



UC/EPCE-2018

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Estudo exploratório sobre a relação entre processos psicológicos e lesões desportivas

André João Ferreira Dias (e-mail: andrejfdias@gmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia da Educação, Desenvolvimento e Aconselhamento sob a orientação de Prof. Eduardo João Ribeiro Santos

Estudo exploratório sobre a relação entre processos psicológicos e as lesões desportivas.

Resumo

As lesões são algo inerente ao desporto e exercício físico, os atletas colocam-se em posições de extremo stress físico para atingirem os seus objetivos competitivos e com isso varias lesões podem surgir. Serà analisado o modo como os processos psicológicos (*coping skills* e dimensões de personalidade) influenciam a contração dessas mesmas lesões, tendo como base o modelo stress-lesão de Williams & Andersen. Para tal, foi recolhida uma amostra de 13 sujeitos, todos atletas da mesma equipa de futebol, de sub-19, e aplicados os instrumentos: *Athletic Coping Skills Inventory* – 28 e o NEO-FFI, de forma a obter medidas psicométricas passíveis de análise estatística. Foram feitas análises descritivas dos diversos fatores e dimensões obtidos e calculadas as correlações com o numero e gravidade de lesões contraídas pelos atletas. Foram obtidos resultados estatisticamente significativos particularmente na influencia dos *coping skills* na contração de lesões, corroborando o modelo teórico proposto. Apesar de ter uma amostra reduzida, este pode ser um bom ponto de partida para futuras investigações no tema com particular interesse em averiguar a veracidade das correlações obtidas em amostras de maior dimensão.

Palavras chave: Lesão, Processos Psicológicos, Futebol

Exploratory study on the link between psychological processes and sport injuries.

Abstract

Injuries are an intrinsic part of sport and physical exercise, athletes put themselves in position of great physical stress to achieve their competitive goals, increasing the odds of sustaining an injury. We're going to analyse how do our psychological processes (*coping skills* and personality dimensions) influence the sustaining of those injuries, based on the Williams & Andersen, stress-injury model. To do that, a sample of 13 athletes was gathered, all of the same under-19 football team, and two surveys were applied, the *Athletic Coping Skills Inventory – 28* and NEO-FFI, in order to obtain psychometric measures susceptible of statistical analyses. Descriptive statistics were on the various factors and dimensions obtained and correlations were calculated with the amount and severity of injuries suffered by the players. Significant results were obtained between the *coping skills* and the injury occurrence, supporting the data from de theory proposed. Even though the study sample is small, this could be a good starting point to future investigations, with special interest in testing the accuracy of the reported correlations, in bigger samples.

Key Words: Injury, Psychological Processes, Football

Agradecimentos

Ao professor Eduardo Santos, pelo apoio, confiança e segurança demonstrada no trabalho que foi feito todo o ano,

À Associação Académica de Coimbra/OAF, em particular ao coordenador técnico, Pedro Marques Santos, por possibilitar a realização desta tese e por me proporcionar um ano de grande evolução pessoal, bem como aos atletas com quem partilhei este ano,

Um especial agradecimento à minha namorada Inês por toda a ajuda, paciência, confiança e apoio incondicional demonstrado ao longo deste longo ano,

À minha família, à minha mãe por nunca ter duvidado que eu conseguia, à minha irmã por me dar a força que por vezes faltava e ao meu pai por servir de motor motivacional em diversas ocasiões,

Aos meus amigos que me acompanharam desde que embarquei nesta aventura universitária que agora termina,

A todos os que tive oportunidade de partilhar ideias, discutir opiniões e experimentar novas oportunidades...

...a todos, um muito sincero obrigado.

Índice

Introdução	1
I – Enquadramento conceptual	2
1.1. Abordagem Biopsicossocial	2
1.1.1. Base Biológica	2
1.1.2. Base Psicológica	3
1.1.3. Base Social.....	6
1.2. Cultura de risco.....	7
1.3. Características da lesão desportiva	8
1.4. Modelo Stress-Lesão	9
1.4.1. Historial de Stressores	11
1.4.2. Personalidade	13
1.4.3. Recursos de Coping	14
1.4.4. A resposta de stress.....	15
II - Objetivos	16
III - Metodologia	16
3.1. Amostra.....	16
3.2. Descrição dos instrumentos utilizados.....	17
3.2.1. Classificação de gravidade:	17
3.2.2. NEO-FFI (versão portuguesa de Lima & Simões, 2000). .	17
3.2.3. Athletic Coping Skills Inventory (ACSI – 28), Smith Schultz, Smoll & Ptacek (1995).	18
3.3. Método de recolha	18
IV - Resultados	19
V - Discussão	24
VI - Conclusões	27
Bibliografia	29

Introdução

Devido à existência de poucos estudos relacionados com a psicologia do desporto, e mais concretamente com o papel do psicólogo na situação de lesão desportiva dos atletas, e sendo este um dos contextos que mais stress gera no atleta foi decidido que seria um assunto bastante interessante para aprofundar. Para além do facto de ser uma área que me desperta particular interesse, tem sentido uma evolução crescente nos últimos anos, com a participação ativa do psicólogo na prática desportiva à medida que o treino dos atletas fica cada vez mais complexo.

O acompanhamento psicológico estruturado e adaptado ao contexto do atleta, é essencial não só na reabilitação do mesmo aquando da lesão desportiva, mas também na prevenção de novas lesões e na adaptação do atleta à nova realidade que é a paragem competitiva e reabilitação física, uma vez que segundo Larson, Starkey & Zaichkowsky (1996) cerca de 47% dos atletas que contraem lesões sofrem efeitos psicológicos negativos.

Na presente dissertação, definiu-se a temática da personalidade e *coping skills* do atleta e a sua relação com a gravidade/quantidade de lesões desportivas, com base no modelo de Williams & Andersen (1998), apresentado posteriormente no enquadramento teórico.

I – Enquadramento conceptual

1.1. Abordagem Biopsicossocial

A ideia de que a mente influencia a saúde física pode ser traçada vários séculos atrás, em diversas sociedades ancestrais, em que funções físicas e psicológicas se entrelaçam. Por exemplo, nas sociedades Chinesa e Indiana, ainda existe um foco de que o cuidar tanto dos aspetos físicos como mentais é essencial na manutenção de uma vida saudável (Brewer & Redmond, 2017).

Nas últimas décadas, o modelo Biomédico tem sido a abordagem central no tratamento de doenças e psicopatologias, modelo esse que separa as duas dimensões (corpo e mente), e que infirma que apenas fatores físicos afetam a saúde (Straub, 2012).

1.1.1. Base Biológica

No seu cerne, a lesão desportiva é um fenómeno biológico, uma vez que quando um atleta contrai uma lesão, existe uma estrutura biológica que foi danificada e a recuperação é atingida por processos biológicos. Desta forma é impossível negar a primazia dos fatores biológicos no núcleo da lesão desportiva. Existem assim algumas características como sendo inegáveis fundações biológicas da lesão desportiva, como as características da lesão, o processo de tratamento e reabilitação bem como os sistemas corporais adjacentes (Brewer & Redmond, 2017).

No entanto e após o século 19 e início do século 20, onde primavam as doenças infecciosas, começam a surgir uma vaga de doenças não-infecciosas e crónicas, que acabam por colocar em causa todo o modelo biomédico e as suas limitações no tratamento e etiologia destas doenças (Havelka, Lucanin e Lucanin, 2009).

Engel (1977), propõe a abordagem Biopsicossocial, especificamente para abordar as limitações do modelo Biomédico, bem como para incorporar os diversos fatores que contribuem para a saúde

do individuo. Propõe que a saúde é influenciada por três fatores interligados, Biológicos, Psicológicos e Sociais. Apesar de não oferecer preditores testáveis (requisitos de um modelo científico), o modelo biopsicossocial, oferece um quadro geral que encoraja o investigador a procurar diferentes fontes de influencia para explicar as condições médicas (Brewer & Redmond, 2017).

Existem duas grandes implicações para se perceber as lesões desportivas. A ocorrência de lesões é influenciada pelas interações entre variáveis sociais, psicológicas e biológicas. A primeira é que os fatores sociais e psicológicos muitas vezes ajudam à criação de uma situação que coloca o atleta numa posição de contração de lesões. A segunda é que a lesão desportiva pode afetar não só o funcionamento do corpo (físico) como o funcionamento social e psicológico (Brewer & Redmond, 2017).

Sistemas Corporais

Na sua maioria os sistemas corporais estão interrelacionados, numa maneira que uma mudança num sistema pode iniciar mudanças em um ou mais sistemas. O sistema mais importante a reter quando se fala em lesões desportivas é o músculo-esquelético, sistema que dá ao corpo a sua forma, que protege os órgãos mais importantes do corpo, executa os movimentos remetidos pelo sistema nervoso (Zemper, 1993). Este sistema é composto por ossos, cartilagens, musculo e ligamentos e é nele que podemos encontrar cerca de 80% das lesões desportivas, segundo Zemper (1993).

Outros sistemas corporais incluem o circulatório, digestivo, endócrino, imunitário, nervoso, reprodutivo e respiratório. Destes últimos, o sistema nervoso será o que maior impacto terá nas lesões desportivas, uma vez que não só é um dos mais afetados pelas lesões como também é uma ferramenta importante na prevenção e recuperação de atletas lesionados (Zemper, 1993).

1.1.2. Base Psicológica

As lesões desportivas afetam e são afetadas por múltiplos

aspectos psicológicos interligados, especialmente áreas que são diretamente relevantes para a lesão como a percepção, a cognição, a motivação, emoção, comportamento e outros tantos conceitos integrativos destas dimensões.

Percepção

A percepção consiste no processo de interpretação e organização de sinais sensoriais sentidos, estando bastante associada à lesão desportiva. De facto, é ao nível da percepção dos atletas, que os próprios sentem primeiramente que algum tipo de lesão terá ocorrido, ao contrario de algum sentimento de desconforto, dor ou fadiga, que algum elemento técnico exterior possa ponderar. Outros métodos mais objetivos podem ser usados para confirmar diagnósticos iniciais, mas a percepção do atleta desempenha um papel fundamental neste processo (Brewer & Redmond, 2017).

Cognição

A cognição consiste com a atividade cerebral associada ao pensamento e ao conhecimento. Revela-se importante nas lesões desportivas ao nível da estrutura, conteúdo e processo (Brewer & Redmond, 2017). A estrutura cognitiva relaciona-se com a maneira como os pensamentos se organizam na nossa mente, uma vez que os pensamentos não se encontram espalhados aleatoriamente, mas sim agrupados em esquemas ou crenças (Brewer & Redmond, 2017). As estruturas cognitivas podem produzir efeitos facilitadores ou debilitam no que às lesões diz respeito, dependendo das crenças pessoais que são ativadas. Um atleta que percecione a ocorrência de uma lesão poderá procurar ajuda e tratamento especializado ou poderá pelo contrario poderá encarar a dor da lesão como sendo a sua responsabilidade enquanto atleta de lutar mesmo nas maiores adversidades. Qualquer que seja a opção do atleta, o seu comportamento é guiado não pelos sintomas físicos que sente, mas pelo sistema de crenças sobre os sintomas e o seu significado (Brewer & Redmond, 2017).

Relativamente ao conteúdo, podemos descreve-lo como sendo

o pensamento da pessoa, que engloba pensamentos, diálogos internos e imagens mentais. No caso do diálogo interno (o mais proeminente conteúdo da cognição nas lesões), um discurso pautado por positividade ou negativa pode afetar diretamente as emoções do atleta e daí influenciar todo o seu comportamento e “mundo interno”. A área do conteúdo da cognição acaba por ser um dos pontos de entrada mais utilizados em intervenções psicológicas e na própria prevenção e reabilitação de lesões no desporto (Brewer & Redmond, 2017).

Por fim, o processo cognitivo, envolve o “como as pessoas pensam”, como adquirem e processam a informação exterior e como armazenam essa informação. Nem todos os processos são importantes analisar na área da lesão desportiva, sendo os mais relevantes a memória, atenção e tomada de decisão (Brewer & Redmond, 2017). No caso da atenção, o atleta, seletivamente, vai focar-se em determinados aspetos do seu ambiente externo e interno. A atenção assume lugar de destaque na medida em que um atleta com níveis baixos de concentração está a um nível de risco de lesão superior, ao mesmo tempo que pode diminuir a própria percepção do atleta a sensações sintomáticas de lesões (Brewer & Redmond, 2017). A par da atenção, a tomada de decisão é também um processo importante antes, durante e após a lesão, uma vez que o atleta é sempre livre de tomar as suas próprias escolhas, podendo por vezes desvalorizar sintomas de lesão e optando por não comunicar às equipas médicas algum desconforto ou dor que possa estar a sentir (Brewer & Redmond, 2017).

Emoção

As emoções são estados psicofisiológicos caracterizados por uma ativação física, expressando-se em ações, comportamentos e sentimentos. No âmbito da lesão desportiva, a emoção é importante no ajustamento dos atletas às lesões bem como na maneira como encaram as barreiras da recuperação (Brewer & Redmond, 2017).

Motivação

A motivação é a força que nos impulsiona e conduz o

comportamento, podendo ser intrínseca e extrínseca. A motivação é de extrema importância no desporto em geral, assumindo um lugar importante também quando falamos de lesões desportivas (Brewer & Redmond, 2017). A motivação está presente antes da ocorrência da lesão e vai estar presente por todo o processo de reabilitação e retorno à competição. Esta dimensão psicológica está presente desde o momento em que o atleta se coloca numa posição de risco que pode levar à lesão, no desenrolar do plano de tratamento até à recuperação total (Brewer & Redmond, 2017).

Comportamento

É a dimensão mais passível de observação direta e é relevante por todo o processo de lesão desportiva. Exemplos disso são o tipo de atletas que treina excessivamente ou que se coloca deliberadamente em situações imprudentes dentro do desporto (Brewer & Redmond, 2017). Estas situações podem muitas vezes ser vistas como variáveis físicas, mas não existem sem o comportamento em si.

1.1.3. Base Social

Comparativamente às variáveis psicológicas e sociais, os fatores sociais parecem residuais, mas estão longe de serem ausentes do processo da lesão desportiva e respetiva reabilitação (Brewer & Redmond, 2017).

O facto dos fatores sociais se encontrarem no ambiente externo dos atletas, pode ser uma razão para descartar os mesmos do processo de avaliação da lesão, comparativamente com as restantes dimensões em que o atleta é um agente ativo, no entanto não deve ser menosprezado na medida em que é um fator presente em qualquer modalidade desportiva, e no caso das lesões está presente desde o momento antes da lesão até ao regresso após a lesão (Brewer & Redmond, 2017). Dentro desta questão social nas lesões, é pertinente desdobrar a análise até algo que é a cultura vivida na grande maioria dos desportos, a cultura de risco.

1.2. Cultura de risco

Desde muito cedo nos seus trajetos desportivos, os atletas estão expostos a uma cultura marcada por valores, normas, papéis e expectativas bastante específicas, transmitidas por colegas, treinadores e pais, em algo que vai culminar no conceito de ética desportiva (Hughes & Coakley, 1991).

Esta ética vai criar critérios que vão definir o que o “verdadeiro atleta” realmente é, definindo-se por capacidade de sacrifício, esforço pela vitória e excelência, capacidade de correr riscos, bem como continuar o esforço apesar da dor, recusando “aceitar limites na persecução dos objetivos” (Hughes & Coakley, 1991).

O sacrifício destes atletas passa muitas vezes pela sua saúde e bem-estar, na medida em que estão dispostos a arriscar a sua segurança, atuando sob a pressão da dor, quer em treino, quer em competição. Ao recusarem as suas limitações e perseguindo os seus objetivos contra todas as indicações, os atletas acabam por expor os seus corpos a uma sobrecarga física. No entanto, estes sacrifícios e a persecução cega pelos objetivos estão bastante enraizados na comunidade desportiva, sendo característicos numa cultura onde o risco é algo banal (Frey, 1991).

Nixon (1992) descreve o desporto de alta competição como promotor desta cultura de risco, afetando os atletas na medida em que são socialmente pressionados para aceitar a dor e a lesão como algo normal da participação no desporto, encorajando a ignorar estes sinais continuando a atividade com dor, reforçando ainda a ideia de que é melhor esconder as próprias lesões e a dos colegas.

Sendo o contexto desportivo um ambiente social maioritariamente fechado, os atletas tendem a interagir grosso modo como outros membros desse sistema desportivo. Normalmente são expostos a mensagens que glorificam e endeusam aqueles que se sacrificam para o bem da equipa e que continuam a sua performance independentemente de possíveis dores ou lesões (Messner, 1992). Esta

exaltação da adoção de comportamentos de risco tem sido relacionada com a afirmação da identidade masculina em atletas do sexo masculino. Estes atletas, frequentemente, afirmam a sua masculinidade ao demonstrarem dureza e ao esconderem as suas dores, por pensarem que será um sinal de fraqueza. Desta forma, os atletas (masculinos) que revelem algum sinal de lesão menos grave ou que falhem parte da competição devido a dores ou cansaço, correm o risco de serem considerados “fracos” ou de terem a sua masculinidade questionada (K. Young, White & McTeer, 1994).

1.3. Características da lesão desportiva

As lesões constituem um dos obstáculos mais significativos ao rendimento em contexto desportivo. Sendo virtualmente uma preocupação diária nos praticantes das mais diversas modalidades desportivas, os efeitos das lesões no bem-estar psicológico dos atletas e no rendimento pós-lesão são evidentes. Por outro lado, a capacidade de resistir às lesões e de recuperar rapidamente quando se está lesionado é um fator importante na longevidade desportiva e no sucesso dos atletas (Heil, 1993).

Existe todo um leque de dimensões biológicas sob as quais podemos classificar as lesões desportivas, nas quais se incluem a localização, tipo de lesão, severidade e mecanismo afetado (Prentice, 2011).

No que diz respeito ao mecanismo, podemos classificar as lesões como traumática ou de sobrecarga. As lesões traumáticas resultam de forças internas ou externas ao atleta que colocam demasiada tensão no tecido muscular do mesmo, causando anormalidades no musculo e até dor mesmo algum tempo após o acontecimento (Prentice, 2011). Estas lesões podem na sua maioria ser atribuídas a um único e identificável incidente físico em que o próprio atleta sente que contraiu uma lesão. As lesões de sobrecarga ocorrem quando existe uma carga excessiva de trabalho num sistema corporal

específico durante um extenso período de tempo que produz quebras microscópicas no tecido muscular, como tendinites ou fraturas de stress (Flint, 1991).

No que concerne à localização, a lesão desportiva pode ser feita em diversos níveis de análise. Primeiramente é distinguido qual a área corporal que a envolve (cabeça, tronco, membros superiores e membros inferiores; Flint, 1998). À medida que avançamos na análise vai-se especificando a área afetada pela lesão com mais precisão, analisando as estruturas dentro das áreas do corpo que foram lesadas.

A localização está próxima do conceito de tipo de lesão. Fraturas por exemplo ocorrem nos ossos, mas não nos músculos. Para além das fraturas, alguns tipos de lesões comuns são os estiramentos musculares, distensões de ligamentos, luxações nas articulações, ruturas musculares, de ligamentos e de tendões bem como lesões mais superficiais como os hematomas nos tecidos moles (L. Peterson & Renstrom, 2001).

Quanto à classificação segundo a severidade, as lesões classificadas como mais graves comportam maior dano aos tecidos, que nas lesões moderadas, afirmação correta para a maior parte das áreas corporais. Exemplo disso são as lesões nos ligamentos do tornozelo que variam de grau I a III, sendo importantes depois na elaboração do plano de reabilitação e tratamento (Bahr, 2004). No entanto, para outro tipo de lesões, existe uma linha mais ténue de classificação que comporta critérios biológicos e comportamentais. Quando fatores como tempo fora de competição desportiva são colocados na questão da severidade, torna-se menos claro qual o contributo dos danos nos fatores biológicos e quanto isso envolve variáveis psicológicas e sociais como a motivação e tolerância à dor (Flint, 1998).

1.4. Modelo Stress-Lesão

Este modelo (ver Figura 1) propõe que a maior parte das variáveis psicológicas, caso influenciem as lesões, provavelmente

fazem-no através da receção de estímulos considerados stressantes que levam a uma resposta de stress desajustada (Williams & Andersen, 1998). Quando os atletas experienciam situações stressantes como um treino de elevada dificuldade ou um jogo crucial, o seu historial de stressores, características de personalidade e recursos de coping, contribuem em interligação ou isolados na resposta ao estímulo stressor.

A hipótese central deste modelo é de que um indivíduo com uma longa história de stressores, características de personalidade que exacerbem a resposta de stress e poucos recursos de coping, vão, quando confrontados com situações stressantes, compreenderem a situação como sendo mais stressantes exibem maior ativação fisiológica e ruturas na atenção para a tarefa, comparando com sujeitos com um perfil oposto (Williams & Andersen, 1998). A severidade da resposta de stress, causada pela reatividade a estímulos stressantes é o mecanismo central proposto na origem das lesões desportivas (Williams & Andersen, 1998).

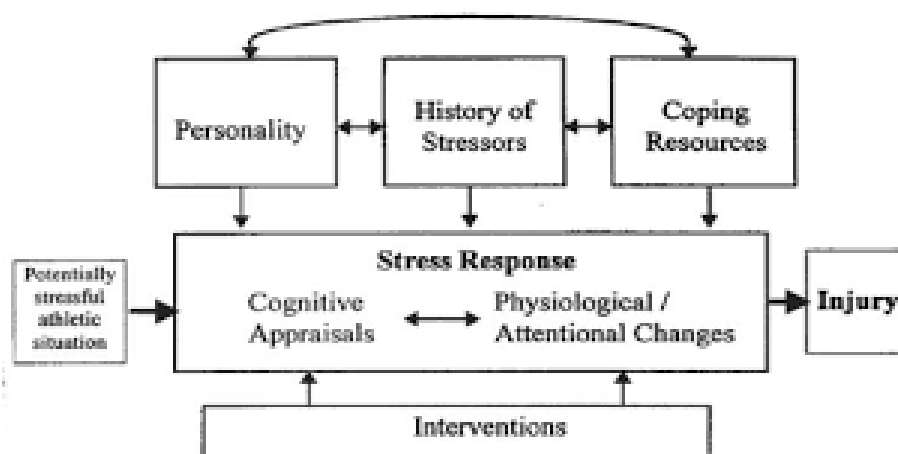


Figura 1. Modelo Stress-Lesão de Williams & Andersen

O núcleo deste modelo, a resposta de stress, consiste numa relação bidirecional entre a análise cognitiva que o indivíduo faz de uma potencial situação stressora externa e os aspetos fisiológicos e atencionais de stress (Williams & Andersen, 1998).

No contexto desportivo, o sujeito vai analisar as exigências do treino ou da competição, a sua habilidade no seu respetivo desporto e adequabilidade para cumprir as suas exigências e as potenciais consequências do sucesso ou da falha (Williams & Andersen, 1998).

É mais provável que a ativação da resposta de stress se manifeste através de uma perceção de um maior estado de ansiedade quando o atleta percebe a situação como sendo de grande importância ser bem-sucedido, mas auto-perceciona que não tem as capacidades para cumprir as exigências da situação (Williams & Andersen, 1998). Estas avaliações estão sempre em mutação, sendo que um corpo relaxado pode ajudar a diluir estas cognições negativas do mesmo modo que pensamentos ansiogénicos podem ativar o corpo através de sistema nervoso endócrino e simpático (Williams & Andersen, 1998).

Existem três grandes áreas psicossociais que influenciam a resposta de stress, os fatores inerentes à personalidade do indivíduo, a história de stressores e os recursos de coping (Williams & Andersen, 1998). Estas variáveis podem atuar individualmente ou em conjunto, exercendo influência na resposta de stress e consequentemente a lesão desportiva.

O modelo original sugeria que o historial de stressores contribuía diretamente na resposta de stress, enquanto que os fatores de personalidade e recursos de coping, atuam, ou diretamente na resposta de stress, ou como moderadores da influência do historial de stressores na situação (Williams & Andersen, 1998).

No fundo, uma falta de recursos de coping e características de personalidade desejáveis, ou a presença de características indesejáveis (ex: traço ansiedade competitiva alto), podem deixar o atleta vulnerável a situações de maior stress e consequentemente maior risco de lesionar-se (Williams & Andersen, 1998).

1.4.1. Historial de Stressores

Dentro desta categoria, enquadram-se os principais acontecimentos de vida, problemas que surgem no dia-a-dia e historial

de lesões passadas (Williams & Andersen, 1998). O historial de stressores, reveste-se de particular importância pois, segundo Holmes & Rahe (1967), a vivência de acontecimentos na vida das pessoas vai causar uma adaptação corporal, aumentando dessa forma o risco de contrair uma lesão. São exemplos de stressores, a dissolução de uma relação amorosa, ir de férias ou a morte de um familiar próximo.

Diversos autores corroboram esta ligação entre um alto nível de stress diário e doença ou até mesmo acidentes (Savery & Wooden, 1994).

Holmes, 1970, numa investigação com jogadores de futebol americano, concluiu que cerca de 50% dos atletas que vivenciam um alto nível de stress de vida (life stress), durante o ano anterior à temporada analisada, registam lesões que levaram a perder pelo menos três dias de treino ou um jogo. Por outro lado, apenas 9% dos atletas com um nível baixo de stress e 25% de nível intermedio apresentam lesões equivalentes.

Passer & Seese (1983), criam um novo instrumento que distingue os acontecimentos positivos e os negativos, verificando nas suas investigações que apenas os acontecimentos negativos se relacionam com o aumento de risco de lesão.

Petrie (1993), sugere que acontecimentos de vida vistos inicialmente como positivos (e.g. premio de jogador do mês, capitanear a equipa) podem vir mais tarde a produzir stress ao colocar no atleta maior pressão para um bom desempenho ou até responsabilização pelo desempenho global da equipa. Estas mudanças são propensas a levarem a uma avaliação negativa das situações do jogo e do treino, cognitivamente, e dessa forma aumentar o risco de lesão.

O stress proveniente de problemas que nos surgem no dia-a-dia, irritações ou mudanças indesejadas, pode contribuir de igual forma para o elevar do nível de stress de vida, bem como aumenta o risco de lesão, da mesma forma que a historia de stressores (Williams & Andersen, 1998). Kanner, Coyne, Schaefer & Lazarus (1981), sugerem que a

maneira como os acontecimentos de vida influenciam o aparecimento de diversos pequenos problemas diários, como por exemplo uma mudança para uma cidade nova, pode acarretar solidão, ajuste a um novo clima ou nova cultura, etc. poderá criar novas vulnerabilidades para o sujeito.

Fawkner (1995), numa tese de mestrado, refere que os atletas estavam mais propensos a lesionarem-se, quando haviam experienciado um aumento significativo de problemas do dia-a-dia na semana anterior à contração da lesão.

Por fim, o historial de lesões, foi incluído no modelo stress-lesão por diversas razões. Se o atleta não tiver recuperado o suficiente para voltar ao ativo, mas faz-lo de qualquer maneira, a probabilidade de se voltar a lesionar é bastante alta (Williams & Andersen, 1998). Um atleta que esteja pronto fisicamente, mas não psicologicamente, ocorre também num risco de lesão elevado, uma vez que podem surgir problemas de ansiedade e avaliações cognitivas negativas da situação, como é o exemplo apresentado em Williams & Andersen (1998), que relata que o medo de voltar a lesionar-se pode criar no atleta um grande nível de stress, dessa forma aumentando o risco de lesão.

1.4.2. Personalidade

Petrie (1993), encontrou relação de moderador do traço ansiedade competitiva no efeito do stress de vida positiva, de tal modo que níveis de ansiedade e stress elevados estariam associados com a quantidade de dias de ausência por lesão. Estes fatores acabam por ter influência nas avaliações negativas que os atletas fazem das situações, em que este vê os treinos ou a competição como uma ameaça ou sob o qual não tem qualquer controlo, e acredita não ter os recursos para lidar com essa situação.

No entanto existem ainda algumas limitações relativamente a estas relações de causalidade, uma vez que não existem muitos estudos que utilizem medidas psicométricas ou bases estatísticas, sobre a

influencia do historial de stressores, da personalidade ou até das variáveis de “coping” no risco de lesão (Williams & Andersen, 1998).

Diferentes níveis e subtipos de ansiedade (ansiedade-traço, ansiedade somática/cognitiva, etc.) podem influenciar de maneira diferente as avaliações cognitivas que os atletas fazem das situações, bem como a capacidade fisiológica e atencional, que podem sofrer disrupções aquando de uma situação stressante, quer no treino quer na competição (Jones, 1995).

Segundo Jones (1995), atletas que possuam níveis elevados de ansiedade e que interpretam essa ansiedade como influenciadora da sua performance, podem estar num risco mais elevado de contrair uma lesão.

Por outro lado, existe uma necessidade de alargar as dimensões psicológicas avaliadas na predição de lesões, uma vez que Williams, Hogan & Andersen (1993), num estudo que englobava atletas de futebol americano e voleibol, encontraram relações entre os estados de espírito positivos no início da temporada e a ocorrência de menos lesões durante a época, em comparação com os atletas que demonstravam estados de espírito negativos.

Existem ainda assim, estudos como o de Fields, Delaney & Hinkle (1990), que exploram a agressividade e a raiva e a sua relação com o risco de lesão. Os autores, exploraram estas variáveis em atletas de corrida, que tendo níveis mais elevados de raiva e agressividade, experienciam significativamente mais lesões e mais graves, quando comparados com os atletas de pontuação baixo nesta medida.

Existem ainda estudos que indicam que o facto de o foco desta agressividade ser para fora e não dirigida para o próprio, vai aumentar o risco de lesão (Thompson & Morris, 1994).

1.4.3. Recursos de Coping

O modelo stress-lesão de Williams & Andersen (1998), inclui recursos adaptativos ou de “coping”, como o apoio social, gestão de stress e até padrões nutricionais e de sono influenciam diretamente a

vulnerabilidade a lesões.

Segundo um estudo de 1986, por Williams, Tonymon e Wadsworth, com atletas juniores de voleibol, o único fator passível de prever a ocorrência de lesões seriam os recursos de “coping” baixos, com medidas que compreendem o suporte social, bem como recursos genéricos como comportamentos alimentares, de sono e o tempo pessoal que o atleta precisa e como o avalia. Para além dos investigadores acima enunciados, também Hanson, McCullagh & Tonymon (1992), refere que os recursos de “coping” são os maiores contribuidores tanto na frequência de lesões como na sua severidade.

Petrie (1992), propõe que o apoio social dependendo do nível, pode funcionar em binómio, uma vez que um alto nível de apoio social parece proteger o atleta de lesões, no entanto um baixo nível de apoio social acaba por ser ter um efeito prejudicial no stress de vida, o que vai aumentar exponencialmente o risco de lesão.

No entanto, o autor encontrou ainda um facto contraditório, uma vez que atletas em condições de baixo stress, que reportem um bom nível de apoio social acabam por estar mais expostos ao risco de lesão que os atletas que tenham uma rede de apoio mais fraca. Petrie (1993) sugere que este facto dever-se-á a que em condições de baixo stress, os atletas com um bom apoio social acabem por assumir maior confiança e segurança, o que poderá traduzir-se em displicência, e tendência para tomar atitudes mais arriscadas.

1.4.4. A resposta de stress

Williams, Tonymon & Andersen (1991), desenvolveram um estudo com atletas recreativos e chegaram à conclusão que os atletas que tenham experienciado diversos eventos de vida durante o ano transato, reportam níveis de ansiedade mais elevados, bem como um estreitamento da visão periférica durante situações de alto stress, quando comparados com atletas que não tenham experienciado muitos eventos stressores no ano transato.

O estudo de Williams et al. (1991), incidiu sobre o efeito dos

recursos de “*coping*” e dos problemas diários nos efeitos de eventos de vida importantes. Segundo este estudo, os recursos de “*coping*” não afetariam a reação à situação stressora, mas servem de moderadores para o historial de stressores e respetivo efeito na situação presente. No entanto, atletas que tenham eventos de vida negativos ou vários problemas do dia-a-dia, mas que possuam bons recursos de “*coping*”, experienciam menor nível de estado ansiogenico, quando comparados com atletas com menos recursos de “*coping*”.

II - Objetivos

Tal como o modelo de Williams e Andersen (1998) refere, os principais índices psicológicos que interferem na contração de lesões são só fatores de personalidade e os *coping skills* que o atleta possui. Como tal são exatamente esses que são adotados nesta dissertação, cujo objetivo passa pela avaliação da relação entre os fatores de personalidade e os *coping skills* dos atletas desportivos e a probabilidade de contração de lesões.

Coloca-se então a hipótese que de facto, estes fatores irao ter alguma relação com o numero e gravidade de lesões contraídas, pelo que a questão será quais os fatores que mais significância estatística têm para esta problemática.

III - Metodologia

3.1. Amostra

A população analisada neste estudo, concentra 13 jogadores de futebol do sexo masculino do escalão de juniores (sub-19), 10 deles residentes numa academia de futebol, deslocados das famílias, com idades compreendidas entre os 17 e os 19 anos, inscritos na Associação Académica de Coimbra – Organismo Autónomo de Futebol durante a época desportiva em estudo, 2017/2018

3.2. Descrição dos instrumentos utilizados

3.2.1. Classificação de gravidade:

Com o propósito de codificar as diversas lesões presentes no questionário “Histórico de Lesões”, foi definida a gravidade das lesões pelo número de dias que o jogador fica afastado de treinos ou jogos, proposta por Ekstrand, Timpka & Hagglund, 2006). Deste modo, as lesões podem ser: ligeiras, se envolverem 1 a 3 dias de ausência; *minor* se envolverem um afastamento entre 4 a 7 dias; moderadas caso a ausência seja entre 8 e 28 dias e por último são consideradas graves as lesões que ultrapassem os 28 dias de ausência de treino ou jogo.

3.2.2. NEO-FFI (versão portuguesa de Lima & Simões, 2000).

O segundo instrumento utilizado foi o NEO-FFI, versão reduzida do NEO-PI-R, instrumento baseado no modelo dos cinco fatores (Five Factor Model: FFM; McCrae & Costa, 2004). Com este modelo, é possível agrupar tendências comportamentais, emocionais e cognitivas dos indivíduos em cinco grandes categorias: Neuroticismo (N), Extroversão (E), Abertura à Experiência (O), Amabilidade (A) e Conscienciosidade (C).

O NEO-PI-R apresenta diversas vantagens, propondo uma análise compreensiva da personalidade, numa tentativa de dar sentido à diversidade de constructos no domínio da psicologia da personalidade (McCrae & Costa, 2004). No entanto, a sua extensão de 240 itens tornam-no pouco versátil, levando esta limitação à sua adaptação para uma versão reduzida, o NEO-FFI (NEO – *Five Factor Model*), composta por 60 itens e que permite igualmente uma leitura fiel das dimensões avaliadas, mantendo valores de consistência interna semelhantes (entre .68 e .86).

3.2.3. Athletic Coping Skills Inventory (ACSI – 28), Smith Schultz, Smoll & Ptacek (1995).

Adicionalmente foi utilizado o ACSI-28, com o propósito de avaliar diferenças individuais nas competências psicológicas dentro de um contexto desportivo/atlético.

Este instrumento é composto por 28 itens, versão reduzida da primeira versão do ACSI que compreendia originalmente 87 itens distribuídos em 8 subescalas. Os itens são respondidos numa escala de Likert de 4 pontos, desde 0=Quase nunca a 3=Quase Sempre. Os itens estão distribuídos por 7 subescalas (Rendimento máximo sob pressão; Ausência de preocupação; Confronto com a adversidade; Concentração; Formulação de metas e objetivos; Confiança e motivação para a realização e Disponibilidade para aprender) (Smith et al. (1995). Este instrumento permite ainda retirar um resultado total, somando-se os resultados das diversas subescalas, algo que pode constituir uma boa medida dos recursos psicológicos pessoais do atleta, sendo desta forma uma estimativa multifacetada das competências do atleta (Cruz & Barbosa, 1997).

Dado que se trata de um estudo de caso devido à dimensão da amostra, e ter sido uma investigação feita com acesso a acompanhamento individualizado dos atletas, é de todo o interesse que as informações obtidas através dessa via sejam também utilizadas de modo a melhor entender as nuances dos resultados.

3.3. Método de recolha

A recolha foi feita com base num conjunto de questionários de autopreenchimento acima descritos, que permite fazer o levantamento das diversas lesões desportivas incorridas pelos atletas na sua carreira, bem como dos perfis de personalidade e sintomatologia psicológica de cada um dos atletas no momento atual.

IV - Resultados

Para este estudo foram feitas análises descritivas e correlações entre os diversos fatores, utilizando o programa IBM *Statistical Package for the Social Science 25* (SPSS 25), sendo o principal foco a influência dos fatores psicológicos descritos pelo NEO-FFI e os fatores de *Coping Skills* obtido pelo ACSI-28 na quantidade de lesões sofridas e a sua severidade.

Abaixo são apresentados quadros descritivos sobre as médias obtidas através da aplicação dos instrumentos acima citados:

Na análise dos resultados médios obtidos nas dimensões analisadas pelo NEO-FFI (ver Figura 2), é possível depreender que os níveis de Neuroticismo estão relativamente baixos ($M=15,77$; $DP=6,547$), com as pontuações a oscilarem entre o mínimo de apenas 3 pontos e um máximo de 28 na amostra recolhida. Por outro lado, o fator de Conscienciosidade apresenta níveis bastante altos ($M=35,69$; $DP=4,973$) à semelhança do fator Extroversão ($M=30,46$; $DP=6,741$), com as pontuações a oscilarem entre 29 e 46 para a Conscienciosidade e 19 e 44 para a Extroversão. Nos restantes fatores Amabilidade ($M=24,54$; $DP=3,017$) e Abertura à Experiência ($M=29,85$; $DP=4,120$), as pontuações oscilam entre 19 e 29 para o primeiro e 25 e 41 para o segundo.

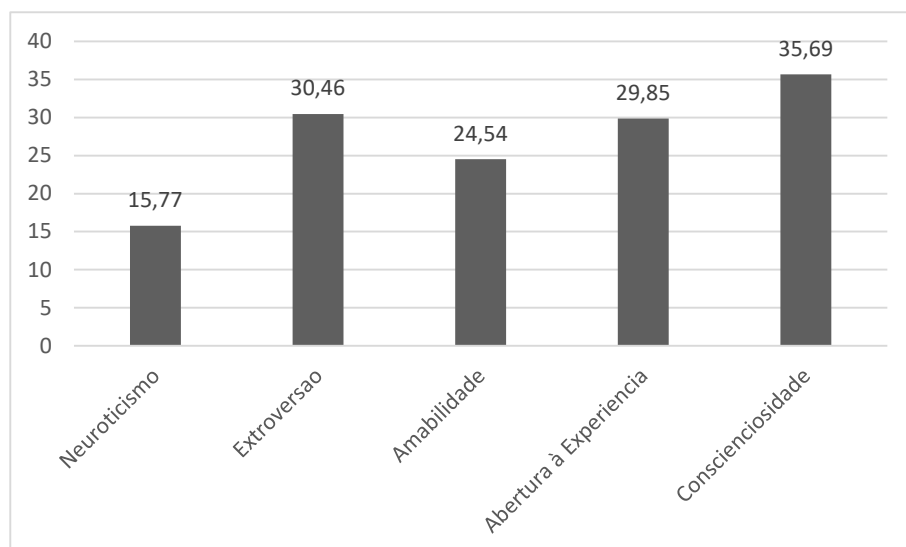


Figura 2. Médias obtidas por fatores no NEO-FFI

Na análise dos resultados médios obtidos por fatores no ACSI-28 (ver Figura 3), é possível verificar um resultado particularmente elevado, no fator Confiança e motivação para o sucesso ($M=10,08$; $DP=1,038$) com pontuações a oscilarem entre 9 e 12 pontos. Por outro lado, o fator cuja pontuação é mais baixa, Formulação de Metas e Objetivos ($M=5,92$; $DP=2,90$) apresenta pontuações mínimas de 0 e máximo de 10 pontos. Os fatores Rendimento máximo sob pressão ($M=7,69$; $DP=1,601$) e Confronto com a adversidade ($M=7,69$; $DP=1,109$), apresentam iguais pontuações máximas de 10 pontos e mínimas de 6 pontos, já nos restantes fatores, encontramos a Disponibilidade para aprender ($M=9,00$; $DP=2,041$) e Concentração ($M=8,31$; $DP=1,932$) com valores iguais nas pontuações mínimas e máximas obtidas, oscilando entre 6 e 12 pontos. Na análise do fator Ausência de preocupação ($M=7,46$; $DP=1,713$), temos pontuações máximas obtidas de 4 pontos e máximas de 10.

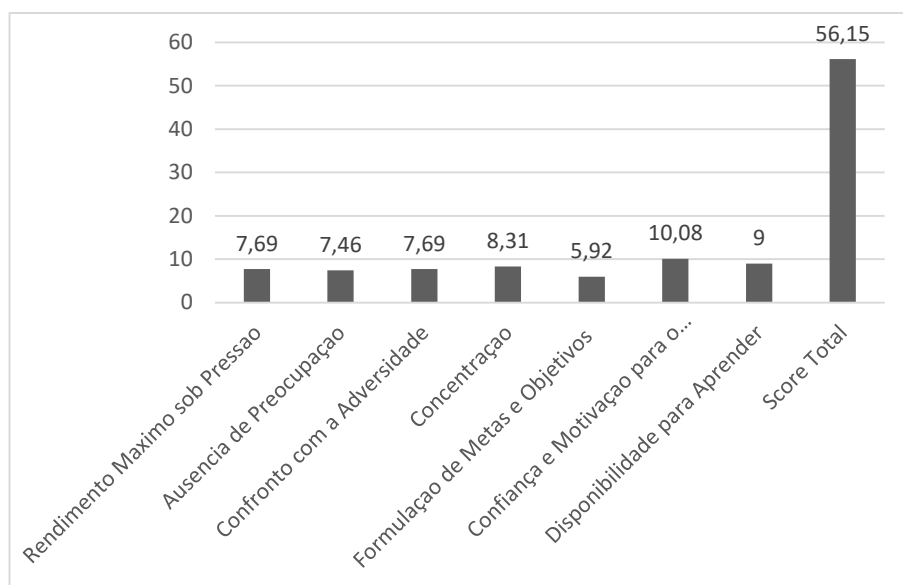


Figura 3. Médias obtidas por fatores no ACSI-28

Na análise do quadro descritivo das lesões (ver Figura 4) é possível perceber que as lesões ligeiras são as mais comuns ($M=2,23$), enquanto que a *minor* ($M=0,92$) e moderada ($M=0,69$) não parecem ser muito significativas, com a lesão grave a ter uma média superior ($M=1,08$).

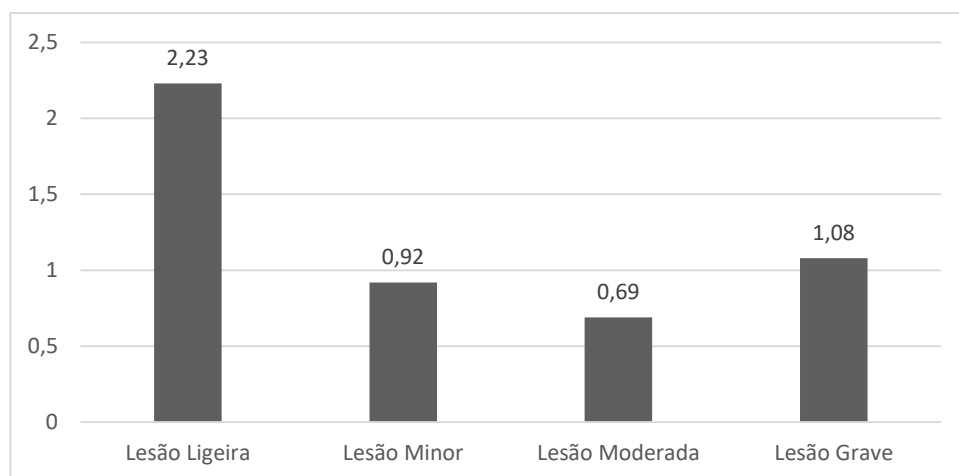


Figura 4. Médias obtidas das lesões contraídas pelos atletas

Relativamente às médias obtidas por posições desempenhada em campo (ver Figura 5), encontramos a tabela de frequências

relativamente à posição desempenhada em campo pelos atletas.

Na amostra existem dois jogadores que desempenham as funções de guarda-redes, quatro defesas, cinco médios e dois avançados.

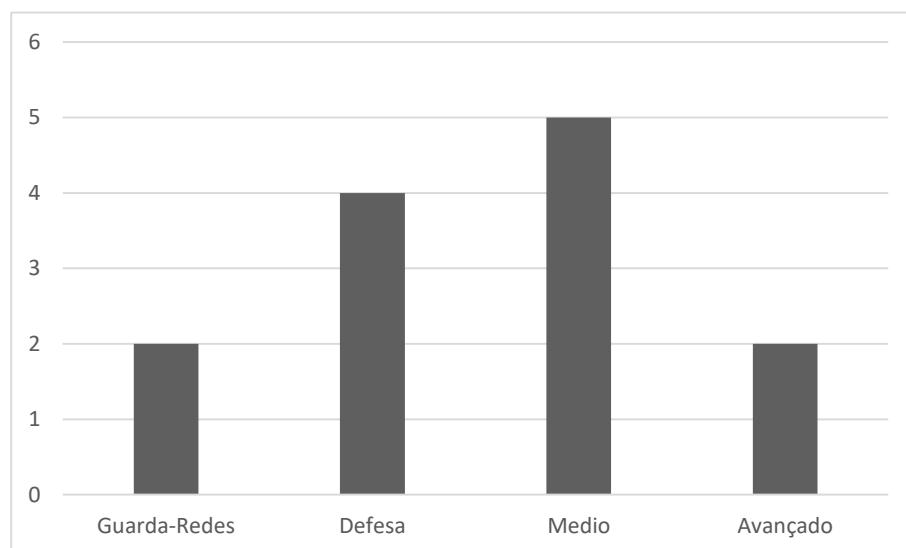


Figura 5. Numero de atletas por posição em campo

Análise de correlações:

Correlação de Pearson – foi utilizada este coeficiente que mede a intensidade e direção da relação de tipo linear de duas variáveis quantitativas. Nesta dissertação, as escalas analisadas são os fatores de personalidade, os fatores de *coping skills* e o numero/gravidade de lesões (Marôco, 2014).

Dentro das análises que faziam sentido neste caso, foram encontradas correlações significantes ($p < 0,05$) em alguns fatores que vale a pena observar.

Na análise de correlações entre as lesões e a posição (ver Tabela 1) encontramos uma relação entre a lesão *Minor* e a posição existe uma correlação significativa ($p = 0,035$), o que significa que quanto mais avançada a posição no terreno de jogo maior a probabilidade de contrair uma lesão de tipo *Minor*.

Também na relação entre a lesão Ligeira e a lesão Moderada encontramos uma correlação significativa ($p=0,025$), podendo-se argumentar que a quantidade de lesões ligeiras contraídas, poderá influenciar a ocorrência de outras lesões mais limitativas.

Tabela 1.

Significância das correlações de Pearson para variáveis posição e tipos de lesão

	Posição	Lesão ligeira	Lesão <i>minor</i>	Lesão moderada	Lesão grave
Posição	-	-	-	-	-
Lesão ligeira	0,378	-	-	-	-
Lesão <i>minor</i>	0,035	0,396	-	-	-
Lesão moderada	0,707	0,025	0,560	-	-
Lesão grave	0,569	0,462	0,583	0,862	-

Relativamente aos resultados obtidos pela correlação de *Pearson*, na relação entre a gravidade das lesões contraídas pelos atletas e os fatores obtidos nos diversos fatores do NEO-FFI, Neuroticismo, Extroversão, Amabilidade, Abertura à experiência e Conscienciosidade (ver Tabela 2) é perceptível que não existe nenhum fator com significância suficiente para que se possa dizer que estão correlacionados, o mais próximo seria o fator Amabilidade com a Lesão moderada, com uma significância de $p=0.090$, valor que se encontra demasiado longe de ser considerado significativo.

Tabela 2.

Significância das correlações de Pearson para variáveis de fatores do NEO-FFI com as Lesões

	Neuroticismo	Extroversão	Amabilidade	Abertura à Experiencia	Conscienciosidade
Lesão ligeira	0,899	0,200	0,657	0,103	0,884
Lesão <i>minor</i>	0,900	0,335	0,102	0,422	0,123
Lesão moderada	0,943	0,119	0,090	0,968	0,984
Lesão grave	0,859	0,196	0,509	0,422	0,483

Na análise das correlações entre as lesões e os fatores do ACSI-28, rendimento máximo sob pressão, ausência de preocupação, confronto com a adversidade, concentração, formulação de metas e

objetivos, confiança e motivação para a realização, disponibilidade para aprender e o score total dos fatores, encontramos resultados estatisticamente significativos (ver Tabela 3).

Encontramos uma relação significativa entre o fator Ausência de preocupação e a ocorrência de lesões ligeiras ($p=0,046$). Ao mesmo tempo, descobrimos também uma relação entre o mesmo fator, Ausência de preocupação e a ocorrência de lesões *minor*, com uma significância de $p=0,021$, sendo que quanto menos os atletas se preocupam, mais lesões tendem a contrair.

Tabela 3.
Significância das correlações de Pearson para variáveis de fatores do ACSI-28 com as Lesões

	Rendiment o máximo sob pressão	Ausênc ia de preocu pação	Confronto com a adversidad e	Concent ração	Formula ção de metas e objetivo s	Confiança e motivação para a realização	Disponib ilidade para aprender	ACSI score total
Lesão ligeira	0,440	0,046	0,986	0,790	0,683	0,301	0,715	0,549
Lesão <i>minor</i>	0,174	0,847	0,952	0,477	0,456	0,987	0,332	0,188
Lesão moderada	0,453	0,021	0,766	0,182	0,690	0,587	0,190	0,336
Lesão grave	0,878	0,241	0,066	0,229	0,910	0,979	0,481	0,437

V - Discussão

Após a análise dos resultados médios e desvios obtidos pela amostra apresentada, é importante comparar com os dados normativos da população onde encontramos algumas discrepâncias. Na comparação dos dados do NEO-FFI para a população portuguesa obtidos a partir de Pedroso-Lima, Magalhães, Salgueira, Gonzalez, Costa, Costa & Costa (2014), com os resultados obtidos na amostra verificamos que na dimensão Neuroticismo, a amostra ($M=15,77$), se encontra com um desvio-padrão abaixo dos valores da amostra

portuguesa ($M=23,92$; $DP=7,46$). Isto pode dever-se ao facto de vários dos atletas inquiridos se encontrarem deslocados das famílias, e enquadrados diariamente num contexto de alta performance que segundo Hughes & Coakley (1991) confere aos atletas uma “cultura de risco” permanente onde a expressão dos seus sentimentos e emoções são retraídos.

Também na dimensão Amabilidade encontramos diferenças estatísticas importantes, com os resultados da amostra ($M=24,54$), a caírem fora do intervalo normativo da população portuguesa ($M=32,49$; $DP=5,61$). Lima & Simões (2000) referem que Amabilidade é a “qualidade da orientação interpessoal num contínuo que se estende da compaixão ao antagonismo nos pensamentos, sentimentos e ações”. Uma possível justificação para esta disparidade pode, mais uma vez estar no contexto dos jogadores, que vivem em permanente estado de competição e que (no acompanhamento pessoal com os atletas foi visível) sentem que precisam de se focar mais em si que nos outros, pois é um meio onde a evolução tem de ser continua e que a ajuda com o outro pode ser considerada um “sinal de fraqueza”.

Nas restantes dimensões, os resultados foram bastante semelhantes com os dados normativos, com a Extroversão ($M=30,46$) a ir de encontro com os valores normativos ($M=29,55$; $DP=6,01$), bem como a Abertura à experiência ($M=29,85$), que esta dentro da média nacional ($M=27,54$; $DP=6,30$). Por ultimo importa verificar que os dados da amostra para a dimensão Conscienciosidade ($M=35,69$), encontram-se também dentro da média nacional ($M=34,26$; $DP=6,31$).

No que respeita às dimensões avaliadas pelo NEO-FFI não foram encontradas correlações significantes com a ocorrência de lesões, pelo que a personalidade parece não ter um papel influenciador nas lesões desportivas, pelo menos neste grupo restrito de atletas.

No que concerne às análises descritivas e das correlações entre os fatores avaliados pelo instrumento ACSI-28, importa perceber as variações de acordo com a população, cujos dados foram retirados da

validação feita por Smith et al. (1995).

Nesta análise descritiva dos dados da população foi possível perceber que todos os fatores da amostra se encontram dentro da média dos dados normativos, com o Confronto com a adversidade ($M=7,69$), a enquadrar-se na média normativa ($M=6,26$; $DP=2,23$), o fator Rendimento máximo sob pressão ($M=7,69$) também ele dentro da média normativa ($M=6,40$; $DP=2,87$), o fator Formulação de Metas e Objetivos ($M=5,92$), encontra-se também ele próximo da média normativa ($M=5,48$; $DP=2,75$). Também os fatores Concentração ($M=8,31$) e Ausência de preocupação ($M=7,46$) encontram-se dentro da média normativa com valores de ($M=7,02$; $DP=2,19$) e ($M=6,46$; $DP=2,82$), respetivamente. Os restantes fatores enquadram-se igualmente na população fornecida por Smith et al. (1995), com o fator Disponibilidade para aprender ($M=9,00$) a colocar-se bastante próximo da média normativa ($M=8,87$; $DP=2,43$), bem como o Score total ($M=56,15$) que se encontra dentro da média normativa ($M=48,35$; $DP=9,64$). Por fim vale a pena realçar o ultimo fator, Confiança e motivação para o sucesso ($M=10,08$) como sendo o que mais próximo se encontra de ultrapassar o intervalo dos resultados médios da população ($M=7,86$; $DP=2,28$), estando, no entanto, ainda dentro do intervalo estatístico normal.

Feita a primeira comparação dos resultados obtidos por fatores no instrumento ACSI-28 com os dados normativos da população, importa verificar as correções obtidas quando relacionados com a ocorrência de lesões desportivas. Nesta fase surge apenas um fator claramente implicado na lesão desportiva, a Ausência de preocupação. Este fator apresenta significância estatística com a ocorrência tanto de lesões ligeiras ($p=0,046$) como em lesões moderadas ($p=0,021$), sendo a interpretação destes dados a de que quanto menos um atleta se preocupa dentro de campo e com a sua performance, mais lesões poderão ocorrer. Uma das perguntas do instrumento é reveladora dessa ausência de preocupação “Durante os treinos, preocupo-me se vou cometer erros ou

ano vou conseguir treinar até ao fim” (questão cotada inversamente), mostra que um atleta que pontue elevado neste fator tem um desapego com aquilo que acontece ou pode acontecer num determinado jogo ou situação, o que leva a que se coloque em posições de risco com mais frequência, contraindo dessa maneira mais lesões, não atribuindo importância à condição física ou a situações potencialmente perigosas. Também no acompanhamento individual feito com estes atletas foi perceptível que a cultura de risco (Hughes & Coakley, 1991), se encontra bastante enraizada no contexto, o que pode influenciar também os atletas a que sintam que necessitam de ter atitudes e posturas de maior risco de forma a serem considerados mais fortes e consequentemente melhores jogadores.

Após a discussão dos diversos fatores que influenciam a lesão desportiva, é crível que o modelo stress-lesão de Williams & Andersen (1998), é pertinente, sendo os *coping skills* sem dúvida um dos principais influenciadores na evolução desportiva saudável dos atletas, algo corroborado pela experiência pessoal com os próprios atletas, onde os que individualmente pontuaram melhores valores nos fatores de *coping skills* tendiam a contrair menos lesões, algo atestado pelos resultados obtidos nas correlações feitas.

VI - Conclusões

Após a redação deste trabalho, foram perceptíveis as diversas debilidades ao nível do apoio e desenvolvimento psicológico dos atletas inquiridos. Possivelmente pela falta de verbas e/ou desconhecimento por parte dos clubes que acolhem estes atletas, a dimensão psicológica no futebol acaba por cair para num plano secundário, pois não é algo com resultados visíveis e imediatos, sendo muitas vezes banalizado como sendo apenas um apoio para motivar o atleta.

Gomes (2012) refere ainda que a intervenção médica de reabilitação deve ser articulada com a intervenção do psicólogo para

que o atleta encare a lesão como um desafio e não se deixar ir abaixo. A presença de um profissional especializado na área da psicologia dentro dos quadros técnicos dos clubes reveste-se assim de uma importância adicional na melhoria do rendimento desportivo, e ainda mais na adaptação, apoio e acompanhamento dos atletas à nova realidade que é uma lesão.

Tal como os resultados da dissertação apontam, o treino psicológico e de competências mentais pode trazer benefícios a todas as partes, evitando paragens por vezes de longa duração dos atletas que afetam o próprio, o treinador que deixa de contar com um jogador e a própria instituição que arca com a fisioterapia e recuperação do atleta.

No entanto, esta dissertação contém as suas falhas e limitações, desde logo por ser uma amostra reduzida, aplicada num contexto de bastante especificidade, com recurso a análises qualitativas trazendo uma dimensão mais íntima à análise de cada caso, o que pode provar-se bastante útil, na medida em que os contextos são diferentes de clube para clube, bem como a subjetividade e infinidade de situações passíveis de acontecer num treino ou jogo de futebol, que não podem ser quantificadas por medidas psicométrica.

Bibliografia

- Bahr, R. (2004). Acute ankle injuries. In R. Bahr & S. Maehlum (Eds.), *Clinical guide to sports injuries: An illustrated guide to the management of injuries in physical activity* (pp. 393-407). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Brewer, B.W., & Redmond, C.J. (2017). *Psychology of Sport Injury*. United Kingdom: Human Kinetics.
- Cruz, J., & Barbosa, L. (1997). Estudo do stress, da ansiedade e das estratégias de confronto psicológico no andebol de alta competição. In J. Cruz (Ed.), *Psicologia: Teoria, investigação e prática* (pp. 523-548). Universidade do Minho: Centro de Estudos em Educação e Psicologia.
- Ekstrand, J., Timpka, T., & Hagglen, M. (2006). Risk of injury in elite football played on artificial turf versus natural grass: A prospective two-cohort study. *Journal of Sport Medicine*, 40(12), 975-980.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Fawkner, H.J. (1995) *Predisposition to injury in athletes: The role of psychosocial factors*. Unpublished master's thesis, University of Melbourne, Australia.
- Fields, K.B., Delaney, M., & Hinkle, J.S. (1990). A prospective study of type A behaviour and running injuries. *The Journal of Family Practice*, 30, 425-429.
- Flint, F.A. (1991). *The psychological effects of modeling in athletic*

injury rehabilitation. Unpublished doctoral dissertation, University of Oregon, Eugene.

Flint, F.A. (1998). Integrating sport psychology and sports medicine in research: The dilemmas. *Journal of Applied Sport Psychology*, 10, 83-102.

Frey, J.H. (1991). Social risk and the meaning of sport. *Sociology of Sport Journal*, 8, 136-145.

Gomes, R. (2012). Factores Psicológicos e Lesões desportivas: da fantasia à realidade. *Revista de Medicina Desportiva Informa*.

Hanson, S.J., McCullagh, P., & Tonymon, P. (1992). The relationship of personality characteristics, life stress, and coping resources to athletic injury. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 14, 262-272.

Havelka, M., Lucanin, J., & Lucanin, D. (2009). The integrated approach to health and disease. *Coll. Antropol.*, 33, 303-310

Heil, J. (1993). Sport psychology, the athlete at risk, and the sports medicine team. In J. Heil (Ed.), *Psychology of sport injury* (pp. 1-13). Champaign IL: Human Kinetics.

Holmes, T.H. (1970). Psychological screening. In *Football injuries* (pp.211-214). Paper presented at a workshop sponsored by the Subcommittee on Athletic Injuries, Committee on the Skeletal System, Division of Medical Science, Nacional Research Council, February 1969. Washington, DC: Nacional Academy of Sciences.

- Holmes, T.H., & Rahe, R.H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218. doi:10.1016/00223999(67)90010-4.
- Hughes, R.H., & Coakley, J. (1991). Positive deviance among athletes: The implications of overconformity to the sport ethic. *Sociology of Sport Journal*, 8, 307-325.
- Jones, G. (1995). More than just a game: Research developments and issues in competitive anxiety in sport. *British Journal of Psychology*, 86, 449-478.
- Kanner A.D., Coyne J.C., & Schaefer, C. (1981). Comparison of two modes of stress measurement: daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioural Medicine*, 4, 1-39.
- Larson, G., Starkey, C., & Zaichkowsky, L. (1996). Psychological aspects of athletic injuries as perceived by athletic trainers. *Sport Psychologist*, 10(1), 37-47. doi:10.1123/tsp.10.1.37.
- Lima, M. P. & Simões, A. (2000). *NEO-PI-R Manual Profissional* (1^a ed.). Lisboa: CEGOC.
- Marôco, J. (2014). Estatística Descritiva. In J. Marôco (Ed.), *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (pp. 15-27). Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Messner, M. (1992). *Power at play: Sports and the problem of masculinity*. Boston: Beacon Press.
- McCrae R. R., & Costa P. T. (2004). A contemplated revision of the

NEO five-factor inventory. *Personality and Individual Differences*, 36(3), 587-596.

Nixon, H.L. (1992). A social network analysis of influences on athletes to play with pain and injuries. *Journal of Sport & Social Issues*, 16, 127-135. doi:10.1177/019372359201600208.

Passer, M.W., & Seese, M.D. (1983). Life stress and athletic injury: Examination of positive versus negative life events and three moderator variables. *Journal of Human Stress*, 9, 11-16.

Lima, M.P., Magalhães, E., Salgueira, A., Gonzalez, A., Costa, J.J., Costa, J.M., & Costa, P. (2014). A versão portuguesa do NEO-FFI: Caracterização em função da idade, género e escolaridade. *Revista Psicologia*, 28(2), 1-10.

Peterson, L., & Renstrom, P. (2001). *Sports injuries: Their prevention and treatment* (3rd ed.). Champaign, IL: Human Kinetics.

Petrie, T.A. (1992). Psychosocial antecedents of athletic injury: The effects of life stress and social support on female collegiate gymnasts. *Behavioural Medicine*, 18, 127-138.

Petrie, T.A. (1993). Coping skills, competitive trait anxiety, and playing status: Moderating effects of the life stress-injury relationship. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 15, 261-274.

Prentice, W.E. (2011). *Principles of athletic training: A competency-based approach* (14th ed.). New York: McGraw-Hill.

Savery, L.K., & Wooden, M. (1994). The relative influence of life events and hassels on work-related injuries: Some Australian

evidence. *Human Relations*, 47, 283-305.

Smith, R. E., Schutz, R. W., Smoll, F. L., & Ptacek, J. T. (1995). Development and Validation of a Multidimensional Measure of Sport-Specific Psychological Skills: The Athletic Coping Skills Inventory-28. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 17, 379-398.

Straub, R.O. (2012). *Health psychology: A biopsychosocial approach* (3rd Ed.). New York: Worth.

Thompson, N.J., & Morris, R.D. (1994). Predicting injury risk in adolescent football players: The importance of psychological variables. *Journal of Pediatric Psychology*, 19, 415-429. doi:10.1093/jpepsy/19.4.415.

Williams, J.M., & Andersen, M.B. (1998). Psychosocial antecedents of sport injury: Review and critique of the stress and injury model. *Journal of Applied Sport Psychology*, 10, 5-25. doi:10.1080/10413209808406375.

Williams, J.M., Hogan, T.D., & Andersen, M.B. (1993). Positive states of mind and athletic injury risk. *Psychosomatic Medicine*, 55, 468-472.

Williams, J.M., Tonymon, P. & Andersen, M.B. (1991). Effects of stressors and coping resources on anxiety and peripheral narrowing in recreational athletes. *Journal of Applied Sport Psychology*, 3, 126-141. doi:10.1080/10413209108406439.

Williams, J.M., Tonymon, P., & Wadsworth, W.A. (1986). Relationship of life stress to injury in intercollegiate volleyball.

Journal of Human Stress, 12, 38-43.

Young, K., White, P., & McTeer, W. (1994). Body talk: Male athletes reflect on sports, injury, and pain. *Sociology of Sport Journal*, 11, 175-194.

Zemper, E.D. (1993). Epidemiology of athletic injuries. In D.B. McKeag & D.O. Hough (Eds.), *Primary care sports medicine* (pp. 63-73). Dubuque, IA: Brown and Benchmark.