

ESTUDO DA MORBIDADE REFERIDA E O IMPACTO DE LESÕES NA QUALIDADE DE VIDA EM ATLETAS DE HANDEBOL.

Ingrid Branco de Moraes IC) e Denise Loureiro Vianna (Orientador)

Apoio: PIVIC Mackenzie

RESUMO

Objetivo: Investigar a prevalência das lesões entre praticantes do handebol e o impacto destas lesões na qualidade de vida. **Metodologia:** Participaram do estudo 23 atletas do sexo masculino com idade média \pm 22 anos e 22 atletas do sexo feminino com idade média de \pm 21 anos. Para o levantamento dos dados referentes às lesões foi aplicado o questionário IMR- Inquérito de Morbidade Referida e o QQVA- Questionário de qualidade de vida do atleta com as informações agrupadas nas dimensões física, social e psicológica. **Resultado:** Do total de atletas 65% relatou alguma lesão, sendo maior no grupo feminino com 50% dos atletas lesionados. O trauma em membros inferiores foi o mais prevalente. O tempo de prática no esporte e a frequência nos treinos foi maior no grupo masculino. Nas dimensões do QQVA os grupos alcançaram valores médios de 3,0 pontos em todas as dimensões, exceto para a dimensão física, em que o grupo feminino apresentou valor médio de 2,6 pontos. Não foi encontrada correlação entre o número de atletas lesionados e os escores de qualidade de vida. **Conclusão:** Considerando os valores mencionados, observou-se que metade dos atletas sofreram lesão, sendo considerada uma realidade frequente entre os atletas. Os atletas percebem que os fatores externos interferem de forma intensa em sua qualidade de vida. O número de lesões não teve relação estatística nos escores do QQVA.

Palavras-chave: Qualidade de Vida. Handebol. Lesões Desportivas.

ABSTRACT

Objective: Investigate the prevalence of injuries among handball players and the impact of these injuries on quality of life. **Methodology:** Male athletes with mean age \pm 22 years and female athletes with average of \pm 21 years participated in the study, being 23 men and 22 women. In order to collect data on injuries, the Inquiry Referred morbidity questionnaire (IRM) and the Questionnaire on Quality of Life for Athletes (QQLA) with information grouped into the physical, social and psychological dimensions. **Result:** 65% of the total of athletes reported some injury, being larger in the female group with 50% of the injured athletes. Lower limb trauma was the most prevalent. The practice time in sports and the frequency in training was higher in the male group. In the QQLA dimensions, the groups reached average values of 3,0 points in all dimensions, except for the physical dimension, where the female group presented

average values of 2,6 points. No correlation was found between the number of injured athletes and the quality of life scores. **Conclusion:** Considering the reported values, it was observed that half of the athletes suffered injuries, being considered a frequente reality among them. Athletes understood that external factors strongly affect their quality of life.

Keywords: Quality of Life. Handball. Athletic Injuries.

1. INTRODUÇÃO

A prática desportiva é considerada um dos fenômenos socioculturais mais importantes nos últimos anos. Segundo Tubino MJG (2006) foi observado um número crescente de praticantes e do espaço ocupado pelo esporte na mídia atual.

O esporte se caracteriza como um fenômeno complexo, com diversas formas de manifestação e estudos. A área de pesquisa em Ciências do esporte se apresenta como um campo extenso de conhecimento que abrange as ciências humanas (pedagogia, sociologia, psicologia), biológicas (fisiologia, bioquímica) e exatas (estatística, biomecânica), além das manifestações multidisciplinares (BENTO, 2004).

O Handebol é uma das modalidades esportivas mais praticadas, em determinadas regiões do mundo e no Brasil (Confederação Brasileira de Handebol- CBHb, 2005) No Estado de São Paulo, os campeonatos são promovidos pela Federação Paulista de Handebol, com organização e índice técnico, que têm levado grande público aos ginásios, com jogos transmitidos por canais de televisão fechados. Entretanto ainda possui pouco espaço na mídia, com reflexos nos investimentos e incentivos que levam os atletas a desistirem da carreira profissional.

Trata-se de um esporte coletivo que utiliza as mãos, cujo objetivo é marcar mais gols que o adversário, a finalidade é terminar o jogo em vantagem no placar convertendo mais gols que a equipe adversária. Os times são compostos por sete jogadores sendo (um goleiro e seis jogadores de linha). É permitido a cada jogador: deslocar-se com posse da bola (quicando) livremente sem restrição de passos, porém se o jogador não (quicar) a bola, só é permitido até 3 passos e em seguida o mesmo deverá passar a bola para um companheiro do mesmo time ou arremessar a bola em direção ao gol (ALMEIDA, 2012).

De acordo com Confederação Brasileira de Handebol, o regulamento geral de competições abrange as características para a preparação do campeonato, as categorias envolvidas e suas respectivas faixas etárias e gênero: mini (até 10 anos); mirim (11 a 12 anos); infantil (13 a 14 anos); cadete (15 a 16 anos); juvenil (17 a 18 anos); júnior feminino (19 a 20 anos); júnior masculino (19 a 21 anos); poderão participar em competições na categoria adulto, atletas com idade mínima de 18 anos.

Trata-se de um esporte explosivo com movimentos acíclicos, com grande esforço por parte do atleta, maior trabalho proprioceptivo e neuromuscular para as articulações e grupos musculares (NIGG, et al., 1995), com fundamentos técnicos que exigem saltos, arremessos, e mudanças de direção, que quando somadas à exposição repetitiva aos impactos podem induzir à lesões no aparato musculoesquelético. Caso se o atleta não esteja preparado

fisicamente, o desdobramento trará consequências não somente para a prática esportiva como também para seu dia a dia.

A lesão esportiva é caracterizada pela presença de qualquer problema médico ocorrido durante um jogo ou treinamento que pode levar o afastamento do atleta durante um período, a perder parte ou todo treinamento, competição ou limitar sua habilidade atlética prejudicando o desempenho do time (GANTUS, 2002).

Alguns dados são fundamentais para entender o comportamento das lesões, como o sexo, a idade, as regiões mais acometidas dentro de cada modalidade, sua frequência e distribuição. A partir destas informações será possível estabelecer ações de prevenção e tratamento eficazes (ELLIOT, 1999). A literatura ainda é escassa com relação a dados sobre o impacto destas lesões na qualidade de vida dos atletas tanto profissionais quanto amadores, em especial na modalidade handebol.

Tendo em vista as características da modalidade, a alta propensão às lesões, o número considerável de praticantes faz-se necessário a adoção de políticas de atenção e amparo aos atletas também desta modalidade, mas que ainda se aplicam a um público restrito. Estudos e publicações a respeito do tema poderão fornecer embasamento para a tomada de decisões com ações voltadas para a promoção e prevenção da saúde dos atletas.

O presente estudo teve como objetivo investigar prevalência das lesões entre praticantes do handebol e o impacto destas lesões na qualidade de vida.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Ser considerado um indivíduo saudável pode envolver diversos fatores que vão da saúde física até a saúde mental do atleta. A atividade física, é uma variável que pode interferir no grau de percepção de qualidade de vida, o exercício interfere de maneira positiva nos praticantes, seja na saúde, nos aspectos antropométricos, neuromusculares, metabólicos, psíquicos e no bem-estar social. A literatura aponta que pessoas sedentárias tem menor percepção a qualidade de vida, quando comparadas aos indivíduos ativos e muito ativos (MATSUDO, 2000).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) caracteriza qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele é inserido, considerando seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações e está diretamente ligada a uma série de fatores como à capacidade funcional, nível econômico, o próprio estado de saúde e conceitos éticos.

O esporte envolve um tipo de atividade física que exige grande desempenho e dos seus praticantes e o máximo em suas preparações, o que pode se tornar desgastante para desenvolvimento das capacidades técnicas, psicológicas e físicas, e assim influenciar em sua qualidade de vida (CUNHA, 2008).

A dedicação do atleta é fundamental no esporte de alto rendimento, exigindo ao atleta uma abdicação de sua vida social em determinados momentos e por muitas vezes a prática traz consigo limitações de ordem física, considerada as lesões desportivas que podem influenciar a sua percepção da qualidade de vida (VALOVICH et al., 2009).

Os fatores que geram lesões têm sido largamente estudados no âmbito biomecânico; entretanto, existem limitações para obtenção de dados epidemiológica (PASTRE, 2005).

A lesão é caracterizada por todo dano de natureza muscular, entorses, contusões sofridas em qualquer localidade do corpo e na maioria dos casos, é causada pelo próprio praticante. Toda injúria leva a perda da função e ao afastamento da prática de atividade durante um período. Muitos atletas sentem dores durante a prática e continuam a treinar e quando o corpo não consegue se recuperar, o praticante é forçado a deixar os treinos e as competições devido à gravidade da lesão, que na maioria dos casos se tornam mais sérias (SILVA, 2010).

Para Nielsen e colaboradores (1989) além da definição de lesão esportiva, é importante determinar a gravidade das lesões, definida pela duração do afastamento da prática esportiva e classificada em três categorias: leve (1 a 7 dias), moderada (8 a 21 dias) e grave (mais de 21 dias de afastamento). Estudos de Van Mechelen e colaboradores (1992) sugerem que a gravidade das lesões esportivas seja descrita de acordo com alguns critérios como: a natureza da lesão, expressão que identifica a lesão, segundo suas características principais; duração e o tipo de tratamento que o atleta será submetido; o tempo do afastamento esportivo, dano permanente e custo.

O mecanismo de lesão, pode ser caracterizado por dois tipos de lesões: lesão direta que ocorre de acordo com a aplicação de uma força em uma região específica e a lesão indireta que ocorre quando a força aplicada ocorre longe de uma região, transmissão através dos tecidos. Existem mecanismos básicos para entender como as lesões são geradas: lesão por contato tem como por exemplo o choque de um indivíduo com o outro; excesso de uso é quando ocorrem pressões repetitivas em uma determinada articulação; sobrecarga dinâmica que é causada por uma tensão, sendo capaz de gerar uma ruptura de um tendão ou estiramentos musculares; a falta de flexibilidade devido à uma degeneração articular, tornando-a vulnerável à tensão; já o desequilíbrio muscular está diretamente relacionado a

flexibilidade e a fadiga; vulnerabilidade estrutural é o que contribui para a fadiga e insuficiência ou falha, sendo capaz de gerar tensão ou estresse excessivo (TORRES, 2004).

A incidência de determinadas lesões esportivas em adultos pode variar em decorrência de alguns fatores, tais como o tipo de esporte praticado, o tempo da prática esportiva e o nível de competição do atleta (nível amador e alto rendimento). A ocorrência de lesões típicas do esporte, comum em todo programa de treinamento esportivo, a combinação de diferentes fatores, como a organização esportiva, o treinamento técnico, o sistema de competições e a falta de estrutura médica adequada, podem contribuir como fatores de risco para a saúde dos participantes envolvidos (ARENA, 2003).

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo tipo investigativo transversal com 45 participantes, sendo 23 atletas do sexo masculino com idade média \pm 22 anos e 22 atletas do sexo feminino com idade média de \pm 21 anos praticantes do handebol.

Os critérios de inclusão foram: atletas com idades entre 18 e 28 anos, dois anos de prática no esporte handebol e frequência de duas vezes por semana ou mais. Os critérios de exclusão foram frequência de treinos inferior a 2 vezes por semana, idades abaixo de 18 anos acima de 29 anos, histórico de lesões por um período maior que 1 ano.

O presente projeto compõe o escopo do Grupo de Pesquisa Fisioterapia Interdisciplinaridade: Perspectivas em Qualidade de Vida linha de pesquisa Avaliação e Estratégias de Promoção e Prevenção em Saúde. Foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade, parecer Nº 3.226.693.

A partir do atendimento das exigências legais da análise do Comitê de Ética, foi feito contato com os membros responsáveis pela liga universitária e clube responsável, afim de explicar o objetivo da pesquisa estando em acordo o responsável assinou um Termo de Consentimento da Instituição. Todos os participantes foram devidamente informados sobre os procedimentos do estudo, estando de acordo, também assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados foram coletados por meio de questionários aplicados pelo pesquisador. A coleta dos dados ocorreu no local de início dos treinos sob supervisão do pesquisador, comissão técnica e responsáveis pelo time.

O primeiro questionário aplicado foi o Inquérito de Morbidade Referida (IMR), com objetivo de verificar a percepção da ocorrência de lesão. O inquérito contém questões sobre as lesões desportivas ocorridas durante os últimos 12 meses de treinamentos e competições,

contendo inicialmente dados pessoais relativos aos atletas, como: gênero, idade, peso e altura e tempo de treinamento. Uma adaptação de Grego (1999) incluiu ainda questões referentes às lesões desportivas como: tipo de lesão, local anatômico, mecanismo, período de treinamento, informação relativa ao retorno às atividades físicas normais.

Neste estudo, considerou-se lesão desportiva como qualquer dor ou afecção musculoesquelética resultante de treinamentos e competições esportivas e que foi suficiente para causar alterações no treinamento normal, seja na forma, duração, intensidade ou frequência (GREGO, 1999).

As questões referentes ao tipo de lesão: a) tendinopatias, contraturas musculares, fraturas, entorses, mialgias e entre outras, destinam-se identificar, o agravo de acordo com a percepção do atleta de acordo com a ocorrência dos mecanismos de lesão já citados ou de aumento dos sinais e sintomas com o objetivo de apontar o momento de ocorrência das lesões referidas. O período de treinamento revelará em que fase da prática esportiva, foi observada a lesão, considerando os períodos: treino, específico e durante os jogos e competições. No momento do retorno às atividades desportivas o questionário teve o intuito de apontar se o retorno à prática foi com ou sem presença de sinais e sintomas (GREGO, 1999).

Posteriormente foi aplicado o Questionário de Qualidade de Vida do Atleta (QQVA), que avalia o grau de satisfação que o indivíduo possui nos vários aspectos de sua prática desportiva. É constituído por 34 questões agrupadas em três dimensões que influenciam a QV dos atletas no ambiente de treinamento e competição: a: física, b: psicológica e c: social. As dimensões apresentam fatores que influenciam a QV como sinais e sintomas de supertreinamento; condições básicas para saúde, relacionamento social entre os atletas no âmbito esportivo, estado emocional do atleta e planejamento e periodização do treinamento desportivo (CUNHA, 2008).

Para cada uma das 34 questões o participante atribuiu um valor segundo uma escala contínua proposta por Likert (1932), de cinco pontos, que varia de 0 a 4, onde o 0 indica que o fator não favorece ou não prejudica a qualidade de vida nos ambientes de treinamento e de competição; o 1 indica que o fator favorece ou prejudica pouco; o 2 indica que favorece ou prejudica moderadamente; o 3 indica que favorece ou prejudica muito; e o 4 indica que o fator favorece ou prejudica totalmente.

Quanto maiores os valores piores serão os indicadores da qualidade de vida do atleta. Este instrumento se propõe a oferecer informações que contribuam para a melhoria do rendimento esportivo (CUNHA, 2008).

Os dados demográficos foram organizados e apresentados por meio dos valores médios em gráficos e tabelas. Para análise dos dados empregou-se o programa Microsoft

Office Excel versão 365 ProPlus e aplicou-se o teste t de Student para avaliação das igualdades e o teste de Pearson para análise da correlação. O nível de significância adotado foi de 5% ou $p \leq 0,05$.

4. RESULTADO E DISCUSSÃO

Os dados demográficos da casuística foram organizados na tabela 1.

Gênero	N	Idade (anos)	Altura (metros)	Peso (quilograma)
Masculino	23	± 22 anos	± 1,81m	± 84,52 kg
Feminino	22	± 21 anos	± 1,63m	± 63,38 kg

Tabela 1. Dados demográficos de acordo com os gêneros. Fonte: Autor.

Os resultados obtidos pelo IMR seguem apresentados nas tabelas 2 a 6. O grupo masculino apresentou maior tempo de atuação bem como frequência aos treinos com diferença significativa entre os mesmos. A presença de lesão foi relatada por cerca de metade dos participantes em ambos os grupos sem que se observasse diferença estatística entre os mesmos.

	Número de atletas lesionados	Média do tempo de atuação na modalidade	Média de treinos por semana
Masculino	± 9,0 (39%)	± 10,5 anos	± 4,0 dias/semana
Feminino	± 11,0 (50%)	± 8 anos	± 3,0 dias/semana
P	p= 0,40	(*) p=0,05(*)	(*) p= 0,003 (*)

Tabela 2. Resultados do questionário do IMR – Inquérito de Morbidade Referida. Fonte: Autor.

(*) Diferença estatisticamente significativa Teste *t*

Considerando o tipo de lesão os traumas foram responsáveis pela maioria das queixas tendo em vista o somatório das fraturas, distensões estiramentos luxações e entorses. Não houve diferença estatística entre os grupos para os tipos de lesões. Avaliando-se separadamente a tendinopatias foi mais frequente em ambos os grupos, seguido de entorse (tabela 3).

Tipo de lesão	(*) Masculino	(*) Feminino	Total de lesões
Contratura muscular	±1,0 (10%)	-	± 1,0 (4%)
Distensão muscular	-	±2,0 (13%)	± 2,0 (8%)
Estiramento	± 1,0 (10%)	-	± 1,0 (4%)
Entorse	± 2,0 (20%)	±3,0 (20%)	± 5,0 (20%)

Fratura	-	±3,0 (20%)	± 3,0 (12%)
Luxação	± 1,0 (10%)	±1,0 (6,66%)	± 2,0 (8%)
Mialgia	± 1,0 (10%)	±3,0 (20%)	± 4,0 (16%)
Periostite	±1,0 (10%)	-	± 1,0 (4%)
Tendinite	± 3,0 (30%)	±3,0 (20%)	± 6,0 (24%)
Total de lesões por categoria	± 10,0 (100%)	± 15,0 (100%)	± 25,0 (100%)

Tabela 3. Resultados do questionário do IMR – Inquérito de Morbidade Referida. Fonte: Autor.
(* Diferença estatisticamente não significativa teste t ($p= 0,33$)).

Na tabela 4, foram expressos dados referentes a frequência das lesões segundo os locais anatômicos acometimento. A região mais acometida foi em membros inferiores, sendo tornozelo e pé (28%) seguido dos joelhos (16%).

Locais anatômicos	(*)Masculino	(*)Feminino	Total por local acometido
Ombro	±2,0 (20%)	±1,0 (6,66%)	± 3,0 (12%)
Braço	-	±1,0 (6,66%)	±1,0 (4%)
Punho	±1,0 (10%)	-	± 1,0 (4%)
Mão	-	±2,0 (13%)	± 2,0 (8%)
Quadril	±1,0 (10%)	-	± 1,0 (4%)
Coxa anterior	-	±1,0 (6,66%)	± 1,0 (4%)
Coxa posterior	±2,0 (20%)	-	± 2,0 (8%)
Joelho	±1,0 (10%)	±3,0 (20%)	± 4,0 (16%)
Tíbia/fíbula	-	±3,0 (20%)	± 3,0 (12%)
Tornozelo e pé	±3,0 (30%)	±4,0 (27%)	± 7,0 (28%)
			± 25 (100%)

Tabela 4. Resultados do questionário do IMR – Inquérito de Morbidade Referida. Fonte: Autor
(* Diferença estatisticamente não significativa teste t ($p= 0,38$)).

Levando-se em conta o período onde o atleta se lesionou, os atletas masculinos referiram maior frequência nas lesões no período competitivo (60% n=6), já no feminino (53% n=8) no período de treinamentos (tabela 5).

Gênero	Nº de lesões durante treinos	Nº de lesões durante competições	TOTAL
Masculino	± 4,0 (40%)	± 6,0 (60%)	± 10,0 (100%)
Feminino	± 8,0 (53%)	± 7,0 (47%)	± 15,0 (100%)
P	(*) p=0,20	(*) p=0,67	

Tabela 5. Resultados do questionário do IMR – Inquérito de Morbidade Referida. Fonte: Autor.
(*) Não houve diferença estatisticamente *t*.

O mecanismo de lesão com maior prevalência foi a disputa de bola (24%), seguido dos choques (16%), os dados estão dispostos na tabela 6.

Mecanismo de lesão	(*) Masculino	(*) Feminino	Total de mecanismos de lesões
Saída de bloco	-	± 1,0 (6,66%)	± 1,0 (4%)
Corrida de velocidade	± 3,0 (37,5%)	-	± 3,0 (12%)
Disputa de bola	± 1,0	± 5,0 (33,33%)	± 6,0 (24%)
Arremesso	±2,0 (25%)	± 1,0 (6,66%)	± 3,0 (12%)
Saltos	-	± 2,0 (13,33%)	± 2,0 (8%)
Queda	-	± 2,0 (13,33%)	± 2,0 (8%)
Parada brusca	± 1,0 (12,5%)	± 1,0 (6,66%)	± 2,0 (8%)
Choque	± 1,0 (12,5%)	± 3,0 (20,0%)	± 4,0 (16%)
Alongamento	± 2,0 (25,0%)	-	± 2,0 (8%)

Tabela 6. Resultados do questionário do IMR – Inquérito de Morbidade Referida. Fonte: Autor
(*) Não houve diferença estatisticamente *t* ($p=0,39$).

Observando o retorno às atividades a maioria dos atletas voltaram ao esporte ainda com alguma queixa, sendo 80% entre os homens e 73% entre as mulheres.

Os dados obtidos no questionário QQVA foram agrupados nas dimensões denominadas físicas, sociais e psicológicas e seus valores estão apresentados nas tabelas de 7 a 9.

Considerando os dados da tabela 7, os atletas masculinos percebem que os critérios listados na dimensão física interferem em sua qualidade de vida de forma intensa segundo valores atribuídos pela escala de Likert, enquanto o grupo feminino atribuiu valores considerados moderados pela mesma escala, esta diferença foi estatisticamente significativa.

Dimensão Física	(*) Masculino	(*) Feminino
Condições básicas para saúde		
Nível de condicionamento físico	± 3,39	± 2,81
Intervalos adequados de descanso	± 3,17	± 2,68
Qualidade da alimentação	± 3,13	± 2,47
Qualidade do sono	± 3,34	± 2,40
Qualidade dos serviços médicos e fisioterapêuticos	± 3,43	± 3,09

Cansaço/fadiga física	± 3,26	± 2,54
Dores e desconfortos físicos	± 2,91	± 2,86
Lesões	± 3,08	± 2,90
Números excessivos de treinamentos e competições	± 2,69	± 2,45
Número excessivo de viagens	± 2,47	± 1,95
Média total	± 3,087	± 2,654

Tabela 7. Valores médios de acordo com a percepção física entre os atletas. Fonte: Autor.
(* Diferença estatisticamente significativa Teste t ($p=0,003$).

Já para os escores da dimensão social e psicológica, ambos os grupos consideraram que estes aspectos interferem de forma intensa em sua qualidade de vida sem diferença entre os grupos (tabela 8 e 9).

Dimensão social Relacionamento social no ambiente esportivo	(*) Masculino	(*) Feminino
Relacionamento com os colegas em quadra	± 3,21	± 3,68
Relacionamento com o treinador, equipe técnica e dirigentes	± 3,21	± 3,45
Comunicação e entrosamento entre os membros da equipe técnica	± 3,04	± 3,54
Apoio familiar e de amigos	± 3,13	± 2,81
Ter desempenho reconhecido por outras pessoas	± 3,39	± 2,72
Qualidade do ambiente de treinamento e competição (barulho, poluição, clima)	± 2,3	± 3
Oportunidade de atividades de lazer no tempo livre	± 2,91	± 2,86
Apoio da faculdade, clube ou federação/confederação	± 3,0	± 2,59
Média total	± 3,007	± 3,081

Tabela 8. Percepção da dimensão social. Fonte: Autor.
Não houve diferença estatisticamente significativa Teste t ($p= 0,76$).

Dimensão Psicológica Estado emocional do atleta	(*) Masculino	(*) Feminino
Nível de motivação	± 3,65	± 3,54
Os comentários do treinador sobre o desempenho do atleta	± 3,13	± 3,59
Nível de confiança no treinador e na equipe técnica	± 3,39	± 3,77
Sentimentos positivos (alegria, satisfação, felicidade)	± 3,47	± 3,72
Nível de concentração	± 3,47	± 3,31
Qualidade do serviço psicológico	± 2,95	± 2,54
Cansaço/fadiga mental	± 3,43	± 2,77

Cobrança excessiva de si mesmo	± 3,04	± 3,40
Cobrança excessiva de outras pessoas	± 2,60	± 2,68
Prazer nos treinamentos e competições	± 3,65	± 3,81
Nível de autoconfiança	± 3,56	± 3,01
Sentimentos negativos (mau humor, desespero, tristeza, depressão)	± 2,78	± 2,59
Monotonia nos treinos e competições	± 2,08	± 2,22
Capacidade de relaxamento	± 2,30	± 2,63
Nervosismo excessivo durante a competição	± 2,30	± 2,59
Ansiedade pré-competição	± 2,56	± 2,86
Média total	± 3,022	± 3,063

Tabela 9. Percepção da dimensão psicológica.
Não houve diferença estatisticamente significativa Teste t ($p=0,82$).

Na avaliação do impacto das lesões sobre a qualidade de vida verificou-se fraca correlação entre os valores obtidos nos instrumentos utilizados (tabela 10).

	Masculino	Feminino
N lesões x Dimensão Física	$r = 0,06$	$r = 0,14$
N lesões x Dimensão Social	$r = - 0,05$	$r = - 0,23$
Dimensão x Dimensão Psicológica	$r = - 0,13$	$r = 0,24$

Tabela 10. Correlação de Pearson entre os valores do IMR e QQVA. Fonte: Autor

A percepção de qualidade de vida tem sido interpretada de maneira divergente por diversas pessoas, para alguns a saúde é somente a ausência de doenças e distúrbios e o bem-estar é quando o indivíduo se sente bem consigo mesmo. Já a Organização das Nações Unidas (ONU), define o conceito de saúde como um bem-estar físico, mental, social e econômico (PAIS e RIBEIRO, 2012).

Diversos estudos comprovam os benefícios relacionados à prática esportiva. A preocupação com a saúde e bem-estar, tem refletido no aumento gradativo na participação de atividades esportivas na idade adulta (GARBER, et al., 2011).

Os resultados observados no questionário QQVA indicaram que os atletas percebem que fatores ligados às três dimensões interferem em sua qualidade de vida. Estes dados concordam com Cunha (2008), que indicam quanto maior forem os valores, pior serão os indicadores de qualidade de vida.

Considerando os valores relatados no IMR, observou-se que metade dos atletas, relatam ter sofrido lesão, condição que pode ter relação com a alta exigência física da modalidade esportiva. Segundo PEÑAS & GRAÑA (2000), o handebol exige que um jogador seja forte, rápido, capaz de suportar cargas intensas, vencer sua própria resistência, ser capaz de ter pouca fadiga durante um jogo, logo este atleta precisa manter seu fortalecimento muscular, a velocidade e a resistência aeróbica de forma conjunta, pois na ausência destes, o condicionamento físico debilitado pode ser um fator essencial para o desencadeamento de lesões.

O grupo masculino apresentou maior tempo de prática na modalidade e frequência nos treinamentos. Estudos de Aguiar et al. (2010) estudaram a relação entre os anos de prática esportiva com o histórico da ocorrência de lesões. Ainda em seu estudo, o volume dos treinos é um importante causador de lesões, sendo uma das principais causas de ausências em competições e treinamentos. Já em outro estudo quando o quesito é intensidade e duração da prática esportiva, o autor aponta que são mais suscetíveis a se lesionarem os atletas que tem quantidade excessiva de treinos e competições. Já Faigenbaum e Myer (2010), afirmam que a ocorrência de lesões se dá pela realização incorreta dos exercícios, inadequação das cargas de treinamento, desequilíbrios musculares e pela falta de acompanhamento de um profissional qualificado.

Considerando os objetivos propostos e os resultados encontrados neste presente estudo não foi possível encontrar relação entre o número de lesões com o tempo de prática esportiva, frequência de treinos e competições, assim como mecanismo de lesões e o retorno as atividades desportivas ainda com queixas dolorosas.

As principais lesões relatadas pelos atletas foram aquelas relacionadas aos traumas, seguidas das tendinopatias, concordando com Higashi e colaboradores (2015), que avaliaram a prevalência de injurias relacionadas ao handebol na população com o período de um ano. Neste estudo, as entorses e tendinopatias foram os tipos de lesão mais frequentes, sendo joelho e tornozelo as regiões mais acometidas que também condiz com o estudo de Habelt et al. (2011), que comprovou que as lesões de joelho são mais frequentes no esporte. Já Moller (2012) objetivou avaliar a incidência de lesões no handebol de elite. A partir deste estudo, o mesmo concluiu que das 448 lesões relatadas, 283 foram traumáticas, sendo joelho e tornozelo os segmentos corporais mais afetados. Netto et al. (2019) em um de seus estudos, avaliou a prevalência, as características e os fatores causais para o surgimento de lesões no esporte. Neste, o segmento corporal mais frequentemente afetado foram os membros inferiores, assim como constatado no presente estudo.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo presente teve o objetivo de avaliar a prevalência de lesões entre praticantes de handebol e o impacto destas na qualidade de vida dos mesmos. A avaliação foi possível através da aplicação dos instrumentos de inquérito de morbidade referida e o questionário de qualidade de vida, a partir do qual foi possível registrar o histórico de injúrias e a percepção de qualidade de vida.

Os dados obtidos permitem concluir que os grupos estudados possuíam tempo de prática no esporte e regime de treinamentos similares, sendo maior para o grupo masculino. A lesão esteve presente em número significativo sem diferença entre os grupos. As lesões em sua maioria foram provocadas pelos traumas, ocorrendo nos membros inferiores. Os atletas em geral percebem que os critérios listados nas dimensões física, social e psicológica interferem de forma intensa em sua qualidade, especificamente para o grupo feminino que os atributos do escore de condição física interferem de forma moderada na qualidade de vida. A correlação entre o número de lesões e os valores das dimensões do questionário de qualidade de vida tiveram correlação fraca

A literatura ainda é insipiente em pesquisas voltadas para a qualidade de vida dos atletas. Não foram encontrados estudos que investigassem do impacto das lesões sobre a qualidade de vida.

Considera-se limitação do estudo o número da amostra; a forma de registros das informações nos instrumentos, que embora validados e considerados ferramenta útil para investigações na área da saúde pública, apresentam restrições relacionadas a precisão dos relatos informados.

Os dados obtidos nesta pesquisa poderão contribuir com informações adequadas para melhorar a qualidade dos métodos de prevenção, conscientizando e instruindo os praticantes de handebol sobre a importância do acompanhamento de um profissional devidamente qualificado, bem como a sobrecarga do treinamento e a inadequação das atividades que geram tais injúrias, visando um protocolo mais seguro e livre de lesões.

6. REFERÊNCIAS

- AGUIAR, P.R.C. et al. Lesões desportivas na natação. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, p. 273-277, 2010.
- ALMEIDA, AG de; DECHECHI, C. J. Handebol: conceitos e aplicações. 2012.
- ARENA, S. S.; RU, Mancini. Lesões esportivas, fatores de risco e exames de pré-participação para jovens atletas. **Rev Ed Fis Cid S Paulo**, v. 1, p. 21-9, 2003.
- BENTO, J. O. et al. Contexto e perspectivas. **Contextos da pedagogia do desporto**, p. 19-112, 1999.
- BRACHT, V. Esporte na escola e esporte de rendimento. **Rev.Movimento**, v. 6, n. 12, 2000.
- CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HANDEBOL; Anexo: regulamento geral de competição. Sergipe (Aracaju). 2017. Disponível em: <<http://www.brasilhandebol.com.br>>. Acesso em: 22 de março 2018.
- CONFEDERAÇÃO PAULISTA DE HANDEBOL; História do handebol. São Paulo (São Paulo). 2018 Disponível em:www.fphand.com.br. Acesso em: 10 de fevereiro de 2018.
- CUNHA, R. A. *Elaboração e validação do questionário sobre qualidade de vida de atletas (QQVA)*. 2008. 105 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Curso de Ciências do Esporte, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.
- ELLIOTT, BC. OVERUSE IN JURIES IN SPORT: A BIOMECHANICAL, APPROACH. 1999.
- FAIGENBAUM, A. D.; MYER, G. D. Resistance training among young athletes: safety, efficacy and injury prevention effects. **British J Sports Med.**, v. 44, p. 56-63, 2010.
- GANTUS, M.C.; ASSUMPÇÃO, J. D.'Á. Epidemiologia das lesões do sistema locomotor em atletas de basquetebol. **Acta.Fisiátrica**, v. 9, n. 2, p. 77-84, 2016.
- GARBER, C. E. et al. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. 2011.
- GREGO LG, MONTEIRO HL, PADOVANI CR, GONÇALVES A. Lesões na dança: estudo transversal híbrido em academias da cidade de Bauru-SP. **Rev Bras Med Esporte** 1999;5:47-54.
- HABELT, S. et al. Lesões esportivas em adolescentes. **Revisões ortopédicas** , v. 3, n. 2 de 2011.
- HIGASHI, R. H. et al. Lesões musculoesqueléticas em jovens atletas de handebol: um estudo transversal. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 22, n. 1, p. 84-89, 2015.
- LIKERT, R. *A technique for the measurement of attitudes*. Arch. Psychol., v. 140, p. 1-50, 1932.
- MATSUDO, V.K.; MATSUDO, SM. Evidências da importância da atividade física nas doenças cardiovasculares e na saúde. **Diagn. tratamento**, v. 5, n. 2, p. 10-17, 2000.

MOLLER M.; ATTERMANN J.; MYKLEBUST G.; WEDDERKOPP N. Injury risk in Danish youth and senior elite handball using a new SMS text messages approach. *Br J Sports Med.* 2012;46(7):531-7

NETTO, D.C. et al. Avaliação prospectiva das lesões esportivas ocorridas durante as partidas do Campeonato Brasileiro de Futebol em 2016. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 54, n. 03, p. 329-334, 2019.

NIELSEN, AB.; YDE, J. Epidemiology and traumatology of injuries in soccer. **The American Journal of Sports Medicine**, v. 17, n. 6, p. 803-807, 1989.

NIGG, BM.; COLE, GK.; BRÜGGEMANN, GP. Impact forces during heel-toe running. **Journal of applied biomechanics**, v. 11, n. 4, p. 407-432, 1995.

PAIS-RIBEIRO, J. Felicidade, bem-estar, qualidade de vida e saúde. **Psicologia na Atualidade**, v. 8, p. 22-31, 2012.

PASTRE, CM et al. Lesões desportivas no atletismo: comparação entre informações obtidas em prontuários e inquéritos de morbidade referida. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, p. 01-08, 40-47, 2005.

PEÑAS, C. L.; GRAÑA, P. L., "El entrenamiento de la velocidad en el balonmano". **Revista Andebol**, Buenos Aires, n. 28, 2000

SILVA, E.M.; RABELO, I.; RUBIO, K. A dor entre atletas de alto rendimento. **Revista Brasileira de Psicologia do Esporte**, v. 3, n. 1, p. 79-97, 2010.

TORRES, SF et al. *Perfil epidemiológico de lesões no esporte*. 2004.

TUBINO MJG. *O que é esporte*. Ed. Brasiliense, 2006. p. 1-3.

VALOVICH MCLEOD, TC. et al. Recent injury and health-related quality of life in adolescent athletes. **Journal of athletic training**, v. 44, n. 6, p. 603-610, 2009.

VAN MECHELEN, W.; HLOBIL, H.; KEMPER, H. CG. Incidence, severity, aetiology and prevention of sports injuries. **Sports medicine**, v. 14, n. 2, p. 82-99, 1992.

Contatos: ingridbrancomorae@hotmail.com e denise.vianna@mackenzie.br