHAVE: Ansiedade Estado Pré-competitiva; Padrão Temporal; Basquetebol em Cadeira de Rodas.

Abstract

The main purpose of the present study is to examine the Precompetition Temporal Patterning of Anxiety (Cognitive and Somatic) and Self–confidence in wheelchair basketball players of level A.

The subjects of this inquiry comprised forty wheelchair basketball players competing in the second round of the National Championship of level A. The means used to obtain the present conclusions includes not only a questionnaire specifically designed for this study and aiming at collecting information to categorize the independent variables, but also an inventory named Competitive State Anxiety Inventory 2 (CSAI 2) by Martens et al. (1990). We used the program of statistical treatment – SPSS – and the descriptive and comparative statistics for the statistical treatment of the data. The adopted level of significance was of $p \leq 0,05$.

The results obtained led us to the following conclusions:

The wheelchair basketball players of level A present moderate levels of State Anxiety (Cognitive and Somatic) and high levels of Precompetitive Self-Confidence.

The Temporal Patterning of State Anxiety (Cognitive and Somatic) and Precompetitive Self-Confidence remain relatively stable during the time preceding the competition.

This Temporal Patterning of Anxiety and Self-Confidence doesn't vary in terms of age, type of disability, the time of its acquisition, the athlete's experience, the time spent in trains per week and the players competitive level.

KEY WORDS: Precompetitive State Anxiety; Temporal Patterning; Wheelchair Basketball.

Résumée

Dans cette étude, nous définissons comme objectif principal, établir le Modèle Temporel des États d'anxiété (Cognitive et Somatique) et d'autoconfiance pré-compétitive des joueurs de la division A de basket en chaise roulante.

Tous les joueurs, au total 40, qui ont participé au deuxième tour du Championnat National de la division A, de basket en chaise roulante, ont été soumis à l'enquête. L'outil de recherche utilisé contient un questionnaire, élaboré spécifiquement pour cette étude, ayant l'objectif de réunir des informations pour classifier les variables indépendantes et un inventaire, - *Competitive State Anxiety Iventory-2"* (CSAI-2) de Martens et al. (1990). Pour le traitement statistique des données, nous avons utilisé le programme de traitement statistique *SPSS* et nous avons fait appel à la statistique descriptive et comparative. Le niveau de signification adopté a été de $p \leq 0,05$.

De l'analyse des résultats nous avons pu constater les conclusions suivantes:

Les joueurs de la division A de basket en fauteuil roulant présentent des niveaux modérés d'Anxiété Etat (Cognitive et Somatique) et des niveaux élevés d'Autoconfiance avant la compétition.

En ce qui concerne le Modèle Temporel des Etats d'Anxiété (Cognitive et Somatique) et d'Autoconfiance avant la compétition, nous avons constaté que ceux-ci se maintiennent relativement stables avec l'approche du moment de la compétition.

Ce Modèle Temporel des Etats d'Anxiété et d'Autoconfiance, ne change pas en fonction de l'âge, du genre de handicap, du moment de l'aquisition de ce handicap, de la durée de la pratique sportive, du numéro d'entrainements par semaine ou du niveau compétitif des joueurs.

Mots-clé: Anxiété Etats Pré-compétitive; Modèle Temporel; Basket-ball en Chaise Roulante

INTRODUÇÃO

Introdução geral do trabalho

A Psicologia do Desporto tem-se mostrado um fecundo campo de crescente investigação e aplicação do conhecimento psicológico. O seu desenvolvimento recente é tão evidente que se tem tornado lugar comum, entre treinadores e atletas, a asserção de que, dentro dos limites impostos pelas suas capacidades físicas, o rendimento do atleta em competição está significativamente relacionado com o seu funcionamento psicológico (Mahoney et al., 1983).

Um dos aspectos mais frequentemente abordados pela investigação na psicologia do desporto é o da ansiedade (pré-competitiva e competitiva) e as suas relações com o rendimento desportivo. É comum os atletas referirem que, em determinado momento ou competição, o seu nível de ansiedade não lhes permitiu atingir o rendimento esperado (Browe e Mahoney, 1984).

A ansiedade, segundo Martens et al. (1980), Weinberg e Gould (1995) e Gould e Krane (1998), é um estado emocional negativo, constituído por sentimentos de nervosismo, preocupação, apreensão e tensão, associados com a activação do Sistema Nervoso Autónomo.

A compreensão da ansiedade em contextos desportivos foi considerada por Gould (1982) como um dos aspectos mais importantes com que se confrontam investigadores no domínio da psicologia desportiva. A extensão e o impacto da ansiedade em contextos desportivos é bem evidenciada pelos estudos que têm sido desenvolvidos com atletas de muitas e diversificadas modalidades desportivas, quer a nível nacional (Machado, 1989; Carvalho, 1995; Roque, 1995; Cunha, 1996; Leal, 1997; Gonçalves, 1998), quer a nível internacional (Swain e col., 1990, 1991, 1993; Jones et al., 1991; Swain e Jones, 1992, 1993; Hammermeister e Burton, 1995; Man et al., 1995; Terry et al., 1996; Sewell e Edmondson, 1996; Russel et al., 1998; Kirkby e Liu, 1999; Hanton e Jones, 2000).

Alguns estudos, em número bastante reduzido, sobre a ansiedade pré-competitiva e competitiva e as suas relações com o rendimento desportivo, foram desenvolvidos e continuam a desenvolver-se no quadro do desporto para

deficientes. São alguns exemplos os trabalhos de Fernandes (1994) e Santos (2000), a nível nacional, e de Campbell e Jones (1995, 1997) e Perreault e Marisi (1997), a nível internacional.

No entanto, constata-se uma preocupação e interesse crescentes por esta população de atletas, cujas potencialidades e qualidades já pouco se colocam em questão e cujo rendimento desportivo começa cada vez mais a interessar tanto investigadores, como técnicos e psicólogos desta área. Atletas de alta competição não existem apenas no desporto para atletas sem deficiência! Existem também, como sabemos, no desporto para deficientes, como o prova o facto de se organizarem os campeonatos nacionais, mundiais e Paralímpicos.

É neste contexto, que procuramos, com este estudo, obter conhecimentos sobre o Padrão Temporal de Ansiedade e Autoconfiança pré-competitiva de jogadores de basquetebol em cadeira de rodas. O padrão temporal circunscreve-se aos níveis de ansiedade (cognitiva e somática) e de autoconfiança avaliados em três momentos distintos antes do início de uma competição ("2 dias antes", "1 hora antes" e "30 minutos antes").

Pretendemos, assim, com este estudo, contribuir para uma reflexão sobre esta temática, ou seja, conhecer como variam os estados de ansiedade (cognitiva e somática) e de autoconfiança antes de uma competição importante, sabendo de antemão que poderão afectar o rendimento posterior dos atletas.

O estado de ansiedade é caracterizado por "sentimentos subjectivos e conscientemente percebidos, de apreensão e tensão, acompanhados ou associados com a activação do Sistema Nervoso Autónomo". (Spielberger, 1971 cit. Martens et al, 1990, p.5) e admite-se que se subdivide em três componentes: ansiedade cognitiva, ansiedade somática e autoconfiança (Martens et al., 1990). No desporto, a ansiedade cognitiva corresponde às expectativas negativas sobre o rendimento esperado (Martens et al., 1990), devendo ser encarada como o indicador da percepção que o indivíduo tem da situação (neste caso particular, a competição). A autoconfiança deverá ser vista como a inexistência de ansiedade cognitiva, melhor dizendo, "a ansiedade cognitiva e a autoconfiança representam os fins opostos de uma avaliação

cognitiva (...) sendo a ansiedade cognitiva a falta de autoconfiança" (Martens et al., 1983, p.38). A ansiedade somática corresponde ao conjunto das modificações fisiológicas do indivíduo (neste caso o jogador), de onde se destacam as sensações de aperto no estômago, sudação das palmas das mãos e aumento da frequência cardíaca.

Muitos autores centram a sua investigação no estudo da ansiedade pré-competitiva como possível fonte negativa das variações do rendimento (Silva e Hardy,1984). Assim, partindo deste pressuposto, psicólogos do desporto e treinadores num trabalho de parceria podem, através da sua avaliação, ajudar os atletas com deficiência a obter melhores rendimentos.

Pretendemos também contribuir para aumentar o conhecimento de alguns treinadores que, ainda com pouca formação na área do desporto adaptado, por vezes experimentam "´moldar` os seus atletas, cometendo o erro de os tentar estimular mesmo antes de uma competição. No entanto, se existem atletas que necessitam de ser estimulados, outros, pelo contrário, necessitam de estar mais relaxados, para conseguirem um óptimo estado de activação para a competição" (Campbell e Jones, 1997, p.105).

Assim, este estudo, integrado no Mestrado em Ciência do Desporto, da Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física, na área de especialização em Actividade Física Adaptada, limitou-se às equipas que participaram no quadro competitivo nacional da divisão A de basquetebol em cadeira de rodas.

O gosto, a curiosidade e a necessidade de um maior conhecimento da realidade nacional do desporto adaptado, bem como de todos os aspectos a ela relacionados e o facto de não termos encontrado qualquer estudo em Portugal com praticantes em cadeira de rodas, nesta área e nesta modalidade, são as principais razões da nossa escolha para este tema.

Uma outra razão foi, e em concordância com Horvat et al. (1984, p. 371), porque "existe uma falta de ênfase na preparação psicológica no desporto adaptado". Por último e concordando com a opinião de Campbell e Jones (1997, p. 95), porque "existe a necessidade de continuar a desenvolver estudos

incluindo a população com deficiência, uma vez que tais estudos podem ajudar-nos a interpretar as teorias correntes e também a aumentar o conhecimento da deficiência".

A opção pelo Basquetebol em Cadeira de Rodas deve-se ao facto de, por um lado, ser uma modalidade que apresenta um quadro competitivo nacional e internacional correctamente estruturado e institucionalizado e, por outro, porque pensamos ser uma modalidade geradora de altos níveis de ansiedade, devido às elevadas exigências técnicas e à imprevisibilidade das situações que requerem capacidade de agir, de ajuizar, de responder e de criar.

Em conformidade com o referido anteriormente definimos, neste trabalho, como objectivo principal, conhecer o padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança de jogadores da divisão A de basquetebol em cadeira de rodas, antes de uma competição considerada muito importante e decisiva, uma vez que, segundo Martens et al. (1990, p. 222), "a importância da competição é um dos principais factores geradores de ansiedade".

Como objectivos secundários pretendemos analisar este padrão em função da idade dos jogadores, do seu tipo de deficiência (congénita ou adquirida), de há quanto tempo são pessoas com deficiência (no caso da deficiência adquirida), do tempo de prática de basquetebol, do número de treinos por semana e do nível competitivo dos jogadores (nacional ou internacional).

Este trabalho encontra-se estruturado da forma seguinte:

Após a Introdução Geral do trabalho, desenvolvemos no Capítulo I um corpo teórico no qual procedemos, inicialmente, à definição de ansiedade, assim como de activação (*arousal*) e *stress* que, por vezes, se confundem com ela e à definição de Padrão Temporal. Seguidamente estudamos a ansiedade no meio desportivo, analisando como e porque é que ela surge entre os atletas e como se pode avaliar. Analisamos, também, a relação entre a ansiedade e o rendimento desportivo, referindo-nos às principais teorias existentes que procuram explicar essa relação. Referimos, ainda, algumas variáveis que têm sido mencionadas como influentes na relação ansiedade-rendimento, tais

como: a idade, o sexo, os anos de prática, o nível competitivo e o tipo de desporto.

O ponto seguinte é dedicado à área da deficiência, visto o nosso estudo ser realizado com praticantes de basquetebol em cadeira de rodas. Iniciamos com o tema "deficiência e sociedade", onde fazemos uma abordagem ao estatuto social da pessoa com deficiência e apresentamos as definições que envolvem o próprio conceito de deficiência/deficiente. Seguidamente, analisamos a evolução histórico/social do desporto para pessoas com deficiência, definimos "desporto para deficientes" e apresentamos as principais vantagens de uma prática desportiva regular. Ainda neste contexto, procedemos a uma caracterização do basquetebol em cadeira de rodas.

A parte final destina-se à apresentação de alguns estudos realizados no âmbito da temática deste trabalho.

No Capítulo II apresentamos os Objectivos, as Hipóteses e as Variáveis do estudo empírico. Igualmente abordamos as questões metodológicas, como a definição da população e critérios de selecção da amostra, o instrumento e os procedimentos de aplicação e estatísticos utilizados.

No Capítulo III procedemos à apresentação e discussão dos resultados obtidos

A terminar, apresentaremos as conclusões finais do estudo, seguidas de algumas sugestões para futuras investigações, assim como recomendações.

CAPÍTULO I – O PADRÃO TEMPORAL DE ANSIEDADE E AUTOCONFIANÇA PRÉ-COMPETITIVA DE JOGADORES DE BASQUETEBOL EM CADEIRA DE RODAS

1. A ansiedade

"Enquanto houver desporto, os atletas experimentam ansiedade; enquanto os atletas experimentarem ansiedade os psicólogos do desporto terão que entender melhor como é que a ansiedade é produzida e manifestada em situações de competição" (Martens et al, 1990, p.213).

Neste capítulo e tendo presentes os objectivos que nos propomos atingir ao longo deste trabalho, iremos abordar o tema da ansiedade em contextos desportivos.

Iniciamos com a distinção entre os conceitos de ansiedade, *stress* e activação (*arousal*), assim como entre estado e traço de ansiedade, e definimos o que é o padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança.

Posteriormente, analisamos a relação entre a ansiedade e o rendimento desportivo, referindo-nos às principais teorias e hipóteses existentes que procuram explicar essa relação. Estudamos, ainda, a ansiedade no meio desportivo, analisando como e porque é que ela surge entre os atletas e como se pode avaliar. Por último, fazemos uma abordagem a algumas das variáveis que têm sido mencionadas como influentes na relação ansiedade-rendimento desportivo, tais como a idade, o sexo, os anos de prática, o nível competitivo e o tipo de desporto.

1.1. Ansiedade, *stress* e activação (*arousal*)

É muito comum na bibliografia depararmos com a referência à confusão reinante relativamente ao significado e ao uso inconsistente dos conceitos de ansiedade, *stress* e activação (*arousal*). Contudo, são conceitos distintos mas interrelacionados, como iremos constatar.

Podemos definir activação (*arousal*) como um constructo motivacional que representa o nível de intensidade mental e cognitiva do comportamento (resposta), ou uma activação geral fisiológica e psicológica que varia num *continuum*, desde o sono intenso (não *arousal*), até uma imensa excitação que

é responsável por aproveitar os recursos do corpo para uma intensa e vigorosa actividade (Harris e Harris, 1984; Martens et al., 1990, Langers, 1980 cit. por Gould e Krane, 1992; Weinberg e Gould, 1995; Kerr, 1997).

Este conceito, todavia, pode ser entendido de forma distinta, ou seja, o indivíduo pode sentir aquilo que Harris e Harris (1984, p. 25) designam de "bom *arousal*", estar excitado e preparado para a actividade (e.g. competição), ou então sentir-se preocupado com esta e neste caso ele tem um "mau *arousal*". Neste último caso, o indivíduo poderá apresentar, por exemplo, como disposição comportamental, o que é designado por *stress*.

O conceito de *stress* corresponde a um conjunto de três variáveis (Martens et al., 1990; Gould e Krane, 1992): variável estímulo (como precipitador), variável do meio (como mediador) e variável de resposta (como comportamento). O processo de *stress*, segundo o Modelo de McGrath (1970) cit Gould e Krane (1992) e Weinberg e Gould (1995), constitui-se basicamente num ciclo contínuo que compreende 4 estádios:

1. Exigências do envolvimento (físicas e psicológicas)
2. Percepção do indivíduo acerca das exigências;
3. Resposta (física e psicológica);
4. Comportamento (rendimento ou resultado).

O *stress* pode então ser definido como "um desequilíbrio substancial entre as exigências do envolvimento (e.g. competição) e a capacidade de resposta, sob condições onde o fracasso para enfrentar tais exigências tem consequências importantes" (McGrath, 1970 cit por Weinberg e Gould, 1995, p.96) e segundo Harris e Harris (1984, p.38) "representa uma reacção específica do corpo a qualquer exigência que se lhe faça, descrevendo a condição externa que conduz à ansiedade".

Por exemplo, o medo do fracasso, frequentemente observado no caso do desportista e associado ao valor dos adversários, às expectativas do treinador, ao ambiente familiar e à obrigação de vencer ou de melhorar o seu último desempenho (Kroll, 1979 cit. por Thomas et al, 1987, p. 65), aliados à incerteza

do resultado e à importância deste (Martens et al, 1990; Harris e Harris, 1984), podem constituir-se como factores propícios à geração da ansiedade.

Segundo Singer (1977), durante vários anos a ansiedade foi concebida como um traço generalizado do indivíduo ou uma expressão da sua personalidade relativamente estável. Contudo, especialistas como Spielberger (1971) cit por (Harris e Harris, 1984; Thomas et al, 1987; Martens et al., 1990; Gould e Krane, 1992; Weinberg e Gould, 1995) propuseram a divisão da ansiedade em duas componentes: Ansiedade Traço e Ansiedade Estado, naquilo que foi denominado como a Teoria do Traço/Estado de Ansiedade.

O Traço de Ansiedade corresponde "a um motivo ou disposição comportamental adquirida, que predispõe o indivíduo a perceber uma vasta gama de circunstâncias objectivamente não ameaçadoras e a responder a essas circunstâncias com reacções de estado de ansiedade, desproporcionadas em intensidade e magnitude da resposta". Enquanto o Estado de Ansiedade "é caracterizado por sentimentos subjectivos e conscientemente percebidos, de apreensão e tensão, acompanhados ou associados com a activação do Sistema Nervoso Autónomo". (Spielberger, 1971 cit. Martens et al., 1990, p.5).

O que esta teoria nos diz, relativamente ao desporto, é que perante um Estímulo (interno ou externo da competição), o atleta terá uma Percepção da Ameaça proporcional à sua Ansiedade/Traço, respondendo com uma Ansiedade/Estado Cognitiva (grau de preocupação ou pensamentos negativos) ou Somática (alterações que ocorrem momento a momento no *arousal* fisiológico), proporcional à percepção do estímulo (conforme Figura 1).

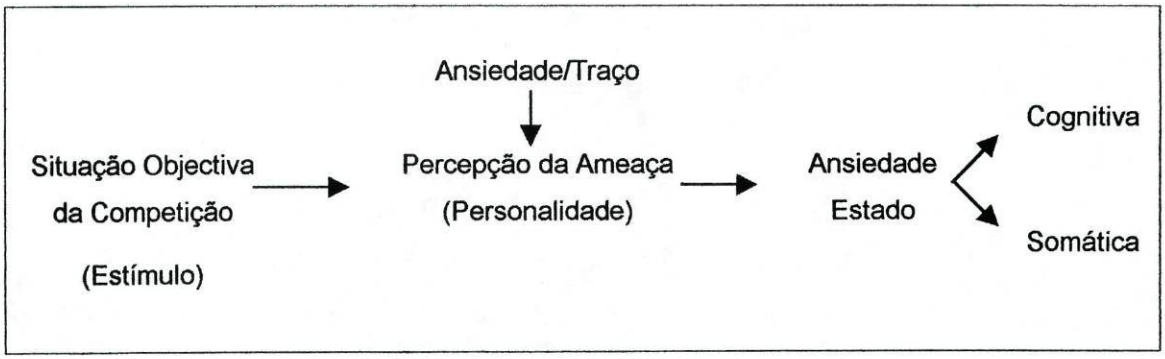


Figura 1 – Esquema Conceptual da teoria do Traço/Estado de Ansiedade proposta por Spielberger (adaptado de Martens et al., 1990, p. 7)

Definir ansiedade de forma rigorosa e universal é uma tarefa complexa, no entanto, analisando definições de vários autores, constatamos o consenso sobre o seu carácter único, identificador de cada pessoa, entendida como uma característica individual.

A Ansiedade pode ser definida como um "estado emocional negativo, constituído por sentimentos de nervosismo, preocupação, apreensão e tensão, associados com a activação do Sistema Nervoso Autónomo" (Martens, 1977; Weinberg e Gould, 1995; Gould e Krane, 1992) podendo ser "oculta (vivida só interiormente e descrita como "mal estar", "inquietação", "tensão interna") ou manifesta (com evidentes exteriorizações "mímico-somáticas")"(Antonelli e Salvini, 1978, p.151).

Por seu lado, Martens (1977), Thomas et al. (1987) e Gould e Krane (1992), referem que as reacções de ansiedade resultam duma exigência do meio interpretada como "ameaçadora" (associada ao *stress*), a qual vai determinar a sua intensidade e duração, entendendo-se por Ameaça (A) – "a percepção da emergência de um perigo a partir de uma situação objectiva (e.g. competitiva), função da Incerteza (I), vezes a Importância do Resultado (IR)", expressando-se simbolicamente como A = I x IR.

A ansiedade pode manifestar-se de duas formas distintas, quer sob a dimensão física ou somática (a qual constitui o grau de activação percebido), quer sob a dimensão cognitiva ou mental (preocupação e apreensão) (Harris e Harris, 1984; Martens et al. (1990; Weinberg e Gould, 1995).

A Ansiedade Cognitiva corresponde "à dimensão mental da ansiedade e manifesta-se, frequentemente, por expectativas negativas e preocupações sobre si mesmo (neste sentido, por uma auto-avaliação negativa), sobre a situação com que se lida e potenciais consequências". Enquanto que a Ansiedade Somática "refere-se aos elementos afectivos e fisiológicos da ansiedade que se desenvolvem directamente do *arousal* autónomo" (Martens et al, 1990, p.6).

Os principais sintomas físicos ou somáticos encontrados na literatura, são: palpitações, tensão muscular, sensação de fadiga, irritabilidade, boca seca, sensação de frio, mãos e pés suados, aperto no estômago, desejo de urinar, distorção visual, tremuras e contracções musculares, face corada, distorção da voz, náuseas e vómitos, diarreias, hiperventilação, hipertensão, aumento da frequência cardíaca e respiratória. Quanto aos sintomas cognitivos, eles podem-se associar principalmente a : sensação de confusão, perda de memória, dificuldades de concentração, recorrência a velhos hábitos e dificuldades nas tomadas de decisão.

Sendo o presente trabalho de investigação realizado no desporto de competição, iremos, seguidamente, abordar o tema da ansiedade neste contexto.

1.2. A Ansiedade no desporto de competição

Tradicionalmente, a ansiedade no desporto tem sido vista como um factor desadaptativo e perturbador que, invariavelmente, prejudica o rendimento dos atletas, embora a investigação recente apresente um "quadro" bem mais complexo para o papel da ansiedade no rendimento desportivo, salientando também os seus potenciais efeitos positivos.

Existem diversos estudos realizados, na Psicologia do Desporto, nos períodos pré-competitivos, competitivos e inter-provas, porém o principal enfoque é dado ao primeiro, talvez por ser o mais espectacular, ou seja, o de comportamentos mais variados, visíveis e detectados (Brito, 1994). De facto, citando Samulski

(1995), este estado pré-competitivo, embora seja limitado dinâmica e temporalmente, corresponde a um estado de intensa carga psíquica, caracterizado sob o ponto de vista psicológico pela antecipação da competição e consequentemente da antecipação das oportunidades, riscos e consequências, dando origem a algumas disposições comportamentais do atleta, tais como a ansiedade, mais especificamente, a Ansiedade pré-competitiva

A Ansiedade pré-competitiva, "enquanto Traço da personalidade, pode ser definida como um construto que descreve diferenças individuais na tendência para perceber as situações competitivas como ameaçadoras e para responder a tais situações, com reacções de Estado de ansiedade, de intensidade variável" (Martens et al., 1990, p.5). Segundo Martens et al. (1990, p. 6), pressupõe-se que "os atletas com alto traço de ansiedade avaliam a competição desportiva como mais ameaçadora e experimentam estados de ansiedade mais elevados, comparativamente com os atletas com um traço de ansiedade mais baixo".

No que diz respeito ao estado de ansiedade, para além da ansiedade cognitiva, vulgarmente manifestada em expectativas negativas sobre o rendimento (Martens et al., 1990), e da ansiedade somática, que se refere aos "elementos afectivos e fisiológicos da ansiedade que se desenvolvem directamente do *arousal* autónomo" (Martens et al, 1990, p.6), admite-se a existência de uma terceira componente, a autoconfiança.

Martens et al. (1990) referem que a ansiedade cognitiva, efectivamente, se divide em duas sub-componentes: uma que inclui aspectos negativos e outra positivos, designando-as, respectivamente, de ansiedade cognitiva e autoconfiança. Assim, a autoconfiança deverá ser vista como a inexistência de ansiedade cognitiva, melhor dizendo, "a ansiedade cognitiva e a autoconfiança representam os fins opostos de uma avaliação cognitiva (...) sendo a ansiedade cognitiva a falta de autoconfiança" (Martens et al., 1983, p.38).

Cada uma das componentes apresenta um Padrão Temporal diferencial antes da competição (Burton, 1988; Jones e Cale, 1989; Martens et al., 1983, 1990; Parfitt e Hardy, 1987) cit. Cruz (1992, p.222-23).

1.2.1. O padrão temporal dos estados de ansiedade (cognitiva e somática) e de autoconfiança pré-competitivos

O padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança pressupõe a existência de três dimensões de resposta: intensidade, frequência e direcção (Campbell e Jones, 1997).

A dimensão de resposta "intensidade" pode ser definida como "os níveis de percepção de ansiedade do atleta antes da competição" (Campbell e Jones, 1997, p. 97), sendo esta a que iremos avaliar em jogadores de basquetebol em cadeira de rodas. Contudo, apesar do nosso trabalho se cingir a esta dimensão de resposta, não podemos deixar de fazer uma breve referência às outras dimensões, para uma melhor compreensão do tema em estudo, enquadrado num todo a que pertence.

Assim, a dimensão "frequência" refere-se a "quantas vezes antes da competição o atleta experimenta sintomas de ansiedade" (Wiggins, 1998, p.202), enquanto que a dimensão "direcção" consiste na "interpretação do atleta da sua resposta e nível de intensidade, como sendo debilitativa ou facilitativa para o rendimento" (Cox, 1998, p. 101). Isto é, se considera que a sua opção de resposta (seja ela alta ou baixa) inibe ou facilita o seu rendimento. Neste enquadramento, vários autores consideram que "os Psicólogos do Desporto devem reconhecer que níveis de ansiedade relativamente altos não são necessariamente debilitativos" (Jones et al, 1993, p. 530), podendo, na verdade, mostrar que os desportistas experimentam estados emocionais positivos que facilitam o seu rendimento (Burton, 1998).

Autores como Cruz (1994, p.244) e Apter, cit por Hackfort e Schwenkmezger (1989, p.146), acrescentam que "mesmo emoções negativas como a ansiedade, nem sempre prejudicam ou diminuem o rendimento, podendo, em

certas condições, facilitá-lo e melhorá-lo ou, pelo menos, não o afectar positiva ou negativamente". Por exemplo, Apter refere a existência de um estado em que a ansiedade é apreciada como desagradável, o "*telic*-estado", que interfere com o rendimento, e de um estado em que a ansiedade é sentida de forma agradável, o "*paratélic*-estado".

Muitos atletas não identificam, por vezes, as razões porque experimentam aqueles sentimentos "terríveis", mesmo antes de uma competição, quando os "joelhos tremem" ou os "dentes batem". Num dos seus estudos, Kroll (1986) cit por Woodman e Hardy (2001, pp. 291-292) identificou cinco categorias de causas e tipos de acontecimentos que os atletas usualmente apresentam antes de uma competição.

A primeira categoria é a somática, associada com as reacções fisiológicas da ansiedade. Quando estas sensações aparecem (e.g. "borboletas" no estômago, aumento do batimento cardíaco, um transpirar generalizado), pode significar que estamos com medo daquela competição. Os outros factores são mais conhecidos como factores fisiológicos, dos quais se destacam os sentimentos de incerteza (e.g. dificuldade em se concentrar, sentir-se ignorado pelo treinador, insónias e agitação geral), a perca de controlo (e.g. comportamento dos espectadores, conduta dos adversários, falha no equipamento), o medo de falhar (e.g. perder, pressão de ganhar, preparação psicológica, presença dos amigos e espectadores, ficar longe das expectativas do treinador) e o sentimento de culpa (e.g. ferir o adversário, transpirar muito, dirigentes desportivos).

O rendimento desportivo não é simplesmente produto dos factores fisiológicos (força, flexibilidade, velocidade,...) e biomecânicos (técnicos). De uma forma geral, podemos afirmar que, os três maiores factores que condicionam o rendimento desportivo são os mentais, os físicos e os técnicos, onde os factores psicológicos desempenham um papel muito importante na determinação do rendimento.

Se a ansiedade é vista como um factor desadaptativo e perturbador que, invariavelmente, prejudica o rendimento dos atletas, então, vamos tentar

perceber como se relacionam estas duas variáveis (ansiedade e rendimento) em contextos desportivos, através da apresentação das várias teorias e hipóteses que têm sido propostas para explicar esta relação.

1.3. Teorias e Hipóteses explicativas da relação Ansiedade-Rendimento

Ao longo dos tempos, muitas teorias e hipóteses explicativas foram apresentadas como forma de explicar, ou tentar fazer compreender, a relação existente entre a ansiedade e o rendimento desportivo. Segundo uma linha evolutiva no tempo, teremos de reconhecer que no princípio e até há bem pouco tempo atrás, era a existência de teorias unidimensionais que tentavam compreender e explicar a ansiedade. Foi um longo caminho percorrido, do qual nasceram correntes favoráveis às teorias que defendem a multidimensionalidade como a forma mais correcta de abordar este tema. Isto, baseado no facto do reconhecimento da complexidade da situação, que apresenta facetas bem distintas de indivíduo para indivíduo, quando em mensuração dentro da mesma actividade no tempo e no lugar. Daí ser nossa intenção estudar essa evolução cronológica, situando-nos nos seus aspectos mais marcantes, assim como apresentar críticas e problemas às teorias em causa.

As primeiras teorias propostas e testadas no contexto do rendimento desportivo foram a Teoria do *Drive* e a Hipótese do U-invertido, a que se seguiram, a Teoria das Zonas Óptimas de Funcionamento (ZOF), a Teoria Multidimensional, a Teoria da Catástrofe e a Teoria da Reversão. Mais recentemente, em 1994, aparece o Modelo Cognitivo, Motivacional e Relacional da Ansiedade do Rendimento Desportivo.

Passamos, então, a apresentar cada uma das teorias propostas pelos vários autores pesquisados.

1.3.1. A Teoria do *Drive*

A teoria do *drive*, desenvolvida por Hull (1943) e posteriormente modificada por Spence e Spence (1966), citado por Gould e Kraine (1992, p. 124), foi uma das abordagens iniciais ao estudo da relação entre activação e rendimento. Esta teoria sugere que o rendimento é uma função multiplicada da força do hábito e do drive (R=HxD), onde o conceito de *drive* tem sido utilizado na literatura como um sinónimo de activação fisiológica (*arousal*) e, por sua vez, a força do hábito refere-se à ordem hierárquica ou dominância de respostas correctas e incorrectas numa tarefa/competência específica.

Os postulados básicos desta teoria sugerem um aumento da probabilidade de ocorrência de comportamentos ou respostas dominantes na hierarquia de resposta, quando aumenta o nível de activação (*arousal*) ou do drive. Isto implica que, elevados níveis de activação facilitam o rendimento, no caso de comportamentos bem aprendidos ou no caso do rendimento em tarefas simples, onde as respostas dominantes na hierarquia estão correctas e que, por seu turno, quando as respostas dominantes são incorrectas, os aumentos de activação deverão prejudicar o rendimento. Assim, parte-se do princípio que, por um lado, os aumentos de activação (*arousal*) na fase inicial de aprendizagem prejudicam o rendimento e, por outro, à medida que a competência (*skill)* se torna bem aprendida, os aumentos de activação facilitam (*arousal*) o rendimento.

Em síntese, a teoria do drive prediz que o rendimento aumenta linearmente com o aumento da activação, nomeadamente em tarefas bem aprendidas. Isto é, pressupõe a existência de uma relação directa, linear e positiva entre o nível de activação e o rendimento, em que o rendimento máximo é atingido mediante elevados níveis de activação.

Várias críticas e problemas são apontados a esta teoria. Por exemplo, Gould e Krane (1992) criticam-na pelo facto de não parece ser suficientemente aplicável em tarefas motoras complexas, sendo demasiado simplista e, por outro lado, por ser muito difícil determinar a hierarquia das respostas correctas e incorrectas na maioria das tarefas/habilidades motoras e, como tal, difícil de

testar adequadamente no contexto comportamental motor. Ao qual Cruz (1994) acrescenta que a teoria não parece ser funcional neste tipo de tarefas, pois não se consegue especificar a força do hábito, assim como não se pode determinar se as respostas dominantes são as correctas ou incorrectas. Por último, Mahoney e Meyers (1989) defendem que existe evidência prática para rejeitar os postulados desta teoria, pois muitos atletas referem que os seus rendimentos e prestações desportivas são prejudicados e afectados negativamente por níveis excessivos de activação (*arousal*) ou ansiedade.

1.3.2. A Hipótese do U-invertido

Uma hipótese alternativa à teoria do drive baseia-se na lei de Yerkes e Dodson (1908) e é conhecida como a hipótese do U -invertido. A hipótese do U-invertido propõe que a relação entre activação (*arousal*) e rendimento tem a forma, simétrica, de um U invertido, ou seja, à medida que aumenta a activação assiste-se a um aumento no rendimento até um ponto óptimo, a partir do qual, aumentos posteriores geram decréscimos do rendimento.

Vários estudos procuraram testar a hipótese do U-invertido no domínio da psicologia desportiva, fornecendo alguma evidência para a existência de uma relação não linear entre activação ou ansiedade e rendimento (Woodman e Hardy, 2001). No entanto, "os resultados na investigação são extremamente inconsistentes e a natureza exacta de tal relação permanece ainda pouco clara. Por outro lado, as mais recentes revisões da literatura que pretendem clarificar a relação, em U-invertido, entre ansiedade e rendimento, têm salientado vários problemas metodológicos nos estudos, colocando em causa a sua viabilidade e aplicabilidade" (Cruz,1994, p. 217). Por exemplo, Weinberg (1989) e Raglin (1992) criticam a metodologia utilizada para o cálculo do nível óptimo de ansiedade, ou seja, a utilização de um valor médio de ansiedade óptima, baseado em todos os "*scores*" de diferentes atletas, dá a entender, erroneamente, que existe um único valor moderado que é o melhor para os atletas, sendo a variabilidade entre os atletas nos níveis óptimos de ansiedade pré-competitiva é esquecida. Além disso, ao assumir-se que o valor médio do "*score*" de ansiedade é sempre o valor óptimo, são excluídos os atletas cujo

valor óptimo de ansiedade pode ser o mais baixo ou o mais elevado, de entre todos os que foram observados. Hardy e Fazey, cit por Woodman e Hardy (2001, p. 294), acrescentam que a relação entre ansiedade e rendimento não segue a curva simétrica do U invertido porque as duas metades da curva só encaixam na teoria e não na realidade desportiva competitiva, salientando o facto dos investigadores examinarem a relação entre a ansiedade e o rendimento no contexto do modelo unidimensional do U-invertido. Obviamente que, sendo a ansiedade um constructo complexo, de natureza multidimensional, não pode ser descrito pela hipótese simplista e unidimensional da hipótese do U-invertido.

Em suma, e de acordo com Cruz (1994), parece existir, no entanto, algum consenso entre os investigadores relativamente à importância e papel desempenhado pela complexidade das tarefas e pelas diferenças individuais, constituindo o argumento central para explicar os resultados inconsistentes ou contraditórios da investigação neste domínio.

1.3.3. A Teoria das Zona Óptima de Funcionamento (ZOF)

Outra alternativa à hipótese do U-invertido, foi sugerida pelo psicólogo soviético Yuri Hanin, em 1989. Para Hanin, existe um Estado de Ansiedade Óptimo (EAO), que é definido como o nível de ansiedade-estado que permite a um determinado atleta render ao nível do seu melhor. De acordo com o autor, a ansiedade relaciona-se de forma individual com o rendimento desportivo, ou seja, cada atleta possui um nível de ansiedade que lhe é particular, onde o rendimento é maximizado ou optimizado, onde o nível absoluto de ansiedade pode ser elevado, médio ou baixo, dependendo da pessoa em questão. Como tal, o nível óptimo de ansiedade pré-competitiva é um assunto altamente individualizado, que só tem significado prático quando se trabalha individualmente com o atleta e daí, este autor Ter conceptualisado uma Zona Óptima de Funcionamento (ZOF), onde o nível de ansiedade maximiza ou optimiza o rendimento individual. A ZOF foi operacionalizada como o "*score*" médio de ansiedade de um atleta antes de rendimentos bem sucedidos (mais

ou menos 4 unidades de "*score*" bruto do STAI), sendo os limites superiores e inferiores da ZOF, para cada atleta, estabelecidos adicionando e subtraindo 4 pontos aos seus níveis óptimos de estado de ansiedade pré-competitiva, correspondendo, aproximadamente, a meio-desvio padrão médio dos resultados do estado de ansiedade pré-competitiva avaliados através do STAI.

Em 1993, para realçar a abordagem intra-individual na determinação EAO de cada atleta, o autor designa o seu modelo de "Teoria das Zonas Óptimas de Funcionamento Individual" (ZOFI). De acordo com esta teoria, a ansiedade óptima é um processo individualizado onde alguns atletas podem ter rendimentos máximos quando se encontram extremamente activados ou ansiosos, outros quando se encontram bem relaxados, e outros, ainda, quando se encontram moderadamente ansiosos. Paralelamente, baseado na teoria do traço e estado de ansiedade, o autor introduziu dois novos conceitos relativos ao estado de ansiedade: o estado de ansiedade interpessoal e o estado de ansiedade intragrupo. Esta distinção conceptual surge da necessidade de se analisar as experiências emocionais dos atletas no contexto dos comportamentos interpessoais e de grupo.

As principais críticas apontadas a esta teoria referem-se ao facto da relação ansiedade-rendimento ser explicada baseada num modelo unidimensional da ansiedade e ao facto de nunca ter sido publicado um estudo com atletas de alta competição ou de elite, fornecendo evidência empírica para a hipótese central da ZOFI (Cruz, 1994). Por outro lado, autores como Gould e Krane (1992), criticam Hanin pelo facto de nunca descrever, nem publicar, dados estatísticos minimamente detalhados e profundos para justificar e evidenciar as suas hipóteses. Por último, Cruz (1994) refere o facto de não ter sido fornecido, até hoje, qualquer explicação ou justificação de ordem conceptual ou metodológica, para o valor utilizado para determinar os limites superiores e inferiores da ZOFI (porquê "meio-desvio padrão" e não um "desvio-padrão" ou mesmo "1/4 de desvio-padrão"?), assim como o facto de, na avaliação da ansiedade relativa ao rendimento óptimo, não se saber em que condições o EAO foi obtido, pois as variáveis situacionais não são contempladas.

1.3.4. A Teoria Multidimensional da Ansiedade (MAT)

Mais recentemente, diversos autores têm vindo a sugerir a análise da relação ansiedade-rendimento numa perspectiva multidimensional. Sem dúvida que, um importante desenvolvimento conceptual no estudo da ansiedade está relacionado com a distinção entre as componentes cognitiva e somática do estado de ansiedade. Tendo por base esta distinção conceptual, Martens et al (1990) aplicam-na às reacções de ansiedade no desporto, referindo que a "a ansiedade cognitiva se manifesta, usualmente, através de expectativas negativas acerca do rendimento e de uma auto-avaliação negativa, enquanto que a ansiedade somática se reflecte em respostas como um aumento do batimento cardíaco, respiração "curta", mãos suadas, "borboletas" no estômago e músculos tensos" (Martens et al., 1990, p. 6).

Cruz (1994, pp. 222-23) menciona as três linhas de investigação que, na sua opinião, parecem evidenciar fortemente esta distinção conceptual e independência entre a ansiedade cognitiva e a ansiedade somática:

(i) apesar de ambas as componentes interagirem entre si, elas podem ser influenciadas por diferentes tipos de antecedentes (Smith et al, 1990);

(ii) cada uma das componentes apresenta um padrão temporal diferencial antes, durante e/ou depois do rendimento (Burton, 1988; Jones e Cale, 1989; Martens et al, 1983, 1990; Parfitt e Hardy, 1987);

(iii) uma terceira linha de evidência refere-se à redução da ansiedade e à eficácia de diferentes métodos de tratamento da ansiedade (somáticos ou cognitivos), em pessoas que manifestam, predominantemente, ansiedade cognitiva ou somática (Schwartz et al,1978).

No que diz respeito ao padrão temporal diferencial que apresentam (antes, durante e/ou depois de uma competição), os estudos efectuados em contextos

desportivos (Parfitt e Hardy, 1987; Burton, 1988; Jones e Cale, 1989; Martens et al., 1983, 1990), permitiram concluir que:

(i) a ansiedade somática, depois de um estádio inicial estável, aumenta muito rapidamente perto do início da competição e depois decresce rapidamente;

(ii) a ansiedade cognitiva permanece relativamente estável antes e durante a competição, a menos que durante a competição se alterem as expectativas de sucesso;

(iii) a autoconfiança permanece relativamente estável antes da competição.

Este padrão temporal ainda se diferencia em função do sexo (Gill, 1988; Jones e Cale, 1989; Jones et al., 1991; Jones e Swain, 1993). Ou seja:

(i) no caso da ansiedade cognitiva, à medida que se aproxima a competição, os homens não manifestam nenhuma alteração, enquanto que as mulheres mostram um aumento progressivo;

(ii) homens e mulheres apresentam o mesmo padrão de ansiedade somática;

(iii) por último, em ambos os sexos, os valores de autoconfiança diminuem à medida que a competição se aproxima, com um decréscimo mais acentuado nas mulheres.

Por último, a MAT defende que a ansiedade cognitiva, a ansiedade somática e a autoconfiança se relacionam de forma diferente com o rendimento (Martens et al.,1990), sugerindo que:

(i) a ansiedade cognitiva relaciona-se de forma linear e negativa com o rendimento;

(ii) a ansiedade somática relaciona-se de forma curvilínea (em U-invertido) com o rendimento;

(iii) a autoconfiança tem uma relação linear e positiva com o rendimento.

Várias críticas e problemas são apontados à MAT. Para Krane e Williams (1994), uma das críticas apontada aos estudos, que examinaram as predições específicas da MAT, é a ausência de uma metodologia exacta, pois os estudos não recorreram a análises intra-individuais da ansiedade, assim como negligenciaram medidas estandardizadas do rendimento. Outro aspecto, de certa forma surpreendente, é à ausência sistemática de estudos que tenham testado o impacto da interacção da ansiedade cognitiva e da ansiedade somática no rendimento dos atletas, pois sendo consideradas como duas sub-componentes independentes, qualquer interacção possível ,entre ambas, tem vindo a ser ignorada (Cruz, 1994).

1.3.5. A Teoria da Catástrofe

A alternativa mais recente à hipótese do U-invertido é a teoria da catástrofe. Proposta e desenvolvida por Hardy e Fazey, cit por Cruz (1994, p. 232), procura examinar o desenvolvimento temporal da ansiedade cognitiva e somática antes de um acontecimento desportivo importante.

A hipótese do U-invertido e a teoria da catástrofe são semelhantes ao predizerem que aumentos no estado de ansiedade facilitarão o rendimento até um nível óptimo, diferenciam-se no que acontece a seguir. Ou seja, enquanto a hipótese do U-invertido sugere que aumentos adicionais na ansiedade provocarão decréscimos simétricos, ordenados e curvilíneos do rendimento, a teoria da catástrofe postula que, depois de um atleta ter ultrapassado o limiar do nível óptimo de ansiedade, ocorrerá um grande e dramático declínio no rendimento, considerado como uma catástrofe.

<u>O modelo da catástrofe tridimensional (tipo "cusp") da relação ansiedade-rendimento</u>

Hardy et al. (1987, 1989, 1990) propuseram um modelo tridimensional da catástrofe da relação entre ansiedade e rendimento, denominado de "modelo da catástrofe tridimensional (tipo ´cusp). Este modelo baseia-se na natureza multidimensional da ansiedade, englobando pelo menos duas componentes: a

ansiedade cognitiva e a activação fisiológica. É um modelo tridimensional e não linear, que procura explicar as relações entre as duas sub-componentes da ansiedade, assim como a interacção entre ambas, englobando: um factor normal ("normal factor"), que é a activação fisiológica; um factor de divisão ou bifurcação ("splitting factor"), que é a ansiedade cognitiva; e uma variável dependente, que é o rendimento (Zeeman, cit por Cruz, 1994, p. 233).

O factor normal (a activação fisiológica) é a variável cujos aumentos estão associados a aumentos na variável dependente (o rendimento), existindo uma relação linear entre ambas. O factor de divisão (a ansiedade cognitiva) determina, parcialmente, o efeito do factor normal na variável dependente (no rendimento). Por outro lado, a activação fisiológica é entendida como uma resposta simpática de activação, que poderá reflectir-se pela ansiedade somática ou outros indicadores fisiológicos. Por sua vez, a ansiedade cognitiva, determina até que ponto os efeitos da activação fisiológica são suaves e pequenos, grandes e catastróficos, ou algo entre estes dois extremos (Hardy et al., 1987, 1989, 1990).

Assim, quando a ansiedade cognitiva é baixa, pressupõe-se que a relação entre activação fisiológica e rendimento é uniforme ou tomará a forma de U invertido; quando a activação fisiológica é elevada (e.g. no do dia de uma competição importante), o modelo da catástrofe prevê a ocorrência de uma correlação negativa entre a ansiedade cognitiva e o rendimento; quando a activação fisiológica é baixa (e.g. nos dias que antecedem uma competição importante), pressupõe-se que um aumento da ansiedade cognitiva deverá associar-se ao aumento do rendimento, relativamente ao rendimento de base; quando a ansiedade cognitiva é elevada (e.g. no caso do dia a dia de uma competição importante), o modelo prevê que os efeitos da activação fisiológica poderão ser positivos ou negativos, relativamente às condições de base, dependendo tal efeito do grau exacto de elevação do nível de ansiedade cognitiva e de activação fisiológica (Cruz, 1994).

Posteriormente, os mesmos autores propuseram um outro modelo da teoria da catástrofe, em cinco dimensões, onde se pressupõe que a ansiedade cognitiva

e a activação fisiológica não são os únicos factores a influenciar o rendimento sob stress, sugerindo, ainda que de forma especulativa, uma terceira teoria tipo "borboleta" ("*butterfly catastrophe*") em cinco dimensões, para permitir acomodar estas duas dimensões adicionais.

Em suma, o desenvolvimento da teoria da catástrofe veio introduzir alguma inovação na investigação da relação ansiedade-rendimento, particularmente ao olhar simultaneamente para os efeitos conjuntos e interactivos da activação fisiológica e da ansiedade cognitiva no rendimento. Apesar das potencialidades deste novo modelo, Cruz (1994) critica o facto de não existir praticamente nenhuma evidência empírica para ele em contextos desportivos ecologicamente válidos. Por outro lado, aponta três problemas críticos: o tipo de análise estatística (referindo que se aguarda a publicação de um método com procedimentos estatísticos suficientemente válidos, para testar a totalidade do modelo da catástrofe), a elevada complexidade do modelo e o rigor metodológico necessário para o testar.

1.3.6. A Teoria da Reversão Psicológica

Proposta inicialmente por Smith e Apter, em 1975, foi posteriormente adaptada aos contextos desportivos por Kerr, em 1985. O pressuposto central desta teoria é o facto da relação entre activação e afecto emocional depender da interpretação cognitiva que cada indivíduo faz do seu nível de activação. Ou seja, a elevada activação pode ser interpretada como excitação (algo de agradável) ou como ansiedade (algo desagradável), enquanto que a baixa activação pode ser interpretada como relaxamento (algo agradável) ou aborrecimento (desagradável). A interpretação do afecto como agradável ou desagradável é também designada de tónus hedónico. Sob esta perspectiva, a activação não é assim necessariamente desagradável, podendo ser percebida como um estado positivo (*paratélico*) ou negativo (*télico*), em função do estado meta-motivacional de cada um. Paralelamente, Kerr (1985, 1989) postula que os indivíduos experimentam, ao longo do tempo, mudanças rápidas e descontínuas de um estado para o outro, designadas de "reversões".

Esta teoria é, fundamentalmente, criticada pelo facto de não oferecer muita informação para explicar como e porquê a ansiedade pode afectar o rendimento motor (Woodman e Hardy, 2001).

1.3.7. Um Modelo Cognitivo, Motivacional e Relacional da Ansiedade do Rendimento Desportivo

Mediante os problemas e críticas associados às diferentes teorias e hipóteses explicativas apontadas para a relação ansiedade-rendimento, assim como da incapacidade ou inadequação dos actuais modelos teóricos da ansiedade no desporto, Cruz (1994) propôs um modelo cognitivo, motivacional e relacional da ansiedade do rendimento desportivo, baseando-se nos resultados da investigação no domínio da Psicologia do Desporto, assim como na teoria da emoção e da adaptação humana de Lazarus.

Para o autor e de acordo com este novo modelo, a ansiedade é entendida e conceptualisada como:

(i) um processo emocional e relacional, mediado cognitivamente, quando o indivíduo percepciona uma ameaça incerta à sua identidade do "*ego*" (auto-estima);

(ii) um sistema complexo de variáveis e processos psicológicos inter-dependentes que se combinam numa configuração cognitiva, motivacional ou relacional única e distinta, em diferentes momentos da competição desportiva;

(iii) uma reacção de natureza multidimensional, englobando, pelo menos, uma componente cognitiva e uma componente somática.

Relativamente à componente cognitiva da ansiedade, esta parece englobar (Cruz,1994, pp. 244-45):

(i) "as baixas expectativas de eficácia pessoal e a preocupação ou dúvidas sobre a capacidade para lidar com a situação. Ou seja, o atleta dirige a sua atenção para os seus pontos fracos no

momento, onde qualquer pequeno obstáculo ou dificuldade com que se depare são considerados intransponíveis e irresolúveis;

(ii) a auto-crítica e o auto-derrotismo;

(iii) a antecipação do fracasso, das suas possíveis consequências e do significado dessas consequências;

(iv) cognições de fuga e/ou evitamento da situação;

(v) a interferência gerada pela tarefa (e.g. ficar "bloqueado" com a situação e não conseguir raciocinar);

(vi) os pensamentos e imagens irrelevantes para a tarefa em causa, focando a sua atenção em aspectos que não estão directamente relacionados com a sua execução".

Por outro lado, quando a avaliação cognitiva detecta a existência de uma ameaça, também se gera a activação fisiológica. Esta é desencadeada não pela situação em si, mas pela avaliação que o atleta faz da situação. No entanto, não se deve confundir a percepção das reacções somáticas e fisiológicas, designadas como ansiedade somática, com a activação fisiológica. Daí que, a componente somática ou emocional da ansiedade inclua duas sub - componentes distintas, mas inter-relacionadas, que são:

(i) a activação fisiológica, que se manifesta através de reacções somáticas ou corporais, tais como: aumento da frequência cardíaca, sudação e tremuras;

(ii) sentimentos de tensão, apreensão, desconforto e nervosismo, que se referem mais à percepção da activação e das reacções fisiológicas.

Esta nova conceptualização, parte do pressuposto que, mesmo emoções negativas como a ansiedade, nem sempre prejudicam ou diminuem o rendimento, mas podem, em certas condições, facilitá-lo e melhorá-lo ou, pelo menos, não o afectar positiva ou negativamente. Contudo, partindo do pressuposto que a situação competitiva é percepcionada pelo indivíduo como ameaçadora, este novo modelo conceptual sugere algumas hipóteses gerais,

mas concretas, para a relação ansiedade-rendimento, assim como para o impacto da interacção das diferentes componentes da ansiedade no rendimento. A saber:

(i) rendimento é prejudicado quando o indivíduo experimenta simultaneamente elevados níveis de ansiedade cognitiva e somática (ou elevada percepção de ameaça na situação competitiva);

(ii) rendimento é igualmente afectado, negativamente, se existirem discrepâncias acentuadas ou extremas nos níveis de ansiedade experimentados, entre cada uma das componentes, de acordo com a natureza das tarefas;

(iii) para cada atleta, a ansiedade relaciona-se positivamente com o rendimento quando são experimentados, simultaneamente, moderados níveis de ansiedade cognitiva e somática (ou quando as situações competitivas são percepcionadas como pouco ou moderadamente ameaçadoras);

(iv) impacto da ansiedade no rendimento é também moderado pela interacção entre traço de ansiedade competitiva e competências psicológicas de confronto (o impacto negativo é menor nos atletas com baixo traço de ansiedade e boas competências psicológicas de confronto com a ansiedade, porque percepcionam menores níveis de ameaça na competição desportiva).

O autor chama, ainda, a atenção para a necessidade de se pôr termo à conceptualização da ansiedade como um fenómeno isolado, que ocorre apenas antes ou durante a competição, sendo importante ter em atenção o período pós-competitivo, quando o atleta avalia o seu nível de realização e rendimento, assim como os resultados obtidos. Daí que conceptualize a ansiedade, experimentada em contextos desportivos, como um processo relacional e um sistema de variáveis e processos psicológicos interdependentes, de natureza cognitiva e motivacional (Cruz,1994).

Grande parte das hipóteses e teorias apresentadas foi a seu tempo, como podemos verificar, contestada por diversos autores. Apesar da grande quantidade de estudos que têm sido feitos nesta área, a maior parte das críticas vai para os problemas de ordem epistemológica e para os modelos estatísticos utilizados. No entanto, e sem querer criticar os críticos, parece-nos que as teorias apresentadas revelam um contínuo evoluir nas ideias e no rigor com o qual se vai construindo um *puzzle* do conhecimento sobre esta temática. Parece-nos também que este *puzzle* já tem a forma bem delineada e provavelmente terá tendência a ficar cada vez mais completo.

Contudo, em nosso entender, os estudos efectuados, para testar as teorias e hipóteses referidas anteriormente, pecam por quererem relacionar de forma absoluta a ansiedade com o rendimento desportivo que, na verdade, depende também de variáveis individuais (e.g. idade, sexo, nível competitivo) e de variáveis situacionais (e.g. tipo de desporto), como iremos constatar.

1.4. A avaliação da Ansiedade

Concordando com Cruz (1994), os "testes" ou inventários psicológicos são a medida mais popular da ansiedade, devido à sua validade, rapidez e facilidade de administração, principalmente em contextos desportivos. Neste enquadramento, passamos, então, a apresentar alguns dos instrumentos de avaliação psicológica mais utilizados pelos investigadores na avaliação do traço e estado de ansiedade no contexto desportivo.

Medidas do Traço de ansiedade

Desenvolvido por Spielberger, em 1970, no âmbito da sua teoria do traço e estado de ansiedade, o STAI - "*State-Trait Anxiety Iventory*" - constitui, ainda hoje, um instrumento muito utilizado por alguns investigadores, nomeadamente a escala de avaliação do estado de ansiedade. O STAI inclui duas escalas, uma para a avaliação do traço de ansiedade e outra para avaliação do estado de ansiedade. Na escala do traço de ansiedade, pede-se à pessoa que indique

"como se sente geralmente". Na escala do estado de ansiedade, pede-se que indique "como se sente neste momento".

No entanto, a necessidade de desenvolver testes específicos à situação desportiva, levaram Martens, em 1977, a construir um teste unidimensional da ansiedade competitiva no desporto, o SCAT – " *Sport Competition Anxiety Test*", destinado a medir a ansiedade competitiva como traço ou característica da personalidade. Contudo, nos anos 90, a evidência da natureza multidimensional da ansiedade, motivou a necessidade de um instrumento multidimensional para avaliar o traço de ansiedade competitiva. Apareceu, assim, a SAS – "*Sport Anxiety Scale",* desenvolvida por Smith et al (1990). A escala SAS pretende medir diferenças individuais no traço de ansiedade somática e em duas dimensões do traço de ansiedade cognitiva: preocupação e perturbação da concentração.

Medidas do Estado de Ansiedade

Especificamente no que diz respeito à avaliação do estado de ansiedade, a necessidade de desenvolver um instrumento breve e de utilização rápida em contextos desportivos, para avaliar, por vezes, mais do que uma vez o estado de ansiedade dos atletas, levou Martens et al., em 1980, a construírem um inventário do estado de ansiedade, específico para contextos desportivos, o "*Competitive State Anxiety Inventory 1*" – CSAI-1. Este inventário trata-se de uma medida unidimensional da ansiedade, que englobava 10 itens seleccionados da escala do estado de ansiedade do STAI.

Posteriormente, em 1990, os autores ao reconhecerem a natureza multidimensional do estado de ansiedade, desenvolveram uma nova versão do CSAI, o *"Competitive State Anxiety Inventory 2"* – CSAI-2. Este novo instrumento, baseado na distinção conceptual entre ansiedade cognitiva e somática, engloba, ainda, a terceira componente relacionada com estas duas dimensões, a autoconfiança.

Sendo este o instrumento de avaliação que iremos utilizar no nosso estudo, iremos proceder, então, a uma apresentação mais pormenorizada do inventário

em questão, adaptado para a população Portuguesa por Serpa e Santos (Faculdade de Motricidade Humana, 1995).

Tal como foi referido, o inventário *CSAI-2* visa medir as dimensões cognitiva, somática e autoconfiança, do estado de ansiedade pré-competitiva. Como estes conceitos já foram tratados anteriormente, não nos vamos aqui aprofundar sobre os mesmos. Apenas reforçamos a ideia já conhecida de que:

- a ansiedade somática deverá ser vista como o conjunto das modificações fisiológicas do indivíduo (no nosso caso o jogador), de onde se destacam as sensações de aperto no estômago, sudação das palmas das mãos, aumento da frequência cardíaca, entre outros;

- a ansiedade cognitiva deverá ser encarada como o indicador da percepção que o indivíduo tem da situação (e.g. a competição);

- a autoconfiança deverá ser vista como a inexistência de ansiedade cognitiva, melhor dizendo, a ansiedade cognitiva e a autoconfiança representam os fins opostos de uma avaliação cognitiva (...) sendo a ansiedade cognitiva a falta de autoconfiança (Martens et al., 1983, p. 38).

O inventário é composto por 27 itens, que não são mais do que afirmações de atletas acerca da forma como se sentem antes de entrar em competição, subdivididas em 3 categorias:

- 9 itens visando a ansiedade cognitiva (n.º 1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22 e 25);

- 9 itens visando a ansiedade somática (n.º 2, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 23 e 26);

- 9 itens visando a autoconfiança (n.º 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24 e 27).

Para cada item, existem 4 respostas possíveis: nada, um pouco, bastante e muito.

O tratamento deste inventário é feito considerando, separadamente, cada uma das 3 dimensões (cognitiva, somática e autoconfiança). Como foi anteriormente referido, a cada sub-escala correspondem 9 itens. Assim, para a ansiedade cognitiva adicionam-se as respostas aos itens n.º 1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22 e 25. Para calcular a ansiedade somática somam-se os itens n.º 2, 5, 8, 11, 14,

17, 20, 23 e 26. A autoconfiança é calculada pela adição dos itens n.º 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24 e 27. Para cada item existem 4 respostas possíveis: nada, um pouco, bastante e muito. A cada uma delas faz-se corresponder uma pontuação que vai respectivamente de 1 a 4. Porém, essa pontuação é invertida num dos itens do questionário, mais especificamente o n.º 14, passando a resposta nada a valer 4, a um pouco três (3), a bastante dois (2) e a muito um (1). Este item encontra-se incluído na dimensão somática.

O valor máximo que se pode obter em cada uma das sub-escalas é trinta e seis (36) e o valor mínimo nove (9), à excepção da ansiedade somática que, face à alteração da pontuação atribuída na questão n.º 14, o seu valor máximo passa a ser trinta e três (33) e o seu valor mínimo doze (12).

Dentro deste critério, quanto maior for o valor obtido, maior é o nível de ansiedade cognitiva ou somática, ou maior é a autoconfiança (Martens et al, 1990).

A relutância demonstrada por treinadores e atletas em perderem alguns minutos a responderem a um questionário, imediatamente antes da competição ou em diferentes momentos ao longo da mesma, conduziu ao desenvolvimento de uma nova alternativa ao CSAI-2. Surge então o MRF – "*Mental Readiness Form*", testado e validado por Murphy et al, em 1989, para avaliar rapidamente o estado de prontidão mental dos atletas para a competição. O MRF tem apenas 3 itens, onde cada um pretende corresponder a cada uma das três sub-escalas do CSAI-2: ansiedade cognitiva, ansiedade somática e autoconfiança. Na sua versão original, cada um dos itens é respondido numa escala contínua bipolar, com os extremos separados por uma linha de 10 centímetros, onde os indivíduos assinalam uma cruz correspondente ao modo como se sentem no momento: "os meus pensamentos são de, calma – preocupação" (ansiedade cognitiva); "sinto o meu corpo, relaxado – tenso" (ansiedade somática) e "sinto-me , confiante – com medo" (autoconfiança). Os *scores* podem variar entre 1 e 100 e são calculados medindo a distância, em milímetros, entre o extremo esquerdo da escala (linha) e a "marca" (cruz) assinalada pelo indivíduo.

Mais recentemente, Krane, em 1994, em dois estudos com atletas de diferentes modalidades, forneceram evidência adicional para a validade do MRF, assim como de duas novas versões modificadas do MRF: o MRF –" *Likert*" e o MRF-3. Uma que recorre a um formato de resposta, em cada um dos três itens originais, nu a escala tipo *Likert* de 11 pontos (MRF- *Likert*) e outra versão onde se manteve o formato de resposta, mas onde se procedeu à alteração dos termos extremos dos três itens, por forma a torná-los verdadeiramente bipolares: preocupado - não preocupado, tenso –não tenso e confiante - não confiante (MRF-3).

Por último, em Portugal, em 1994, Cruz, desenvolveu uma "Escala de Avaliação Cognitiva da Competição Desportiva – Percepção de Ameaça" (EACC-PA), destinada a avaliar "o que está em jogo" na competição desportiva, na perspectiva de cada atleta, e que os leva a experimentarem *stress* e ansiedade na competição desportiva. Segundo a autor, uma das vantagens desta escala é o facto de permitir, através da análise item a item, verificar quais são os aspectos percepcionados como mais ameaçadores na competição desportiva e, consequentemente, quais as principais fontes de *stress* e ansiedade.

Apesar de todas as vantagens apresentadas, na utilização dos diferentes instrumentos e medidas de avaliação referidos, Cruz (1994) sugere como dificuldades na sua aplicação:

(i) acesso aos atletas imediatamente antes do início da competição;

(ii) o carácter intrusivo que a resposta a questionários poderá assumir para o atleta;

(iii) o facto de completar um questionário de ansiedade poder direccionar a atenção do atleta para o seu estado afectivo no momento, podendo esta auto-focalização gerar aumentos adicionais de ansiedade, sobretudo nos indivíduos com níveis de ansiedade pré-competitiva já elevada.

Hackfort e Schwenkmezger (1989, p. 57) acrescentam que "embora a validade e fidelidade da maior parte dos instrumentos de avaliação psicológica já tenha

sido demonstrada, a validade de um instrumento de avaliação da ansiedade depende significativamente de factores como a abertura, a honestidade, uma auto-avaliação exacta e da auto-consciência de quem responde".

1.5. As Variáveis que influenciam o Estado de Ansiedade

Citando Martens et al. (1990, p. 149), "as componentes do estado de ansiedade variam em função das diferenças individuais e dos factores situacionais", como o comprovam os resultados dos estudos revistos.

1.5.1. As diferenças individuais

De acordo com Gill (2000), as diferenças individuais são óbvias na ansiedade competitiva. Como ex-praticantes, concordamos com o autor quando afirma que a maioria dos atletas tem que lidar com a ansiedade intensa a qualquer altura, podendo experimentar estados de ansiedade que variam da calma relativa ao ataque de pânico, onde, por exemplo, algumas pessoas, incluindo competidores altamente especializados, ficam fisicamente "doentes" devido à preocupação com o evento que se aproxima, enquanto que outros permanecem calmos e controlados.

As diferenças individuais, incluem variáveis como a idade, o sexo, o género, os anos de prática e o nível competitivo, que passamos a apresentar.

A idade

Os estudos têm demonstrado que o estado de ansiedade varia em função da idade do atleta (Maehr e Braskamp, 1986; Okwumabua et al., 1987; Martens et al., 1990; Hammermiester e Burton, 1995).

Para Maehr e Braskamp (1986), as razões para participar no desporto mudam com a idade, verificando-se que os indivíduos mais velhos participam por razões menos egocêntricas (e.g. diversão, saúde mental, para se manter em forma) do que os competidores mais jovens (e.g. resultados e reconhecimento).

Esta linha de investigação, defende, assim, que os níveis de estado de ansiedade competitiva dos atletas adultos diminuem com a idade, já que os indivíduos adoptam progressivamente objectivos menos ameaçadores ao seu "ego". Também Okwumabua et al. (1987), apoiando estes pressupostos, sugerem que as estratégias cognitivas dos corredores veteranos diferem significativamente dos corredores de maratona de elite mais jovens, onde se verifica que os corredores mais velhos tendem a correr mais pela sua saúde, benefícios sociais e psicológicos, do que propriamente para a obtenção de objectivos competitivos.

Considerando estes factos, e com base nos resultados da investigação, os estudos revistos permitem concluir que, em relação à idade, existem diferenças no estado de ansiedade cognitiva e de autoconfiança, onde os atletas mais velhos registaram níveis inferiores aos dos atletas mais novos, mas que, no entanto, não se registam diferenças em relação ao estado de ansiedade somática (Maehr e Braskamp, 1986; Okwumabua et al., 1987; Martens et al., 1990; Hammermiester e Burton, 1995).

O sexo

A literatura revista também permitem concluir que os níveis de ansiedade e autoconfiança variam em função do sexo (Jones et al., 1991; Swain e Jones, 1991).

De acordo com Gill (1988), o sexo é reconhecido como um factor interpessoal importante no desporto competitivo, onde autores como Ahlgren e Johnson, Olds e Shaver, cit. por Jones et al. (1991, p. 2), defendem que os homens são mais competitivos do que as mulheres. Ainda segundo este autor, os homens registam uma orientação vencedora superior às mulheres e as mulheres obtêm níveis mais elevados de orientação nos objectivos, porque as mulheres parecem focar mais a sua atenção em objectivos pessoais e padronizados, que reflectem uma orientação menos competitiva, enquanto que os homens se focam mais na comparação interpessoal e na vitória. Por outro lado, os resultados das investigações também mostram que as mulheres obtêm níveis mais elevados de traço de ansiedade do que os homens (Gill,1988; Martens et

al., 1990). Andersen e Williams, cit por Jones et al. (1991, p. 2), sugerem que isto acontece porque a socialização tradicional dos sexos favoreceu os homens em termos de preparação para a competição atlética, ensinado-lhes uma orientação mais competitiva para a vida, do que às mulheres. Gill (1988) acrescenta que as situações competitivas, na verdade, exageram as diferenças no sexo, na realização cognitiva, com as mulheres geralmente registando menos confiança e menos expectativas de sucesso que os homens.

Considerando estes factos, juntamente com a opinião geral que o sexo feminino tem menos experiência no desporto (Martens et al., 1990), alguns estudos realizados concluíram que os homens apresentam valores mais baixos de ansiedade cognitiva e ansiedade somática e valores mais elevados de autoconfiança, quando comparados com as mulheres (Martens, 1983, 1990; Russel et al., 1998). No entanto, noutros estudos revistos não se verificaram diferenças entre homens e mulheres (Kirkby e Liu, 1999; Sewell e Edmondson, 1996).

Os anos de prática

Para Martens et al. (1990), os atletas menos experientes e menos especializados tendem a focar-se mais nos seus medos internos, enquanto que os atletas mais experientes exibem uma orientação mais externa, possuindo a capacidade de lidar melhor com a situação da ansiedade.

Neste enquadramento, os estudos revistos confirmam que os anos de prática são os moderadores mais fortes da ansiedade cognitiva, existindo uma relação negativa entre as duas variáveis (Gould et al.,1984), ou seja, os atletas com mais anos de prática registam valores da ansiedade cognitiva inferiores aos dos atletas com menos anos de prática (Martens et al., 1990). Relativamente à ansiedade somática e à autoconfiança, verifica-se que os atletas com mais anos de prática apresentaram valores de ansiedade somática inferiores e valores de autoconfiança superiores (Martens et al., 1990).

O nível competitivo (nacional ou internacional)

Concordando com Martens e al. (1990, p. 222), "a importância da competição é um dos principais factores geradores de ansiedade".

No nosso país, num estudo efectuado com 246 atletas de alta competição e de elite (nas modalidades de andebol, voleibol, atletismo e natação), constatou-se que os atletas de elite (aqueles que atingiram níveis superiores de sucesso desportivo) se diferenciavam dos restantes atletas, pelo facto de serem mais auto-confiantes e experimentarem menores níveis de ansiedade competitiva (Cruz, 1994). No entanto, Jones e Swain (1995), num estudo com jogadores de Criket, não se registaram diferenças entre os jogadores de nível nacional e internacional/elite.

"A ansiedade competitiva ilustra a importância de uma abordagem de interacção", ou seja, "para compreender-mos a ansiedade competitiva temos de considerar a pessoa, a situação (os factores situacionais) e o processo interactivo envolvente" (Gill, 2000, p. 159).

1.5.2. Os factores situacionais

Nos factores situacionais, e de acordo com Martens et al. (1990), encontramos o tipo de desporto que é praticado.

Na validação do inventário CSAI-2, com o objectivo de avaliar os estados de ansiedade competitiva em função do tipo de desporto que era praticado, estes autores estabeleceram a seguinte classificação: desportos individuais *versus* colectivos, desportos com contacto *versus* sem contacto e desportos de obtenção de resultados objectivos *versus* subjectivos.

Desportos individuais vs colectivos

As exigências de um desporto individual poderão ser exactamente as mesmas das de um desporto colectivo. Certamente que um e outro apresentam alguns aspectos que marcam a diferença das respostas em competição. Senão vejamos, nos desportos individuais desaparece o sentido de grupo e aparece o

cunho individual, mais marcante, mais incisivo, enfim, mais ansiogénico. Cada um depende de si, do que é capaz de fazer, de como é capaz de se superar, onde a determinação, a iniciativa, a resolução, a coragem, o autodomínio e a persistência, são algumas das características marcantes e determinantes da diferença entre o vencedor e o vencido.

Nos desportos colectivos, o atleta faz parte de um todo, onde a distribuição de responsabilidades e funções, a difusão dos erros individuais e a coesão do grupo, poderão, de certa forma, contribuir para que os níveis de ansiedade pré-competitiva e competitiva sejam de algum modo influenciados.

Neste contexto, os estudos revisto mostram que os níveis de ansiedade e autoconfiança variam em função do tipo de modalidade desportiva que se pratica (individual ou colectiva) (Krane e Williams, 1987; Martens et al., 1990).

De acordo com Martens et al. (1990, p.142), nos desportos individuais "a ameaça da avaliação é maximizada (...) e a difusão da responsabilidade pelos erros do desempenho é minimizada". Daí que os atletas praticantes de desportos individuais registem níveis mais elevados de ansiedade cognitiva e somática e níveis mais baixos de autoconfiança, do que os atletas em desportos de equipa, na fase de pré-competição (Martens et al., 1990; Hammermiester e Burton, 1995; Terry et al., 1996; Kirkby e Liu, 1999).

Também Terry et al. (1996), num estudo realizado com jogadores de ténis, onde avaliaram a ansiedade pré-competitiva do mesmo jogador num jogo de singulares e posteriormente num jogo de pares, concluíram que a mesma pessoa apresentou resultados distintos, consoante o tipo de jogo, confirmando os resultados encontrados por Martens e colaboradores. Ou seja, a mesma pessoa num jogo de singulares, apresentou níveis mais elevados de ansiedade cognitiva e somática e níveis mais baixos de autoconfiança, do que num jogo de pares. Para os autores, nos jogos de pares, a interacção com o colega alivia a tensão, dá mais coragem e reduz os sentimentos de isolamento.

É igualmente interessante e bastante curioso, verificarmos que nos desportos de equipa, o estado de ansiedade pré-competitiva varia em função de outras variáveis, nomeadamente, a posição/função que o jogador irá ocupar em

campo. Num estudo com jogadores de Futebol e Hóquei em campo, Sewell et al. (1996) concluíram que os guarda-redes registam níveis de ansiedade cognitiva significativamente mais elevados, do que os jogadores em qualquer outra posição. Da mesma forma, os guarda-redes são somaticamente mais ansiosos e menos autoconfiantes que os defesas. Em relação às outras posições, os médios e os atacantes são somaticamente mais ansiosos que os defesas, enquanto os jogadores de meio campo são menos autoconfiante que os defesas. No entanto, não se registam diferenças, em qualquer uma das dimensões, entre os jogadores de meio campo e os avançados.

Os desportos com resultados subjectivos vs objectivos

Os desportos com resultados subjectivos são aqueles "cujo resultado deriva da avaliação de juizes (e.g. a ginástica)" e, por outro lado, os desportos com resultados objectivos "são aqueles cujos resultados são determinados pelo cumprimento de um objectivo padrão e são influenciados, se forem, apenas minimamente, pelos juizes e pelos oficiais (por ex: basquetebol)" (Martens et al., 1990, p.142). Devido à incerteza, assim como à falta de controlo do resultado final do desempenho do atleta, os desportos com resultados subjectivos são "hipoteticamente associados a níveis mais altos no estado de ansiedade cognitiva e níveis inferiores no estado de autoconfiança", quando comparados com os desportos de resultados objectivos. No entanto, "não se registam diferenças no estado de ansiedade somática, entre participantes em desportos com resultados objectivos e subjectivos" (Martens et al., 1990, p.143).

Os desportos com contacto vs sem contacto

Por último, a terceira comparação feita por Martens et al. (1990), foi entre desportos com contacto e sem contacto. No seu estudo, os autores concluíram que "os desportos com contacto conduzem a estados de ansiedade mais elevados", pois, "nos desportos com contacto, devido à ameaça, originada pelas confrontações pessoais, ser maior, os níveis de ansiedade cognitiva e

somática são mais elevados e os níveis de autoconfiança são mais baixos" (Martens et al., 1990, p. 143).

Nesta parte do Capítulo I, procurámos fazer o ponto da situação sobre o estado de conhecimentos disponíveis, no âmbito da Psicologia do Desporto, em relação ao tema "Ansiedade no desporto". Começámos por verificar que quando se aborda um tema tão complexo, como é o caso da ansiedade no contexto desportivo, é imprescindível e fundamental a delimitação do próprio conceito de "ansiedade". Por outro lado, que a importância da avaliação da ansiedade no desporto é confirmada pelo número de teorias e hipóteses existentes, que tentaram clarificar a relação ansiedade-rendimento. Igualmente, ficámos a conhecer algumas variáveis (individuais e situacionais) que, segundo os estudos revistos, parecem influenciar/moderar e/ou mediar os níveis de ansiedade no rendimento desportivo (e.g. idade, sexo, anos de prática, nível competitivo, tipo de desporto).

A terminar, e citando Martens et al. (1990, p.213), pensamos que "apesar da investigação na ansiedade competitiva ter uma tradição rica na Psicologia do Desporto, permanece uma área fértil para a descoberta".

2. O Desporto para pessoas com deficiência

Na parte inicial deste capítulo, estudámos o tema da Ansiedade no contexto desportivo. Seguidamente, iremos abordar a área do desporto para pessoas com deficiência, visto o nosso estudo ser realizado com praticantes de Basquetebol em cadeira de rodas.

Iniciamos com o tema "deficiência e sociedade", onde fazemos uma abordagem ao estatuto social da pessoa com deficiência e apresentamos as definições que envolvem o próprio conceito de deficiência/deficiente. Seguidamente, analisamos a evolução histórico/social do desporto para pessoas com deficiência, definimos "desporto para deficientes" e, porque o desporto "é um meio privilegiado de educação, readaptação, valorização do lazer e integração social" (Silva, 1991, p. 87), apresentamos as principais vantagens de uma prática desportiva regular. Ainda neste contexto, procedemos a uma caracterização do Basquetebol em cadeira de rodas, numa tentativa de compreender e conhecer melhor como se pratica, enquanto actividade física adaptada.

2.1. O indivíduo com deficiência na sociedade

A evolução da atitude social em relação às pessoas com deficiência tem sido morosa e carregada de preconceitos. Sobre este assunto, os conhecimentos sociológicos permitem-nos afirmar que os comportamentos e atitudes da sociedade face à problemática da deficiência apresentam variações ao longo do tempo. Por exemplo, desde longa data que os indivíduos com deficiência são marcados pelo estigma da "diferença", ou seja, ao serem "diferentes" sob o ponto de vista morfológico ou funcional (evidenciando o que têm a mais ou a menos) foram muitas das vezes alvo de acções desumanas como aquelas verificadas nas antigas sociedades de Roma, Grécia ou Esparta, onde as crianças menos sadias eram aniquiladas logo à nascença.

Felizmente, esta forma de pensar o homem e a sociedade foi alvo de mutações, pelo que, a acompanhar a evolução sentida nos restantes domínios sociais, surge também o novo estatuto social da pessoa com deficiência. A superstição cede lugar à compaixão e tudo o que anteriormente não passava apenas de cuidados elementares para garantir a sobrevivência deste grupo específico da população, transformou-se, no século XX, num grande movimento de apoio que originou um conjunto de normas e políticas educativas e reabilitativas a favor da integração destes indivíduos na sociedade.

Acerca destas normas e políticas a favor dos cidadãos com deficiência, Silva (1991, p.28) aponta a "Declaração Universal dos Direitos do Homem", em 1948, como o pilar de todo o sistema actual, quando faz referência ao "direito de todas as pessoas, sem qualquer distinção, ao casamento, à propriedade, a igual acesso aos serviços públicos, à segurança social e à efectivação dos direitos económicos, sociais e culturais". A obrigação de reconhecer, respeitar e proteger a diversidade humana foi, desta forma, globalmente aceite como um valor humano fundamental, dando origem mais tarde, ao aparecimento de outros tratados de que é exemplo a "Declaração dos Direitos das Pessoas com Deficiência", em 1975.

Como reflexo da implementação destes postulados internacionais verificamos a existência de outras legislações como a "Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência" (Lei nº9/89 de 2 Maio), o Decreto Lei nº319/91 de 23 de Agosto[1], as Normas sobre a Igualdade de Oportunidades para as Pessoas com Deficiência (Resolução 48/96 de 4 Março de 1994) ou a Declaração de Salamanca (1994).

Para Hendriks (1995) o conceito de respeito pelas "diferenças" humanas está patente no princípio da igualdade. Contudo, nenhum dos tratados internacionais ou leis nacionais inclui uma definição clara do termo, o que talvez explique os inúmeros significados atribuídos a este conceito. Parece-nos, no entanto, haver uma grande adesão sobre o ponto de vista de que o princípio da igualdade procura promover a uniformidade, aplicando um

[1]Legislação que regula a integração dos alunos portadores de deficiência nas escolas regulares.

tratamento idêntico a todas as pessoas e o seu não cumprimento constitui a chamada discriminação.

Assim, segundo a recomendação das Nações Unidas, "o termo "igualdade de oportunidades" significa o processo pelo qual os diversos sistemas da sociedade e o meio envolvente, tais como os serviços, actividades, informação e documentação, se tornam mais acessíveis a todos e, em especial, às pessoas com deficiência" (SNR, 1995, p.13).

Porém, e tendo como referência a análise histórica de alguns grupos a favor de direitos estabelecidos (e.g. os grupos pelos direitos da mulher ou da igualdade racial), não poderemos cair no erro de julgar que a legislação e as políticas que promovam igual tratamento consigam rectificar as desigualdades existentes. Neste perspectiva, Hendriks (1995) adverte que a verdadeira igualdade nunca será alcançada através do desenvolvimento de um tratamento idêntico para todos, esperando que as pessoas "diferentes" se adaptem unilateralmente às normas e padrões da auto-proclamada "corrente dominante".

No seguimento da opinião deste autor, surge o movimento para a igualdade de direitos que reclama igualmente o respeito pela diversidade do indivíduo e do grupo, exigindo igual tratamento nas situações em que as pessoas se encontram em condição idêntica e tratamento diferente nas situações em que seja necessário satisfazer necessidades diferentes.

Parece-nos então evidente que a aplicação do princípio da igualdade de direitos implique que as necessidades de todos e de cada um tenham igual importância, tendo sempre de as ter em consideração aquando do planeamento das sociedades, para que todos os recursos existentes sejam utilizados de forma a garantir a cada indivíduo uma igual oportunidade de participação na sociedade.

As pessoas com deficiência são membros da sociedade por direito, o que lhes confere a equidade de permanecerem nas suas comunidades de origem. Para tal, devem receber o apoio necessário no âmbito das estruturas regulares de ensino, de saúde, de emprego e dos serviços sociais, imputando aos Estados a

obrigação de criar bases legais para a adopção de medidas destinadas a atingir a plena participação de igualdade.

Quando estes objectivos são atingidos e as pessoas com deficiência tiram proveito dessa igualdade de direitos, elas passam a ter iguais obrigações, assumindo, para tal, as suas responsabilidades como membros activos de uma sociedade. Verifica-se, neste momento, a verdadeira igualdade que, segundo Hendriks (1995, p.19), "implica que ambas as partes, pessoa com e sem deficiência, envidem esforços para colmatar a distância que as mantém separadas".

Sendo o desporto uma forma privilegiada de comunicação de diferentes países, diferentes sociedades, diferentes culturas e até mesmo de diferentes estratos sociais, concordamos rapidamente que o seu desenvolvimento constitui um elemento chave para alcançar a igualdade de oportunidades. A tomada de consciência deste facto induziu à criação e aprovação, por parte dos Estados, de políticas legislativas e orientadoras à plena participação dos indivíduos com deficiência no âmbito desportivo.

Em 1986, durante a realização da 5ª Conferência de Dublin, os ministros europeus definiram uma resolução intitulada "Carta europeia do desporto para todos: os indivíduos deficientes". Essa carta, ao estipular que todos os indivíduos têm direito à prática desportiva, poderá estar na base do aparecimento, a nível nacional, de uma legislação desportiva que inclua na sua prática as pessoas com deficiência, de como é exemplo a Lei de Bases do Sistema Desportivo (Lei nº1/90 de 13 Janeiro).

Mas para entendermos melhor este fenómeno desportivo, específico de uma população com necessidades especiais, é necessário traçarmos primeiro o quadro conceptual do significado de deficiência/deficiente.

2.2. Quadro conceptual da deficiência/deficiente

As definições que envolvem o conceito de deficiência/deficiente são no fundo o reflexo do conhecimento adquirido sobre esta problemática, pelo que é

compreensível que estas apresentem variações ao longo do tempo. De facto, encontramos na literatura nacional e internacional várias definições que vão desde explicações demasiado generalistas sobre o que é a deficiência, até àquelas cujos conteúdos reflectem um amplo conhecimento científico na matéria.

O Dicionário Enciclopédico define "deficiência" como uma insuficiência orgânica ou mental, referindo ainda que uma pessoa "deficiente" é toda aquela cujas capacidades físicas ou mentais se encontram diminuídas (Koogan Larousse Selecções, 1981).

A completar este conceito, encontramos outras definições de "pessoa deficiente" que alegam ser toda aquela pessoa cujas capacidades a impossibilita de prover por si mesma, no todo ou em partes, as necessidades de uma vida pessoal ou social normal, em consequência de uma deficiência congénita ou não, de suas capacidades físicas ou mentais (ONU, 1981).

Esta última definição parece, em nosso entender, ser mais completa, comparativamente com a primeira, no sentido em que coloca um indivíduo com determinadas capacidades num meio que não lhe é o mais favorável. Senão vejamos: descurar a importância do meio social envolvente seria um erro crasso, pois é esse meio que também capacita ou incapacita os indivíduos. Por exemplo, o que diríamos de um indivíduo possuidor de todas as suas capacidades quando inseridos num meio todo ele concebido para pessoas com deficiência visual? Como se sentirá ele ao tentar ler em *Braille* um jornal ou qualquer outro tipo de informação? Quem é que, neste caso, apresenta uma incapacidade para levar uma vida que, para uma determinada sociedade, é considerada "normal"?

Sobre este assunto, a OMS (1989) tece algumas opiniões ao referir que quer o próprio indivíduo, quer os outros grupos em que se insere, atribuem um certo valor ao desvio do padrão de estrutura, de funcionamento ou de execução, ou seja, a avaliação da condição de deficiente depende das normas culturais e sociais, determinando-se sempre face aos seus pares.

Porém, todos os conceitos apresentados até agora são limitativos em relação ao tipo de deficiência, o que nos leva a questionar onde se enquadram, por exemplo, as deficiências sensoriais? Na tentativa de ultrapassar esta lacuna surgiram outras definições, que em nosso entender, ajudam a esclarecer este conceito e com as quais nos identificamos mais. Assim, segundo a OMS (1989, p. 56) a "deficiência , representa qualquer perda ou alteração de uma estrutura ou de uma função psicológica, fisiológica ou anatómica".

Kirk e Gallagher (1991) definiram criança com deficiência como toda aquela que se desvia da norma estatística ou da criança "normal" por: (i) suas características mentais, (ii) suas capacidades sensoriais, (iii) suas características físicas ou neuromusculares, (iv) seu comportamento social, (v) suas capacidades de comunicação, ou (vi) as suas múltiplas deficiências, até ao ponto de justificar e requerer modificações das práticas escolares ou de necessitar de serviços de educação especial para desenvolver ao máximo as suas capacidades.

A 2 de Maio de 1989 é estabelecida na Assembleia da República a Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência com o objectivo de "promover e garantir o exercício dos direitos que a Constituição da República Portuguesa consagra nos domínios da prevenção da deficiência, do tratamento, da reabilitação e da equiparação de oportunidades da pessoa com deficiência" (artigo 1º da Lei 989). O artigo 2º da presente lei define "pessoa com deficiência" como sendo "toda aquela que por motivo de perda ou anomalia, congénita ou adquirida, de estrutura ou função psicológica, intelectual, fisiológica ou anatómica susceptível de provocar restrições de capacidade, pode estar considerada em situações de desvantagem para o exercício de actividades consideradas normais tendo em conta a idade, o sexo e os factores sócio-culturais dominantes".

Perante este quadro conceptual, concordamos que existe uma diversidade de situações de natureza física, psíquica, sensorial, comportamental, entre outros, que caracterizam o grupo das pessoas com deficiência. Esta mesma heterogeneidade, qualquer que seja a sua causa, origina necessidades nesses

indivíduos, que reflectem as consequências das deficiências em termos de desempenho e de actividade funcional (Pólvora, 1989). O autor afirma ainda que tais deficiências e incapacidades influenciam a adaptação do indivíduo e a sua interacção com o meio, que traduz efectivamente a desvantagem (*Handicap*) que sobressai do âmbito individual para se situar claramente no campo social.

Sobre este assunto, em 1989, a OMS publicou uma classificação internacional para explicar o significado de termos como Doença/Patologia, Incapacidade e Desvantagem (*Handicap*) de modo a colmatar os frequentes equívocos utilizados na linguagem corrente. Assim, de acordo com a organização citada, os termos anteriores definem-se da seguinte forma:

(i) Doença/Patologia: é uma alteração na estrutura ou no funcionamento do corpo humano que pode ser ou não evidente (e.g. amputação do membro inferior).

(ii) Incapacidade: corresponde a qualquer redução ou falta, resultante de uma deficiência de capacidades para exercer uma actividade de forma ou dentro dos limites considerados normais para o ser humano (e.g. redução da capacidade de andar).

(iii) Desvantagem (*Handicap*): refere-se ao impedimento sofrido por um dado indivíduo, resultante de uma deficiência ou de uma incapacidade, que lhe limita ou lhe impede o desempenho de uma actividade considerada normal para esse indivíduo, tendo em atenção a idade, o sexo e os factores sócio-culturais (e.g. limitação da possibilidade de participar em pleno na vida em comunidade).

Esta clarificação terminológica leva-nos a reafirmar o conceito de respeito pelas diferenças patente no princípio da igualdade. Pólvora (1989) faz referência à experiência que todos nós vivenciamos no dia-a-dia, ou seja, o quotidiano aconselha-nos a reparar que a sociedade tem pessoas mais idênticas do que outras, originando uma fractura no princípio da identidade relacional, com a existência de pólos diferentes.

Analisando fria e objectivamente este facto, parece-nos, por vezes, evidente que existem seres humanos que o são menos do que outros. Por exemplo, todos assistimos à transmissão televisiva, em diferido, dos Jogos Olímpicos de Sydney. Contudo, no que concerne aos Jogos Paralímpicos, limitou-se à apresentação de alguns resumos diários. Quem acompanhou de perto estes acontecimentos talvez se questione do porque desta diferença. O que distingue estes atletas dos atletas ditos "normais"?

Situações como estas provocam-nos sentimentos de rejeição, pois não acreditamos que em qualquer país onde se viva em democracia, como o nosso, passe pelo espírito de alguém a consideração de que, por exemplo, o voto de um indivíduo com paraplegia tenha um valor diferente do voto de uma pessoa sem deficiência. Deste modo, parece-nos igualmente óbvio que o direito ao desporto, bem como a tudo o que ele envolve, deva estar ao alcance dos indivíduos com deficiência.

2.3. Desporto para deficientes

Embora "diferente" e com limitações, o indivíduo com deficiência é uma pessoa que possui legislação própria que o protege e lhe assegura direitos nos demais variados domínios sociais. A partir do momento em que o acesso à prática desportiva se torna se torna um direito de todos os cidadãos, independentemente da sua condição, permitiu que os indivíduos com deficiência beneficiassem dessa mesma prática. De facto, este fenómeno social tem vindo a ser alvo das mais variadas atenções, pelo que poderemos observar inúmeras evoluções na área do Desporto para Deficientes.

Com o intuito de esclarecer os principais factores que contribuíram para toda a mudança sócio-cultural que envolve o indivíduo com deficiência e o desporto para ele perspectivado, Silva (1991) indica aqueles que são considerados os estágios evolutivos do Desporto para Deficientes:

(i) desporto como terapia: as primeiras experiências desportivas foram realizadas com o objectivo de estimular em termos anátomo-fisiológicos os pacientes com deficiência;

(ii) valor psicológico do desporto: o desporto permite ao indivíduo com deficiência demonstrar a si próprio – e à sociedade – que a sua condição não é sinónimo de invalidez (o valor psicológico juntamente com o fisiológico contribuem para o desenvolvimento da sua imagem);

(iii) normalização: o desporto contribui para a (re)integração do indivíduo com deficiência na comunidade (uma forma muito positiva de integração é a competição entre indivíduos com e sem deficiência, em modalidades como o tiro com arco, *bowling*, ténis de mesa e natação, entre outras);

(iv) motivação para a prática desportiva: é talvez o aspecto mais importante para a obtenção de boas performances (ao estar motivado para a prática desportiva o valor terapêutico, psicológico e o conceito de normalização estão implícitos).

Outros autores, nomeadamente Guttmann (1977), Potter (1987), Varela (1991) e Castro (1998), também fazem referência ao facto do Desporto para Deficientes ter surgido com o objectivo de recuperar física, psíquica e socialmente os indivíduos traumatizados vértebro-medulares provenientes da 1ª e 2ª Guerras Mundiais. Esta expressão do desporto nasce assim como resposta a uma necessidade social, ligada a um novo entendimento ou conceito de reabilitação física, baseada na prática desportiva.

Os êxitos alcançados com o desporto como meio terapêutico e clínico levaram à realização, em 1948, dos I º Jogos de Stoke Mandeville (Castro, 1998). O Desporto para Deficientes começa, então, a ter um grande desenvolvimento, pois inicialmente confinado à sua componente médico/terapêutica, estende-se hoje, cada vez mais, às múltiplas capacidades sociais dos indivíduos. De acordo com Varela (1991), a sua componente sócio-cultural ganha uma nova dimensão, procurando a integração das suas práticas e do próprio atleta no desporto, bem como a sua reabilitação social através desta.

Neste panorama, o aparecimento do conceito de "Desporto para Todos" reveste-se de uma importância ao permitir que os benefícios obtidos através da

prática desportiva se expandissem ao maior número de pessoas. Este carácter global do desporto originou inúmeras formas e variados desportos, que vão da actividade física recreativa até ao desporto de alto rendimento (Conselho da Europa, 1988).

Silva (1991), Varela (1991) e Castro (1998), atribuem à origem e evolução sócio-cultural do Desporto para Deficientes, a responsabilidade para o aparecimento das estruturas organizacionais desta prática desportiva. De acordo com estes autores, o Desporto para Deficientes encontra-se actualmente organizado por grupos de deficiência com características etiológicas semelhantes e não por modalidades desportivas, como acontece no desporto em geral. Por conseguinte, a cada um dos grupos de deficiência corresponde uma Federação Internacional que é responsável pelo desenvolvimento da actividade desportiva nessa área de deficiência, bem como, pela regulamentação e organização das competições internacionais e nacionais, em colaboração com os países membros ou com as organizações que os representam (v. Anexos, p. i).

O Desporto para Deficientes, apesar de englobar um conjunto de práticas semelhantes à do desporto em geral, tem uma identidade própria que é necessário reconhecer e respeitar. No entanto, para perceber a essência desta actividade desportiva específica de uma população especial, é conveniente que se defina em que é que a mesma consiste.

Winnick (1990), considera o Desporto para Deficientes como uma componente da educação Física que proporciona serviços e actividades adaptadas às necessidades especiais de determinados indivíduos. Para este autor, a Educação Física Adaptada é um programa diversificado de desenvolvimento de actividades, exercícios, jogos, ritmos e desportos concebidos para satisfazer as necessidades físicas e educativas dos indivíduos com deficiência. Define ainda Desporto Adaptado como um conjunto de experiências desportivas modificadas ou especialmente concebidas para estes mesmos indivíduos.

Já em 1987, Potter definia o Desporto para Deficientes como uma gama completa de actividades físicas adaptadas às capacidades de cada indivíduo.

No que respeita à prática desportiva, este autor considera que um indivíduo com deficiência é todo aquele que apresenta uma incapacidade ou deformação de carácter definitivo ou de grande duração, a qual afecta as suas faculdades físicas, mentais ou fisiológicas, convertendo-o num indivíduo inapto para se dedicar a actividades desportivas em condições normais.

Concordando então com Silva (1991) quando refere que o Desporto para Deficientes se aplica a pessoas que, devido à sua deficiência, são incapazes de participar em actividades desportivas sem algumas modificações. No entanto, na opinião desta autora, estas alterações não retiram a esta expressão desportiva o carácter competitivo, organizado, institucionalizado e regulamentado.

2.4. Vantagens do Desporto para Deficientes

Como todos nós sabemos, não é apenas o indivíduo sem deficiência que retira vantagens do fenómeno desportivo, pelo que rapidamente poderemos afirmar que o cidadão com deficiência, para além destes benefícios, poderá retirar outros mais acrescidos e que se relacionam directamente coma sua condição. Se tomarmos em consideração a Recomendação N.º R (86) 18 do Comité dos Ministros dos Estados Membros feita na "Carta Europeia do Desporto para Todos: as pessoas deficientes" que, no seu artigo I do anexo da resolução (76) 41, estipula que "todo o indivíduo tem direito à prática desportiva" (Conselho da Europa, 1988, p.8), rapidamente nos apercebemos que o desporto deve ser dirigido e pensado para todos, independentemente da sua condição, sexo, idade, etnia ou classe social.

Ainda no mesmo documento, o Conselho da Europa (1988) refere que na Resolução AP (84) 3 adoptada no âmbito do acordo parcial no domínio social e da saúde pública, relativa a uma política coerente em matéria de readaptação dos indivíduos com deficiência, encontra-se estipulado, no parágrafo 2.4 do seu anexo, que a participação no desporto deveria ser estimulada, uma vez que este é um factor essencial de readaptação e de integração.

No seguimento desta linha de pensamento do Conselho da Europa, encontramos vários autores, como por exemplo, Ferreira (1993) e Alves (2000) que referem que qualquer que seja o nível de prática desportiva alcançada pela pessoa com deficiência, os efeitos são de três ordens:

(i) fisiológicos: exploração dos limites articulares, controlo do movimento voluntário, melhoria da aptidão física geral e da saúde;

(ii) psicológicos: domínio do gesto que conduz a um aumento de autoconfiança, redução da ansiedade e melhoria da comunicação;

(iii) sociais: contribuição para o desenvolvimento da autonomia e da reintegração social, aos quais Guttmann (1977) acrescenta:

(iv) terapêuticos: utilizados como complemento da terapia física e

(v) recreativos: a grande vantagem do desporto sobre o exercício curativo, reside na sua vertente recreativa.

Para as pessoas que se movimentam em cadeira de rodas, além dos benefícios já mencionados, Ferreira (1998) acrescenta:

(vi) favorece a autonomia locomotora na cadeira de rodas;

(vii) aperfeiçoa a técnica de manejo da cadeira de rodas;

(viii) estimula as funções do tronco e dos membros superiores;

(ix) promove a iniciação e o aperfeiçoamento desportivo em cadeira de rodas.

Autores como Cumming et al. (1971) e Drowatzky (1973), citados por Silva (1991, p. 100), confirmam o facto do nível da capacidade física apresentado pela pessoa com deficiência ser inferior ao da pessoa sem deficiência, devido à falta de actividade física. Neste contexto, vários estudos realizados mostram as grandes vantagens que a prática regular de actividade física traz à pessoa com deficiência.

Num estudo sobre fortalecimento muscular, Hutzler, citado por Martin (1999, p. 185), concluiu que os atletas em cadeira de rodas têm uma maior independência funcional, derivada da sua maior proficiência em cadeira de

rodas, aumentando a sua confiança, auto-estima e percepções de aceitação social, como resultado da participação no desporto.

Outro estudo realizado pelo *Comité pour le Developpement du Sport*, em 1981, numa população com paraplegia de desportistas e não desportistas, permitiu concluir que a prática do desporto é favorável à manutenção de uma condição física e uma frequência cardíaca semelhantes às válidas para indivíduos sedentários sem deficiência (contrariamente os paraplégicos sedentários acusavam valores de condição física bastante mais baixos).

Como profissionais de Educação Física, patilhamos da ideia de Guttman (1977) que defende que o desporto pode converter-se numa força impulsionadora para que a pessoa com deficiência procure o restabelecimento e o contacto com o mundo que a rodeia e, por conseguinte, o reconhecimento como cidadão igual e respeitado. Para os jovens, e concordando com Ferreira (1993), o desporto é uma forma privilegiada de aceitação da relação com os outros, assim como de maximização das suas potencialidades. Quando adulto, é, fundamentalmente, ocupação de tempos livres e manutenção da condição física e bem estar. Ao nível da competição, poderá contribuir para a abertura de novas perspectivas/horizontes, bem como, tornar-se num excelente veículo de reconhecimento social.

Nesta perspectiva, o desporto não deve ser simplesmente um meio de competição, mas sim e principalmente "um meio óptimo para retirar a pessoa com deficiência da sua inactividade e fraca iniciativa, permitindo assim a sua melhor integração social" (Ferreira, 1993, p. 44).

Para finalizar, pensamos ser interessante apresentar o depoimento de uma atleta com paraplegia, no sentido de sabermos o que pensa da prática desportiva: "Antes de praticar atletismo, levava uma vida completamente sedentária. Aliás, foi através do desporto que descobri que também podia fazer outras coisas. Eu era uma pessoa muito dependente, tinha medo de andar sozinha pelas ruas, pois não tinha uma boa preparação física. Foi quando descobri um grupo de pessoas com deficiência que praticava desporto. No começo, fiquei com dúvidas se poderia participar nas actividades desportivas,

pois nunca tinha tentado algo assim tão diferente. Resolvi então entrar para esse grupo e logo me integrei e fiz grandes amizades. A partir daí, a minha vida mudou e ganhou um novo significado" (Roseny, 2002).

2.5. Actividades desportivas para deficientes

Silva (1991) refere que as actividades desportivas para deficientes podem ser divididas em cinco categorias:

(i) competição segregada (basquetebol em cadeira de rodas);

(ii) actividades não competitivas segregadas (dança em cadeira de rodas);

(iii) participação integrada/competição segregada (maratona);

(iv) competição integrada (regata); e

(v) actividades não competitivas integradas (ciclo-turismo).

Relativamente às actividades desportivas de competição, a autora acrescenta que estas podem ser classificadas em duas categorias:

(i) competição, única e exclusivamente, entre atletas com deficiência, com regras adaptadas (fase da actividade física adaptada)- onde cada atleta pode entregar-se à prática de desporto, procurando uma realização pessoal, confiança e melhoria das relações humanas e da própria vida;

(ii) integração do atleta com deficiência em equipas ditas "normais" (fase da integração) – numerosas actividades desportivas podem ser praticadas com atletas sem deficiência sem necessitarem de qualquer tipo de adaptação (e.g. judo com deficientes intelectuais ligeiros).

Neste enquadramento e mediante o facto do nosso estudo ser realizado com praticantes de Basquetebol em cadeira de rodas, procederemos, então, a uma abordagem mais aprofundada desta modalidade, enquanto actividade desportiva adaptada.

O Basquetebol em cadeira de rodas

De acordo com o referido anteriormente, podemos encontrar no desporto para pessoas com deficiência um conjunto muito alargado de provas desportivas comuns ao desporto em geral, adaptadas para esta população. A forma mais comum de adaptar uma modalidade é modificando-lhe as regras, contudo, "as modificações (...) deverão ser as estritamente necessárias à participação da pessoa com deficiência nesse desporto, que não deverá afastar-se muito da sua forma original" (Winnick e Short, 1985, p. 45).

No caso específico do Basquetebol em cadeira de rodas, a Federação Internacional de Basquetebol em Cadeira de Rodas (IWBF) fez algumas adaptações às regras da Federação Internacional de Basquetebol (FIBA), de forma a este poder ser jogado em cadeira de rodas. Estas adaptações incorporam considerações mecânicas para a locomoção da cadeira, necessárias para jogar sentado e não em pé. Por exemplo:

(i) a cadeira deverá ser dotada de certos requisitos (medidas), com o intuito de garantir a segurança e igualdade na competição;

(ii) no caso de "bola presa", é assegurado a cada uma das equipas a posse da bola alternadamente, ou seja, a direcção da próxima posse após a bola presa, será indicada por uma seta colocada na mesa do anotador ou no placar;

(iii) jogador é considerado fora de campo quando ele ou alguma parte da sua cadeira estiver em contacto com o solo sobre ou fora das linhas que delimitam o campo;

(iv) jogador só pode impulsionar as rodas duas vezes antes de driblar, passar ou lançar a bola. Se o jogador impulsionar as rodas três vezes, incluindo os movimentos de "*pivot*", será considerado violação de percurso;

(v) é assinalada uma falta técnica sempre que um jogador demostrar deliberadamente uma conduta anti-desportiva; quando um jogador se elevar do assento da cadeira; ou quando um jogador

> remover os pés do descanso de pés ou usar outra parte do corpo que não as mãos, para obter vantagens, tais como travar ou manobrar a cadeira.

Mas quando se trata de atletas com deficiência, torna-se importante referir que, as regras das modalidades por si só não são suficientes. Ou seja, nas competições desportivas organizadas para homens e mulheres com deficiência, para além das regras do jogo acrescenta-se um sistema de classificação complexo que tenta agrupar os atletas com deficiência por níveis de capacidade, pois "mais importante do que qualquer outro principio que governa o mundo do desporto para atletas com deficiência, é o da classificação das suas habilidades (...) para assegurar a igualdade na competição" (Varela, 1991, p. 60) e encorajar o *fair-play*.

No Basquetebol em cadeira de rodas e de acordo com o sistema de classificação dos Jogos Paralímpicos de Sydney 2000, para além do exame médico, o jogador é avaliado segundo o grau de capacidade funcional e/ou anatómica, por uma equipa pluridisciplinar de avaliação funcional desportiva, da qual devem fazer parte, o médico, o fisioterapeuta e o professor de educação física ou técnico desportivo. Ainda de acordo com o este sistema de classificação, o jogador tem que possuir a(s) deficiência(s) mínima(s) permitidas para praticar esta modalidade, assim como uma diminuição física permanente ao nível dos membros inferiores.

Neste enquadramento, a cada jogador é atribuída uma pontuação de acordo com a observação dos seus movimentos e habilidades (e.g., movimentação da cadeira, drible, passe, recepção, lançamento e ressalto). Estas classificações são de 1.0, 1.5, 2.0, 2.5, 3.0, 3.5, 4.0 e 4.5, onde quanto maior for a classificação, menor é a gravidade da lesão. Por exemplo, o ponto 1.0 classifica os jogadores que apresentam uma lesão grave, que pode comprometer o seu equilíbrio e membros superiores, enquanto que o ponto 4.5 poderá classificar, um atleta que apresenta uma amputação do membro inferior abaixo do joelho. Cada jogador assume um valor igual à sua classificação. A soma dos pontos dos cinco jogadores em campo, constituirá o total de pontos

da equipa. Para campeonatos nacionais e internacionais, competições Paralímpicas e qualificações para estes eventos, o valor total de pontos da equipa não pode exceder 14. O cinco inicial do jogo deverá manter o seu número de pontos mesmo com as substituições subsequentes de jogadores, ou seja 14 pontos no total. Para cada jogador é emitida uma ficha, de apresentação obrigatória nos jogos, na qual constam: classificação, adaptações para a posição do jogador na cadeira, uso de cintas, aparelhos protéticos e ortopédicos.

A terminar transcrevemos a afirmação de um jogador, relativa ao Basquetebol em cadeira de rodas, onde confirma a grande importância desta modalidade na sua qualidade de vida: "No Basquetebol percebi que com as minhas pernas, que nunca me deixaram andar, agora posso voar. No Basquetebol em cadeira de rodas nenhuma equipa é derrotada. Todas vencem o jogo da vida" (Luiz, 2002).

Seguidamente, iremos apresentar alguns estudos realizados em populações com e sem deficiência, os quais poderão, de alguma forma, contribuir para a formulação de hipóteses desta investigação e que consideramos mais importantes para o enquadramento do objectivo principal deste estudo.

3. Estudos realizados

Na área do desporto adaptado, Campbell e Jones (1997) realizaram um estudo sobre os estados de ansiedade pré-competitiva, com o objectivo de avaliar o padrão temporal dos estados de ansiedade (cognitiva e somática) e de autoconfiança em praticantes de desportos em cadeira de rodas.

O estudo envolveu um total de 103 indivíduos (87 homens e 16 mulheres) com deficiência (69 com deficiência adquirida e 34 com deficiência congénita), cujas idades variam entre os 19 e os 46 anos (M= 31,01; DP = 7,54) e decorreu em competições de âmbito nacional, numa variedade de desportos (atletismo, ténis, basquetebol). No sentido de atingir os objectivos propostos, os autores procederam à aplicação do inventário CSAI-2, em três momentos distintos que precedem a competição ("1 semana antes", "2 horas antes" e "30 minutos antes").

Os resultados obtidos na investigação permitiram deduzir que, à medida que se aproxima a competição, os desportistas em cadeira de rodas apresentam o seguinte padrão temporal: a ansiedade cognitiva aumenta até ao dia da competição, mantendo-se depois estável; a ansiedade somática aumenta progressivamente; a autoconfiança aumenta até ao dia da competição e depois diminui (conforme Quadro 1).

Quadro 1 - Padrão Temporal de ansiedade e autoconfiança pré-competitiva de praticantes em cadeira de rodas (adaptado de Campbelll e Jones, 1997, p.101)

Variáveis	Tempo antes da Competição						df	F
	1 semana		2 horas		30 minutos			
	M	DP	M	DP	M	DP		
Ansiedade Cognitiva	19,18	5,27	20,68	5,83	21,65	6,89	2,204	13,47*
Ansiedade Somática	13,64	4,46	17,59	5,12	27,72	13,0	2,204	99,17*
Autoconfiança	24,81	5,58	26,85	8,70	23,33	6,75	2,204	12,61*

* $p \leq 0,01$ M - média DP – desvio padrão

Os autores sugerem ainda que os desportistas em cadeira de rodas apresentam um padrão temporal similar ao dos desportistas sem deficiência. Contudo, os resultados obtidos não confirmam os pressupostos da teoria multidimensional da ansiedade competitiva (Martens et al., 1990) que defende que, à medida que se aproxima a competição, a ansiedade cognitiva e a autoconfiança permanecem relativamente estáveis, enquanto que a ansiedade somática, depois de um estádio inicial estável, aumenta muito rapidamente perto do início do evento.

Paralelamente, sabendo que "os estados de ansiedade e de autoconfiança variam em função das diferenças individuais (idade, sexo, anos de prática, nível competitivo" (Martens et al., 1990, p. 149), os autores avaliaram o padrão temporal dos estados de ansiedade (cognitiva e somática) e de autoconfiança em função do nível competitivo (nacional ou internacional) dos praticantes

Do total dos 103 praticantes, 39 eram atletas de "elite" (i.e., de nível competitivo internacional) porque participavam em competições internacionais e 64 atletas de "não-elite" (i.e., de nível competitivo nacional) pois só competiam a nível nacional.

Os resultados obtidos permitiram afirmar que os atletas de "elite" e os de "não elite" apresentavam um padrão temporal do estado de ansiedade somática e de autoconfiança semelhantes. Ou seja, à medida que se aproxima a competição, a ansiedade somática e a autoconfiança permanecem relativamente estáveis, não se verificando diferenças significativas entre os níveis registados nos três momentos de avaliação ("1 semana antes", "2 horas antes", "30 minutos antes" da competição).

Contudo, o padrão temporal do estado de ansiedade cognitiva já se diferencia em função do nível competitivo. Nos atletas de "elite", a ansiedade cognitiva permanece relativamente estável, à medida que se aproxima a competição, enquanto que, nos atletas de "não elite", aumenta "2 horas antes" da competição mantendo-se depois estável (conforme Quadro 2).

Quadro 2 - Padrão Temporal de ansiedade e autoconfiança pré-competitiva de praticantes de "elite" e "não-elite" em cadeira de rodas (adaptado de Campbelll e Jones, 1997, p.101)

Variáveis	Tempo antes da Competição						df	F
	1 semana		2 horas		30 minutos			
	Elite	Não elite	Elite	Não elite	Elite	Não elite		
	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)		
Ans. Cognitiva	19,39 (4,84)	19,05 (5,56)	19,36 (5,55)	21,48 (5,90)	20,36 (6,49)	22,44 (7,05)	2,202	4,17
Ans. Somática	13,46 (3,76)	13,75 (4,87)	17,69 (5,79)	17,53 (4,71)	27,26 (10,76)	28,0 (14,27)	2,202	0,09
Autoconfiança	25,80 (5,35)	24,20 (5,67)	28,97 (8,40)	25,56 (8,68)	24,95 (5,69)	22,34 (7,18)	2,202	0,79

M - média DP – desvio padrão

Os autores verificaram que, no caso da ansiedade somática, os resultados obtidos no estudo confirmam, parcialmente, os pressupostos da teoria multidimensional da ansiedade (Martens et al., 1990). Relativamente à ansiedade cognitiva, apenas nos atletas de "elite" estão de acordo. Quanto à autoconfiança, os resultados obtidos confirmam as previsões da teoria multidimensional da ansiedade.

O estudo do padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança, também suscitou o interesse de outros autores, que estudaram outras variáveis individuais. Assim, Jones et al. (1991) realizaram um estudo onde avaliaram o padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança em função do sexo dos praticantes (sem deficiência).

Numa amostra de 56 atletas, 28 do sexo masculino (média de idades = 21,04, DP = 1,67) e 28 do sexo feminino (média de idades = 20,64, DP = 1,28), praticantes de hóquei, rugby e *netball*, os autores procederam à aplicação do inventário CSAI-2, em competições universitárias de âmbito nacional, em cinco momentos distintos antes da competição ("1 semana antes", "2 dias antes", "1 dia antes", "2 horas antes" e "30 minutos antes").

Os resultados obtidos mostram que, à medida que se aproxima a competição, nos homens, a ansiedade cognitiva permanece relativamente estável. Nas mulheres, "1 dia antes" da competição, aumenta progressivamente. Na ansiedade somática, homens e mulheres registam um padrão temporal semelhante, permanecendo relativamente estável aumentando, contudo, no dia da competição. Relativamente à autoconfiança, apresentam um padrão temporal semelhante, registando-se uma diminuição dos níveis de autoconfiança, sendo mais acentuada nas mulheres.

Para além das diferenças individuais, também os factores situacionais (como por exemplo, o tipo de desporto) parecem influenciar os estados de ansiedade e de autoconfiança (Martens et al., 1990). Swain e Jones (1993) realizaram um estudo com objectivos semelhante ao de Jones et al. (1991). No entanto, os autores apenas incluíram praticantes de desportos individuais (corredores de pista e estrada). Num total de 49 atletas, 27 homens e 22 mulheres, os autores aplicaram inventário CSAI-2 em quatro momentos distintos antes da competição ("2 dias antes", "1 dia antes", "2 horas antes" e "30 minutos antes").

Os resultados obtidos permitem verificar que, em ambos os sexos, à medida que se aproxima a competição, a ansiedade cognitiva mantém-se estável, aumentando, apenas, "30 minutos antes" da competição. Contudo, a ansiedade somática aumenta progressivamente, com as mulheres a registarem níveis significativamente superiores aos dos homens. A autoconfiança mantém-se estável. (sem diferenças estatisticamente significativas entre os sexos)

Já em 1991, Jones e Swain, haviam realizado um estudo com o objectivo de confirmar o papel do género[2] na diferenciação dos estados de ansiedade e de autoconfiança pré-competitiva. Numa amostra de 37 mulheres e 60 homens, aplicaram o inventário CSAI-2 em cinco momentos distintos antes da competição ("1 semana antes", "2 dias antes", "1 dia antes", "2 horas antes" e "30 minutos antes").

[2] estabelecido de acordo com o "inventário do papel do sexo de Bem", onde os indivíduos são classificados ou como papéis confirmados masculinos ou femininos.

Os resultados obtidos revelam que, à medida que se aproxima a competição, na ansiedade cognitiva, é o género "masculino feminino" (no sexo masculino) e o género "feminino feminino" (no sexo feminino) que registam os níveis mais elevados e que, na globalidade, é o género "feminino masculino" que apresenta os níveis mais baixos. Quanto à ansiedade somática, são os géneros "masculino masculino" e "feminino feminino" que registam os níveis mais baixos. Na autoconfiança, no sexo masculino, é o género "masculino masculino" que regista os níveis superiores. No sexo feminino, são se registam diferenças entre os dois géneros.

Como apreciação global das investigações a que tivemos acesso e que acabámos de apresentar, podemos afirmar que os estudos que avaliam a ansiedade ao longo do tempo fornecem uma visão mais correcta da relação ansiedade-rendimento do que as medidas isoladas da ansiedade. Por outro lado, face ao número reduzido de investigações com atletas com deficiência, no tema em estudo e concordando com Campbell e Jones (1997, p. 95), gostaríamos de salientar que "existe a necessidade de continuar a desenvolver estudos incluindo a população com deficiência, uma vez que tais estudos podem ajudar-nos a interpretar as teorias correntes e também a aumentar o conhecimento sobre a deficiência".

CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO

1. Objectivos, Hipóteses e Variáveis do estudo empírico

1.1. Objectivos

Este estudo tem como objectivo principal conhecer o padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança de jogadores da divisão A de basquetebol em cadeira de rodas, antes de uma competição importante. Ou seja, conhecer como variam os estados de ansiedade e de autoconfiança "2 dias antes", "1 hora antes" e "30 minutos antes" de uma competição importante.

Tem como objectivos secundários analisar o padrão temporal dos estados de ansiedade (cognitiva e somática)e de autoconfiança, em função:

(i) da idade dos jogadores;

(ii) do tipo de deficiência dos jogadores;

(iii) no caso da deficiência adquirida, do "tempo de aquisição" da deficiência, ou seja, de há quanto tempo é uma pessoa com deficiência;

(iv) do tempo de prática de basquetebol;

(v) do número de treinos por semana;

(vi) do nível competitivo dos jogadores.

1.2. Hipóteses

Com base na literatura consultada na área da Psicologia aplicada ao Desporto Adaptado (no domínio da ansiedade pré-competitiva e a sua relação com o rendimento desportivo) e nos resultados de alguns estudos no desporto em geral, a que tivemos acesso, iremos formular um conjunto de hipóteses de trabalho para este estudo.

Padrão Temporal Global

Os estudos revistos sobre o padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança pré-competitiva, apoiam os pressupostos da Teoria Multidimensional da Ansiedade competitiva (Martens et al., 1983,1990). mostrando que, à medida que se aproxima a competição, a ansiedade cognitiva e a autoconfiança permanecem relativamente estáveis antes do início da competição, enquanto que a ansiedade somática, depois de um estádio estável, aumenta muito rapidamente perto do início do evento (Parfitt e Hardy, 1987; Burton, 1988; Jones e Cale, 1989; Martens et al., 1983,1990).

Na área do desporto adaptado, o estudo de Campbell e Jones (1997) permitiu, globalmente, observar que, à medida que se aproxima a competição, a ansiedade cognitiva aumenta até ao dia da competição, e no dia da competição mantém-se estável; a ansiedade somática aumenta progressivamente; a autoconfiança aumenta até ao dia da competição e no dia da competição diminui. Com base nestes resultados, formulamos as seguintes hipóteses:

Os estados de ansiedade (cognitiva e somática) e de autoconfiança pré-competitiva apresentam diferentes padrões temporais (H 1):

O estado de ansiedade cognitiva aumenta à medida que se aproxima a competição e no dia da competição mantém-se estável (H 1a);

O estado de ansiedade somática aumenta à medida que se aproxima a competição e no dia da competição continua a aumentar (H 1b);

O estado de autoconfiança aumenta à medida que se aproxima a competição e no dia da competição diminui (H 1c).

Idade

Na literatura revista não encontrámos nenhum estudo que avaliasse o padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança em função da idade dos atletas. Como tal, não possuímos qualquer tipo de resultados onde possamos fundamentar as nossas hipóteses. Contudo, partindo do princípio de que se os estados de ansiedade e de autoconfiança pré-competitiva variam em função da idade dos atletas (Maehr e Braskamp, 1986; Okwumabua et al., 1987; Martens et al., 1990; Hammermiester e Burton, 1995), então é provável que o padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança também seja diferente, em função da idade. Assim, formulamos as hipóteses seguintes:

O padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança diferencia-se em função da idade dos jogadores (H2):

O padrão temporal do estado de ansiedade cognitiva diferencia-se em função da idade dos jogadores (H2a);

O padrão temporal do estado de ansiedade somática diferencia-se em função da idade dos jogadores (H2b);

O padrão temporal do estado de autoconfiança diferencia-se em função da idade dos jogadores (H2c);

Apesar de não haver conclusões coerentes, a maior parte da investigação sobre os estados de ansiedade e de autoconfiança, no período que antecede a competição, sugerem que os atletas mais velhos apresentam níveis

significativamente mais baixos de ansiedade cognitiva e de autoconfiança, quando comparados com os mais novos. Contudo, em relação à ansiedade somática não se registam diferenças (Maehr e Braskamp, 1986; Okwumabua e col., 1987; Martens e col., 1990; Hammermiester e Burton, 1995). Baseados nestes estudos, formulamos ainda as seguintes hipóteses:

Os jogadores mais velhos apresentam níveis de ansiedade cognitiva inferiores, quando comparados com os mais novos, à medida que se aproxima a competição (H2d);

Entre os jogadores mais velhos e os mais novos não se registam diferenças em relação aos níveis de ansiedade somática , à medida que se aproxima a competição (H 2e);

Os jogadores mais velhos apresentam níveis de autoconfiança inferiores, quando comparados com os mais novos, à medida que se aproxima a competição (H2f);

Tipo de deficiência

Na bibliografia revista também não encontrámos nenhum estudo que avaliasse o padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança em função do "tipo de deficiência" dos atletas. No entanto, de acordo com Sherrill, citado por Pensgaard e Sorensen (2002, p.53), "a idade de ocorrência da deficiência é uma variável importante que afecta as experiências de vida subsequentes". Segundo este autor, a criança que nasce com deficiência é influenciada pelos acontecimentos de uma forma diferente daqueles cuja deficiência foi adquirida mais tarde, devido a acidente, guerra ou doença. Sherrill admite que, a dor e o desapontamento dos pais que lidam com a deficiência à nascença são muitas vezes transmitidos à criança, influenciando o seu autoconceito e o desenvolvimento da sua personalidade.

Ainda segundo Sherrill (1998, p. 53), "o facto destas crianças geralmente não se socializarem com o desporto faz com que a deficiência adquirida seja mais associada ao sucesso desportivo", visto muitas pessoas com deficiência adquirida já, antes, terem praticado desporto.

O mesmo autor, após uma revisão global da literatura nesta área, concluiu que os atletas com deficiência adquirida têm, geralmente, uma auto-estima mais elevada e um traço de ansiedade mais reduzido do que os atletas com deficiência congénita.

Com base na literatura revista, partimos do princípio de que se "a deficiência adquirida é mais associada ao sucesso desportivo" (Sherrill, 1998, p. 53) e se os atletas bem sucedidos se diferenciarem dos restantes pelo facto de serem mais autoconfiantes e experimentarem menores níveis de ansiedade em competição (Cruz, 1994), então os atletas com deficiência adquirida apresentam níveis mais baixos de ansiedade cognitiva e somática e níveis mais altos de autoconfiança do que os atletas com deficiência congénita. Da mesma forma, que o padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança é diferente em função do "tipo de deficiência" dos jogadores, pelo que formulamos as hipóteses:

O padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança diferencia-se em função do "tipo de deficiência" dos jogadores (H3):

O padrão temporal do estado de ansiedade cognitiva diferencia-se em função do "tipo de deficiência" dos jogadores (H3a);

O padrão temporal do estado de ansiedade somática diferencia-se em função do "tipo de deficiência" dos jogadores (H3b);

O padrão temporal do estado de autoconfiança diferencia-se em função do "tipo de deficiência" dos jogadores (H3c);

Os jogadores com deficiência congénita apresentam níveis de ansiedade cognitiva superiores, quando comparados com os jogadores com deficiência adquirida, à medida que se aproxima a competição (H 3d);

Os jogadores com deficiência congénita apresentam níveis de ansiedade somática superiores, quando comparados com os jogadores com deficiência adquirida, à medida que se aproxima a competição (H 3e);

Os jogadores com deficiência congénita apresentam níveis de autoconfiança inferiores, quando comparados com os jogadores com deficiência adquirida, à medida que se aproxima a competição (H 3f).

Tempo de aquisição da deficiência

Tal como aconteceu nas hipóteses formuladas anteriormente, também não encontrámos nenhum estudo que avaliasse o padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança em função da variável "tempo de aquisição da deficiência", ou seja, em função de há quanto tempo os jogadores são pessoas com deficiência. Contudo, a literatura revista na área da deficiência diz-nos que, num caso de deficiência adquirida, a pessoa geralmente parte de uma reacção defensiva até ao reconhecimento e adaptação à deficiência e que a "´força` ganha neste processo de adaptação se generaliza para outras áreas da vida, aumentando o leque interno de controlo e autoconfiança" (Sherrill, 1997, p. 272).

Assim, com base na bibliografia consultada, partimos do princípio de que uma pessoa com deficiência há mais tempo esteja mais adaptada à sua nova condição e, assim, se apresente mais autoconfiante e menos ansiosa, relativamente a uma pessoa com deficiência há menos tempo. Por outro lado, que o padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança se diferencia em função de há quanto tempo os jogadores adquiriram a deficiência. Formulamos, então, as hipóteses:

O padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança diferencia-se em função do "tempo de aquisição" da deficiência (H4):

O padrão temporal do estado de ansiedade cognitiva diferencia-se em função do "tempo de aquisição" da deficiência (H4a);

O padrão temporal do estado de ansiedade somática diferencia-se em função do "tempo de aquisição" da deficiência (H4b);

O padrão temporal do estado de autoconfiança diferencia-se em função do "tempo de aquisição" da deficiência (H4c);

Os jogadores com deficiência há mais tempo apresentam níveis de ansiedade cognitiva inferiores, quando comparados com os jogadores com deficiência há menos tempo, à medida que se aproxima a competição (H 4d).

Os jogadores com deficiência há mais tempo apresentam níveis de ansiedade somática inferiores, quando comparados com os jogadores com deficiência há menos tempo, à medida que se aproxima a competição (H 4e).

Os jogadores com deficiência há mais tempo apresentam níveis de autoconfiança superiores, quando comparados com os jogadores com deficiência há menos tempo, à medida que se aproxima a competição (H 4f).

Tempo de prática

Também não encontrámos nenhum estudo que avaliasse o padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança em função do tempo de prática dos atletas. Contudo, partindo do princípio de que se os estados de ansiedade e de autoconfiança pré-competitiva variam em função do tempo de prática dos atletas (Martens et al., 1990; Gould et al., 1984), então é provável que o padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança também seja diferente. Assim, formulamos as seguintes hipóteses:

O padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança diferencia-se em função do tempo de prática dos jogadores (H5):

O padrão temporal do estado de ansiedade cognitiva diferencia-se em função do tempo de prática dos jogadores (H5a);

O padrão temporal do estado de ansiedade somática diferencia-se em função do tempo de prática dos jogadores (H5b);

O padrão temporal do estado de autoconfiança diferencia-se em função do tempo de prática dos jogadores (H5c).

Os vários estudos revistos por Martens et al. (1990) e Gould et al. (1984), sobre os estados de ansiedade e autoconfiança pré-competitiva, mostram que existe uma relação negativa entre os anos de prática desportiva e a ansiedade cognitiva. Ou seja, que os atletas com mais tempo de prática registam níveis de ansiedade cognitiva significativamente inferiores aos dos atletas com menos tempo de prática. Por outro lado, no que diz respeito à ansiedade somática e à autoconfiança, os estudo sugerem que os atletas com mais tempo de prática apresentam níveis de ansiedade somática significativamente inferiores e níveis de autoconfiança superiores. Com base nestes resultados, formulamos também as hipóteses.

Os jogadores que praticam basquetebol há mais tempo apresentam níveis de ansiedade cognitiva inferiores, quando comparados com os que praticam há menos tempo, à medida que se aproxima a competição (H5d);

Os jogadores que praticam basquetebol há mais tempo apresentam níveis de ansiedade somática inferiores, quando comparados com os que praticam há menos tempo, à medida que se aproxima a competição (H5e);

Os jogadores que praticam basquetebol há mais tempo apresentam níveis de autoconfiança mais elevados, quando comparados com os que praticam há menos tempo, à medida que se aproxima a competição (H 5f).

Número de treinos por semana

Na literatura revista, também não encontrámos nenhum estudo que avaliasse o padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança em função do número de vezes que os atletas treinam por semana. No entanto, considerando que o treino é um processo pedagogicamente estruturado, de condução do aperfeiçoamento desportivo, orientado para a aquisição de um nível de prontidão para obter bons resultados desportivos e para a constante elevação das capacidades físicas, psíquicas, técnicas e tácticas, então o treino desportivo constitui a principal forma de preparação do atleta (Matvéiev, 1991) e, "quanto mais elevado o nível de treino, maior será a eficácia e plenitude com que o desportista realizará a sua actividade" (Matvéiev, 1990, p. 14).

Assim, com base na bibliografia consultada, partimos do princípio de que um atleta que treina mais vezes por semana possui melhor preparação física, psíquica, técnica e táctica, sentindo-se mais autoconfiante e menos ansioso em relação à sua prestação em competição, quando comparado com um que treina menos vezes. Por outro lado, que o padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança se diferencia em função do número de treinos por semana. Por isso, formulamos as hipóteses:

O padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança diferencia-se em função do número de treinos por semana (H6):

O padrão temporal do estado de ansiedade cognitiva diferencia-se em função do número de treinos por semana (H6a);

O padrão temporal do estado de ansiedade somática diferencia-se em função do número de treinos por semana (H6b);

O padrão temporal do estado de autoconfiança diferencia-se em função do número de treinos por semana (H6c).

Os jogadores que treinam mais vezes por semana apresentam níveis de ansiedade cognitiva inferiores, quando comparados com os que treinam menos vezes, à medida que se aproxima a competição (H 6d);

Os jogadores que treinam mais vezes por semana apresentam níveis de ansiedade somática inferiores, quando comparados com os que treinam menos vezes, à medida que se aproxima a competição (H 6e);

Os jogadores que treinam mais vezes por semana apresentam níveis de autoconfiança superiores, quando comparados com os que treinam menos vezes, à medida que se aproxima a competição (H 6f).

Nível competitivo

Na área do desporto adaptado, Campbell e Jones (1997) avaliaram o padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança pré-competitiva em praticantes de desportos em cadeira de rodas, em função do seu nível competitivo (nacional ou internacional). Os resultados obtidos permitiram verificar que os atletas de nível internacional e os de nível nacional apresentavam um padrão temporal do estado de ansiedade somática e de autoconfiança semelhantes. Ou seja, para os dois níveis competitivos, à medida que se aproxima a competição, a ansiedade somática e a autoconfiança permanecem relativamente estáveis. Contudo, o padrão temporal do estado de ansiedade cognitiva já se diferencia em função do nível competitivo. Nos atletas de nível internacional, à medida que se aproxima a competição, a ansiedade cognitiva permanece relativamente estável. Enquanto que nos atletas de nível nacional, a ansiedade cognitiva aumenta e no dia da competição mantém-se estável. Com base nestes resultados, formulamos, então, as hipóteses:

Nos jogadores de nível competitivo internacional, à medida que se aproxima a competição, a ansiedade cognitiva mantém-se estável (H7a);

Nos jogadores de nível competitivo internacional, à medida que se aproxima a competição, a ansiedade somática mantém-se estável (H7b);

Nos jogadores de nível competitivo internacional, à medida que se aproxima a competição, a autoconfiança mantém-se estável (H7c);

Nos jogadores de nível competitivo nacional, à medida que se aproxima a competição, a ansiedade cognitiva aumenta e no dia da competição mantém-se estável (H7d);

Nos jogadores de nível competitivo nacional, à medida que se aproxima a competição, a ansiedade somática mantém-se estável (H7e);

Nos jogadores de nível competitivo nacional, à medida que se aproxima a competição, a autoconfiança mantém-se estável (H7f);

Alguns estudos revistos permitem, globalmente, deduzir que os atletas de nível competitivo internacional (atletas de elite) se diferenciam dos restantes atletas pela sua maior autoconfiança e por experimentarem menores níveis de ansiedade competitiva (Martens et al., 1990; Cruz, 1994). No entanto, existem outros estudos que não registam diferenças entre os atletas de nível competitivo internacional e os de nível nacional (Jones e Swain, 1995).

Na área do desporto adaptado, autores como Campbell e Jones (1995, p. 205) referem que "o nível competitivo é um factor importante a ter em consideração nos estudos com atletas com deficiência". Neste contexto, os estudos revistos permitem, globalmente, afirmar que os atletas de nível internacional se diferenciam, pois são mais capazes de controlar os seus pensamentos, mantendo níveis mais elevados de autoconfiança e, por outro lado, que são menos ansiosos que os atletas de nível nacional (Campbell e Jones, 1995; Krane e Williams, 1987; White e Croce, 1990). Baseados nestes estudos, formulamos também as seguintes hipóteses:

Os jogadores de nível internacional apresentam níveis de ansiedade cognitiva inferiores, quando comparados com os jogadores de nível nacional, à medida que se aproxima a competição (H 7g);

Os jogadores de nível internacional apresentam níveis de ansiedade somática inferiores, quando comparados com os jogadores de nível nacional, à medida que se aproxima a competição (H 7h);

Os jogadores de nível internacional apresentam níveis de autoconfiança superiores, quando comparados com os jogadores de nível nacional, à medida que se aproxima a competição (H 7i).

1.3. Variáveis de estudo

Variáveis dependentes

As variáveis dependentes consideradas neste estudo são a ansiedade cognitiva, a ansiedade somática e a autoconfiança.

A ansiedade cognitiva corresponde às expectativas negativas sobre o rendimento esperado (Martens et al., 1990), devendo ser encarada como o indicador da percepção que o indivíduo tem da situação (neste caso particular, a competição).

A autoconfiança deverá ser vista como a inexistência de ansiedade cognitiva, melhor dizendo, "a ansiedade cognitiva e a autoconfiança representam os fins opostos de uma avaliação cognitiva (...) sendo a ansiedade cognitiva a falta de autoconfiança" (Martens et al., 1983, p.38).

A ansiedade somática corresponde ao conjunto das modificações fisiológicas do indivíduo (neste caso o jogador), de onde se destacam as sensações de aperto no estômago, sudação das palmas das mãos e aumento da frequência cardíaca.

Variáveis independentes

As variáveis independentes são o sexo, a idade, o tipo de deficiência, o tempo de aquisição da deficiência, o tempo de prática, o número de treinos por semana e o nível competitivo, categorizadas da seguinte forma:

- sexo: relativamente ao sexo subdividimos em 2 grupos: masculino e feminino.

Contudo, a variável "sexo" não foi estudada pelo facto de, no total dos 40 jogadores da amostra, apenas haver 2 mulheres. Daí não considerarmos correcto estabelecer qualquer tipo de comparação com o sexo oposto (N=38), acrescido pelo facto de ambas as jogadoras apresentarem valores médios para cada uma das variáveis (ansiedade cognitiva, ansiedade somática e

autoconfiança) que não se enquadram nos valores médios encontrados na globalidade da amostra.

- idade: atendendo ao leque de dispersão de idades, optámos por criar 3 classes para esta variável. A amplitude das classes foi estabelecida por forma a que "em relação ao ponto médio, os valores englobados se disponham, tanto quanto possível, simetricamente"(Cunha e Ramos, 1985, p. 42). Tendo como referência a idade dos jogadores a 31 de Maio de 2002 (mês em que terminaram as competições), fizemos a distribuição dos mesmos atendendo à especificidade da idade. Assim, foram criadas as seguintes classes:

variável	classes
idade	≤ 29 anos
	30 a 39 anos
	≥ 40 anos

- tipo de deficiência: estabelecemos 2 categorias para esta variável, tendo como referência o momento da aquisição da deficiência por estágios de vida, ou seja, deficiência congénita, quando o jogador já nasceu com deficiência e deficiência adquirida, quando a adquiriu *à posteriori* (Sherrill, 1997);

- tempo de aquisição da deficiência: no caso da deficiência adquirida e atendendo ao leque de dispersão de respostas relativamente "há quantos anos é uma pessoa com deficiência", optámos por criar 3 classes para esta variável. A amplitude das classes foi estabelecida de acordo com os critérios adoptado para a variável "idade". Assim, foram criadas as seguintes classes:

variável	classes
Tempo de aquisição da deficiência	≤ 6 anos
	7 a 29 anos
	≥ 30 anos

- tempo de prática: com base na dispersão de anos de prática desportiva federada de basquetebol, optámos por criar três classes para esta variável. A amplitude das classes foi igualmente estabelecida atendendo aos critérios adoptados para a variável "idade". Desta forma, foram criadas as seguintes classes:

variável	classes
tempo de prática	≤ 7 anos
	8 a 15 anos
	≥ 16 anos

- número de treinos por semana: de acordo com as respostas dos jogadores, criámos três classes para esta variável:

variável	classes
número de treinos por semana	1 treino
	2 treinos
	3 treinos

- nível competitivo: no que diz respeito ao nível competitivo dos jogadores, estabelecemos duas categorias para esta variável: nível competitivo internacional, para quem já representou a selecção nacional em campeonatos internacionais e nível competitivo nacional, para quem nunca fez parte dela.

Definidos os objectivos, formuladas as hipóteses e indicadas as variáveis dependentes e independentes para esta investigação, iremos definir a população em estudo e os critérios utilizados para a selecção da amostra. Da mesma forma, caracterizaremos o instrumento utilizado e os procedimentos de aplicação e estatísticos.

2. Metodologia

2.1. População e critérios de selecção da amostra

Optámos por inquirir as equipas do campeonato nacional de basquetebol em cadeira de rodas da divisão A, pois são equipas com objectivos bem definidos, que lutam pelo título de campeões nacionais, assim como pela permanência na divisão. Decidimos por não incluir as equipas que disputam o campeonato nacional da divisão B porque, em entrevista com a vice-presidente da ANDDEMOT, Dr.ª Regina Mirandela da Costa, foi-nos comunicado que o quadro competitivo nesta divisão é caracterizado por uma forte componente recreativa e não competitiva.

A nossa escolha recaiu então nas equipas de basquetebol que representam as seguintes associações: Associação Portuguesa de deficientes (APD) Lisboa, APD Sintra / TV cabo, APD Leiria, APD Braga e Associação de Deficientes motores (ADM) Barcelos. Em nenhuma das associações existem jogadores profissionais, assim como estrangeiros.

De acordo com os critérios anteriormente referidos, numa população de 42 jogadores, a nossa amostra será constituída pelos 40 jogadores que na presente época competiram na 2ª volta do campeonato nacional de basquetebol em cadeira de rodas na divisão A. Exceptua-se a participação de 2 jogadores por motivos de lesão e doença prolongada.

2.2. Instrumento

O instrumento utilizado compreende duas partes:

- um questionário, expressamente elaborado para este estudo, com o objectivo de recolher informação para categorização das variáveis independentes (para ser respondido no final do treino) (v. Anexo,p. iii);

- um inventário, o *Competitive State Anxiety Iventory-2* (CSAI-2), desenvolvido e publicado por Martens et al. (1990), testado e validado para a população portuguesa por Serpa e Santos (FMH,1995), com a finalidade de avaliar o estado de ansiedade pré-competitiva (para ser respondido nos 3 momentos de avaliação: "2 dias antes", "1 hora antes" e "30 minutos antes" da competição). (v. Cap. I, pp. 28-30, V. Anexo p.iii)

Mediante a possibilidade de se encontrar grande heterogeneidade nas características da população em estudo, tivemos o cuidado de utilizar uma linguagem acessível e de fácil compreensão.

No sentido de verificar a adequação do instrumento, procedemos à realização de um pré-teste com uma equipa da divisão B (APD Porto), em Novembro, no final de um treino. Este revelou-se extraordinariamente eficaz, como familiarização aos problemas com que nos viríamos a debater (por exemplo, a necessidade de providenciar uma base de apoio rígida, para os jogadores colocarem sobre as pernas e conseguirem responder aos questionários). Os questionários foram aplicados pessoalmente por nós, onde solicitámos aos jogadores que, sempre que não entendessem alguma questão, expusessem as suas dúvidas.

Na sequência do pré-teste modificámos algumas perguntas do questionário, no sentido de facilitar futuramente a compreensão do instrumento. Essas alterações prenderam-se fundamentalmente com questões de ordem estrutural e de interpretação, tendo sido alterados alguns termos para o tornar mais acessível e possibilitar uma melhor compreensão por parte dos jogadores. Assim, por exemplo, optámos pela questão "é uma pessoa com deficiência desde que nasceu?" em vez de "indique o seu tipo de deficiência: congénita ou adquirida".

2.3. Procedimentos

2.3.1. Procedimentos de aplicação

No mês de Outubro foi requerida autorização à ANDDEMOT, via fax, para a realização do estudo com os jogadores das equipas de basquetebol em cadeira de rodas. Após resposta afirmativa e no sentido de termos conhecimento antecipadamente do número de jogadores inscritos na presente época, assim como do calendário dos jogos e de adquirir o contacto de todas as equipas, foi marcada uma entrevista com a vice-presidente deste órgão.

Posteriormente, contactámos telefonicamente a associação da divisão B (APD Porto), para aplicação do pré-teste e, simultaneamente, as associações do quadro competitivo nacional da divisão A, no sentido de solicitar autorização para a aplicação do instrumento de avaliação (questionário e inventário). Uma vez autorizados, os pedidos foram posteriormente formalizados através de um documento escrito dirigido aos Presidentes das respectivas Associações (v.Anexo p. ii).

A aplicação do instrumento decorreu durante os jogos da 2ªvolta do campeonato nacional da divisão A, de Março a Maio, onde estava em "jogo" a discussão do título de campeão nacional e, para duas das equipas, a descida de divisão.

Tivemos o cuidado de utilizar os mesmos procedimentos com todas as equipas. Ou seja, "2 dias antes" da competição, deslocámo-nos pessoalmente ao local de treino, em data e hora previamente acordada com o treinador. No final do treino, após uma breve apresentação, explicação dos objectivos do estudo e cumprindo as normas de aplicação do inventário CSAI-2 (Martens et al., 1990), procedemos à aplicação do instrumento.

Foi pedido aos jogadores que pensassem na competição que iriam ter e que respondessem de acordo com a forma como se sentiam nesse preciso momento. Foi também pedido para começarem a responder só após a leitura das instruções e esclarecimento de alguma dúvida. Igualmente foram alertados

para responderem a todos os itens do inventário. Da mesma forma, foi garantido aos inquiridos que em caso algum os resultados seriam conhecidos individualmente, assegurando a confidencialidade e explicando que este trabalho procura apenas respostas de carácter global.

Após a recolha do instrumento, conversámos com o treinador e respectivos jogadores, no sentido de os responsabilizar em cumprir os horários estipulados para a aplicação do inventário CSAI-2 no dia do jogo. Todos se prontificaram em colaborar.

No dia da competição os jogadores foram pontuais e a aplicação do inventário decorreu como previsto: "1 hora antes" da competição (antes de entrarem para os balneários e depois de terem preparado as cadeiras de rodas); "30 minutos antes" da competição (já em campo, antes de iniciarem o aquecimento).

Todo este processo, como se pode verificar, foi trabalhoso, pelo facto de ser necessário cumprir horários e de nos deslocarmos pessoalmente de norte a sul do País.

Os três momentos de aplicação do inventário CSAI-2, foram seleccionados com base nos estudos de Campbell e Jones (1995, 1997), onde os autores avaliaram os estados de ansiedade e de autoconfiança, de praticantes de desportos em cadeira de rodas, em 3 momentos distintos antes da competição: "1 semana antes", "2 horas antes" e "30 minutos antes". Contudo, mediante condicionantes da nossa amostra, tivemos de proceder a ajustes nos momentos de avaliação. Daí optarmos por "2 dias antes", em vez de "1 semana antes", pois era o único momento, antes do jogo, em que todas as equipas tinham um treino e, por outro lado, uma semana antes tinham outra competição; "1 hora antes" em vez de "2 horas antes", pelo facto de pelo menos uma das equipas, em cada jogo, ter de se deslocar para longe (veja-se os distritos das associações) e de muitos dos jogos se realizarem às 9 horas da manhã, sendo impensável comparecerem no local do jogo 2 horas antes.

Não podemos deixar de referir que, Campbell e Jones seleccionaram os 3 momentos de avaliação com base na investigação de Martens et al. (1990), onde os autores estudaram a independência das componentes do estado de

ansiedade (cognitiva, somática e autoconfiança), através da aplicação do inventário CSAI-2 em 5 momentos distintos antes da competição ("2 dias antes", "1 dia antes", "2 horas antes", "1 hora antes" e "20 minutos antes"). Os resultados do estudo destes autores revelaram diferenças significativas no padrão temporal dos estados de ansiedade e autoconfiança, constituindo uma prova evidente na validação do inventário CSAI-2.

2.3.2. Procedimentos estatísticos

Os dados obtidos foram codificados e introduzidos no computador, sendo utilizados os procedimentos do *programa "Statistical Pachage for the social Sciences" – SPSS.*

Para o tratamento estatístico dos dados recorremos à estatística descritiva (frequência absoluta e relativa, média e desvio padrão).

Para comparação das diferenças de médias da ansiedade cognitiva, ansiedade somática e autoconfiança, entre os três momentos de avaliação ("2 dias antes", "1 hora antes" e "30 minutos antes" da competição), utilizámos o teste t emparelhado.

Para analisar as diferenças de médias das variáveis dependentes em função das variáveis independentes, em cada momento de avaliação, utilizámos a análise de variância univariada (ANOVA). Sempre que a razão F evidenciou significado estatístico ($p \leq 0,05$) recorreu-se ao teste de *Sheffé* de múltiplas comparações "*à posteriori*".

Recorremos à análise de variância multivariada e ao teste *Lambad* de *Wilks* para verificação das diferenças do padrão temporal de Ansiedade Cognitiva, Ansiedade Somática e Autoconfiança, em função das variáveis independentes consideradas neste estudo.

O nível de significância adoptado foi de $p \leq 0,05$.

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1. Apresentação dos resultados

A apresentação dos resultados encontra-se subdividida em duas partes. Inicia-se com a descrição dos dados referentes à amostra. Na segunda parte, faz-se uma análise exaustiva aos resultados encontrados relativamente ao Padrão temporal dos estados de ansiedade (cognitiva e somática) e de autoconfiança, dos jogadores de basquetebol em cadeira de rodas, antes de uma competição importante.

1.1. Caracterização geral da amostra

A amostra é constituída por 40 jogadores, 38 do sexo masculino e 2 do sexo feminino, que participaram no quadro competitivo nacional de basquetebol em cadeira de rodas – divisão A. Do total da amostra, 23% são pessoas com deficiência congénita e 77% com deficiência adquirida (conforme Quadro 3).

Quadro 3 – Caracterização geral da amostra

Associação		*sexo*		*deficiência*	
	N	*masc.*	*fem.*	*congénita*	*adquirida*
ADM Barcelos	7	7	-	2	5
APD Braga	7	7	-	2	5
APD Leiria	8	7	1	2	6
APD Lisboa	11	11	-	1	10
APD Sintra	7	6	1	2	5
Totais	40	38	2	9	31

Dos 40 jogadores, 57% são solteiros, 40% são casados e 3% são divorciados. Quando inquiridos acerca da composição do agregado familiar, 8% responderam que viviam sozinhos, 62% com a família (cônjuge e filhos) e 30% com os familiares directos (pai, mãe, irmãos).

Idade

A figura seguinte mostra-nos que a idade dos jogadores varia entre os 18 e os 56 anos, correspondendo a uma amplitude de 38 anos. Por outro lado, que a média das idades situa-se nos 35 anos e que, sendo a mediana de 34 anos, 52,5% dos jogadores tem mais de 34 anos e 47,5% , uma idade abaixo deste valor.

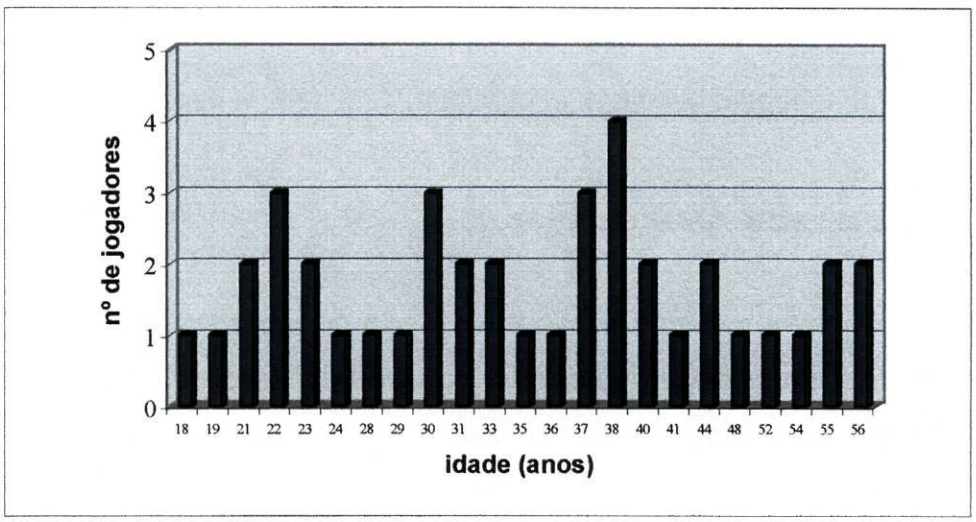


Figura 2- Distribuição da amostra em função da idade dos jogadores

Atendendo à dispersão verificada, as idades podem ser distribuídas, de acordo com as classes definidas para esta variável, da seguinte forma (conforme Quadro 4):

Quadro 4 - Distribuição da amostra em função da idade dos jogadores

variável	*Classes*	*N*	*%*	*Média*	*Desvio Padrão*
Idade	≤ 29 anos	12	30,0%	22,7	3,2
	30 a 39 anos	16	40,0%	34,5	3,3
	≥ 40 anos	12	30,0%	48,8	6,6

Tipo de deficiência

Do total da amostra, 23% dos jogadores já nasceram com deficiência (deficiência congénita). Os restantes, adquiriram-na *à posteriori*. Por outro lado, como se pode observar no Quadro 5, os dois tipos de deficiência coexistem nas três classes etárias.

Quadro 5 – Caracterização da amostra em função do tipo de deficiência e idade dos jogadores

variáveis	*classes*	*tipo de deficiência*		*Total da amostra*
		congénita	*adquirida*	
idade	≤ 29 anos	4	8	12
	30 a 39 anos	5	11	16
	≥ 40 anos	-	12	12
Totais		9	31	41

Prática desportiva antes de adquirir a deficiência

É de realçar que quando perguntámos aos jogadores, com deficiência adquirida, se já praticavam desporto antes de adquirir a deficiência, a maioria (68%) respondeu que *"sim"*.

Importância que atribuem ao acompanhamento psicológico

Atendendo que a maior percentagem de jogadores são pessoas com deficiência adquirida e considerando imprescindível o acompanhamento psicológico no desporto de competição, neste tipo de população, inquirimos todos os jogadores quanto à importância que atribuem ao facto de um atleta ser acompanhado psicologicamente. Os resultados obtidos a esta questão, permitem-nos constatar que 72% dos jogadores considera-o importante, embora, actualmente, apenas 2 usufruam desse acompanhamento.

Por outro lado, quisemos saber se costumam tomar medicamentos para a ansiedade antes de competições importantes. A resposta foi unânime. Todos responderam "*nunca*".

Quem assiste aos jogos de Basquetebol em cadeira de rodas

Da mesma forma, sabendo que no desporto de competição uma das potenciais fontes de ansiedade é o comportamento dos espectadores, porque existe um elevado grau de avaliação social das competências ou capacidades atléticas, que são demonstradas, testadas e avaliadas em público, questionámos os jogadores sobre a tipologia de púbico que assiste, habitualmente, às suas competições. A maioria dos jogadores, 92%, respondeu *"familiares e amigos"* e apenas 8%,*" ninguém"*.

Tempo de aquisição da deficiência

Relativamente aos jogadores com deficiência adquirida, o tempo de aquisição da deficiência varia entre os 6 meses e os 49 anos (conforme Figura 3).

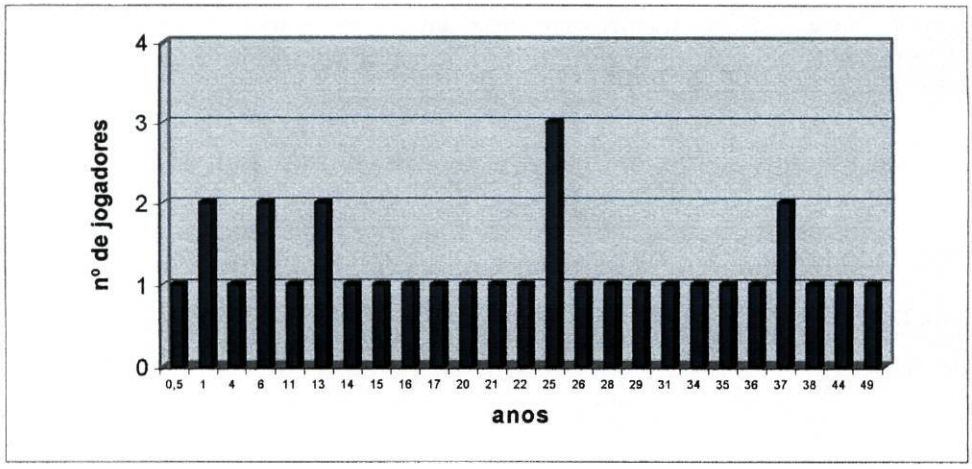


Figura 3- Distribuição da amostra em função do tempo de aquisição da deficiência

A análise do Quadro 6 mostra-nos que a maioria dos jogadores (N=25) adquiriu a deficiência há mais de 6 anos.

Quadro 6- Distribuição da amostra em função do tempo de aquisição da deficiência

variável	*classes*	*N*	*%*	*Média*	*Desvio Padrão*
tempo de aquisição da deficiência	≤ 6 anos	6	19,0%	3,1	2,6
	7 a 29 anos	15	49,0%	19,3	6,0
	≥ 30 anos	10	32,0%	36,5	6,1

Podemos ainda verificar que 60% dos jogadores com deficiência há 30 ou mais anos têm idade igual ou superior a 40 anos (conforme Quadro 7).

Quadro 7 - Distribuição da amostra em função do tempo de aquisição da deficiência e da idade dos jogadores

variáveis	*classes*	*idade*			*total da amostra*
		« 29 anos	*30 a 39 anos*	*» 40 anos*	
Tempo de aquisição da deficiência	« 6 anos	2	3	1	6
	7 a 29 anos	6	4	5	15
	»30 anos	-	3	7	10

Porque praticam Basquetebol em cadeira de rodas

Quando questionamos os jogadores sobre as principais razões que os levam a praticar Basquetebol, os resultados obtidos a esta questão permitem-nos constatar que: 29 jogadores referem o "*prazer, gosto e distracção*" que o desporto lhes proporciona; 23, a promoção do seu "*bem estar físico*" através do desporto; 16, o "*convívio*" com os colegas da equipa e com os jogadores das outras equipas; 9, a promoção do seu "*bem estar psicológico*"; 6, o facto de haver "*competição*"; 5, referem o papel que o desporto assume na "*integração social e autonomia*" da pessoa com deficiência e o "*mostrar que também somos capazes*" e 1, a "*reabilitação*" através do desporto.

Número de treinos por semana

Relativamente ao número de treinos por semana, expressos no Quadro 8, verifica-se que a maioria dos jogadores treina apenas uma vez.

Quadro 8- Número de treinos por semana

Variável	*classes*	*N*	*%*
Número de Treinos	1 treino	22	55,0%
	2 treinos	8	20,0%
	3 treinos	10	25,0%
totais		40	100%

Quando questionamos os jogadores no que respeita à duração média dos treinos, verificamos que varia entre 2 horas, para quem treina 1 ou 2 vezes por semana e 1hora e 30 minutos, para quem treina 3 vezes.

Nível competitivo

Dos 40 jogadores que constituem a amostra, 13 já representaram a selecção nacional. Os restantes, tiveram participações a nível internacional mas em representação, única e exclusivamente, da associação a que pertencem (torneios convívio, provas de demonstração, etc.).

Em relação aos jogadores que já representaram a selecção nacional, verifica-se uma grande variação no número de internacionalizações (conforme Figura 4).

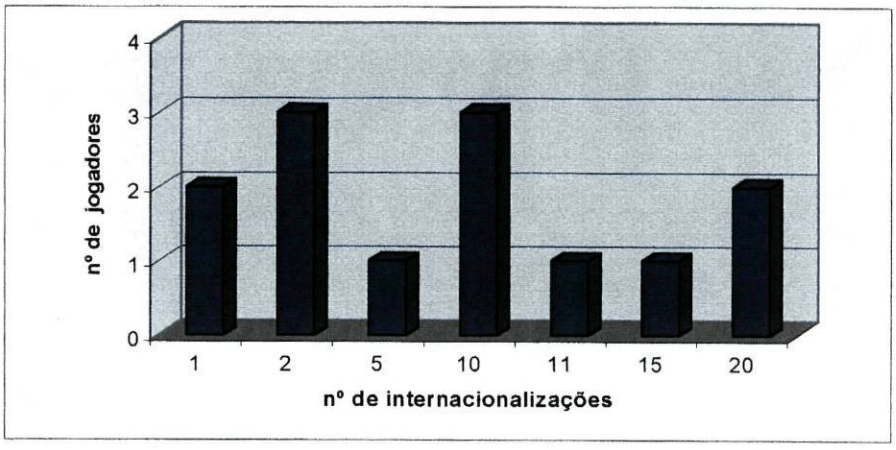


Figura 4 – Distribuição da amostra em função do número de internacionalizações

Tempo de prática de Basquetebol em cadeira de rodas

Relativamente ao tempo de prática de Basquetebol, verifica-se que varia entre os 6 meses e os 31 anos, sendo os 15 anos o tempo referido por mais jogadores. A média dos tempos de prática situa-se nos 13 anos e a mediana nos 11 anos e meio (conforme Figura 5).

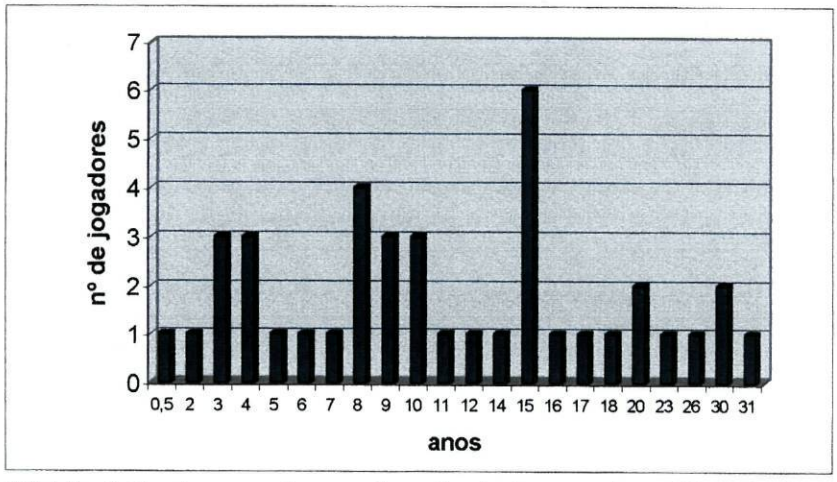


Figura 5 – Distribuição da amostra em função do tempo de prática de Basquetebol

Atendendo à dispersão verificada, o tempo de prática dos jogadores pode ser distribuído, de acordo com as classes definidas para esta variável, da seguinte forma (conforme Quadro 9):

Quadro 9 - Distribuição da amostra em função do tempo de prática de Basquetebol

variável	*Classes*	*N*	*%*	*Média*	*Desvio Padrão*
Tempo de prática	≤ 7 anos	11	27,5%	3,8	1,8
	8 a 15 anos	19	47,5%	11,4	2,9
	≥16 anos	10	25,0%	23,1	5,8

Por outro lado, como se pode observar no Quadro 10, verifica-se que, de um modo geral, quem pratica Basquetebol há menos tempo (*i.e.*, com um tempo de prática ≤ 7 anos) são os jogadores mais novos (*i.e.*, com idade ≤ 29 anos) e que, pelo contrário, quem joga há mais tempo (*i.e.*, com um tempo de prática ≥ 16 anos) são os jogadores mais velhos (*i.e.*, com idade ≥ 40 anos).

Quadro 10 – Caracterização da amostra em função do tempo de prática e idade dos jogadores

variáveis	*classes*	*idade*			*total da amostra*
		« 29 anos	*30 a 39 anos*	*» 40 anos*	
tempo de prática	≤ 7 anos	6	5	-	11
	8 a 15 anos	5	7	1	13
	≥ 16 anos	1	4	11	16
totais		12	16	12	40

Também podemos verificar que, a praticar Basquetebol há 16 ou mais anos, temos maioritariamente jogadores com deficiência adquirida (conforme Quadro 11).

Quadro 11 – Caracterização da amostra em função do tempo de prática e tipo de deficiência dos jogadores

variáveis	*classes*	*tipo de deficiência*		*total da amostra*
		congénita	*adquirida*	
tempo de prática	≤ 7 anos	2	9	11
	8 a 15 anos	5	8	13
	≥16 anos	2	14	16
totais		9	31	40

Da mesma forma, que 57% dos jogadores que praticam basquetebol há mais tempo são, na sua maioria (80%), pessoas com deficiência há 30 ou mais anos e que, pelo contrário, 55,6% dos jogadores que praticam há menos tempo, adquiriram a deficiência há menos de 6 anos (conforme Quadro 12).

Quadro 12 – Caracterização da amostra em função do tempo de prática e tempo de aquisição da deficiência

variáveis	*classes*	*tempo de aquisição da deficiência*			*total da amostra*
		« 6 anos	*7 a 29 anos*	*» 30 anos*	
Tempo de prática	≤7 anos	5	3	1	9
	8 a 15 anos	-	7	1	8
	≥ 16 anos	1	5	8	14
Totais		6	15	10	31

Por outro lado, quem pratica Basquetebol há menos de 16 anos, na sua maioria, treina apenas uma vez por semana. No entanto, o mesmo não se verifica com quem joga há mais tempo, onde 69% dos jogadores treina mais do que 1 vez por semana (conforme Quadro 13).

Quadro 13 - Caracterização da amostra em função do tempo de prática e número de treinos por semana

variáveis	*classes*	*número de treinos*			*total da amostra*
		1 treino	*2 treinos*	*3 treinos*	
Tempo de prática	≤ 7 anos	8	1	2	11
	8 a 15 anos	9	3	1	13
	≥16 anos	5	3	8	16
totais		22	7	11	40

E ainda que a maioria dos jogadores que já representou a selecção nacional de Basquetebol (i.e., de nível competitivo internacional), pratica Basquetebol há 16 ou mais anos (conforme Quadro 14).

Quadro 14 – Caracterização da amostra em função do tempo de prática e nível competitivo dos jogadores

variáveis	*classes*	*nível competitivo*		*total da amostra*
		nacional	*internacional*	
tempo de prática	≤ 7 anos	11	-	11
	8 a 15 anos	10	3	13
	≥16 anos	6	10	16
totais		27	13	40

O resultado do jogo (o esperado e o ocorrido)

Por último, dois dias antes da competição, inquirimos os jogadores sobre as suas expectativas em relação ao resultado do jogo. Do total da amostra, 85% dos jogadores acreditava na vitória. No entanto, apenas 67,6% acertou no resultado. Por outro lado, 50% dos jogadores que pensava que ia perder, ganhou o jogo. Em relação aos jogadores que acreditavam no empate, perderam (conforme Quadro 15).

Quadro 15 – Caracterização da amostra em função das expectativas do resultado do jogo

variáveis	*classes*	*resultado do jogo*		*total da amostra*
		derrota	*vitória*	
resultado esperado	derrota	2	2	4
	empate	2	-	2
	vitória	11	23	34
totais		15	25	40

Seguidamente, passaremos à apresentação dos resultados encontrados relativamente ao padrão temporal dos estados de ansiedade (cognitiva e somática) e de autoconfiança dos jogadores.

1.2. O padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança pré-competitiva

O principal objectivo do estudo consiste em analisar o padrão temporal de ansiedade e de autoconfiança dos jogadores de basquetebol em cadeira de rodas. O padrão temporal é identificado medindo os níveis de ansiedade (cognitiva e somática) e de autoconfiança em três momentos distintos antes do início da competição (Martens et al., 1990).

Desta forma, procedemos à aplicação do inventário *CSAI-2* (Martens et al, 1990) em 3 momentos antes do início da competição ("2 dias antes", "1 hora antes" e "30 minutos antes"), com o intuito de medir os níveis de ansiedade cognitiva, ansiedade somática e de autoconfiança.

Assim, iremos apresentar os resultados obtidos, primeiramente em função da globalidade da amostra e, de seguida, em função das variáveis independentes: idade, tipo de deficiência, tempo de aquisição da deficiência, anos de prática, número de treinos por semana e experiência competitiva.

1.2.1. Na globalidade da amostra

No Quadro 16 podemos observar que, à medida que se aproxima a competição, os níveis de ansiedade cognitiva diminuem progressivamente do primeiro ao último momento de avaliação, embora sem diferenças significativas.

Relativamente à ansiedade somática, também ela diminui de "2 dias antes" para "1 hora antes", mas aumenta "30 minutos antes" da competição, onde apresenta níveis superiores aos registados "2 dias antes". Também não foram encontradas diferenças significativas entre os três momentos de avaliação.

A autoconfiança aumenta de "2 dias antes" para "1 dia antes", diminuindo "30 minutos antes" da competição , onde apresenta níveis superiores aos registados "2 dias antes". (também sem diferenças significativas)

No que diz respeito aos níveis médios de intensidade registados em cada uma das variáveis, o nível máximo que se pode obter, tanto na ansiedade cognitiva como na autoconfiança é "36" e o nível mínimo "9". Assim, podemos verificar que os jogadores apresentam níveis de ansiedade cognitiva mais próximos do nível mínimo e, pelo contrário, níveis de autoconfiança mais próximos do nível máximo. Na ansiedade somática, onde o valor máximo passa a ser "33" e o mínimo "12", podemos constatar que os jogadores apresentam níveis de ansiedade somática mais próximos do nível mínimo.(conforme Quadro 16)

Igualmente se verifica que a autoconfiança é a variável que apresenta, nos três momentos de avaliação, os níveis médios mais elevados. Segue-se-lhe a ansiedade cognitiva e, por último, a ansiedade somática (conforme Figura 6).

Quadro 16 – Padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança na globalidade da amostra

variáveis	*Tempo antes da competição*											
	2 dias				*1 hora*				*30 minutos*			
	min	*máx*	*M*	*DP*	*min*	*máx*	*M*	*DP*	*min*	*máx*	*M*	*DP*
ansiedade cognitiva	10	28	**16,27**	4,5	9	29	**15,43**	5,2	9	32	**15,35**	5,9
ansiedade somática	9	23	**14,15**	3,7	9	27	**14,00**	4,1	9	29	**14,55**	4,8
autoconfiança	11	35	**26,88**	5,2	12	36	**28,10**	4,8	12	36	**27,95**	5,2

Legenda: *min* – valor mínimo; *máx* – valor máximo; *M* – média; *DP*- desvio padrão.

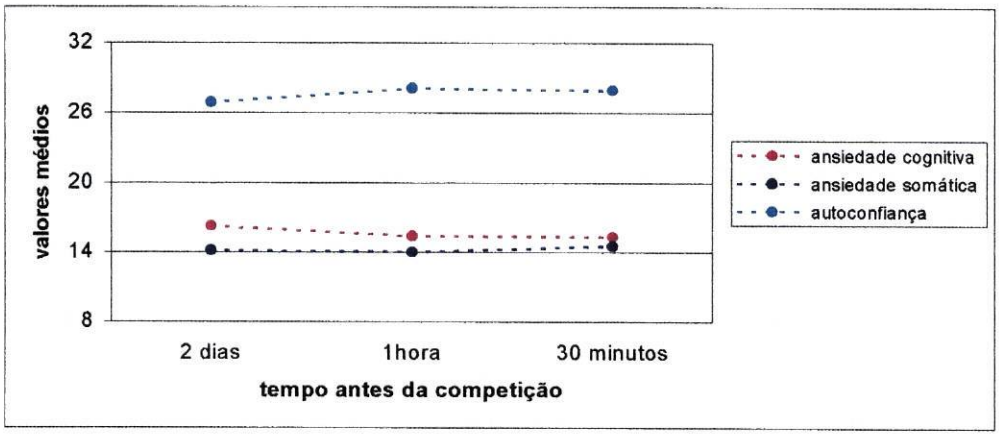


Figura 6 – Padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança na globalidade da amostra

Após a apresentação dos resultados obtidos com o total da amostra, vamos, então, proceder à apresentação dos resultados em função das variáveis independentes em estudo.

1.2.2. Em função da idade

Em relação à idade dos jogadores, na Figura 7 podemos observar que, no grupo dos jogadores mais novos (idade ≤ 29 anos), à medida que se aproxima a competição, a ansiedade cognitiva e a ansiedade somática diminuem progressivamente. No entanto, a autoconfiança aumenta e no dia da competição (de "1 hora antes" para "30 minutos antes") diminui, onde apresenta níveis superiores aos registados "2 dias antes". (sem diferenças significativas)

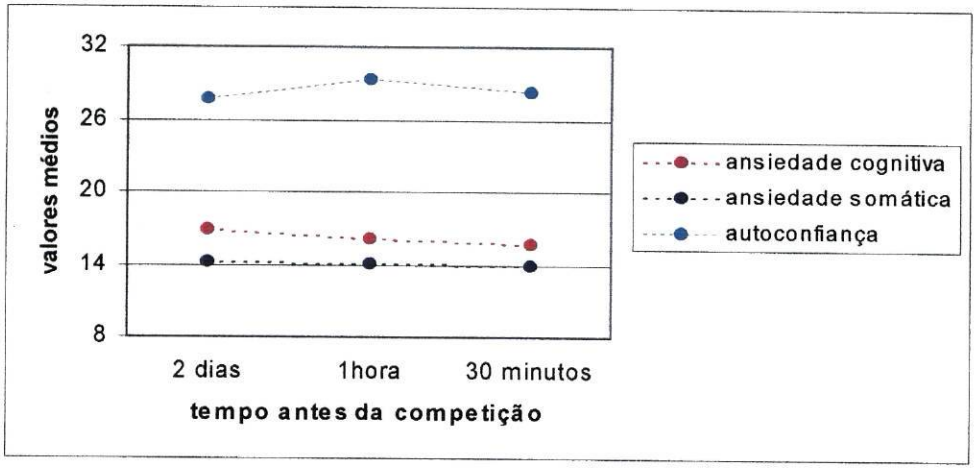


Figura 7 – Padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança dos jogadores com idade ≤ 29 anos

No grupo de jogadores com idades intermédias (30 anos ≤ idade ≤ 39 anos), verifica-se que, à medida que se aproxima a competição, os níveis de ansiedade cognitiva diminuem progressivamente. Contudo, com a ansiedade somática e a autoconfiança verifica-se o inverso (conforme Figura 8). (sem diferenças significativas)

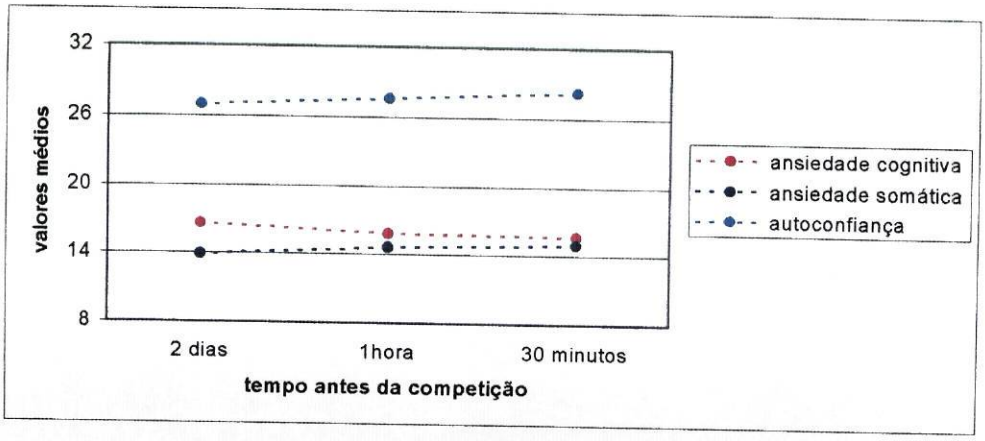


Figura 8 – Padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança dos jogadores com 30 anos ≤ idade ≤ 39 anos

No grupo dos mais velhos (idade ≥ 40 anos), os níveis de ansiedade cognitiva diminuem de "2 dias antes" para "1hora antes" mas aumentam "30 minutos antes" da competição, onde apresenta níveis inferiores aos registados "2 dias antes". Verifica-se a mesma tendência com a ansiedade somática, contudo, "30 minutos antes" da competição, apresenta níveis superiores aos registados "2 dias antes". Com a autoconfiança verifica-se o inverso, ou seja, primeiro aumenta e depois diminui, e "30 minutos antes" da competição apresenta níveis superiores aos registados "2 dias antes" (conforme Figura 9). (sem diferenças significativas)

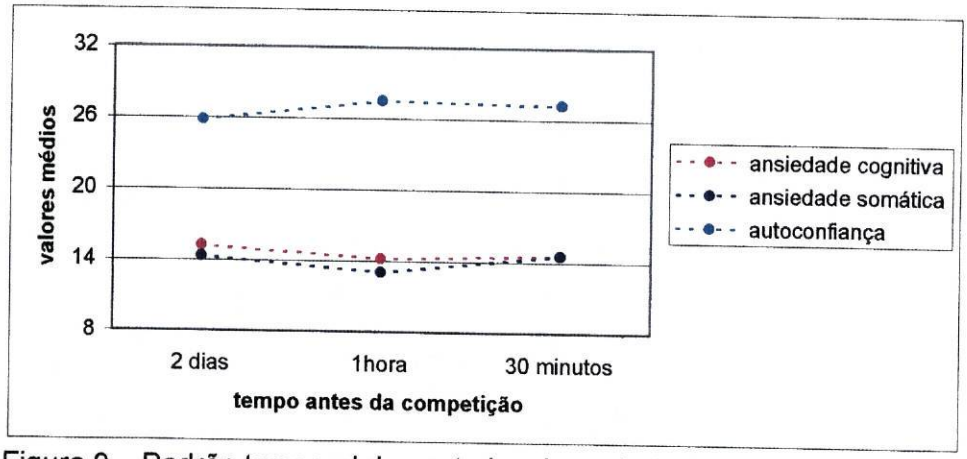


Figura 9 – Padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança dos jogadores com idade ≥ 40 anos

A análise do Quadro 17 mostra-nos que a autoconfiança é a variável que regista os níveis médios mais elevados, nos três momentos de avaliação, nos três grupos etários. Segue-se-lhe a ansiedade cognitiva e, por último, a ansiedade somática.

Quadro 17 – Padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança em função da idade

		variáveis	*idade*						F	p
			≤ 29 anos		30 a 39 anos		≥ 40 anos			
			(N = 12)		(N = 16)		(N = 12)			
			M	DP	M	DP	M	DP		
tempo antes da competição	2 dias	ansiedade cognitiva	**16.83**	3.9	**16.63**	5.0	**15.25**	4.6	0.436	0.650
		ansiedade somática	**14.25**	3.7	**14.33**	3.8	**13.94**	3.9	0.043	0.958
		autoconfiança	**27.75**	2.4	**27.00**	5.3	**25.83**	7.1	0.402	0.672
	1 hora	ansiedade cognitiva	**16.08**	4.6	**15.81**	5.2	**14.25**	5.8	0.438	0.649
		ansiedade somática	**14.08**	3.7	**14.63**	5.0	**13.08**	2.9	0.485	0.619
		autoconfiança	**29.33**	4.4	**27.63**	4.4	**27.50**	5.9	0.550	0.582
	30 min.	ansiedade cognitiva	**15.75**	4.7	**15.63**	6.6	**14.58**	6.4	0.139	0.871
		ansiedade somática	**14.00**	4.7	**14.94**	6.0	**14.57**	3.4	0.123	0.884
		Autoconfiança	**28.25**	3.7	**28.25**	5.8	**27.25**	5.8	0.151	0.861

Através da aplicação do teste *Lambda de Wilks* verifica-se que o Padrão Temporal dos estados de ansiedade (cognitiva e somática) e de autoconfiança não se diferencia em função da idade dos jogadores.

No que diz respeito aos níveis de intensidade de cada uma das variáveis (ansiedade cognitiva, ansiedade somática e autoconfiança), como podemos observar na Figura 10, o grupo dos jogadores mais velhos (idade ≥ 40 anos) apresenta os níveis mais baixos de ansiedade cognitiva e, pelo contrário, o grupo dos mais novos (idade ≤ 29 anos) apresenta os níveis mais elevados, embora sem diferenças significativas.

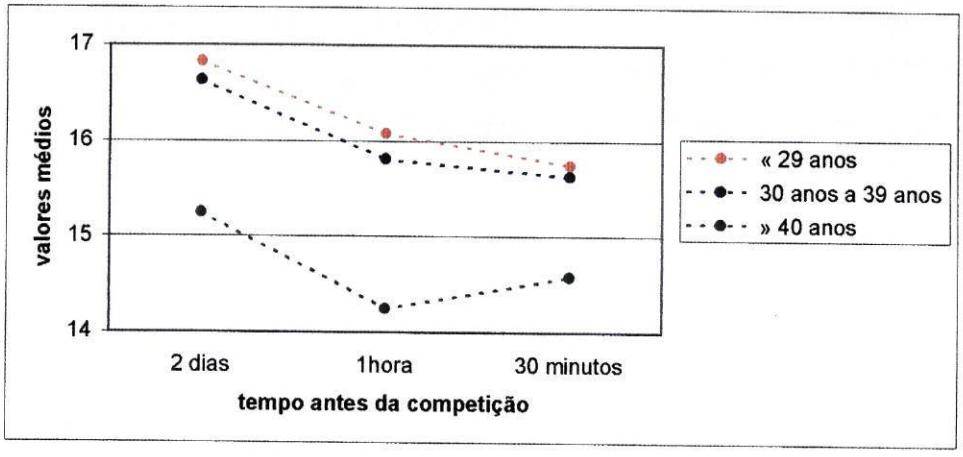


Figura 10– Padrão temporal do estado de ansiedade cognitiva em função da idade

Na ansiedade somática, também é o grupo dos mais velhos que regista os níveis mais baixos, excepto "30 minutos" antes da competição. No entanto, é o grupo com idades dos 30 aos 39 anos que regista os níveis mais elevados (conforme Figura 11). (sem diferenças significativas entre os grupos considerados)

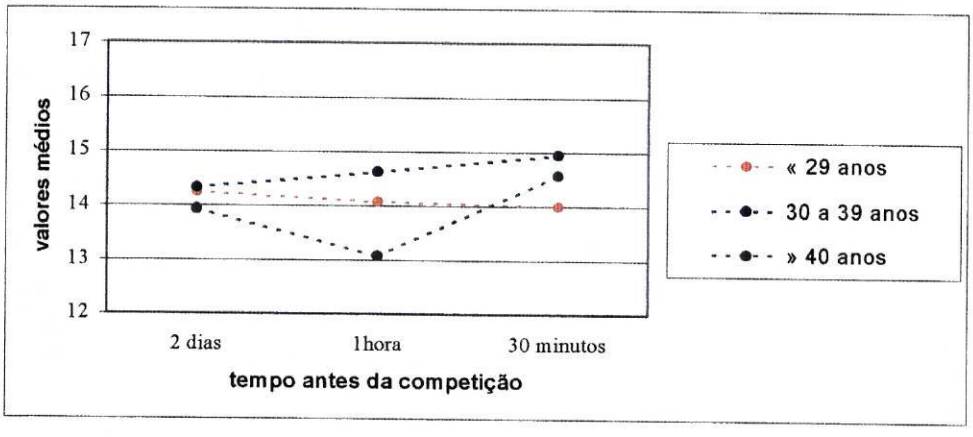


Figura 11 – Padrão temporal do estado de ansiedade somática em função da idade

Na autoconfiança, o grupo dos jogadores mais velhos apresenta os níveis mais baixos, enquanto que o grupo dos mais novos apresentam os níveis mais elevados (conforme Figura 12). (sem diferenças significativas entre os grupos considerados)

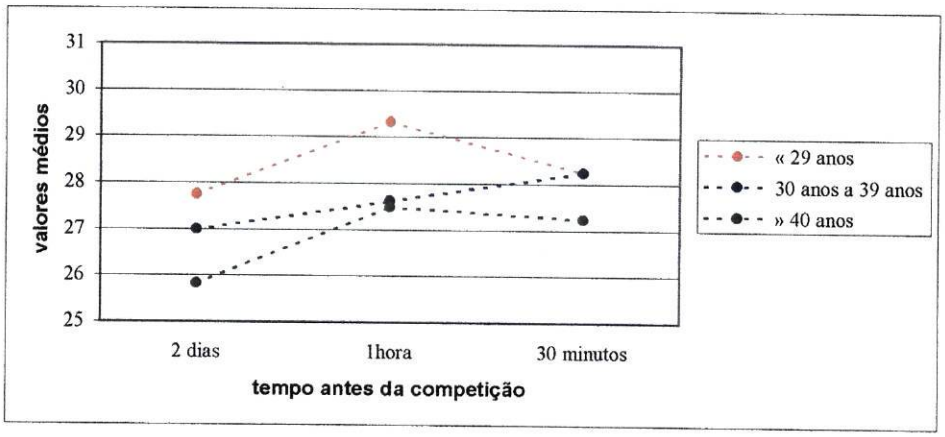


Figura 12 – Padrão temporal da autoconfiança em função da idade

1.2.3. Em função do tipo de deficiência

Em relação ao do tipo de deficiência dos jogadores, a figura seguinte mostra-nos que nos jogadores com deficiência congénita, à medida que se aproxima a competição, os níveis de ansiedade cognitiva diminuem do primeiro ao último momento de avaliação e, pelo contrário, os níveis de ansiedade somática aumentam. Os níveis de autoconfiança aumentam de "2 dias antes" para "1 hora antes" e depois diminuem "30 minutos antes" da competição, onde apresenta níveis superiores aos registados "2 dias antes".(sem diferenças significativas)

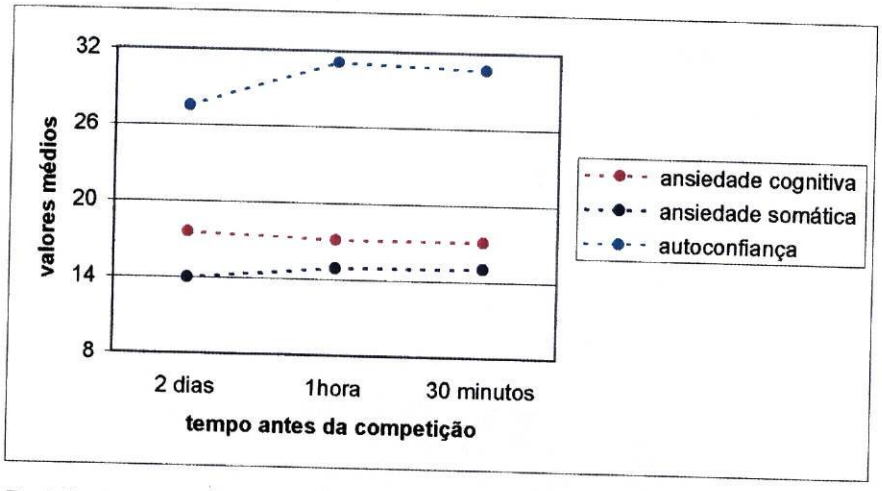


Figura 13 – Padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança dos jogadores com deficiência congénita

Nos jogadores com deficiência adquirida, os níveis de ansiedade cognitiva diminuem do primeiro ao último momento de avaliação. Na ansiedade somática diminuem e "30 minutos antes" da competição, aumentam, onde apresenta níveis superiores aos registados "2 dias antes". Pelo contrário, na autoconfiança aumentam e depois diminuem, e "30 minutos antes" da competição também apresenta níveis superiores aos registados "2 dias antes" (conforme Figura 14). (sem diferenças significativas)

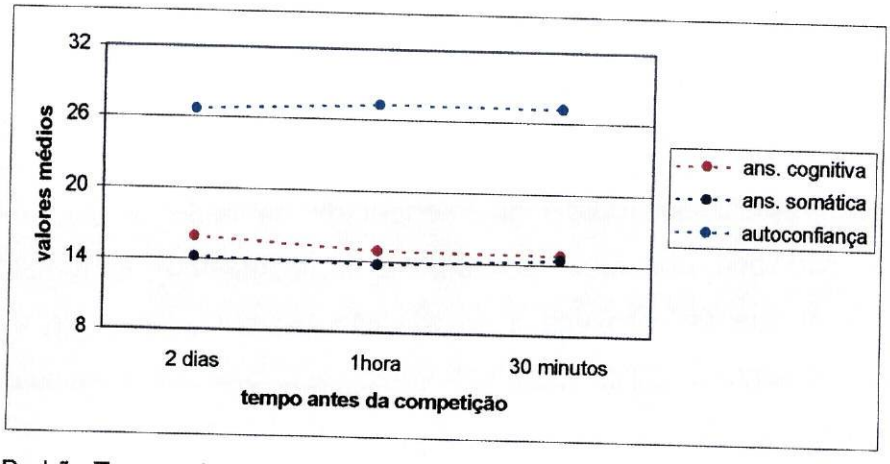


Figura 14 – Padrão Temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança dos jogadores com deficiência adquirida

A análise do Quadro 18 mostra-nos que a autoconfiança é a variável que regista os níveis médios mais elevados, nos três momentos de avaliação, nos dois grupos de jogadores. Segue-se-lhe a ansiedade cognitiva e por último, a ansiedade somática.

Quadro 18 – Padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança em função do tipo de deficiência

		variáveis	tipo de deficiência				F	p
			congénita (N = 9)		adquirida (N = 31)			
			M	DP	M	DP		
tempo antes da competição	2 dias	Ansiedade cognitiva	**17.56**	3.8	**15.90**	4.7	0.932	0.341
		Ansiedade somática	**14.00**	3.5	**14.19**	3.9	0.018	0.893
		autoconfiança	**27.56**	5.5	**26.68**	5.2	0.194	0.662
	1 hora	Ansiedade cognitiva	**17.11**	5.2	**14.94**	5.2	1.24	0.273
		Ansiedade somática	**14.89**	5.9	**13.74**	3.4	0.551	0.462
		autoconfiança	**31.11**	4.3	**27.23**	4.7	4.98	**0.032**
	30 minutos	Ansiedade cognitiva	**17.09**	6.7	**14.77**	5.7	1.31	0.259
		Ansiedade somática	**15.00**	6.5	**14.42**	4.4	0.098	0.756
		autoconfiança	**30.67**	3.9	**27.16**	5.3	3.41	0.072

Através da aplicação do teste *Lambda de Wilks* verifica-se que o Padrão Temporal dos estados de ansiedade (cognitiva e somática) e de autoconfiança não se diferencia em função do tipo de deficiência.

No que diz respeito aos níveis de intensidade de cada uma das variáveis (ansiedade cognitiva, ansiedade somática e autoconfiança), podemos verificar que, à medida que se aproxima a competição, os jogadores com deficiência congénita apresentam níveis mais elevados de ansiedade cognitiva, embora sem diferenças significativas (conforme Figura 15).

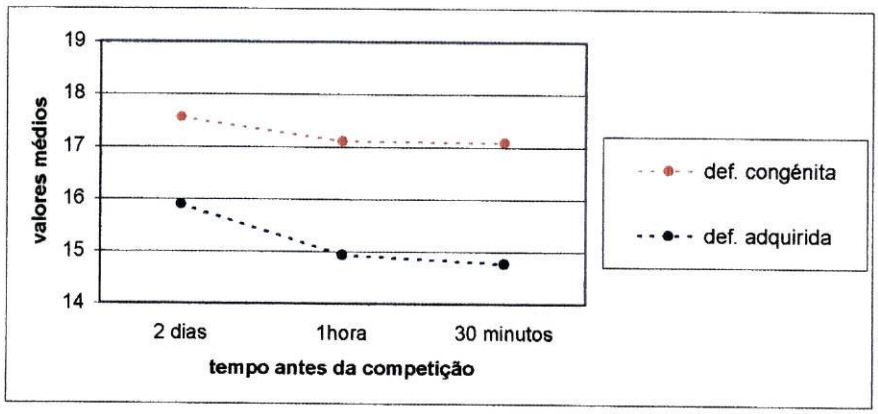


Figura 15 - Padrão temporal do estado de ansiedade cognitiva em função do tipo de deficiência

Na ansiedade somática, também são os jogadores com deficiência congénita que apresentam os níveis mais elevados, excepto "2 dias antes" da competição (conforme Figura 16). (também sem diferenças significativas).

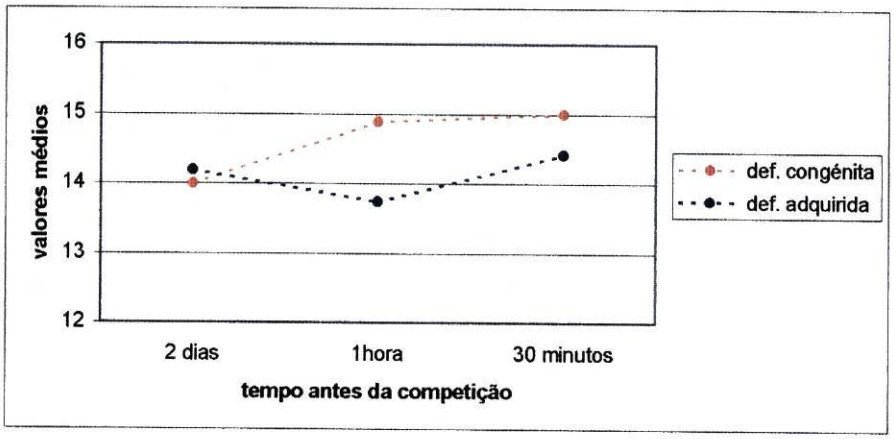


Figura 16 - Padrão temporal do estado de ansiedade somática em função do tipo de deficiência

Constata-se a mesma situação em relação à autoconfiança, embora se verifiquem diferenças estatisticamente significativas "1 hora antes" da competição (conforme Figura 17)

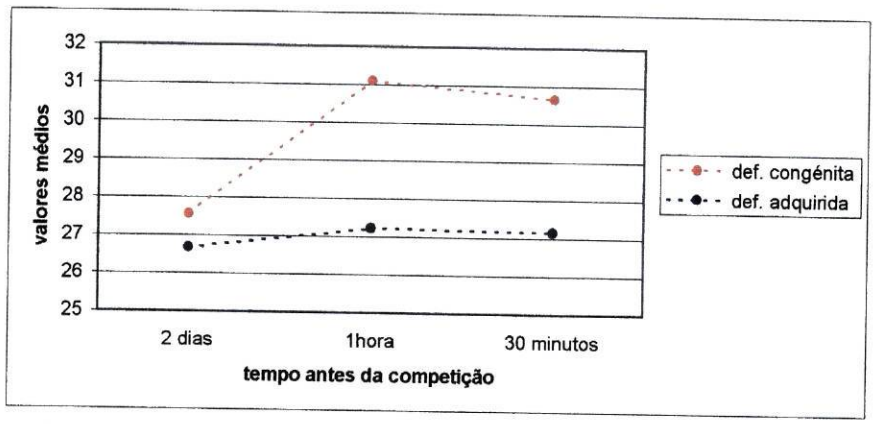


Figura 17 – Padrão temporal da autoconfiança em função do tipo de deficiência

1.2.4. Em função do tempo de aquisição da deficiência

Na deficiência adquirida e relativamente ao tempo de aquisição da deficiência, na Figura 17 podemos observar que, no grupo de jogadores com deficiência há menos tempo (tempo de aquisição ≤ 6 anos), os níveis de ansiedade cognitiva, ansiedade somática e de autoconfiança diminuem de "2 dias antes" para "1 hora antes" e aumentam "30 minutos antes" da competição, onde apresentam níveis inferiores aos registados "2 dias antes". (sem diferenças significativas)

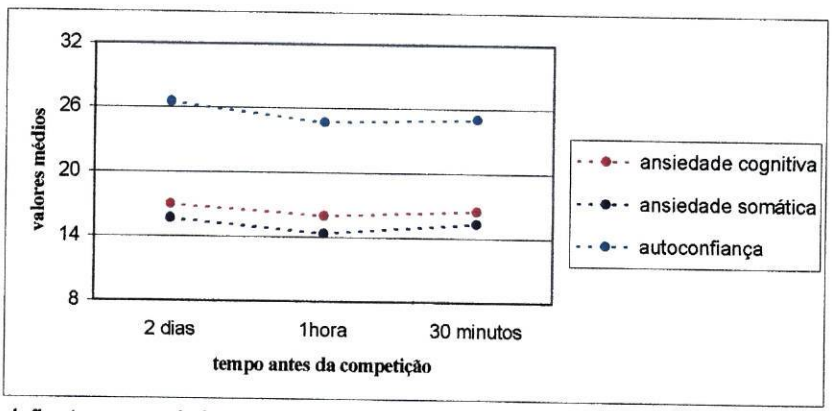


Figura 18 – Padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança dos jogadores com um tempo aquisição deficiência ≤ 6 anos

No grupo de jogadores com um tempo de aquisição que varia entre os 7 e os 29 anos, os níveis de ansiedade cognitiva diminuem do primeiro para o segundo momento de avaliação e depois mantêm-se estáveis; os níveis de ansiedade somática diminuem mas "30 minutos antes" da competição aumentam, onde apresenta níveis superiores aos registados "2 dias antes"; os níveis de autoconfiança aumentam progressivamente (conforme Figura 19). (sem diferenças significativas)

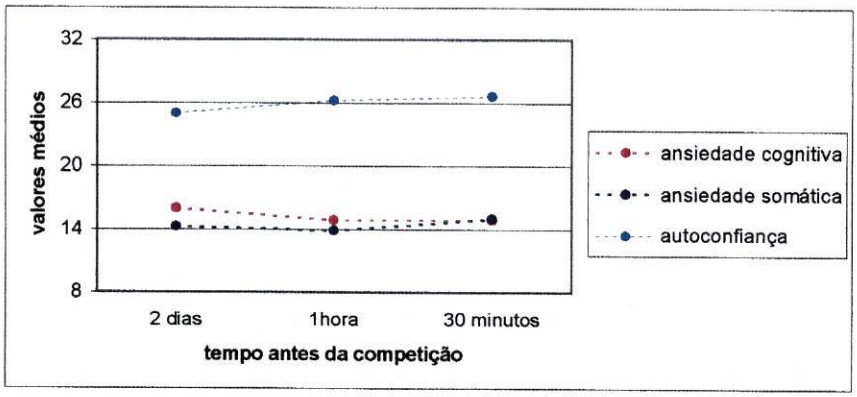


Figura 19 – Padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança dos jogadores com um tempo aquisição deficiência que varia entre os 7 e os 29 anos

No grupo de jogadores com deficiência há mais tempo (tempo aquisição da deficiência ≥ 30 anos), à medida que se aproxima a competição, os níveis de ansiedade cognitiva diminuem progressivamente; os níveis de ansiedade somática mantêm-se estáveis e depois diminuem "30 minutos antes" da competição. Com a autoconfiança verifica-se o inverso, primeiro aumentam e depois diminuem (conforme Figura 20). (sem diferenças significativas)

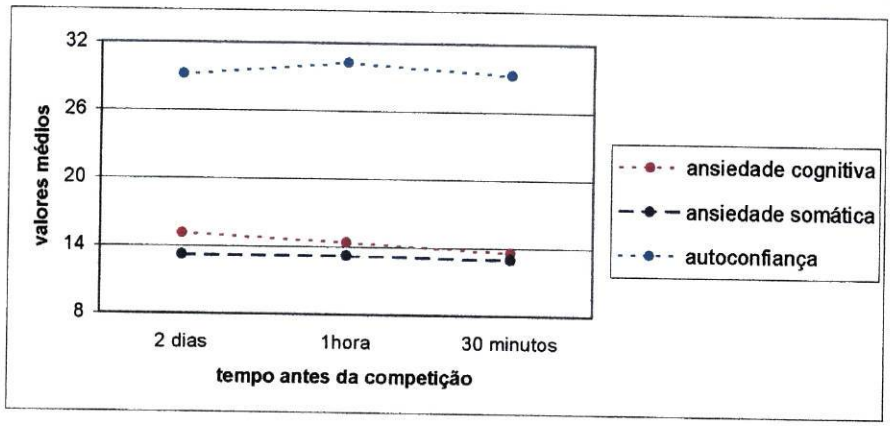


Figura 20 – Padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança dos jogadores com um tempo aquisição ≥ 30 anos

A análise do Quadro 19,mostra-nos que a autoconfiança é a variável que regista os valores médios mais elevados, nos três momentos de avaliação, nos três grupos. Segue-se-lhe a ansiedade cognitiva e, por último, a ansiedade somática, excepto aos 30 minutos antes da competição, no grupo com um tempo de aquisição que varia entre os 7 e os 29 anos, onde essa tendência se inverte.

Quadro 19 – Padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança em função do tempo de aquisição da deficiência

		Variáveis	*tempo de aquisição da deficiência*						F	p
			≤ 6 anos		7 a 29 anos		≥ 30 anos			
			(N = 6)		(N = 10)		(N = 15)			
			M	DP	M	DP	M	DP		
tempo antes da competição	2 dias	ansiedade cognitiva	**17.00**	4.6	**16.00**	5.9	**15.10**	2.1	0.298	0.745
		ansiedade somática	**15.67**	4.5	**14.27**	4.0	**13.20**	3.2	0.762	0.476
		Autoconfiança	**26.50**	2.2	**25.00**	6.2	**29.20**	3.9	2.043	0.149
	1 hora	ansiedade cognitiva	**16.00**	5.7	**14.87**	5.7	**14.40**	4.2	0.173	0.842
		ansiedade somática	**14.33**	4.4	**13.87**	3.0	**13.20**	3.7	0.212	0.811
		Autoconfiança	**24.67**	4.3	**26.20**	4.9	**30.30**	2.7	4.157	**0.026 ***
	30 minutos	ansiedade cognitiva	**16.50**	7.0	**14.87**	6.3	**13.60**	3.7	0.478	0.625
		ansiedade somática	**15.33**	5.6	**15.00**	3.9	**13.00**	4.3	0.781	0.467
		Autoconfiança	**25.00**	6.6	**26.60**	5.3	**29.30**	3.9	1.462	0.249

* grupo 1 ≠ grupo 3 e grupo 2 ≠ grupo 3

Através da aplicação do teste *Lambda de Wilks* verifica-se que o Padrão Temporal dos estados de ansiedade (cognitiva e somática) e de autoconfiança não se diferencia em função do tempo de aquisição da deficiência.

No que se refere aos níveis de intensidade de cada uma das variáveis(ansiedade cognitiva, ansiedade somática e autoconfiança), podemos verificar que, dos três grupos considerados, o grupo de jogadores com deficiência há mais tempo (tempo aquisição ≥ 30 anos) apresenta os níveis mais baixos de ansiedade cognitiva e somática e, pelo contrário, o grupo com deficiência há menos tempo (tempo aquisição ≤ 6 anos) apresenta os níveis mais elevados (conforme Figura 21 e Figura 22). (sem diferenças significativas entre os grupos considerados)

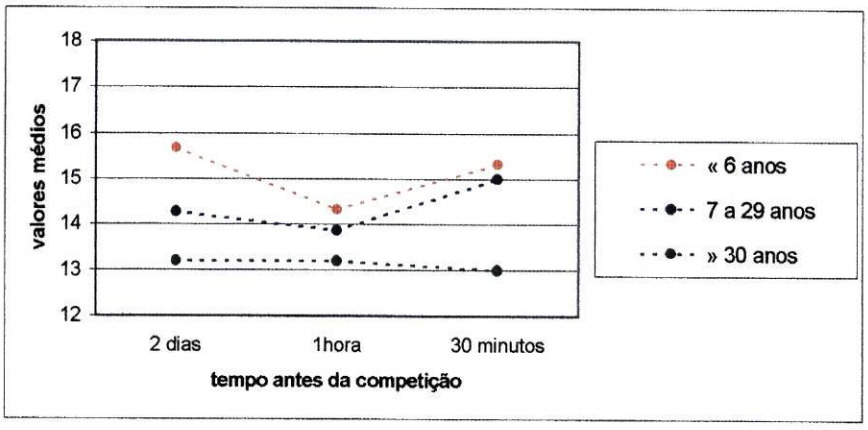


Figura 21 Padrão temporal do estado de ansiedade cognitiva em função do tempo de aquisição da deficiência

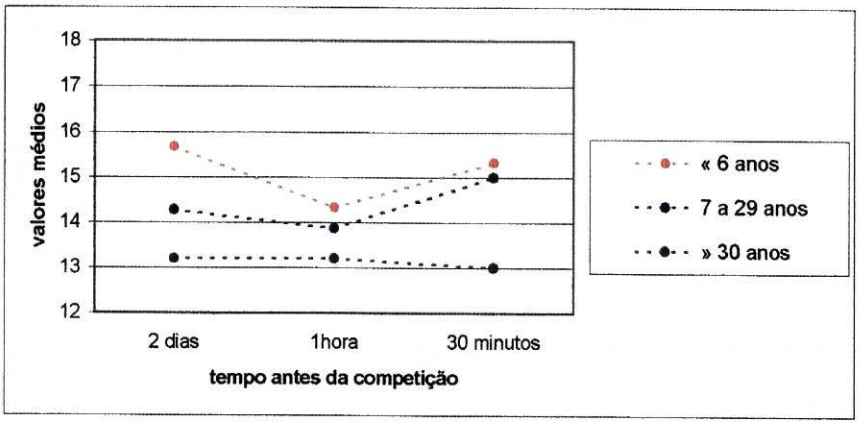


Figura 22 – Padrão temporal do estado de ansiedade somática em função do tempo de aquisição da deficiência

Da mesma forma, o grupo de jogadores com deficiência há mais tempo regista os níveis mais elevados de autoconfiança e, pelo contrário, o grupo com deficiência há menos tempo, os níveis mais baixos, excepto "2 dias antes" da competição, onde os jogadores com um tempo de aquisição que varia entre os 7 e os 29 anos apresentam valores mais elevados (conforme Figura 23). (embora não se registem diferenças significativas, através de comparações *à posteriori* podemos verificar diferenças estatisticamente significativas"1 hora antes" da competição, entre o grupo de jogadores com deficiência há mais tempo e os restantes grupos considerados)

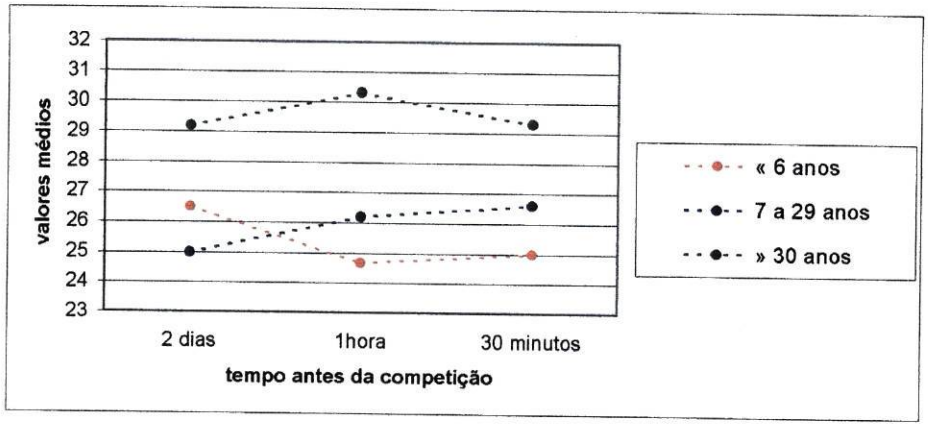


Figura 23 - Padrão temporal da autoconfiança em função do tempo de aquisição da deficiência

1.2.5. Em função do tempo de prática de basquetebol

No que diz respeito ao tempo de prática de basquetebol, a figura seguinte mostra-nos que, no grupo de jogadores que pratica basquetebol há menos tempo (tempo prática ≤ 7 anos), à medida que se aproxima a competição, os níveis de ansiedade cognitiva diminuem e no terceiro momento de avaliação aumentam, onde apresenta níveis inferiores aos registados no primeiro momento. Pelo contrário, os níveis de autoconfiança primeiro aumentam e depois diminuem. Em relação à ansiedade somática, os níveis registados aumentam progressivamente. (sem diferenças significativas)

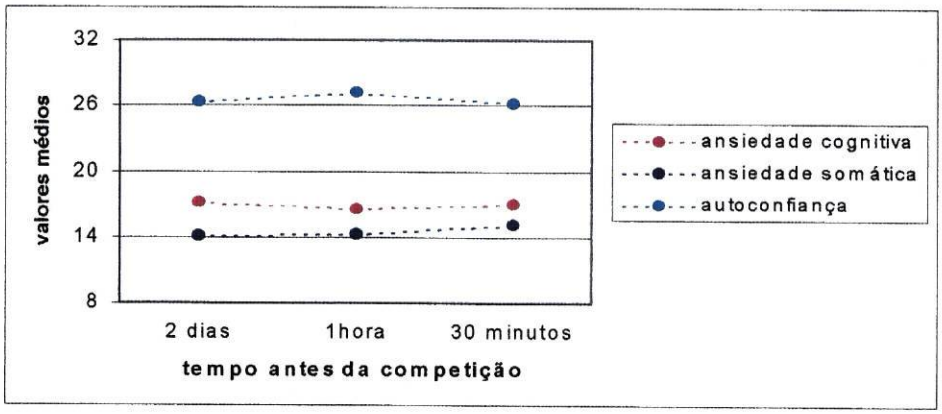


Figura 24 – Padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança dos jogadores com um tempo prática ≤ 7 anos

No grupo de jogadores com um tempo de prática que varia entre os 8 e os 15 anos, os níveis de ansiedade cognitiva diminuem do primeiro ao último momento de avaliação, ao contrário dos níveis de ansiedade somática e de autoconfiança que aumentam (conforme Figura 25). (sem diferenças significativas)

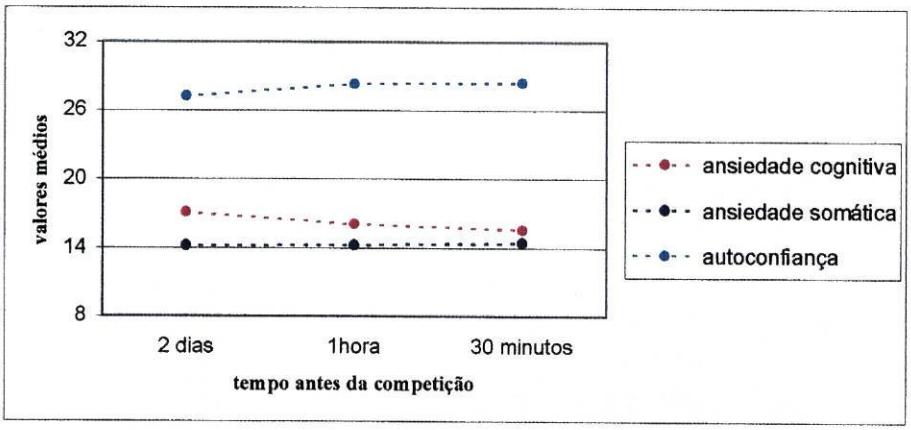


Figura 25 – Padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança dos jogadores com 8 anos ≤ tempo prática ≤ 15 anos

No grupo que pratica basquetebol há mais tempo (tempo prática ≥ 16 anos), os níveis de ansiedade cognitiva diminuem de "2 dias antes" para "1 hora antes" e aumentam "30 minutos antes" da competição, onde apresenta níveis inferiores aos registados "2 dias antes". Verifica-se a mesma tendência em relação aos níveis de ansiedade somática. Contudo "30 minutos antes" da competição, os níveis apresentados são idênticos aos registados "2 dias antes". Em relação à

autoconfiança, os níveis aumentam progressivamente (conforme Figura 26). (sem diferenças significativas)

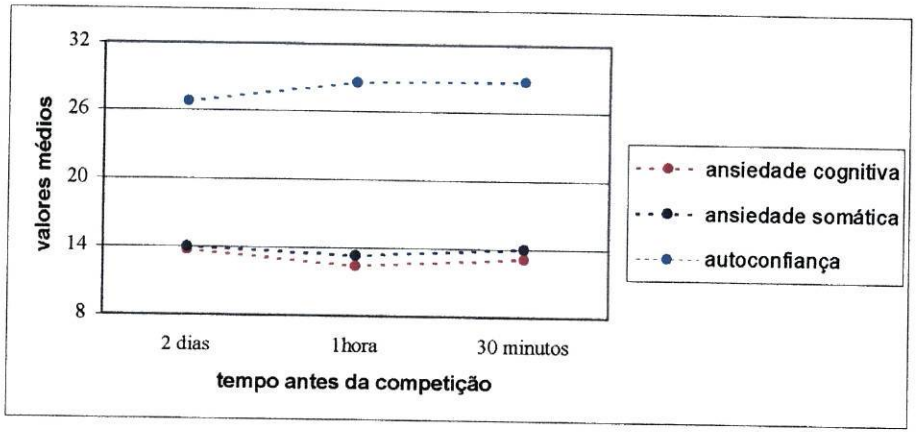


Figura 26 – Padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança dos jogadores com um tempo prática ≥ 16 anos

A análise do Quadro 20 mostra-nos que a autoconfiança é a variável que regista os níveis mais elevados, nos três momentos de avaliação, nos três grupos considerados. Segue-se-lhe a ansiedade cognitiva e por último, a ansiedade somática, excepto no grupo com um tempo de prática que varia entre os 8 e 15 anos, onde essa tendência se inverte.

Quadro 20- Padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança em função do tempo de prática de Basquetebol

		variáveis	Tempo de prática						F	p
			≤ 7 anos		8 a 15 anos		≥ 16 anos			
			(N = 11)		(N = 13)		(N = 16)			
			M	DP	M	DP	M	DP		
tempo antes da competição	2 dias	ansiedade cognitiva	**17.18**	4.5	**17.11**	5.5	**13.70**	2.8	2.313	0.113
		ansiedade somática	**14.18**	3.8	**14.21**	4.2	**14.00**	3.5	0.010	0.990
		autoconfiança	**26.27**	4.5	**27.26**	5.7	**26.80**	5.3	0.122	0.886
	1 hora	ansiedade cognitiva	**16.63**	5.2	**16.09**	5.9	**12.40**	3.9	2.490	0.097
		ansiedade somática	**14.24**	4.6	**14.26**	4.5	**13.30**	3.0	0.192	0.826
		autoconfiança	**27.27**	4.3	**28.32**	6.1	**28.60**	3.847	0.225	0.799
	30 minutos	ansiedade cognitiva	**17.00**	7.6	**15.58**	6.2	**13.10**	3.7	1.176	0.320
		ansiedade somática	**15.18**	6.3	**14.47**	4.2	**14.00**	4.4	0.154	0.858
		autoconfiança	**26.18**	5.0	**28.40**	6.3	**28.74**	4.2	0.899	0.416

Através da aplicação do teste *Lambda de Wilks* verifica-se que o Padrão Temporal dos estados de ansiedade (cognitiva e somática) e de autoconfiança não se diferencia em função do tempo de prática dos jogadores.

Em relação aos níveis de intensidade de cada uma das variáveis (ansiedade cognitiva, ansiedade somática e autoconfiança), podemos verificar na Figura 27 que o grupo de jogadores que pratica basquetebol há mais tempo (tempo de prática $\geq$ 16 anos) apresenta os níveis mais baixos de ansiedade cognitiva e que, pelo contrário, o grupo que pratica há menos tempo (tempo de prática $\leq$ 7 anos), apresenta os níveis mais elevados. (embora não se registem diferenças significativas, através de comparações *à posteriori* podemos verificar diferenças estatisticamente significativas "1 hora antes" da competição, entre o grupo que pratica há mais tempo e o que pratica há menos tempo)

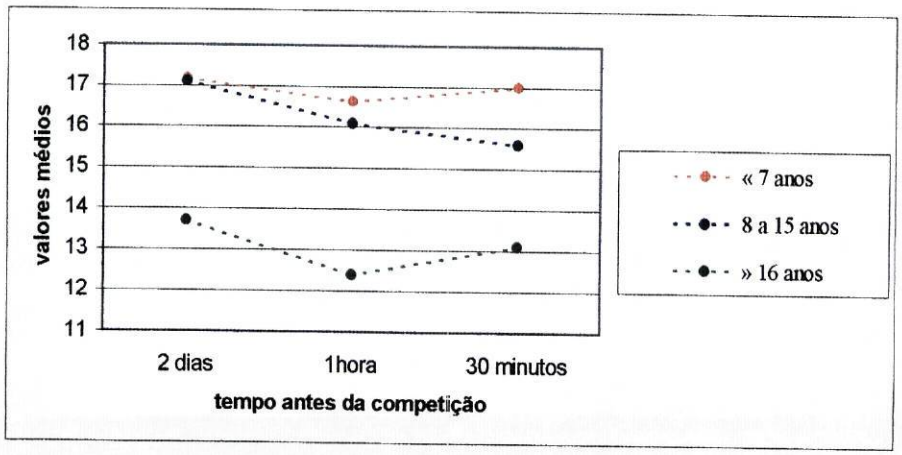


Figura 27 – Padrão temporal do estado de ansiedade cognitiva em função do tempo de prática de basquetebol

Também é o grupo que pratica basquetebol há mais tempo que apresenta os níveis mais baixos de ansiedade somática e, pelo contrário, o grupo com um tempo de prática que varia entre os 8 e os 15 anos, os níveis mais elevados, excepto "30 minutos antes" da competição (conforme Figura 28). (sem diferenças significativas entre os grupos considerados)

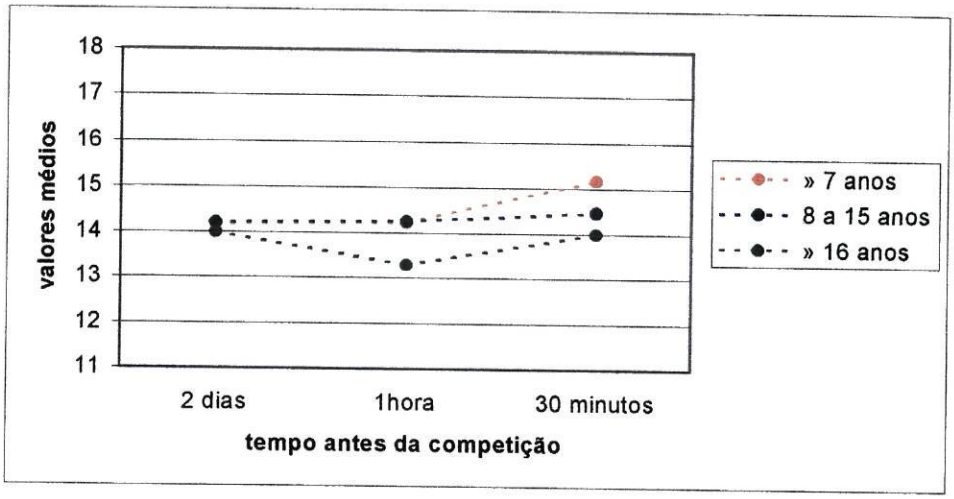


Figura 28 – Padrão temporal do estado de ansiedade somática em função do tempo de prática de basquetebol

Na autoconfiança, é o grupo de jogadores que pratica basquetebol há menos tempo que apresenta os níveis mais elevados, excepto "2 dias antes da competição. Pelo contrário, o grupo de jogadores que pratica há menos tempo apresenta os níveis mais baixos (conforme Figura 29). (sem diferenças significativas entre os grupos considerados)

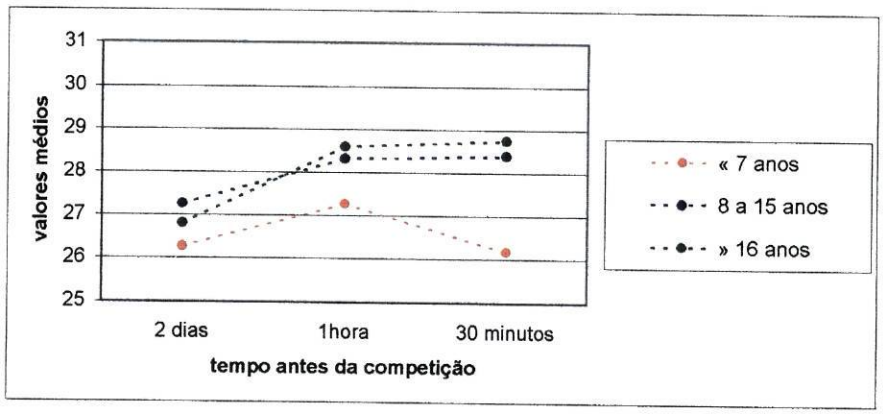


Figura 29 – Padrão temporal da autoconfiança em função do tempo de prática de basquetebol

1.2.6. Em função do número de treinos por semana

Em relação ao número de treinos por semana, na Figura 30 podemos observar que, no grupo de jogadores que treina 1 vezes por semana, à medida que se aproxima a competição, os níveis de ansiedade cognitiva diminuem do primeiro ao último momento de avaliação, enquanto que os níveis de ansiedade somática aumentam. Em relação à autoconfiança, primeiro aumentam e depois diminuem "30 minutos antes" da competição, onde apresenta níveis superiores aos registados "2 dias antes". (sem diferenças significativas)

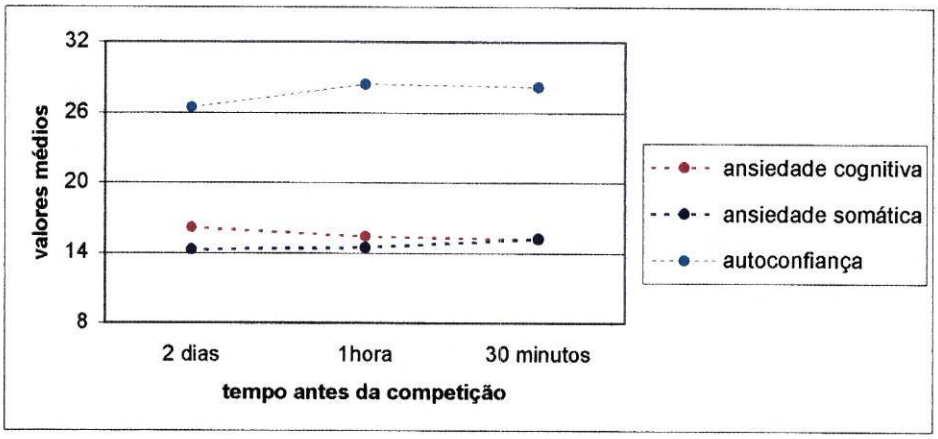


Figura 30 – Padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança dos jogadores com 1 treino por semana

No grupo que treina 2 vezes por semana, tanto a ansiedade cognitiva como a ansiedade somática, primeiro diminuem e depois aumentam no terceiro momento de avaliação, onde apresentam níveis inferiores aos registados "2 dias antes". Verifica-se a mesma tendência em relação aos níveis de autoconfiança. Contudo "30 minutos antes" da competição apresenta níveis superiores aos registados "2 dias antes".(conforme Figura 31). (sem diferenças significativas)

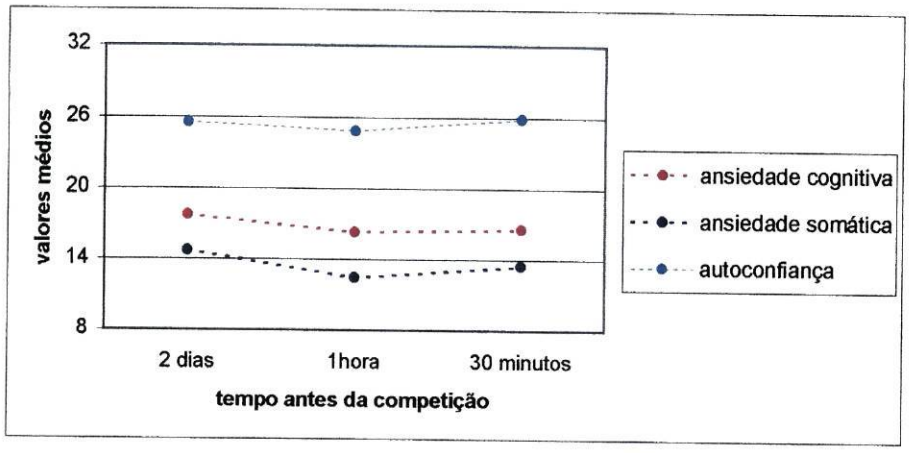


Figura 31 – Padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança dos jogadores com 2 treinos por semana

No grupo de jogadores que treina 3 vezes por semana, a ansiedade cognitiva diminui do primeiro para o segundo momento de avaliação e depois aumenta "30 minutos antes" da competição, onde apresenta níveis inferiores aos registados "2 dias antes". Pelo contrário, os níveis de ansiedade somática primeiro aumentam e depois diminuem, apresentando aos "30 minutos antes" da competição níveis superiores aos registados "2 dias antes" Verifica-se a mesma tendência em relação aos níveis de autoconfiança. Contudo "30 minutos antes" da competição apresenta níveis inferiores aos registados "2 dias antes" (conforme Figura 32). (sem diferenças significativas)

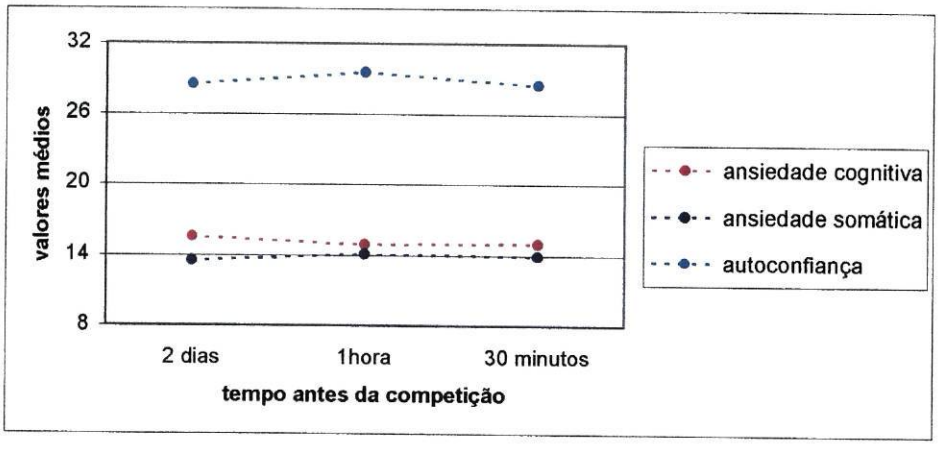


Figura 32 – Padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança dos jogadores com 3 treinos por semana

Como se pode observar no Quadro 21, a autoconfiança é a variável que regista os níveis mais elevados, nos três momentos de avaliação, nos três grupos considerados. Segue-se-lhe a ansiedade cognitiva e por último, a ansiedade somática, excepto "30 minutos antes" da competição, no grupo que treina 1 vez por semana, onde essa tendência se inverte.

Quadro 21 – Padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança em função do número de treinos por semana

		variáveis	número de treinos por semana						F	p
			1 treino		2 treinos		3 treinos			
			(N = 22)		(N = 7)		(N = 11)			
			M	DP	M	DP	M	DP		
tempo antes da competição	2 dias	ansiedade cognitiva	**16.18**	5.2	**17.71**	4.9	**15.55**	2.5	0.490	0.616
		ansiedade somática	**14.27**	4.2	**14.71**	3.4	**13.55**	3.1	0.228	0.797
		autoconfiança	**26.45**	5.2	**25.57**	7.3	**28.55**	3.5	0.851	0.435
	1 hora	ansiedade cognitiva	**15.41**	5.2	**16.29**	6.2	**14.91**	4.8	0.145	0.866
		ansiedade somática	**14.45**	3.9	**12.43**	2.8	**14.09**	5.1	0.654	0.526
		autoconfiança	**28.41**	4.7	**24.86**	6.6	**29.55**	2.7	2.257	0.119
	30 minutos	ansiedade cognitiva	**15.14**	6.4	**16.57**	7.6	**15.00**	3.7	0.175	0.840
		ansiedade somática	**15.23**	5.2	**13.43**	4.2	**13.91**	4.6	0.486	0.619
		autoconfiança	**28.18**	5.1	**25.86**	7.6	**28.50**	3.1	0.700	0.503

Através da aplicação do teste *Lambda de Wilks* verifica-se que o Padrão Temporal dos estados de ansiedade (cognitiva e somática) e de autoconfiança não se diferencia em função do número de treinos por semana.

No que diz respeito aos níveis de intensidade em cada uma das variáveis (ansiedade cognitiva, ansiedade somática e autoconfiança), na Figura 33 podemos observar que, o grupo que treina 3 vezes por semana apresenta os níveis mais baixos de ansiedade cognitiva e, pelo contrário, o grupo que treina 1 vez por semana, os níveis mais altos. (sem diferenças significativas entre os grupos considerados).

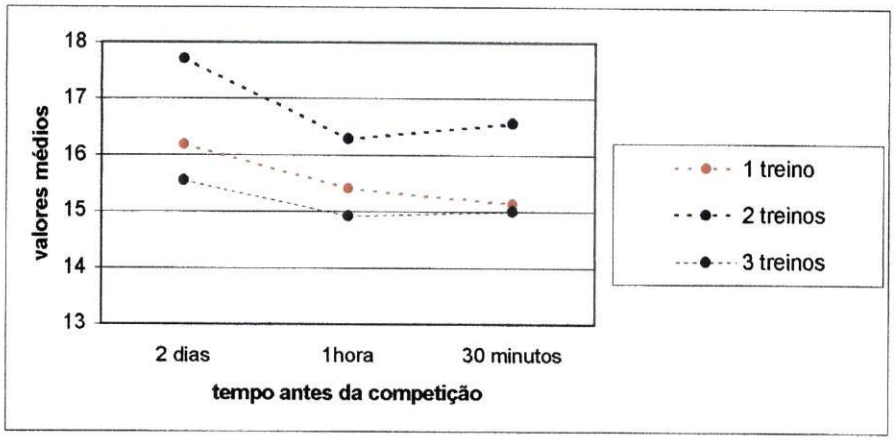


Figura 33 – Padrão temporal do estado de ansiedade cognitiva em função do número de treinos por semana

Na ansiedade somática, quem treina 2 vezes por semana apresenta os níveis mais baixos (excepto "2 dias antes" da competição, onde regista os níveis mais elevados) e, pelo contrário, quem treina 1 vez por semana apresenta os níveis mais altos (conforme Figura 34). (sem diferenças significativas entre os grupos considerados).

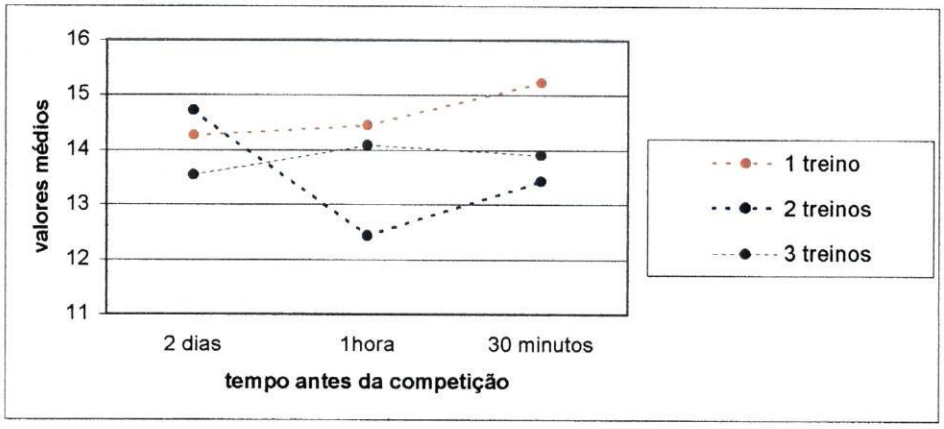


Figura 34 - Padrão temporal do estado de ansiedade somática em função do número de treinos por semana

Na autoconfiança, quem treina 3 vezes por semana apresenta os níveis mais elevados e, pelo contrário, quem treina 2 vezes, os níveis mais baixos (conforme Figura 35). (sem diferenças significativas entre os grupos considerados).

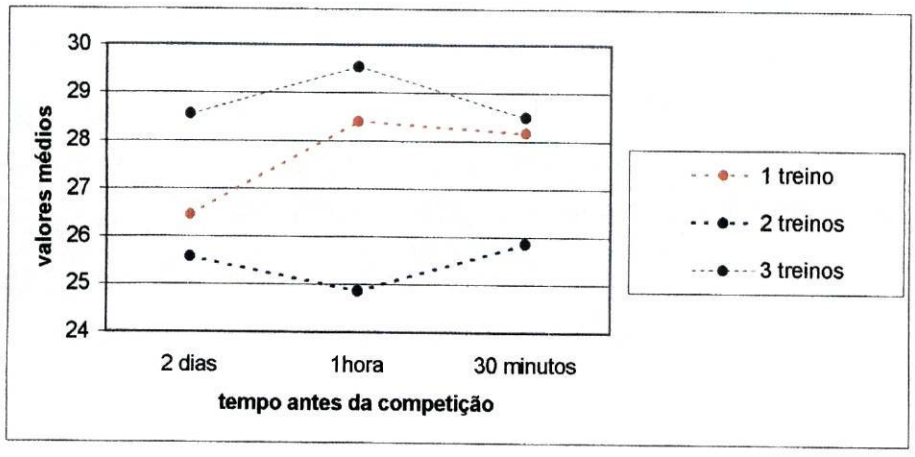


Figura 35 - Padrão temporal da autoconfiança em função do número de treinos por semana

1.2.7. Em função do nível competitivo

Em relação ao nível competitivo dos jogadores, na Figura 36, podemos constatar que, nos jogadores de nível competitivo internacional, os níveis de ansiedade cognitiva diminuem do primeiro ao último momento de avaliação; os níveis de ansiedade somática diminuem de "2 dias antes" para "1 hora antes" e depois mantém-se estáveis. Em relação à autoconfiança, primeiro aumentam e depois mantém-se estáveis. (sem diferenças significativas)

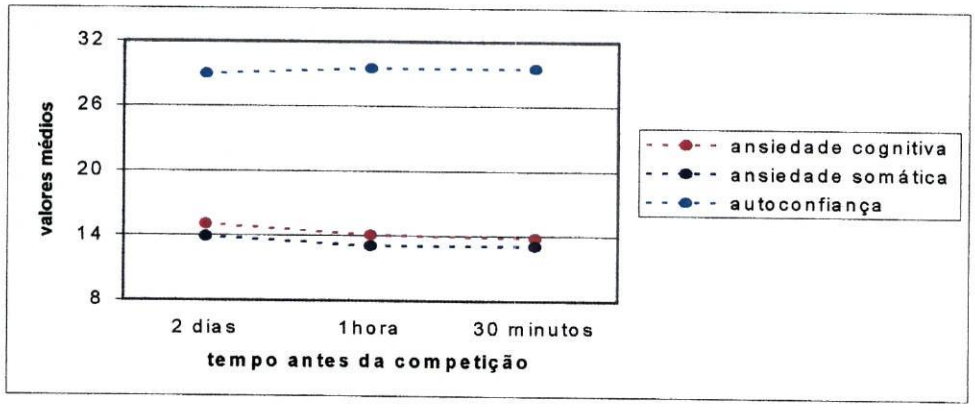


Figura 36 – Padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança dos jogadores de nível competitivo internacional

Nos jogadores de nível competitivo nacional, os níveis de a ansiedade cognitiva primeiro diminuem e depois mantém-se estável; os níveis de ansiedade somática aumentam, do primeiro ao último momento de avaliação. Na autoconfiança, aumentam do primeiro para o segundo momento de avaliação, diminuindo "30 minutos antes" da competição, onde apresenta níveis superiores aos registados "2 dias antes" (conforme Figura 37). (sem diferenças significativas)

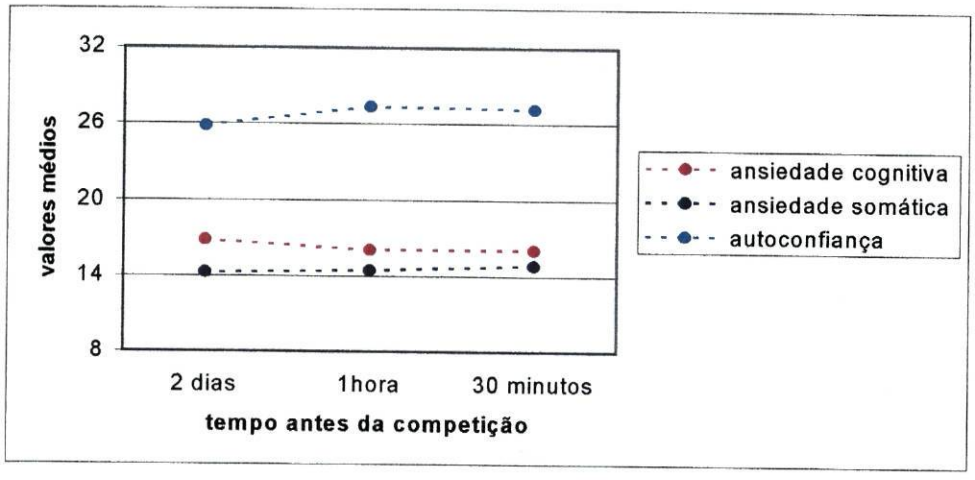


Figura 37 – Padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança dos jogadores de nível competitivo nacional

A análise do Quadro 22 mostra-nos que a autoconfiança é a variável que regista os níveis médios mais elevados, nos 3 momentos de avaliação, em ambos os grupos de jogadores. Segue-se-lhe a ansiedade cognitiva e por último, a ansiedade somática.

Quadro 22 – Padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança em função do nível competitivo

		variáveis	nível competitivo				F	p
			internacional (N = 13)		nacional (N = 27)			
			M	DP	M	DP		
tempo antes da competição	2 dias	ansiedade cognitiva	**15.08**	3.5	**16.85**	4.9	1.367	0.250
		ansiedade somática	**13.92**	3.3	**14.26**	4.0	0.070	0.793
		autoconfiança	**29.00**	3.5	**25.85**	5.6	3.409	0.073
	1 hora	ansiedade cognitiva	**14.08**	4.5	**16.07**	5.4	1.316	0.259
		ansiedade somática	**13.08**	3.1	**14.44**	4.4	0.997	0.324
		autoconfiança	**29.54**	3.6	**27.41**	5.3	1.745	0.194
	30 minutos	ansiedade cognitiva	**13.85**	3.9	**16.07**	6.6	1.252	0.270
		ansiedade somática	**13.92**	3.7	**14.85**	5.3	0.317	0.577
		autoconfiança	**29.54**	3.3	**27.19**	5.8	1.863	0.180

Através da aplicação do teste *Lambda de Wilks* verifica-se que o Padrão Temporal dos estados de ansiedade (cognitiva e somática) e de autoconfiança não se diferencia em função do nível competitivo dos jogadores.

No que diz respeito aos níveis de intensidade de cada uma das variáveis (ansiedade cognitiva, ansiedade somática e autoconfiança), podemos verificar que, à medida que se aproxima competição, os jogadores de nível competitivo internacional apresentam níveis inferiores de ansiedade cognitiva (conforme Figura 38) e de ansiedade somática (conforme Figura 39) e, pelo contrário, níveis superiores de autoconfiança (conforme Figura 40). (sem diferenças significativas).

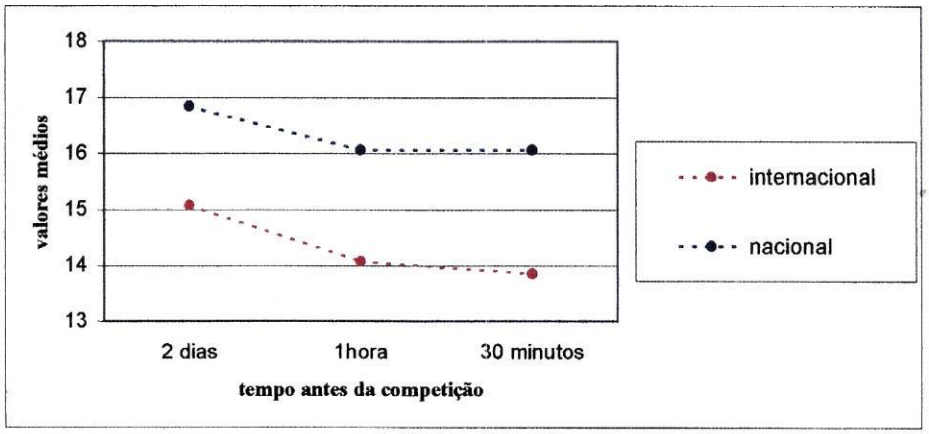


Figura 38 – Padrão temporal do estado de ansiedade cognitiva em função do nível competitivo

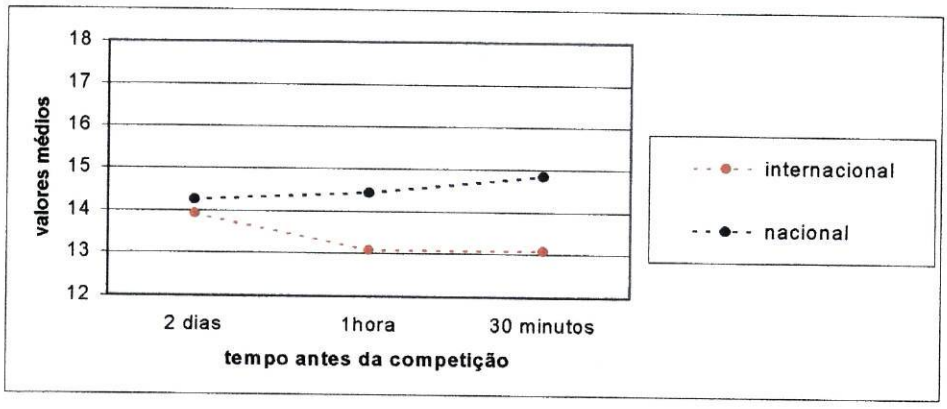


Figura 39 - Padrão temporal do estado de ansiedade somática em função do nível competitivo

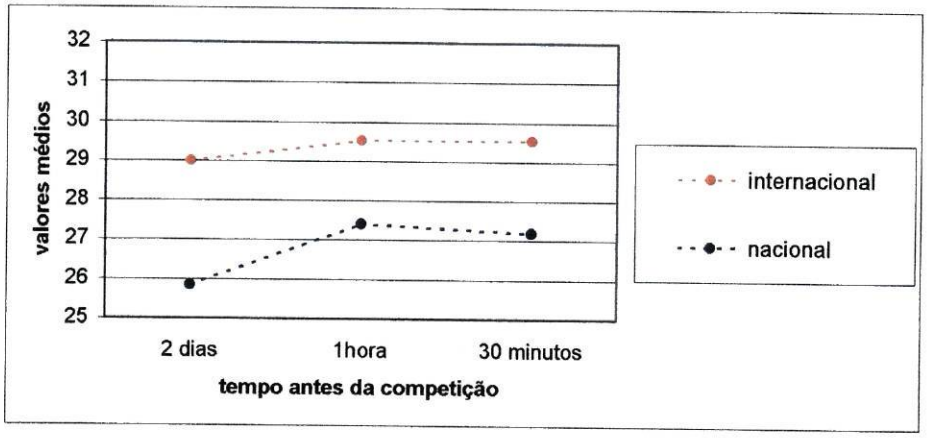


Figura 40 - Padrão temporal do estado de autoconfiança em função do nível competitivo

Apresentados os resultados, iremos proceder à sua discussão.

2. Discussão dos resultados

Os resultados irão ser, seguidamente, discutidos, segundo a sequência da sua apresentação neste capítulo. Começamos por referir que na maioria dos resultados obtidos no nosso estudo, as diferenças encontradas não se revestiram de significado estatístico. Porém, atendendo à tendência verificada, pensamos que numa amostra mais alargada, as mesmas poderiam assumir relevância estatística.

Padrão temporal Geral

No que diz respeito ao padrão temporal dos estados de ansiedade (cognitiva e somática) e de autoconfiança dos jogadores, embora sem significado estatístico, os resultados do nosso estudo mostram que, à medida que se aproxima a competição, a ansiedade cognitiva diminui progressivamente; a ansiedade somática diminui e no dia da competição aumenta; a autoconfiança aumenta e no dia da competição diminui.

Os resultados obtidos relativamente à ansiedade cognitiva e à autoconfiança, estão de acordo com os resultados dos estudos revistos, realizados com atletas sem deficiência, que apoiam os pressupostos da Teoria Multidimensional da Ansiedade (Parfitt e Hardy, 1987; Burton, 1988; Jone e Cale, 1989; Martens et al., 1983,1990), isto é, que à medida que se aproxima a competição, a ansiedade cognitiva e a autoconfiança se mantêm estáveis.

As diferenças encontradas, poderão ser justificadas, de uma forma geral, em concordância com Campbell e Jones (1997), pelo facto do nosso estudo ser realizado com desportistas com deficiência. São pessoas que já experimentaram anteriormente traumas na sua vida (por ex: a perda de um membro ou com a perda da capacidade funcional dos seus membros) e, durante este processo da vivência dramática e das transformações a que foram obrigados, é muito provável que tenham desenvolvido alguns mecanismos para conviver com esta situação e saibam "lidar" melhor com a ansiedade

pré-competitiva do que os atletas que nunca tiveram o mesmo tipo de experiência na sua vida (Kelly Bonnar, 2001).

Também podemos constatar algumas semelhanças com os resultados da investigação de Campbell e Jones, na ansiedade cognitiva, no dia da competição. Podemos ainda verificar que, "30 minutos antes" da competição, os níveis médios de ansiedade cognitiva e somática registados no nosso estudo (15.35 e 14.55, respectivamente) são significativamente inferiores aos observados pelos autores (21.65 e 27.72, respectivamente) e que, pelo contrário, os níveis de autoconfiança são superiores (27.95 e 23.33, respectivamente). Por outro lado, podemos constatar que, à medida que se aproxima a competição, a autoconfiança é a variável que apresenta os níveis médios mais elevados, enquanto que no estudo de Campbell e Jones é a ansiedade somática.

As diferenças encontradas poderão ser justificadas pelo tamanho reduzido da nossa amostra e de incluir apenas duas mulheres. De facto, a maioria dos estudos realizados confirmam que os estados de ansiedade pré-competitiva variam em função do sexo (Martens et al., 1983,1990; Jones et al., 1991; Swain e Jones, 1991; Russel, 1998; Cruz, 1994).

Outro motivo poderá estar relacionado com o tipo de modalidade que está a ser estudada. Ou seja, o nosso estudo só inclui jogadores de basquetebol em cadeira de rodas (modalidade colectiva) e, de acordo com a investigação revista, os estados de ansiedade pré-competitiva variam em função do tipo de desporto (individual ou colectivo) que é praticado (Martens et al., 1990; Krane e Williams,1987).

Por outro lado, podemos ainda sugerir que as diferenças verificadas poderão deve-se ao facto do nível de competitividade dos jogos de basquetebol em cadeira de rodas em Portugal ser diferente da realidade internacional. Vários estudos, referidos por Krane e Williams (1987), mostraram que os estados de ansiedade pré-competitiva variam em função do nível competitivo.

Os resultados do nosso estudo também mostram que, à medida que se aproxima a competição, a autoconfiança é a dimensão que apresenta os

valores médios mais elevados. Segue-se-lhe a ansiedade cognitiva e, por último, a ansiedade somática, embora sem diferenças significativas.

Nos jogadores em estudo, verifica-se ainda que apresentam níveis moderados de ansiedade cognitiva e ansiedade somática, em níveis muito idênticos, e níveis elevados de autoconfiança pré-competitivos.

O facto dos níveis registados na ansiedade cognitiva e na ansiedade somática serem muito próximos, poderão levar-nos a concluir que, no basquetebol, a percepção que os jogadores têm acerca da situação negativa, neste caso a competição, é idêntica às manifestações exteriores (modificações fisiológicas) por eles demonstradas. Ou seja, se antes de uma competição, o atleta apresentar sinais exteriores de tensão, de desconforto, de nervosismo, como é o ter as mãos suadas, o estar agitado, um aumento da frequência cardíaca, podemos ter a informação de que o atleta identifica aquela competição como sendo ameaçadora para ele, receando um resultado negativo.

Em relação à autoconfiança, constata-se que esta se destaca das outras dimensões. A maioria das respostas dadas pelos jogadores nas questões desta dimensão, situam-se entre os valores 3 ("bastante") e 4 ("muito") da grelha de respostas do inventário CSAI-2 (Martens et al., 1990). Parece poder sugerir-se que, os jogadores de basquetebol são bastante confiantes e crêem nas suas capacidades.

Pensamos que a explicação para os resultados obtidos, níveis moderados de ansiedade cognitiva e ansiedade somática e níveis elevados de autoconfiança, poderá dever-se a alguns dos factores que apontamos de seguida.

Em primeiro lugar, o basquetebol é uma modalidade colectiva, onde cada jogador faz parte de um todo, a distribuição de responsabilidades e funções, a difusão dos erros individuais e a coesão do grupo, poderão, de certa forma, contribuir para o desenvolvimento de um "sentimento de grupo" e criar nos atletas uma certa estabilidade e segurança.

Em segundo lugar, como já foi referido, os jogadores em questão já experimentaram anteriormente traumas na sua vida e, como tal, é muito provável que saibam "lidar" melhor com a ansiedade pré-competitiva do que os

atletas que nunca tiveram o mesmo tipo de experiência na sua vida (Kelly Bonnar, 2001).

Em terceiro lugar, todas as equipas que fazem parte da amostra têm como treinador um colega de equipa (APD Lisboa, ADM Barcelos e APD Leiria) ou um técnico com formação específica (APD Braga e APD Sintra) que, à partida, preparará os jogadores convenientemente para a "tensão" sentida antes da competição. Este aspecto poderá justificar-se, de certa forma, por apenas 2 jogadores usufruírem actualmente de acompanhamento psicológico, assim como, por todos os jogadores afirmarem publicamente que o psicólogo da equipa é o seu treinador.

Em quarto lugar, a fraca assistência de público aos jogos de basquetebol em cadeira de rodas, pois sabe-se que uma das potenciais fontes de ansiedade é o comportamento dos espectadores (Cruz, 1994). Na sua maioria, como podemos constatar pessoalmente e como foi confirmado pelos jogadores, são familiares e amigos.

Em quinto lugar, poderemos referir o não existirem jogadores profissionais e o não se verificarem transferências de jogadores entre as associações desportivas. Daí ser possível que percepcionem a competição como menos "ameaçadora" e justifiquem a sua prática de basquetebol, maioritariamente, pelo "gosto, prazer, distracção, convívio, bem estar físico e psicológico". No diálogo que mantivemos com os jogadores ao longo do estudo, ficámos a saber que estes integram a associação mais próxima do seu local de residência, muitas vezes situada a mais de 30 km de distância do local de treino.

Por último, em sexto lugar, a confirmação de que 2 dias antes da competição, a maioria dos jogadores estarem confiantes na vitória.

Pelo que acabámos de referir e, de acordo com os resultados apresentados, no que se refere ao padrão temporal dos estados de ansiedade (cognitiva e somática) e de autoconfiança, não se confirmam as *hipóteses H1a, H1b e H1c* e, consequentemente, a *H1* é rejeitada.

Idade

Relativamente ao padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança em função da idade dos jogadores, embora sem significado estatístico, os resultados obtidos no nosso estudo permitem verificar que, à medida que se aproxima a competição, nos jogadores mais novos (i.e., com idade $\leq$ 29 anos) assim como no grupo com idades intermédias (i.e., com 30 $\leq$ idade $\leq$ 39 anos), a ansiedade cognitiva diminui. Contudo, no grupo dos mais velhos novos (i.e., com idade $\geq$ 40 anos), a ansiedade cognitiva diminui e no dia da competição aumenta ligeiramente.

As diferenças encontradas, no dia da competição, poderão reflectir uma certa maturidade e responsabilidade por parte dos jogadores mais velhos. Ou seja, apesar de apresentarem sempre os níveis mais baixos de ansiedade cognitiva (dos três grupos considerados), estes jogadores, que são os mais velhos e os que praticam basquetebol há mais tempo (na sua maioria), avaliam a competição de forma mais conscienciosa, considerando-a como mais um desafio a enfrentar e a vencer e, como tal, é provável que na "hora da verdade" sejam mais críticos em relação à sua prestação.

Quanto à ansiedade somática, enquanto que no grupo dos mais novos, à medida que se aproxima a competição, a ansiedade somática diminui ligeiramente, no grupo com idades intermédias, aumenta. No grupo dos mais velhos, a ansiedade somática diminui e no dia da competição aumenta.

Globalmente, as diferenças encontradas, também sem significado estatístico, poderão ser um reflexo da avaliação cognitiva da competição. Isto é, "quando a avaliação cognitiva indica a existência de uma ameaça, também se gera a activação fisiológica (aumento da frequência cardíaca, sudação,...) como parte da mobilização dos recursos para lidar com a situação" (Cruz, 1994, p. 245), traduzida em sentimentos de tensão, apreensão, desconforto e nervosismo.

Em relação à autoconfiança, à medida que se aproxima a competição, podemos verificar que, tanto no grupo dos mais novos, assim como no dos mais velhos, a autoconfiança aumenta e no dia da competição diminui. No

entanto, no grupo com idades intermédias, a autoconfiança aumenta progressivamente.

Embora sem significado estatístico, as diferenças encontradas poderão ser justificadas da seguinte forma: como verificámos anteriormente, no grupo com idades intermédias, à medida que se aproxima a competição, os níveis de ansiedade cognitiva diminuem, o que, possivelmente, traduzirá uma diminuição das expectativas negativas dos jogadores relativamente ao seu desempenho em competição. Como tal, é provável que esta diminuição das expectativas negativas esteja fortemente associada à convicção que estes jogadores têm, nas suas capacidades, em ser bem sucedidos, traduzida num aumento da autoconfiança, à medida que se aproxima a competição.

Pelo que acabámos de referir e, de acordo com os resultados apresentados, no que diz respeito ao padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança em função da idade dos jogadores, os resultados obtidos não confirmam as *hipóteses H2a, H2b e H2c* e, consequentemente a *H2* é rejeitada..

Relativamente aos níveis de intensidade de cada uma das variáveis (ansiedade cognitiva, ansiedade somática e autoconfiança) em função da idade, embora sem significado estatístico, os resultados do nosso estudo mostram que, à medida que se aproxima a competição, os jogadores mais velhos apresentam níveis mais baixos de ansiedade cognitiva e de autoconfiança (com diferenças mais acentuadas "1 hora antes" da competição), quando comparados com os restantes grupos de jogadores mais novos. O mesmo se verifica em relação à ansiedade somática, excepto aos "30 minutos antes" da competição, onde registam níveis mais elevados.

De uma forma geral, os níveis mais baixos de ansiedade cognitiva e somática, encontrados no nosso estudo, poderão ser justificados pelo facto dos jogadores mais velhos (i.e., idade $\geq$ 40 anos) praticarem basquetebol há mais tempo (i.e., tempo de prática $\geq$ 16 anos) e, como tal, poderá já haver um bom conhecimento mútuo dos jogadores na competição e daí ser possível que a percepcionem como menos "ameaçadora", associado a um melhor

entendimento acerca de todo o fenómeno desportivo e mais maturidade na resolução de problemas que lhe são inerentes.

Por outro lado, os níveis de ansiedade dos atletas adultos diminuem com a idade, verificando-se que os indivíduos mais velhos participam na competição por razões menos egocêntricas (por exemplo: distracção, bem estar físico e psicológico) do que os competidores mais jovens (por exemplo: resultados e reconhecimento) (Maehr e Braskamp, 1986), o que poderá igualmente justificar as diferenças encontradas no nosso estudo.

Em relação à situação registada aos 30 minutos antes da competição, os níveis mais elevados de ansiedade somática nos jogadores mais velhos (i.e., idade $\geq$ 40 anos) em relação aos mais novos (i.e., idade $\leq$ 29 anos), poderão reflectir uma certa maturidade, responsabilidade e preocupação com o aquecimento. Ou seja, no decorrer das competições a que assistimos, constatámos pessoalmente que existia uma grande preocupação, por parte dos jogadores mais velhos, em realizarem um aquecimento prévio, de uma forma correcta e organizada, tentando incutir este hábito aos jogadores mais jovens, justificado não só pela importância do aquecimento em si, mas também pelo factor "persuasão" para com a equipa adversária.

No que diz respeito à autoconfiança, pensamos que o "peso" da idade e do tempo de prática, o medo do fracasso associado ao conhecimento prévio do valor dos adversários mais jovens e à obrigação de vencer, aliado à necessidade de melhorar desempenhos anteriores (Thomas e al., 1987), poderão constituir factores que julgamos poderem explicar os níveis mais baixos de autoconfiança nos jogadores mais velhos.

Em síntese, os resultados obtidos não estão de acordo com os resultados de outras investigações, que concluíram que os atletas mais velhos apresentam níveis significativamente mais baixos de ansiedade cognitiva e de autoconfiança, quando comparados com os mais novos (Maehr e Braskamp, 1986; Okwumabua et al., 1987; Martens et al., 1990; Hammermiester e Burton, 1995). Do mesmo modo, não confirmam as hipóteses *H2d e H2f.*

Em relação à ansiedade somática, os resultados estão de acordo com os resultados de outras investigações, que concluíram que não se registam diferenças em função da idade dos atletas (Maehr e Braskamp, 1986; Okwumabua et al., 1987; Martens et al., 1990; Hammermiester e Burton, 1995), assim como confirmam a *hipótese H2e.*

Tipo de deficiência

Os resultados obtidos no nosso estudo sobre o padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança em função do "tipo de deficiência" dos jogadores, embora sem significado estatístico, permitem verificar que: à medida que se aproxima a competição, independentemente do "tipo de deficiência" (congénita ou adquirida), a ansiedade cognitiva diminui (registando-se um decréscimo mais acentuado, "1 hora antes" da competição, no grupo dos jogadores com deficiência adquirida); que, em ambos os grupos, à medida que se aproxima a competição, a autoconfiança aumenta (registando-se um acréscimo mais acentuado no grupo de jogadores com deficiência congénita) e no dia da competição diminui. Relativamente à ansiedade somática, verifica-se que enquanto no grupo de jogadores com deficiência congénita a ansiedade somática aumenta, à medida que se aproxima a competição, no grupo com deficiência adquirida diminui, aumentando, apenas, no dia da competição.

De uma forma geral, as diferenças encontradas na ansiedade somática poderão ser explicadas com o parecer de Guttmann, citado por Campbell e Jones (1997, p. 104), que sugere que "certas deficiências físicas, como por exemplo lesões na coluna vertebral, podem perturbar o funcionamento do sistema nervoso autónomo (que está associado à ansiedade somática) e daí a possível variabilidade de "respostas" na ansiedade somática".

Assim, no que diz respeito ao padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança em função do "tipo de deficiência" dos jogadores, os resultados obtidos no nosso estudo rejeitam as *hipóteses H3a, H3b e H3c* e, consequentemente a *H3.*.

Relativamente aos níveis de intensidade de cada uma das variáveis (ansiedade cognitiva, ansiedade somática e autoconfiança) em função do tipo de deficiência, os resultados do nosso estudo mostram que, à medida que se aproxima a competição, os jogadores com deficiência congénita apresentam níveis significativamente mais elevados de autoconfiança do que os jogadores com deficiência adquirida, apenas "1 hora antes" da competição.

Já no que se refere à ansiedade cognitiva, embora sem significado estatístico, também são os jogadores com deficiência congénita que registam os níveis mais elevados, com diferenças mais acentuadas a 30 minutos da competição,

Na ansiedade somática, ocorre a mesma situação, excepto a 2 dias da competição, onde os jogadores com deficiência adquirida apresentam níveis superiores (com diferenças mais acentuadas "1 hora antes" da competição).

As diferenças relativas à autoconfiança, poderão ser justificadas, por um lado, devido ao número de jogadores com deficiência congénita ser significativamente inferior ao dos jogadores com deficiência adquirida e, por outro, o de todos os jogadores com deficiência congénita terem menos de 40 anos.

Quanto à ansiedade cognitiva, as diferenças nos resultados poderão estar relacionadas com o facto da maioria dos jogadores com deficiência adquirida já terem praticado desporto antes de adquirirem a deficiência e, como tal, as suas expectativas de ter sucesso na competição serem maiores.

A situação verificada na ansiedade somática, "2 dias antes" da competição, poderá explicar-se, também, com o parecer de Guttmann, citado por Campbell e Jones (1997, p. 104), que sugere que "certas deficiências físicas, como por exemplo lesões na coluna vertebral, podem perturbar o funcionamento do sistema nervoso autónomo (que está associado à ansiedade somática) e daí a possível variabilidade de "respostas" na ansiedade somática".

Resumindo, no que se refere aos níveis de intensidade de cada uma das variáveis (ansiedade cognitiva, ansiedade somática e autoconfiança), os resultados obtidos não confirmam as *hipóteses H3d, H3e e H3f.*

Tempo de aquisição da deficiência

Relativamente ao padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança em função do "tempo de aquisição" da deficiência, embora sem significado estatístico, os resultados obtidos no nosso estudo permitem constatar que, independentemente do "tempo de aquisição" da deficiência, a ansiedade cognitiva diminui até ao dia da competição. Sendo que, é no dia da competição que o padrão se diferencia. Isto é: no grupo de jogadores com deficiência há menos tempo (i.e., com um tempo de aquisição ≤ 6anos) a ansiedade cognitiva aumenta; no grupo com deficiência há mais de 6 anos e há menos de 30 anos, a ansiedade cognitiva mantém-se estável; no grupo com deficiência há mais tempo, a ansiedade cognitiva continua a diminuir.

O tempo de prática de basquetebol dos jogadores que integram cada um dos grupos considerados poderá contribuir para explicar as diferenças encontradas. Verifica-se que a praticar basquetebol há mais tempo (i.e., tempo de prática ≥ 16 anos) temos: 80% dos jogadores com deficiência há 30 ou mais anos; 33,3% dos jogadores com deficiência há mais de 6 anos e há menos de 30 anos; 16,7% dos jogadores com deficiência há 6 ou menos anos. Pelo contrário, 83,3% dos jogadores com deficiência há menos tempo, pratica basquetebol apenas há 7 ou menos anos.

De acordo com a literatura revista, existe uma relação negativa entre os anos de prática e a ansiedade cognitiva (Martens et al., 1990; Gould et al. 1984). Assim, é provável que os jogadores menos experientes (com menos tempo de prática) que são, na sua maioria, os jogadores com deficiência há 6 ou menos anos, registem um aumento nos níveis de ansiedade cognitiva, no dia da competição.

Por outro lado, também se verifica que os jogadores com deficiência há mais tempo são jogadores de nível competitivo internacional. Como tal, poderão estar habituados a níveis de exigência física, psíquica, técnica e táctica mais elevados e daí ser provável que, no dia da competição, a encarem de uma forma menos "ameaçadora", com menos ansiedade.

Quanto à ansiedade somática, verifica-se que, tanto no grupo de jogadores com deficiência há 6 ou menos anos, como no grupo com deficiência há mais de 6 anos e há menos de 30 anos, a ansiedade somática diminui, à medida que se aproxima a competição, aumentando no dia da competição. Contudo, no grupo com deficiência há 30 ou mais anos, a ansiedade somática mantém-se estável, até ao dia da competição e só depois diminui ligeiramente (13.20 para 13.00).

As diferenças encontradas, também sem significado estatístico, poderão igualmente estar relacionados com o tempo de prática, bem como, com o nível competitivo dos jogadores. Daí que, os jogadores com deficiência há mais tempo, não apresentem grandes oscilações nos níveis de ansiedade somática, à medida que se aproxima a competição e que, dos três grupos considerados, apresentem os níveis mais baixos.

Como tal, os resultados obtidos, referentes ao padrão temporal do estado de ansiedade cognitiva e somática em função do "tempo de aquisição da deficiência" não confirmam as *hipóteses H4a e H4b* e, consequentemente a *H4* é rejeitada.

Sobre a autoconfiança, enquanto que no grupo com deficiência há menos tempo diminui, à medida que se aproxima a competição e no dia da competição aumenta, no grupo com deficiência há mais tempo, esta tendência inverte-se. No grupo com deficiência há mais de 6 anos e menos de 30 anos, a autoconfiança aumenta progressivamente, à medida que se aproxima a competição.

Pensamos que as diferenças encontradas, também sem significado estatístico, nomeadamente no dia da competição, poderão estar relacionadas com a idade dos jogadores, pois verificamos que no grupo com deficiência há mais tempo temos a maioria dos jogadores com 40 ou mais anos. Como tal, o "peso" da idade e o medo do fracasso perante os adversários mais jovens, constituiriam factores que explicariam a descida nos seus níveis de autoconfiança no dia da competição.

Assim, os resultados obtidos permitem afirmar que o padrão temporal do estado de autoconfiança não se diferencia em função do "tempo de aquisição" da deficiência, rejeitando a *hipótese H4c.*

No que se refere aos níveis de intensidade de ansiedade cognitiva, ansiedade somática e de autoconfiança, em função do "tempo de aquisição" da deficiência, embora sem significado estatístico, os resultados do nosso estudo permite deduzir que, à medida que se aproxima a competição, são os jogadores com deficiência há mais tempo (i.e., com um tempo de aquisição ≥30 anos) que apresentam os níveis mais baixos de ansiedade cognitiva e de ansiedade somática (com diferenças mais acentuadas "30 minutos antes" da competição) e que, pelo contrário, são os jogadores com deficiência há menos tempo (i.e., com um tempo de aquisição ≤ 6 anos) que registam os níveis mais altos.

No que diz respeito à autoconfiança, são os jogadores com deficiência há mais tempo que apresentam níveis mais elevados de autoconfiança, com diferenças estatisticamente significativas apenas "1hora antes" da competição, quando comparados com os restantes grupos de jogadores. Contrariamente, são os jogadores com deficiência há menos tempo que registam os níveis mais baixos de autoconfiança (excepto "2 dias antes" da competição, onde o grupo de jogadores com deficiência há 7 ou mais anos e há 29 ou menos anos, apresenta níveis inferiores), embora sem diferenças significativas.

De uma forma geral, os resultados do nosso estudo poderão ser justificados, por um lado, porque a maioria dos jogadores com deficiência há mais tempo já praticam basquetebol há 16 ou mais anos e, por outro, serem estes jogadores de nível competitivo internacional. Assim, para além de serem jogadores mais experientes e que já viveram ambientes competitivos mais ricos, onde os níveis de exigência física, psíquica, técnica e táctica são mais elevados, é provável que encarem a competição a nível nacional de uma forma menos "ameaçadora", com mais confiança e menos ansiedade.

No que diz respeito à situação verificada "2 dias antes" da competição, em relação à autoconfiança, entre os dois grupos de jogadores com deficiência há

menos anos, esta poderá reflectir alguma preocupação relativamente a um jogo em particular e transmitir uma certa maturidade nas respostas ao inventário, por parte dos jogadores com um "tempo de aquisição" que varia entre os 7 anos e os 29 anos. Por outro lado, neste grupo também poderão estar incluídos os poucos jogadores que, "2 dias antes" da competição, acreditavam na derrota ou no empate.

Contudo, apesar desta situação, continua a verificar-se que são os jogadores com deficiência há mais tempo que registam os níveis mais altos de autoconfiança. Daí, podermos confirmar que, na globalidade, os jogadores com deficiência há mais tempo apresentam os níveis mais elevados de autoconfiança.

Em síntese, no que se refere aos níveis de intensidade de cada uma das variáveis (ansiedade cognitiva, ansiedade somática e autoconfiança), os resultados obtidos não confirmam as *hipóteses H4d, H4e e H4f.*

Tempo de prática

Sobre o padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança em função do tempo de prática, os resultados obtidos no nosso estudo permitem constatar, embora sem significado estatístico, que, em relação à ansiedade cognitiva, tanto no grupo de jogadores que pratica basquetebol há menos tempo (i.e., com um tempo de prática $\leq$ 7 anos) como no grupo que pratica há mais tempo (i.e., com um tempo de prática $\geq$ 16 anos), a ansiedade cognitiva diminui, à medida que se aproxima a competição e no dia da competição aumenta (com variações mais acentuadas para o grupo que pratica há mais tempo). No grupo com um tempo de prática que varia entre os 8 e os 15 anos, a ansiedade cognitiva diminui progressivamente.

Pensamos que as diferenças encontradas, no dia da competição, poderão estar relacionadas com um jogo em particular, onde participou a equipa pior classificada no campeonato (já "condenada" à descida de divisão), constituída, maioritariamente, por jogadores com um tempo de prática que varia entre os 8 e os 15 anos. Como tal, sabendo antecipadamente que, independentemente do

resultado do jogo, iriam descer de divisão, é natural que, no dia da competição, não se manifestassem tão preocupados, nomeadamente com a sua prestação e com o medo de perder.

Relativamente à ansiedade somática, tanto no grupo que pratica basquetebol há menos tempo, como no grupo com um tempo de prática que varia entre os 8 e os 15 anos, a ansiedade somática aumenta ligeiramente, à medida que se aproxima a competição. Todavia, no grupo que o pratica há mais tempo, a ansiedade somática diminui e no dia da competição aumenta.

Pensamos que as diferenças encontradas poderão dever-se ao facto da maioria dos jogadores que pratica basquetebol há mais tempo ter idade igual ou superior a 40 anos e serem, na sua maioria, jogadores de nível competitivo internacional. Como tal, sendo jogadores mais experientes, com maior maturidade, mais "vividos" no mundo da competição, é provável que, até ao dia da competição, se manifestem menos nervosos, menos agitados, menos tensos e mais relaxados.

Relativamente à autoconfiança, tanto no grupo que pratica basquetebol há mais anos, assim como no grupo com um tempo de prática que varia entre os 8 e os 15 anos, a autoconfiança aumenta progressivamente, à medida que se aproxima a competição (com aumentos mais acentuados no grupo que pratica basquetebol há mais anos). No grupo que o pratica há menos tempo, a autoconfiança também aumenta progressivamente, mas no dia da competição diminui.

Pensamos que a diferença encontrada, no dia da competição, poderá estar relacionada com o facto dos jogadores, que praticam basquetebol há menos tempo, serem todos de nível competitivo nacional, bem como, terem deficiência há menos tempo, ao contrário dos outros grupos, onde há muitos jogadores de nível competitivo internacional e, como tal, serem mais experientes, mais "vividos" no mundo da competição, mais autoconfiantes.

Desta forma, no que diz respeito ao padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança em função do tempo de prática de basquetebol, os

resultados obtidos não confirmam as *hipóteses H5a, H5b e H5c* e, consequentemente, a *H5* é rejeitada.

Sobre os níveis de intensidade de ansiedade cognitiva, ansiedade somática e de autoconfiança pré-competitiva em função do tempo de prática desportiva, os resultados do nosso estudo permite deduzir que, à medida que se aproxima a competição, os jogadores que praticam basquetebol há mais tempo (i.e., com um tempo de prática ≥16 anos) apresentam níveis mais baixos de ansiedade cognitiva, com diferenças estatisticamente significativas "1 hora antes" da competição em relação aos jogadores que praticam basquetebol há menos tempo (i.e., com um tempo de prática ≤7 anos). Por outro lado, embora sem significado estatístico, também são os jogadores com mais tempo de prática que apresentam os valores mais baixos de ansiedade somática, assim como os valores mais altos de autoconfiança (com diferenças mais acentuadas a 30 minutos da competição), excepto "2 dias antes" da competição, onde o grupo de jogadores com um tempo de prática que varia entre os 8 e os 15 anos apresenta níveis superiores.

De uma forma geral, as diferenças verificadas poderão ser explicadas, por um lado, pelo facto dos jogadores que praticam há mais tempo treinarem, na sua maioria, 2 a 3 vezes por semana e, como tal, possuírem melhor preparação física, psíquica, técnica e táctica, sentindo-se mais autoconfiantes e menos ansiosos em relação à sua prestação em competição; por outro, a maioria destes jogadores já representou a selecção nacional (i.e., são jogadores de nível competitivo internacional) e daí serem mais experientes e mais "vividos" no mundo da competição e, ainda, pelo facto dos jogadores que praticam basquetebol há mais tempo serem, na sua maioria, pessoas com deficiência há 30 ou mais anos.

No que diz respeito aos níveis inferiores de autoconfiança, "2 dias antes" da competição, no grupo de jogadores que pratica há mais tempo, estes poderão reflectir alguma preocupação em relação a uma equipa em particular (por exemplo, ser o jogo entre as duas equipas melhor classificadas no momento) e transmitirem uma certa maturidade nas respostas ao inventário. Contudo,

apesar de ser o grupo com um tempo de prática intermédio (i.e., 8 anos ≤tempo de prática ≤ 15 anos) a apresentar os níveis mais elevados de autoconfiança, continua a verificar-se que são os jogadores com menos tempo de prática (i.e., tempo de prática ≤ 7 anos) que registam os níveis mais baixos de autoconfiança. Daí, podermos sugerir que, na globalidade, os jogadores que praticam basquetebol há mais tempo apresentam os níveis mais elevados de autoconfiança.

Resumidamente, os resultados obtidos no nosso estudo não estão de acordo com os resultados de outras investigações, que mostram que os atletas com mais anos de prática registam valores da ansiedade (cognitiva e somática) significativamente inferiores e, pelo contrário, valores de autoconfiança superiores, quando comparados com os atletas com menos anos de prática (Martens et al., 1990; Gould et al., 1984). Do mesmo modo, não confirmam as *hipóteses H5d, H5e e H5f.*

Número de treinos por semana

No que se refere ao padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança em função do número de treinos por semana, embora sem significado estatístico, os resultados obtidos no nosso estudo permitem verificar que, tanto no grupo de jogadores com 2 treinos por semana, assim como no grupo com 3 treinos por semana, a ansiedade cognitiva diminui, à medida que se aproxima a competição e no dia da competição aumenta (registando-se um aumento mais acentuado no grupo com 2 treinos). No grupo que treina apenas 1 vez, a ansiedade cognitiva diminui progressivamente, à medida que se aproxima a competição.

Pensamos que as diferenças verificadas, no dia da competição, poderão ser o reflexo da classificação das 5 equipas que disputam o campeonato. Ou seja, as duas equipas melhor classificadas, candidatas ao título de campeão nacional, são as que treinam 2 e 3 vezes por semana. Como tal, é provável que, no dia da competição, a encarem com maior preocupação, avaliando-a de uma forma mais "ameaçadora", porque uma derrota poderá significar a não conquista do

título. Por outro lado, pensamos que estas diferenças poderão estar, também, relacionadas com um jogo em particular, onde se confrontaram, precisamente, estas duas equipas.

Quanto à ansiedade somática, os três grupos considerados apresentam um padrão temporal distinto. No grupo que treina apenas 1 vez por semana, a ansiedade somática aumenta, à medida que se aproxima a competição. No que treina 2 vezes, a ansiedade somática diminui e no dia da competição aumenta. Finalmente, no grupo que treina 3 vezes, a ansiedade somática aumenta mas no dia da competição diminui ligeiramente.

De uma forma geral, as diferenças verificadas no dia da competição, embora sem significado estatístico, poderão explicar-se pelo facto dos jogadores que treinam mais vezes, possuírem melhor preparação física, psíquica, técnica e táctica e, consequentemente, se sentirem menos ansiosos, quando confrontados com aqueles que treinam menos vezes.

Relativamente à autoconfiança, verifica-se que aumenta, à medida que se aproxima a competição, diminuindo no dia da sua realização, tanto nos grupos que treinam 1 vez e 3 vezes por semana. Pelo contrário, no grupo que treina 2 vezes, a autoconfiança diminui e depois aumenta.

Podemos admitir que as diferenças verificadas, também sem significado estatístico, poderão devem-se ao facto do grupo/equipa que treina 2 vezes por semana estar há mais de um mês sem jogar (por falta de comparência de uma das equipas pior classificadas no campeonato) e daí que manifeste uma descida dos níveis de autoconfiança. No entanto, no dia da competição, todas as tarefas que a antecedem (como por exemplo a montagem das cadeiras e a afinação do material, o contacto directo com a equipa adversária) e o facto de estarem a jogar "em casa" poderão justificar a subida dos níveis de autoconfiança. Não podemos deixar de referir que, numa conversa informal que tivemos com a equipa no dia da competição, foram os próprios jogadores a apresentar esta justificação.

Assim, no que se refere ao padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança em função do número de treinos por semana, os resultados

obtidos no nosso estudo não confirmam as *hipóteses H6a, H6b e H6c* e, consequentemente, a *H6* é rejeitada.

Relativamente aos níveis de intensidade de ansiedade cognitiva, ansiedade somática e de autoconfiança, em função do número de treinos por semana, os resultados obtidos neste estudo, permitem observar que:

O grupo de jogadores que treina mais vezes por semana (i.e., com 3 treinos por semana) apresenta níveis mais baixos de ansiedade cognitiva, à medida que se aproxima a competição, quando comparado com os que treinam 1 ou 2 vezes, embora as diferenças não sejam significativas;

O grupo de jogadores que treina mais vezes por semana apresenta níveis mais altos de autoconfiança, à medida que se aproxima a competição, quando comparado com os que treinam 1 ou 2 vezes, com diferenças estatisticamente significativas apenas "1 hora antes" da competição em relação a quem treina 2 vezes;

O grupo de jogadores que treina 1 vez por semana apresenta níveis mais elevados de ansiedade somática, quando comparado com os que treinam 2 ou 3 vezes, excepto a 2 dias da competição. Em contrapartida, quem treina 2 vezes por semana apresenta os níveis mais baixos, excepto a 2 dias da competição onde apresenta os níveis mais elevados, embora as diferenças não sejam significativas.

No que diz respeito à ansiedade somática, as diferenças encontradas poderão estar igualmente relacionadas com a singularidade do jogo onde se confrontaram as equipas classificadas no 1º e 2º lugar, que são, respectivamente, as que treinam 3 e 2 vezes por semana. Como já foi aqui referido, o jogo era considerado muito importante para o apuramento do título de campeões nacionais.

Por outro lado, o facto dos jogadores da equipa que treina 2 vezes por semana, não jogarem há mais de um mês. Assim, é natural que estes jogadores apresentem, "2 dias antes" da competição, os níveis mais elevados de ansiedade somática (assim como os níveis mais altos de ansiedade cognitiva e os mais baixos de autoconfiança). No entanto, no dia da competição,

manifestam menos sinais exteriores de tensão (como é o ter as mãos suadas, o estar agitado, um aumento da frequência cardíaca), ou seja, níveis inferiores de ansiedade somática. Como já foi anteriormente referido, todas as tarefas que antecedem a competição, assim como o contacto directo com a equipa adversária e o facto de jogarem "em casa" poderão justificar os resultados encontrados no dia da competição.

Em síntese, no que se refere aos níveis de intensidade de cada uma das variáveis (ansiedade cognitiva, ansiedade somática e autoconfiança), os resultados obtidos não confirmam as *hipóteses H6d, H6e e H6f.*

Nível competitivo

Em relação ao padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança em função do nível competitivo dos jogadores, os resultados do nosso estudo permitem verificar que, nos jogadores de nível internacional, a ansiedade cognitiva diminui progressivamente, à medida que se aproxima a competição. Contudo, nos jogadores de nível nacional a ansiedade cognitiva diminui e no dia da competição mantém-se estável. Os resultados referentes aos jogadores de nível internacional estão de acordo com os resultados da investigação de Campbell e Jones (1997), o mesmo não acontecendo com os jogadores de nível nacional, apesar da semelhança verificada no dia da competição. Por outro lado, confirmam a *hipótese H7a* e rejeitam a *hipótese H7d.*

Relativamente à ansiedade somática, os resultados obtidos no nosso estudo permitem verificar que, nos jogadores de nível internacional, a ansiedade somática diminui, à medida que se aproxima a competição e no dia da competição mantém-se estável. Nos jogadores de nível nacional, a ansiedade somática aumenta progressivamente. Também aqui, os resultados registados, em ambos os grupos de jogadores, estão de acordo com os resultados da investigação daqueles autores, assim como confirmam as *hipóteses H7b* e *H7e.*

No que diz respeito à autoconfiança, nos jogadores de nível internacional aumenta, à medida que se aproxima a competição, mantendo-se estável no dia

da competição. Nos jogadores de nível nacional, a autoconfiança aumenta e no dia da competição diminui. Da mesma forma, os resultados obtidos, em ambos os grupos considerados, estão de acordo com os resultados da investigação de Campbell e Jones (1997) e confirmam as *hipóteses H7c e H7f.*

Podemos ainda verificar que, "30 minutos antes" da competição, os jogadores de nível internacional, apresentam níveis médios de ansiedade cognitiva e somática (13.85 e 13.08, respectivamente) significativamente inferiores aos observados pelos autores (20.36 e 27.26, respectivamente). Pelo contrário, os níveis de autoconfiança são ligeiramente superiores (29.54 e 24.95, respectivamente). Em relação aos jogadores de nível nacional, observa-se a mesma situação. Ou seja, os níveis médios de ansiedade cognitiva e somática (16.07 e 14.85, respectivamente) também são significativamente inferiores aos verificados pelos autores (22.44 e 28.00, respectivamente) e os níveis de autoconfiança também são ligeiramente superiores (27.19 e 22.34, respectivamente).Também verificamos que, "30 minutos antes" da competição e independentemente do nível competitivo dos jogadores, a autoconfiança é a variável que apresenta os níveis médios mais elevados, enquanto que no estudo de Campbell e Jones (1997) é a ansiedade somática.

As diferenças encontradas poderão ser explicadas pelo tamanho da nossa amostra ser bastante mais reduzida (N=40 e N=103) e de incluir apenas duas mulheres. De facto, a maioria dos estudos realizados confirmam que os estados de ansiedade pré-competitiva variam em função do sexo (Martens et al 1983,1990; Jones et al, 1991; Swain e Jones, 1991; Russel, 1998; Cruz, 1994).

Outro motivo poderá estar no tipo de modalidade que está a ser estudada. O nosso estudo apenas inclui jogadores de basquetebol em cadeira de rodas (modalidade colectiva) enquanto que, a investigação de Campbell e Jones, inclui praticantes de atletismo, basquetebol e natação. De acordo com a investigação revista, os estados de ansiedade pré-competitiva variam em função do tipo de desporto (individual ou colectivo) que é praticado (Martens et al, 1990; Krane e Williams,1987).

Pensamos, ainda, que as diferenças verificadas poderão estar, fundamentalmente, relacionadas com o do nível de exigência (física, psíquica, técnica, táctica) dos jogos de basquetebol a nível internacional (estrangeiro), que é visivelmente superior ao de nível nacional (Portugal). A comprová-lo temos o facto de, a nível europeu, existirem 2 divisões (A e B) e Portugal se encontrar a disputar a divisão B.

Restringindo-nos aos resultados obtidos no nosso estudo e estabelecendo a comparação entre os dois grupos de jogadores, pensamos que as diferenças encontradas, embora sem significado estatístico, de uma forma global, poderão ser explicadas pelo facto dos jogadores de nível competitivo internacional estarem "habituados" a lidar com todos os factores psicológicos associados à alta competição, onde vivem ambientes competitivos mais exigentes e mais ricos e, como tal, encarem a competição a nível nacional de uma forma menos "ameaçadora" e com mais confiança na sua prestação, pois o nível de exigência é menor.

Daí que, por exemplo, no dia da competição, os seus níveis médios de ansiedade cognitiva diminuam e os de ansiedade somática e de autoconfiança se mantenham estáveis. Comparativamente, nos jogadores de nível nacional, no dia da competição, os seus níveis de ansiedade cognitiva e de autoconfiança mantêm-se estáveis e os de ansiedade somática aumentam.

Relativamente aos níveis de intensidade de ansiedade cognitiva, ansiedade somática e de autoconfiança, em função do nível competitivo dos atletas, os resultados do nosso estudo mostram que, à medida que se aproxima a competição, os jogadores de nível competitivo internacional apresentam níveis mais baixos de ansiedade cognitiva e somática (com diferenças mais acentuadas "30 minutos antes" da competição), bem como níveis mais altos de autoconfiança, quando comparados com os jogadores de nível nacional, embora sem significado estatístico.

Os níveis inferiores de ansiedade cognitiva, poderão ser explicados com o parecer de Cruz (1996, p. 178), quando sugere que "é um factor significativo que separa os atletas uniformemente superiores dos que flutuam

consideravelmente nos níveis de rendimento, traduzindo-se numa menor preocupação e menor perturbação da concentração".

De uma forma geral, as diferenças verificadas poderão estar ligadas com o facto da maioria dos jogadores de nível internacional já praticarem basquetebol há 16 ou mais anos, sendo jogadores mais experientes e mais "vividos" no mundo da competição.

Pensamos ainda que as diferenças poderão ser explicadas pelos factores, anteriormente apresentados, que justificam as diferenças observadas entre o padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança, nos grupos considerados.

Em suma, os resultados obtidos não estão de acordo com os resultados de outras investigações, na área do desporto adaptado, que sugerem que os atletas de nível internacional são mais capazes de controlar os seus pensamentos, mantendo níveis significativamente mais elevados de autoconfiança e que, por outro lado, são menos ansiosos que os atletas de nível nacional (Campbell e Jones, 1995; Krane e Williams, 1987; White e Croce, 1990). Do mesmo modo, não se confirmam as *hipóteses H7g, H7h e H7i.*

Apresentados e discutidos os resultados, passaremos, então, às principais conclusões do estudo.

CONCLUSÕES

Conclusões

Começamos por reafirmar, o que já, anteriormente, aludimos de que na maioria dos resultados obtidos no nosso estudo, as diferenças encontradas não se revelaram significativas. A tendência verificada, em quase todos eles, faz-nos acreditar que numa amostra mais alargada, as mesmas poderiam assumir relevância estatística. Neste entendimento e na procura de responder aos objectivos do presente estudo, dentro dos seus limites técnicos, metodológicos e amostrais, podemos, em face dos resultados que obtivemos, retirar as seguintes ilações:

- Os jogadores da divisão A de basquetebol em cadeira de rodas, apresentam níveis moderados de Ansiedade Estado (Cognitiva e Somática) e níveis elevados de Autoconfiança pré-competitivos. Isto é, antes de um jogo importante, os jogadores sentem-se calmos, seguros e à vontade em relação à competição que se vai realizar, acreditando que são capazes de enfrentar o desafio e de ter uma boa actuação (manifestações de elevada autoconfiança). Por outro lado, sentem-se ligeiramente tensos, ligeiramente apreensivos e ligeiramente nervosos com a competição (manifestações de moderada ansiedade somática), assim como ligeiramente preocupados, com poucas dúvidas sobre si mesmos, sem medo de perder e com elevadas expectativas, de eficácia pessoal, em atingir o seu objectivo, que é, ganhar a competição (manifestações de moderada ansiedade cognitiva).

- Os níveis de ansiedade cognitiva, ansiedade somática e de autoconfiança, registados pelos jogadores à medida que se aproxima a competição, permaneceram relativamente estáveis. Isto é, a forma como os jogadores se sentem (e.g., "nada", "um pouco", "bastante" ou "muito" nervosos), "2 dias antes", "1 hora antes" e "30 minutos antes" da competição, a forma como eles se sentem precisamente em cada um dos momentos, em relação ao jogo que se irá realizar, é muito semelhante.

- Relativamente à ansiedade cognitiva e à autoconfiança, os jogadores do nosso estudo são idênticos aos atletas sem deficiência, segundo os pressupostos da Teoria Multidimensional da Ansiedade

- O padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança pré-competitiva não se diferenciam em função da idade dos jogadores, ou seja, independentemente da idade dos jogadores, podemos constatar que, à medida que se aproxima a competição, a ansiedade cognitiva, a ansiedade somática e a autoconfiança permanecem relativamente estáveis.

- A ansiedade cognitiva, a ansiedade somática e a autoconfiança, à medida que se aproxima a competição, também não se diferenciam em função da idade dos jogadores. Contudo, verifica-se uma tendência para os jogadores mais velhos serem menos ansiosos cognitiva e somaticamente e mais autoconfiantes, quando comparado com os jogadores mais novos.

- O padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança pré-competitiva não se diferenciam em função do tipo de deficiência dos jogadores, isto é, independentemente do tipo de deficiência dos jogadores (congénita ou adquirida), podemos constatar que, à medida que se aproxima a competição, a ansiedade cognitiva, a ansiedade somática e a autoconfiança permanecem relativamente estáveis.

- A ansiedade cognitiva, a ansiedade somática e a autoconfiança, à medida que se aproxima a competição, também não se diferenciam em função do tipo de deficiência dos jogadores. Contudo, verifica-se uma tendência para os jogadores com deficiência congénita serem mais ansiosos cognitiva e somaticamente e mais autoconfiantes, quando comparado com os jogadores com deficiência adquirida

- O padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança pré-competitiva não se diferenciam em função do tempo de aquisição da deficiência, ou seja, independentemente de há quanto tempo a pessoa ficou deficiente, à medida que se aproxima a competição, a ansiedade cognitiva, a ansiedade somática e a autoconfiança permanecem relativamente estáveis.

- A ansiedade cognitiva, a ansiedade somática e a autoconfiança, à medida que se aproxima a competição, também não se diferenciam em função do tempo de aquisição da deficiência. Contudo, verifica-se uma tendência para os jogadores com deficiência há mais tempo serem menos ansiosos cognitiva e somaticamente e mais autoconfiantes, quando comparado com os jogadores com deficiência há menos tempo.

- O padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança pré-competitiva não se diferenciam em função do tempo de prática, isto é, independentemente do tempo de prática federada de basquetebol, à medida que se aproxima a competição, a ansiedade cognitiva, a ansiedade somática e a autoconfiança permanecem relativamente estáveis.

- A ansiedade cognitiva, a ansiedade somática e a autoconfiança, à medida que se aproxima a competição, também não se diferenciam em função do tempo de prática de basquetebol. Contudo, verifica-se uma tendência para os jogadores que praticam basquetebol há mais tempo serem menos ansiosos cognitiva e somaticamente e mais autoconfiantes, quando comparado com os jogadores que o praticam há menos tempo.

- O padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança pré-competitiva não se diferenciam em função do número de treinos por semana, isto é, independentemente do número de vezes que os jogadores treinam por semana, à medida que se aproxima a competição, a ansiedade cognitiva, a ansiedade somática e a autoconfiança permanecem relativamente estáveis.

- A ansiedade cognitiva, a ansiedade somática e a autoconfiança, à medida que se aproxima a competição, também não se diferenciam em função do número de treinos por semana. Contudo, verifica-se uma tendência para os jogadores que treinam mais vezes serem menos ansiosos cognitiva e somaticamente e mais autoconfiantes, quando comparado com os jogadores que treinam menos vezes por semana.

- O padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança pré-competitiva não se diferenciam em função do nível competitivo, ou seja, independentemente do nível competitivo (nacional ou internacional) dos jogadores, à medida que se aproxima a competição, a ansiedade cognitiva, a ansiedade somática e a autoconfiança permanecem relativamente estáveis.

- A ansiedade cognitiva, a ansiedade somática e a autoconfiança, à medida que se aproxima a competição, também não se diferenciam em função do nível competitivo dos jogadores. Contudo, verifica-se uma tendência para os jogadores de nível internacional serem menos ansiosos cognitiva e somaticamente e mais autoconfiantes, quando comparado com os jogadores de nível competitivo nacional.

Seguidamente, apresentaremos algumas sugestões e recomendações que deverão, em nosso entender, presidir à continuação de investigações no domínio da ansiedade pré-competitiva e a sua relação com o rendimento, na área do desporto adaptado.

SUGESTÕES PARA FUTURAS INVESTIGAÇÕES

Sugestões para futuras investigações

A experiência adquirida ao longo deste trabalho, bem como a análise e discussão dos dados recolhidos, sugerem a realização de algumas acções que deverão presidir à continuação de estudos no domínio da Ansiedade pré-competitiva e a sua relação com o rendimento, pois achamos conveniente que se façam novas investigações em Portugal.

Neste sentido, como pista para investigações futuras e mediante os resultados obtidos, pesamos que seria importante replicar o mesmo estudo na divisão B e comparar os resultados obtidos com os da divisão A.

Poderia também ser interessante estudar o padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança dos mesmos jogadores num jogo "em casa" e num jogo "fora de casa".

Revelar-se-ia igualmente importante estudar o padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança dos atletas em função das expectativas dos resultados dos jogos (vitória, derrota, empate) a "1 hora antes" da competição, pois foi neste momento que se verificaram, se bem que poucas, diferenças entre os jogadores.

Poder-se-ia também estudar o padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança dos mesmos jogadores numa competição nacional e numa internacional.

Da mesma forma, estudar o padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança em função da posição que os jogadores ocupam em campo.

Por último, elaborar um inquérito com poucos itens que possa ser preenchido nos tempos "mortos" dos jogos (descontos de tempo, intervalo) e que permita comparar os estados de ansiedade e de autoconfiança antes e durante a competição.

RECOMENDAÇÕES

Recomendações

Na sequência de algumas constatações verificadas ao longo deste estudo e, principalmente pelo facto de termos estado em todos os jogos e treinos, nos quais aplicámos o instrumento, foi possível apreendermos situações e carências relevantes. Assim, pensamos ser oportuno e importante apresentar algumas recomendações que, em nosso entender, poderão contribuir para que os nossos jogadores de basquetebol em cadeira de rodas se sintam como membros integrantes e activos de uma sociedade, que os acolhe e apoia, e que, por outro lado, acreditem que têm capacidades para competir ao nível das melhores equipas europeias e mundiais.

Atendendo ao número reduzido de praticantes do sexo feminino e à fraca adesão do público aos jogos, achamos que seria importante promover e divulgar, com mais ênfase, a prática do basquetebol em cadeira de rodas, através dos órgãos de comunicação social e das entidades responsáveis.

De salientar ainda, a necessidade de disponibilizar mais verbas às associações para a aquisição de material específico para a prática desportiva, pois não podemos esquecer que, em cada modalidade, as cadeiras de rodas apresentam características próprias, adaptadas à deficiência do atleta, onde cada caso é um caso, impossibilitando a permuta de cadeiras.

Da mesma forma, garantir a acessibilidade desta população às instalações desportivas. Os jogadores de basquetebol em cadeira de rodas não podem ser encarados como atletas de "2ª categoria" quando solicitam a disponibilização de um espaço para treinar, ou seja, não podem ser deixados para último lugar, sujeitando-se a treinar apenas 1 vez por semana.

Por outro lado, nomear os árbitros para os jogos de basquetebol em cadeira de rodas a tempo e horas, evitando-se, assim, o adiamento dos jogos e a deslocação desnecessária das equipas, por vezes morosa e sempre dispendiosa.

Pensamos ainda, que seria importante diversificar as opções de escolha dos desportos praticados em cadeira de rodas. Isto é, promover outras modalidades (com um quadro competitivo nacional) para além do basquetebol e do atletismo, tais como, o ténis de mesa, o ténis de campo e o rugby, possibilitando, assim, o estudo do padrão temporal dos estados de ansiedade e de autoconfiança, do mesmo atleta, em desportos individuais e colectivos.

Em suma, uma mudança de atitudes e comportamentos poderá passar pela disponibilização de apoios, pela valorização, promoção e divulgação do desporto para deficientes. Talvez, assim, estes jogadores de basquetebol encarassem a competição de forma diferente, com níveis superiores de exigência física, psíquica, técnica e táctica em competição, à semelhança dos seus pares de outros países.

BIBLIOGRAFIA

Bibliografia

Adams, R., Daniel, A, Cubbin, J. e Rullman, L. (1985). *Jogos, esportes e exercícios para deficientes físicos*. Ed. Manole, L.da (3ªed.).

Almeida, S. L. e Freire, T. (1997). *Metodologia da investigação em Psicologia e Educação*. Associação dos Psicólogos Portugueses. Coimbra.

Alves, F. (2000). Painel: Alternativas à competição, novos desafios. In *A recreação e lazer da população com necessidades educativas especiais – Actas*. p. 57 – 6 – Faculdade de Ciências Desporto e Educação Física – Universidade do Porto. Câmara Municipal do Porto. Porto.

Antonelli, F. e Salvini, A (1978). *Psicologia del Desporte*. Roma. Editorial Miñon.

Brito, A P. (1994). *Psicologia do Desporto*. Edições Omniserviços. pp. 63-68.

Browe, M. A. e Mahoney, M. J. (1984). *Sport Psychology. Annual Review of Psychology*, 35, 605-625.

Burton, D. (1988). Do anxious swimmers swim slower? Re-examining the elusive anxiety-performance relationship. *Journal of Sport and Exercise Psychology,* 10, 45-61.

Burton, D. (1998). Measuring Competitive State Anxiety. In Duda, J. (Ed.), Advances. In *Sport and Exercise Psychology Measurement* (pp. 129-148). P. University. Ed.

Campbell, E. e Jones, G. (1997). *Precompetition Anxiety and Self-Confidence in Wheelchair sport participants*. Adapted Physical Activity Quartely, 14, 95-107.

Campbell, E. e Jones, G. (1997a). Precompetition Anxiety and Self-Confidence in elite and no-elite Wheelchair sport participants. *In sport, Leisure and Ergonomics*. Edited by Greg Atkinson and thomas Reilly (Eds). EFN Spon. U. K.

Carvalho, J. (1995). Breve história das organizações desportivas. *Revista informação FPDD.*, nº 7.

Castro, J. (1998). Análise de alguns aspectos de prática desportiva por pessoas deficientes. *SOBAMA – Revista da Sociedade Brasileira de Actividades motoras adaptadas*, vol. 3, nº3, dez., pp 31-34.

Castro, j. (2002). *Federação de Basquetebol em cadeira de rodas do estado do Rio de Janeiro.* [On-line]: http://sites.uol.com.br/sergiojdcastro/noreg1.htm

Clegg, F. (1995). *Estatística para todos. Aprender/Fazer Ciência*, 12. Gradiva publicações lda.

Cox, R. H. (1998). Anxiety and Arousal *in Sport. In R. Cox (Ed.), Sport Psychology Concepts and Applications* (pp. 84-123) (4ª ed.). University of Missouri – Columbia. WCB/McGrawhill.

Cruz, J. F. (1994). A relação entre ansiedade e rendimento no desporto: teorias e hipóteses explicativas. In J. Cruz (Ed.), *Manual de Psicologia do Desporto* (pp. 215-254). Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.

Cunha, O. e Ramos, F. (1988). *Iniciação à estatística.* Vol I. Editora Figueirinhas.

Declaração de Salamanca (1994). *Conferência Mundial sobre necessidades Educativas Especiais: Acesso e Qualidade.* Junho. Salamanca.

Diário da Républica (1989). Lei de bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração de Pessoas com deficiência. *Diário nº100, I série, 2 Maio 1989*, pp 1796-99.

Ferreira, L. (1993). Participação em sociedade. Desporto para todos. Desporto Adaptado. *Revista Integrar*.nº1, pp. 42-45.

Ferreira, J.(1998). Socialização através da prática desportiva adaptada e motivos de participação em atletas portadores de deficiência mental ligeira. Comunicação apresentada no IIIrol International Sports seminar. ANDDEM. Estoril.

Gill, D. (1988). Gender differences in competitive orientation and sport participation. *International Journal of Sport Psychology*, 19, 145-159.

Gill, D. (2000). *Psychological Dynamics of Sport and Exercise* (2ªed.).Champaign, Il: Human Kinetics.

Gould, D. (1982). Fostering Psychological developemente in young athletes: a reaction. In Partington, J., Orlick, T. e Salmela, J. (Eds*). Mental trainning for coaches and athetes.* Ottawa, Ontário. Coaching association of Canada.

Gould, D., Petlichkoff, L. e Weinber, R. S. (1984). Antecedents of temporal changes in anxiety and relationships between CSAI-2 components. *Journal of sport exercise psychology*,13,1-15.

Gould, D. e Krane, V. (1992). The arousal-athleticperformance relationship: Current status and future directions. In T. Horn (Ed.*), Advances in Sport Psychology* (pp. 119-141). Champaign, Il: Human Kitetics.

Gutmann, L. (1977). *O desporto para deficientes físicos*. Antologia desportiva, nº7. Min. Educação e investigação Científica. DGD. Lisboa.

Hackfort, D. e Schwenkmezger, P. (1989). Measuring anxiety in sports: Perspectives and problems. In D. Hackfort e C. Spielberger (Eds.), *Anxiety in sports: An international perspective.* Washington, DC: Hemisphere.

Hammermeister, J. e Burton, D. (1995). Anxiety and the Ironman: investigating the antecedents and consequences of Endurance athetes´ State Anxiety. *The Sport Psychologist*, 9, 29-40.

Hanin, Y. L. (1989). Interpersonal and intergroup anxiety in sports. In D. Hackfort e C. Spielberger (Eds.), *Anxiety in sports: An international perspective* (pp. 19-28). New York: Hemisphere.

Hanin, Y. L. (1993b). Optimal performance emotions in top athetes. In S. Serpa, J. Alves, V. Ferreira e A. Brito (Eds.). *Actas do VIII congresso Mundial de Psicologia do Desporto. Lisboa:* Sociedade Portuguesa de Psicologia do Desporto.

Hanton, S., Jones, G. e Mullen, R. (2000). Intensity and direction of competitive state anxiety as interpreted by Rugby players and Rifle Shooters. *Perceptual and Motor Skills*, 90, 513-521.

Hardy, L. (1990). Stress and performance catastrophes in sport. In J. Cruz e A. Mesquita (Eds.), *Stress, Anxiety and emotional disorders: Theory and research.* Braga: Universidade do Minho.

Harris D., e Harris, B. (1984). *The Athlete´s Guide to Sports Psychology.* Champaign, Illinois, Leisure Press.

Hendriks, A (1995). *Igualdade e Integração Social de pessoas com "diferentes capacidades".* Helioscope, nº4, pp 18-19.

IWBF (2002). *Rio de Janeiro (Brazil) Wheelchair Basketball Federation.* [On-line]: www.fbcrerj.org.br/english/historical.htm

Jones, J. G. e Cale, A. (1989). Precompetition temporal patterning of anxiety and self-confidence in males and females. *Journal of Sport Behavior*, 12, 183-195.

Jones, J. G., Swain, A. e Cale, A. (1991). Gender differences in precompetition temporal patterning and antecedents of anxiety and self-confidence. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 13, 1-15.

Jones, J. G. e Swain, A. B. J. (1992). Intensity and direction dimensions of competitive state anxiety and relationships with competitiveness. *Perceptual and Motor Skills*, 74, 467-472.

Jones, J. G. e Swain, A. B. J. (1993). Intensity and frequency dimensions of competitive state anxiety. *Journal of sports Sciences*, 11, 533-542.

Jones, J. G., Swain, A. B. J. e Hardy, L. (1993). Intensity and direction dimensions of competitive state anxiety and relationships with performance. *Journal of Sports Sciences*, 11, 525-532.

Jones, G., Hanton, S. e Swain, A. B. J. (1994). Intensity and interpretation of anxiety symptoms in elite and non-elite sports performers. *Personality and Individual Differences,* 17, 657-663.

Jones, J. G. e Swain, A. B. J. (1995). Predispositions to experience debilitative and facilitative anxiety in elite and non-elite performers. *The Sport Psychologist*, 9, 202-212.

Kerr, J. H. (1989). Anxiety, arousal and sport performance: An application of reversal Theory. In D. Hackfort e C. D. Spielberger (Eds.*), Anxiety in sports: an international perspective* (pp. 137-151). NewYork: Hemisphere.

Kerr, J. H. (1997).*Motivation and Emotion in Sport* – Reversal Theory. Psychological Press.

Kirk, S. e Gallagher, J. (1991). *Educação da criança excepcional.* Martins Fontes. São Paulo.

Kirkby, R. J. e Liu, J. (1999). Precompetition anxiety in chinese athletes. *Perceptual and Motor Skills*, 88, 297-303.

Koogan Larousse (1981). *Dicionário Encicolpédico.* Vol. II. Selecções do Rearder´s Digest. Lisboa.

Krane, V. e Williams, J. M. (1987). Performance and somatic anxiety, cognitive anxiety and confidence changes prior to competition. *Journal of Sport Behavior*, 10, 47-56.

Krane, V. e Williams, J. M. (1994). Cognitive anxiety, somatic anxiety and confidence in track and field athletes: the impact of gender, competitive level and task characteristics. International *Journal of Sport Psycology*, 25, 203-217.

Krane, V. Joyce, D. e Rafeld, J. (1994). Competitive anxiety, situation criticality, and softball performance. *The Sport Psychologist*, 8, 58-72.

Landers, D. M. e Boutcher, S. (1986). Arousal performance relationship. In J. M. Williams (Ed.), *Applied Sport Psychology: Personal growth to peak performance* (pp. 163-184). Palo Alto, CA: Mayfield.

Lazarus, R. S. e Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping.* New York: Springer.

Lazarus, R. S. (1991). Cognition and motivation in emotion. *American Psychologist*, 46, 352-367.

Luiz, H. (2002*). Portadores de deficiência: quem são? Onde estão? Quantos são?* [On-line]: http://www.itu.com.br/add/timeq2.html

Maehr, M.L., Braskamp, L.A (1986). *The motivation factor: a theory of personal investment*. Lexington, MA: Lexington Press.

Mahoney, M. J.; Avener, J. e Avena, M. (1983). Psychological aspects of competitive athetics performance. In L. Unestahl (ed.), *the mental aspects of gymnastics*. Orebro: Veje.

Mahoney, M. J. e Meyers, A. W. (1989). Anxiety and athletic performance: Traditional and cognitive-developmental perspectives. In D. *Hackfort e C. D. Spielberger (Eds.),* Anxiety in sports: an international perspective (pp. 77-94). NewYork: Hemisphere.

Martens, R. (1977*). A reaction to Norma Endler's Interaction Model of Anxiety.*New York. Academic Press.

Martens, R., Burton, D., Rivkin, F. e Simon, J. (1980). Reability and validity of the competitive state anxiety inventory (CSAI). In C. H. Nadeau, W. R. Halliwell, K. M. newell e G. C. Roberts (Eds.), *Psychology of motor behavior and sport.* Champaign, Illinois: Human Kinetics.

Martens, R., Vealey, R., Bump, L. e Smith, D. (1983). *The development of the Competitive State Anxiety Inventory.* University of Urbana, Champaign, Illinois: Human Kinetics.

Martens, R. (1987). *Coaches guide to sport psychology.* Champaign, Il: Human Kinetics.

Martens, R., Vealey, R., Bump, L. e Smith, D. (1990). Development and validation of the Competitive State Anxiety Inventory – 2. In R. Martens, R. Vealey e D. Burton (Eds.), *Competitive anxiety in sports.* Champaign, Illinois: Human Kinetics.

Morris,L. , Davis, D. e Hutchings, C. (1981). Cognitive and emotional components of anxiety: literature review and revised worry emotionality scale. *Journal of Educational Psychology,* 75, 541-555.

Matvéiev, L. (1990). *O processo de treino desportivo.* Livros Horizonte (2ªed.).

Matvéiev, L. (1991). *Fundamentos do treino desportivo.* Cultura física. Livros Horizonte (2ªed.).

OMS (1989). *Classificação Internacional das deficiências, Incapacidades e desvantagens (handicaps). Um manual de classificação das consequências das doenças.* Secretariado Nacional de Reabilitação. Ministério do emprego e da segurança social. Lisboa.

Okwumabua, T. M., Meyers, A W., Santille, L. (1987). A demographic and cognitive profile of master runners. *Journal of Sport Behavior*, 10, 212-222.

ONU (1994). *Conferência Mundial sobre necessidades educativas especiais: acesso e qualidade.* Salamanca. Espanha.

ONU (1981). *Programa mundial de acção relativo às pessoas deficientes.* Secretariado Nacional de Reabilitação. Lisboa.

Parfitt, C. G., Hardy, L. (1987). Further evidence for the diferential effect of competitive anxiety upon a number of cognitive and motor sub systems. *Journal of Sports Sciences*, 5, 62-63.

Parfitt, C. G., Jones, J. G., Hardy, L. (1990). Multidimensional anxiety and performance. In J. G. Jones e L. Hardy (Eds), *Stress and performance in Sport* (pp. 43-81). Chichester: John Wiley.

Perreault, S. e Marisi, D. (1997). A test of Multidimensional Anxiety Theory with Male wheelchair basketball players. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 14, 108-118.

Pólvora, F. (1989). A Sociedade e a deficiência. Reabilitação. *Revista do Secretariado Nacional de Reabilitação*, 2ªsérie, nº5, 3º trimestre, pp. 30-33.

Potter, J. (1987). Desporto para deficientes. In *Desporto e Sociedade – antologia de textos*, n.º 57. Ministério da Educação. Direcção Geral desportos. Lisboa.

Raglin, J. S. (1992). Anxiety and sport performance. *Exercise and Sport science Reviews*, 20, 243-274.

Regras oficiais de basquetebol em cadeira de rodas (2000). Ministério da educação. Secretaria de estado da juventude e desporto. Direcção Geral Desportos.

Roseny (2000). *Portadores de deficiência: quem são? Onde estão? Quantos são?* [On-line]: http://www.itu.com.br/add/timeq1.html

Russel, W. D., Robb, M. e Cox, R. H. (1998). Sex, sport, situation and competitive state anxiety. *Perceptual and Motor Skills*, 86, 816-818.

Samulski, D. (1995). Psicologia do Esporte – Teoria e Aplicação Prática. Edições Belo Horizonte.

SNR (1995). *Lei de bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração de Pessoas com deficiência* (2ªed). Secretariado Nacional Reabilitação.

Sewell, D. F. e Edmondson, A. M. (1996). Relationships between Field Position and pre-match cmpetitive state anxiety in Soccer and Field Hockey. *International Journal Sport Psychology*, 27, 159-172.

Sherrill, C. (1997). *Disability, Identity and Involvement in Sport and Exercise.* WCB/McGraw-Hill.

Sherrill, C. (1998). *Adapted Physical Activity, Recreation and Sport. Crossdisciplinary and lifespan.* (5ªed.). WCB McGraw-Hill.

Silva, M. (1991). *Corolário de uma evolução conceptual.* Dissertação apresentada às provas de Aptidão Pedagógica e Capacidade Científica (pp.28–104). FCDEF. UP.\

Silvas, D. (1999). *Prontuário Universal. Erros corrigidos de Português.* Texto editora Lda.

Singer, R. N. (1977). *Psicologia dos esportes – Mitos e verdades.* Editora Harper e Row Lda. São Paulo.

Smith, R., Smoll, F. e Schutz, R. (1990). Measurement and correlates of sport-specific cognitive and somatic trait anxiety: the Sport Anxiety Scale. *Anxiety Research*, 2 (pp.263-280).

Smith, R., Smoll, F. e Wiechman, S. (1998). Measurement of Trait Anxiety in Sport. In Duda, J. (Ed.), Advances in *Sport and Exercise Psychology Measurement* (pp. 105-128). P. University. Ed.

Swain, A. e Jones, G. (1990). Intensity, frequency and direction dimensions of competitive state anxiety and self-confidence. *Journal of sport Sciences*, 8, 302-303.

Swain, A. e Jones, G. (1991). Gender role endorsement and competitive anxiety. *International Journal Sport Psychology*, 22, 50-65.

Terry, P. C., Cox, J. A., Lane, A.M. e Karageorghis, C. I. (1996). Measures of anxiety among Tennis players in singles and doubles matches. *Perceptual and Motor Skills*, 83, 595-603.

Thomas, R.; Missoum, G.; Rivolier, J. (1987). *La Psychologie du Sport de haut-niveau* - Paris. Presses niversitaires de France. Pratiques Corporelles.

Vealey, R.S. (1986). Conception of sport-confidence and competitive orientation: Preliminary investigation and instrument developement. *Journal of Sport Psychology*, 8, 221-246.

Varela, A (1991). O desporto para pessoas com deficiência. Expressão distinta do desporto. *Revista Educação Física Especial* (5-6), pp. 53-62.

Weinberg, R. S. (1989). Anxiety arousal and motor performance: Theory, research and applications. In D. Hackfort e C. D. Spielberger (Eds.), *Anxiety in sports: an international perspective* (pp. 95-115). NewYork: Hemisphere.

Weinberg, R. S. e Gould, D. (1995). *Foundations of Sport and Exercise Psychology.* Human Kinetics Publishers.

Wiggins, M. S. (1998). Anxiety Intensity and Direction: Preperformance Temporal Patterns and Expectations in athletes. *Journal of Applied Sport Psychology*, 10, 201-211.

Williams, J. e Krane, V. (1992). Coping styles and self-reported measures of state anxiety and self-confidence. *Journal of Applied Sport Psychology*, 4, 134-143.

Winnick, J. (1990). History, legislation and professional resources. In J. Winnick (ed), *Adapted Physical Education and Sport.* H. K. Champ., II, pp. 3-17.

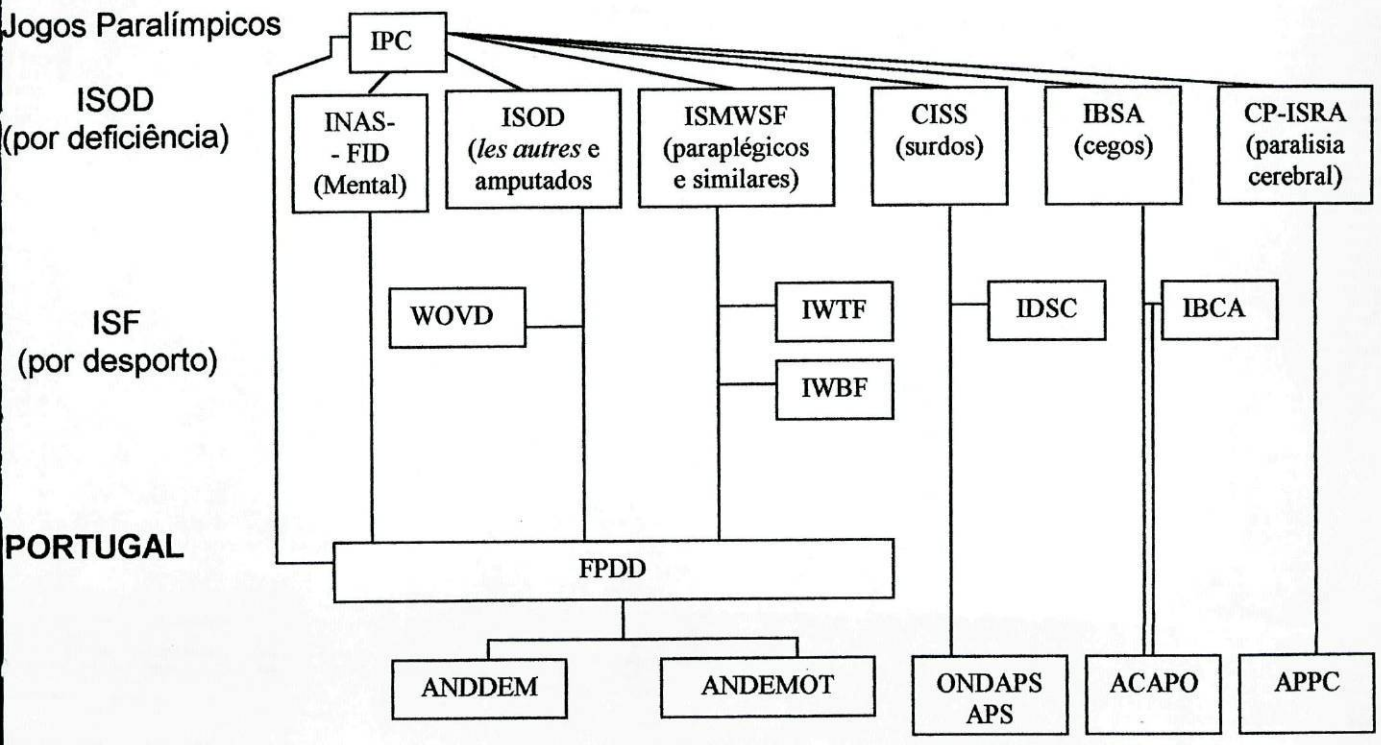
Winnick, J. e Short, F. (1985). *Physical Fitness Testing of Disabled.* Project Unique. Human Kinetics Publishers. Inc. Champaign, Illinois.

Woodman, T. e Hardy, L. (2001). Stress and Anxiety. In R. Singer, H. Hanseblas e C. Janelle (Eds.), *Handbook of Sport Psychology* (pp. 290-300) (2ªed.). John Wiley e sons, Ida. USA.

ANEXOS

Organograma do Desporto para Deficientes
(Adaptado de Carvalho, 1995, p.10)

NÍVEL INTERNACIONAL



Legenda:

IPC- Comité Paralímpico Internacional
IBCA - Associação Internacional de Xadrez para cegos
IOSD- Organização Internacional de Desporto por Deficiência
FPDD - Federação Portuguesa de Desporto para Deficientes
ISF- Federação Desportiva Internacional por modalidade
CISS- Comité Internacional Desportos para Surdos
INAS-FID- Federação Internacional Desportos para pessoas com Deficiência Mental
IBSA- Associação Internacional Desporto para Cegos
ISOD- Organização Internacional de Desporto por Deficientes
WOVD - Organização Mundial de Voleibol para deficientes
ISMWSF- Federação Internacional Desportos em cadeira de rodas Stoke Mandeville
ACAPO - Associação de Cegos e Amblíopes de Portugal
CP-ISRA - Associação Internacional Desportos e Recreação para Paralisia Cerebral
APPC - Associação Portuguesa de paralisia Cerebral
IWTF - Federação Internacional de Ténis em cadeira de rodas
IWBF- Federação Internacional de Basquetebol em cadeira de rodas
ANDDEM - Associação Nacional de Desporto para a Deficiência Mental
ANDDEMOT - Associação Nacional de Desporto para a Deficiência Motora
ONDAPS - Organização Nacional de Desportos da Associação Portuguesa de Surdos

fcdefup

Universidade do Porto
Faculdade de Ciências do Desporto
e de Educação Física

Ex.mo Senhor Presidente
da Associação Portuguesa de
Deficientes de Leiria

Eu, Maria Margarida da Silva Mimoso, aluna do curso de Mestrado em Ciência do Desporto desta Faculdade, área de especialização em Actividade Física Adaptada, venho por este meio solicitar a vossa excelência que se digne autorizar a aplicação de um questionário aos atletas pertencentes a essa Associação, praticantes de Basquetebol em cadeira de rodas. O referido questionário tem por finalidade obter dados para elaborar um trabalho para a dissertação do mestrado sobre o tema "*Ansiedade no rendimento desportivo*".

A amostra deste estudo será constituída por todos os atletas pertencentes à divisão A . O questionário de auto-avaliação, de carácter confidencial, será administrado em **três períodos** distintos:

a) no **final do treino no dia 21 de Março (5ª feira)**
b) no **dia da competição (23 de Março**, Maceira): **1 hora antes** da competição
c) e **30 minutos antes** da competição.

O tempo médio de resposta ao questionário é de 5 minutos. No dia do treino os atletas terão também de responder a um questionário sócio-desportivo (nome, idade, anos prática,...), de resposta rápida.

Neste sentido, realizaremos um contacto prévio com o treinador da equipa, para assim poder planear as administrações de forma a não perturbar o normal funcionamento do treino e competição.

Expresso, antecipadamente, os meus sinceros agradecimentos, aguardando uma resposta de Vossa Excelência.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 17 de Fevereiro de 2002

A responsável pelo estudo,

_____

(Professora Maria Margarida Mimoso)

fcdef up

niversidade do Porto
culdade de Ciências do Desporto
de Educação Física

questionário tem como objectivo recolher dados para a realização da tese de Mestrado em Ciência do porto na especialização em Actividade Física Adaptada desta Faculdade. Será garantida a confidencialidade nonimato dos dados obtidos.

TRUÇÕES: Em baixo está um conjunto de afirmações que os atletas utilizam para descrever o modo como entem antes de uma competição. Leia atentamente cada uma e assinale à direita com uma cruz a forma o se sente neste preciso momento. Não existem respostas certas ou erradas. Não pense demasiado em cada das afirmações e assinale logo a que melhor descreve os seus sentimentos neste preciso momento.

	nada	**um pouco**	**bastante**	**muito**
Estou preocupado com esta competição.				
Sinto-me nervoso.				
Sinto-me à vontade.				
Tenho dúvidas sobre mim mesmo.				
Sinto-me agitado.				
Sinto-me bem.				
Preocupa-me que nesta competição não faça as coisas tão quanto possa.				
O meu corpo está tenso.				
Tenho confiança em mim mesmo.				
Tenho medo de perder.				
Sinto um aperto no meu estômago.				
Sinto-me seguro.				
Tenho medo de não aguentar a pressão da competição.				
Sinto o corpo relaxado.				
Estou confiante que posso enfrentar o desafio desta petição.				
Tenho medo de ter uma má actuação.				
O meu coração bate muito depressa.				
Estou confiante em ter uma boa actuação.				
Sinto-me preocupado em atingir o meu objectivo.				
Sinto um mal estar na barriga.				
Sinto-me mentalmente calmo.				
Tenho medo que as outras pessoas fiquem desapontadas a minha actuação.				
Sinto as mãos suadas.				
Estou confiante, porque me imagino a alcançar o meu ectivo.				
Tenho medo de não ser capaz de me concentrar.				
Tenho o corpo contraído.				
Estou confiante de que vou competir bem sob pressão.				

Nome da Associação que representa: _____

Há quantos anos pratica Basquetebol? ____

Número de treinos por semana: _____

Duração do treino (em média): _____ horas _____minutos

Participação em competições:
- internacionais — Sim ☐ Não ☐
  - Competição ☐ Recreação ☐
- internacionais **(selecção nacional)** Sim ☐ n.º de vezes: _____ Não ☐

Já praticou ou pratica outro desporto em cadeira de rodas? Sim ☐ Não ☐

Se a sua resposta é "Sim", que modalidade praticou ou pratica?

Modalidade: _____Quantos anos?_____ Competição ☐ Recreação ☐

Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

Data de nascimento: _____ / _____ / _____

Estado civil:
- solteiro(a) ☐
- casado(a) ☐
- divorciado(a) ☐
- viúvo(a) ☐

Com quem vive? _____

Indique a sua deficiência:
- Poliomielite ☐
- Paraplegia ☐
- Amputação ☐ A que nível? _____
- Outra: _____

É uma pessoa com deficiência desde que nasceu? Sim ☐ Não ☐

Se a sua resposta é "Não":

a) Há quantos anos é uma pessoa com deficiência? ____

b) Antes de ser uma pessoa com deficiência praticava desporto? Sim ☐ Não ☐

c) Se a sua resposta é "Sim", que modalidade praticou?

Modalidade: _____Quantos anos?_____ Competição ☐ Recreação ☐

Habitualmente quem assiste às suas competições?

Ninguém ☐

Familiares ☐

Amigos ☐

Outros ☐ Quem? _____

Costuma tomar medicamentos para a ansiedade antes das competições importantes?

sempre ☐

muitas vezes ☐

algumas vezes ☐

nunca ☐

Na sua opinião, é importante para um atleta ser acompanhado psicologicamente? Sim ☐ Não ☐

Actualmente está a ser acompanhado psicologicamente? Sim ☐ Não ☐

Indique as principais razões que o levam a praticar desporto:

_____

_____

_____

Relativamente ao jogo, qual o resultado que espera? Vitória ☐ Empate ☐ Derrota ☐

neiro e último nome: **telefone:**

COMPLETOU O QUESTIONÁRIO.
MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO, ESFORÇO E HONESTIDADE.

fcdefup

niversidade do Porto
culdade de Ciências do Desporto
de Educação Física

eiro e último nome:	**Clube:**

TRUÇÕES: Em baixo está um conjunto de afirmações que os atletas utilizam para descrever o modo como ntem antes de uma competição. Leia atentamente cada uma e assinale à direita com uma cruz a forma o se sente neste preciso momento. Não existem respostas certas ou erradas. Não pense demasiado em cada das afirmações e assinale logo a que melhor descreve os seus sentimentos neste preciso momento.

	nada	**um pouco**	**bastante**	**muito**
Estou preocupado com esta competição.				
Sinto-me nervoso.				
Sinto-me à vontade.				
Tenho dúvidas sobre mim mesmo.				
Sinto-me agitado.				
Sinto-me bem.				
Preocupa-me que nesta competição não faça as coisas tão quanto possa.				
O meu corpo está tenso.				
Tenho confiança em mim mesmo.				
Tenho medo de perder.				
Sinto um aperto no meu estômago.				
Sinto-me seguro.				
Tenho medo de não aguentar a pressão da competição.				
Sinto o corpo relaxado.				
Estou confiante que posso enfrentar o desafio desta petição.				
Tenho medo de ter uma má actuação.				
O meu coração bate muito depressa.				
Estou confiante em ter uma boa actuação.				
Sinto-me preocupado em atingir o meu objectivo.				
Sinto um mal estar na barriga.				
Sinto-me mentalmente calmo.				
Tenho medo que as outras pessoas fiquem desapontadas a minha actuação.				
Sinto as mãos suadas.				
Estou confiante, porque me imagino a alcançar o meu ctivo.				
Tenho medo de não ser capaz de me concentrar.				
Tenho o corpo contraído.				
Estou confiante de que vou competir bem sob pressão.				

COMPLETOU O QUESTIONÁRIO.
MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO, ESFORÇO E HONESTIDADE.