

Agradecimentos

Percorrendo estes seis anos académicos, chego assim ao fim desta longa caminhada com algum esforço e sacrifício, onde foram muitos que me ajudaram e apoiaram. Assim sendo, deixo os meus profundos agradecimentos.

À minha família, principalmente à minha mãe que sempre deu tudo pelos filhos, por me ter incentivado e aconselhado em seguir sempre em frente até ao final, ajudando-me em tudo o que precisei. À minha madrinha, que um dia a perdi mas que sempre senti que esteve presente, guiando-me pelo caminho certo, onde no passado sempre me auxiliou nos meus estudos. Às minhas primas, que lamento não ter estado tão presente numa fase difícil para elas, que foram crescendo sozinhas e desamparadas, não as podendo proteger.

Ao meu namorado, que me acompanhou durante todo este percurso, ajudando-me e apoiando-me nos momentos mais difíceis e distantes.

Às minhas companheiras de casa e amigas, Edna, Carina, São e Isa, onde ficará uma eterna amizade, na qual partilhei muitos momentos e sentimentos, que fizeram com que descobrisse os verdadeiros amigos e sei que estarão sempre presentes e disponíveis para me ouvir e ajudar onde quer que estejam.

Ao clube União Desportiva de Leiria, por toda a ajuda na participação dos atletas na recolha de dados para este trabalho, e por todas as aprendizagens e vivências que me foram proporcionadas até ao momento, principalmente à equipa sub13 da época 2010/2011, que me deu a oportunidade de aprofundar o meu trabalho e de me sentir satisfeita e realizada pelo meu desempenho.

Por fim, não tão menos importantes, a todos os professores que me acompanharam ao longo do processo, passando-me os seus testemunhos e conhecimentos.

Resumo

O objetivo do estudo consistiu em tentar perceber a relação entre as competências psicológicas dos atletas e as lesões desportivas. Foi efetuada uma recolha de dados a 132 atletas de futebol da União Desportiva de Leiria, desde os infantis aos juvenis, entre os 13 e 17 anos, com uma média de idade de 14 anos. Utilizamos o instrumento OMSAT3 - escala de avaliação das competências psicológicas e um conjunto de questões para avaliar a perceção das lesões.

Na variável independente, número de lesões, apenas verificamos diferenças significativas na competência ativação ($\text{sig}=0,03$), entre os atletas que se lesionaram uma ou duas vezes e os que se lesionaram mais de três vezes. Verificamos também uma correlação significativa ($r = 0,17$), entre o número de vezes que os atletas se lesionam e o estabelecimento de objetivos.

A competência refocalização da atenção mostrou diferenças significativas ($\text{sig}=0,04$), no tempo de recuperação da lesão. A capacidade de mudar o foco atencional para várias situações da reabilitação, influencia o tempo de recuperação, que se verificou apenas entre os que demoram uma semana a recuperar e os que demoram até um mês.

As diferenças significativas que encontramos não estão presentes em todos os grupos assim, não podemos generalizar que as competências psicológicas influenciam o número de lesões e o tempo de recuperação das lesões.

Palavras- Chave: Atletas, Futebol, Lesões Desportivas, Competências Psicológicas, Número de Lesões, Tempo de Recuperação.

Abstract

The study's goal is to understand the relation between athletes psychological skills and sport injuries. Participants were 132 football players of União Desportiva de Leiria, aged between 13 and 17 years old, with an age average of 14 years old. We use the OMSAT3 – to evaluate the psychological skills and closed questions to assess sport injuries.

On the independent variable, injuries number, we found significant differences on the skill Activation ($\text{sig}=0,03$), between those who are injured once or twice and those who are injured more than three times. We also found a significant but very weak correlation, on goal setting. The skill, attention refocusing, show significant differences ($\text{sig}=0,04$), regarding the injury recovery time.

Changing the attentional focus to several rehabilitation situations may influence the recovery time that was verified between those who take one week to recovery and those who take until one month.

The discovery of significant differences aren't present in every groups, so we can't generalize if the psychological skills influence the injuries number and the recovery time.

Key-Words: Athletes, Soccer, Positions, Sportive Injuries, Psychological Skills, Number of injuries, Recovery Time.

Índice

Resumo	2
Abstract	3
Índice de Figuras	6
Índice de Tabelas	7
Índice de Anexos	8
Lista de Abreviaturas	9
Lista de Siglas	9
Capítulo I - Contextualização	10
1 - Introdução.....	10
2- Justificação	11
3- Objetivos da investigação	13
3.1 - Tema.....	13
3.2 - Delimitação conceptual do tema.....	13
4 – Apresentação do problema	16
5 – Objetivos.....	17
6 – Hipóteses.....	18
Capítulo II – Revisão Literatura	19
1 - Revisão de literatura	19
1.1 - Caracterização do futebol.....	19
1.2 - O conceito de lesão desportiva	21
1.3 – As lesões mais comuns no futebol	22
1.3.1 - Lesões musculares	24
1.3.2 – Contusões.....	25
1.3.3 - Lesões osteoarticulares	25
1.3.4 - Pubalgia.....	27
1.4 - Classificação das lesões desportivas e alguns estudos.....	28
2 - Modelos explicativos do aparecimento das lesões desportivas e relacionamento com variáveis psicológicas e cognitivos.....	32
2.1 - Modelo de stress e lesão no desporto	32
2.2 – Modelo de vulnerabilidade às lesões desportivas	36
3 - Competências psicológicas nos atletas de futebol	39
3.1 - Definição de competências psicológicas	39
3.2 - Atenção/concentração.....	44
3.3 – Refocalização da atenção	45
3.4 - Autoconfiança	45

3.5 - Visualização mental	47
3.6 - Formulação de objetivos	48
3.7 - Stress/ansiedade	49
3.8 - Ativação	51
3.9 – Relaxamento	52
3.10- Treino psicológico	52
3.11 - Planeamento competitivo	53
4 – Relação entre as competências psicológicas e as lesões desportivas	55
Capítulo III – Metodologia	64
1– Metodologia	64
1.1 - Tipo de estudo	64
1.2 - População e Participantes.....	64
1.3 – Variáveis	67
1.4 – Instrumento	68
1.4.1 – Procedimentos da Tradução e Validação.....	68
1.5 - Métodos e Procedimentos.....	72
1.5.1 – Recolha dos dados	72
1.6 - Procedimentos estatísticos.....	73
Capítulo IV - Apresentação e discussão dos resultados.....	76
1 – Apresentação e discussão dos resultados	76
1.1 - Análise descritiva	76
1.1.1 - Análise das competências psicológicas no total dos participantes.....	76
1.1.2 - Análise das competências psicológicas e o número de lesões	77
1.1.3 - Análise das competências psicológicas e o tempo de recuperação	80
2.1 - Análise inferencial	83
2.1.1 – Análise inferencial das competências psicológicas e o número de lesões	84
2.1.2 - Análise inferencial das competências psicológicas e o tempo de recuperação	92
Capítulo V – Conclusões Finais	100
1 – Conclusões	100
2 – Sugestões e limitações do estudo.....	103
3- Bibliografia consultada.....	106
Capítulo VI - Anexos	110

Índice de Figuras

Figura 1 - Frequência das lesões em atletas de futebol durante uma temporada na Suécia, adaptado Engstrom et al. 2003 <i>cit.</i> por Pargman (2007)	29
Figura 2 - Modelo de stress e lesões desportivas de Anderson e Williams, 1988, Fonte: Neto (2007).....	33
Figura 3 - Modelo de vulnerabilidade às lesões desportivas, Buceta (1996)	36
Figura 4 - Variáveis pessoais que podem aumentar (>) ou diminuir (<) a potência stressante da situação no contexto do desporto de competição, Buceta (1996)	37
Figura 5 - Principais manifestações de stress no contexto desportivo e a sua relação com a imunidade/vulnerabilidade às lesões, Buceta (1996)	38

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Análise descritiva da idade dos participantes	65
Tabela 2 - Análise descritiva da posição em função da idade	65
Tabela 3 - Análise descritiva da idade em função do escalão	66
Tabela 4 - Análise descritiva do número de atletas para cada posição em função do escalão	66
Tabela 5 - Análise descritiva do número de lesões no total de participantes.....	73
Tabela 6 - Valor dos percentis tendo em conta o número de lesões	74
Tabela 7 - Análise descritiva das competências psicológicas no total dos participantes ..	76
Tabela 8 - Análise descritiva do número de atletas em função do número de lesões.....	77
Tabela 9 - Análise do número de vezes que se lesionaram tendo em conta o escalão	78
Tabela 10 - Análise descritiva das competências psicológicas tendo em conta o número de lesões	79
Tabela 11 - Descrição e percentagem do número de atletas em função do tempo de recuperação.....	80
Tabela 12 - Análise descritiva do tempo de recuperação/semanas em função escalão ...	81
Tabela 13 - Análise descritiva das competências psicológicas em função do tempo de recuperação.....	82
Tabela 14 - Normalidade entre as competências psicológicas e o número de lesões	84
Tabela 15- Diferenças entre as competências psicológicas e o número de lesões	85
Tabela 16- Diferenças entre as competências psicológicas e o número de lesões	85
Tabela 17 - Discriminação das diferenças entre os grupos	88
Tabela 18- Correlação <i>Pearson</i> entre as competências psicológicas e o número lesões.	90
Tabela 19- Correlação de Spearman entre as competências psicológicas e o número de lesões	90
Tabela 20 - Normalidade entre as competências psicológicas e o tempo recuperação....	93
Tabela 21 - Discriminação das diferenças entre os grupos do tempo de recuperação	96

Índice de Anexos

Anexo 1 - Análise descritiva das competências psicológicas em função do número de lesões	111
Anexo 2 - Análise descritiva das competências psicológicas em função do tempo de recuperação.....	112

Lista de Abreviaturas

D.C. – Defesa Central

D.L. – Defesa Lateral

Av. – Avançados

M. – Médios

G.R. – Guarda – Redes

Mín. – Mínimo

Max. – Máximo

D.P. – Desvio Padrão

N - Amostra

Est. – Estabelecimento de objetivos

Vis. – Visualização Mental

Plan. – Planeamento Competitivo

r- coeficiente de correlação

Lista de Siglas

OMSAT3- Ottawa Mental Skills Assessment Tool

Capítulo I - Contextualização

1 - Introdução

O futebol é um dos desportos mais populares do mundo, sendo praticado por mais de 270 milhões de pessoas em mais de 180 países, com praticantes de todas as faixas etárias e em diferentes níveis.

Como em qualquer desporto, o futebol tem sofrido muitas mudanças nos últimos anos, principalmente nas exigências físicas e psicológicas que são cada vez maiores, o que obriga os atletas a trabalharem perto dos seus limites máximos de exaustão, desenvolvendo uma maior predisposição a sofrer uma lesão.

As lesões desportivas são um desafio para a medicina desportiva, tendo em conta o crescimento cada vez maior no mundo do futebol. Observou-se a necessidade, de realizar esta pesquisa, que aborda soluções preventivas, tendo em conta a componente psicológica, que permitirá ajudar a diminuir o número de atletas lesionados.

Ao longo deste trabalho, vamos apresentar importantes informações sobre os processos psicológicos associados à ocorrência e tratamento das lesões desportivas nos atletas de futebol, bem como algumas competências psicológicas que podem ajudar nos métodos de recuperação e tratamento das lesões, podendo reduzir os sofrimentos psicológicos e o tempo necessário de retorno às atividades desportivas.

Começaremos por demonstrar uma pequena caracterização do futebol e das suas lesões típicas do futebol, bem como as características psicológicas inerentes a esta modalidade. Serão abordados os modelos teóricos explicativos do aparecimento das lesões desportivas e o relacionamento com as variáveis psicológicas e cognitivos.

A nossa amostra é constituída por atletas de futebol, do clube União Desportiva de Leiria, no qual foi entregue o OMSAT, com um conjunto de perguntas relacionadas com as lesões desportivas. O objetivo deste estudo é avaliar e conhecer as habilidades psicológicas que podem influenciar a predisposição à lesão desportiva, avaliado através do número de vezes que se lesionaram. Bem como perceber se a presença de algumas habilidades psicológicas podem ajudar numa recuperação mais rápida da lesão, analisado a partir do tempo que demoraram a recuperar da última lesão que tiveram.

Por último, averiguaremos se as competências psicológicas e o número lesões têm alguma influência, tendo em conta a posição que os atletas ocupam em campo.

2– Justificação

No âmbito da conclusão do Mestrado em Psicologia do Desporto e Exercício, a nossa avaliação e finalização do curso, implica a realização de uma monografia para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia do Desporto e Exercício, da Escola Superior de Desporto de Rio Maior.

A psicologia das lesões é uma das áreas de intervenção do Psicólogo do Desporto, que ao longo do nosso percurso académico pouco ou nada foi abordado.

O querer descobrir e aprofundar este novo contexto, foi uma das minhas principais motivações para a escolha deste tema. As lesões desportivas, sempre me despertaram muito interesse e curiosidade, apesar da sua abordagem ser muito controversa e complicada.

Devido à minha ocupação profissional, onde exerço funções num hospital, foram surgindo algumas perguntas sem resposta, “uma pessoa que está doente o que sente? O que pensa? Como vive a situação?”. “Um indivíduo que está bem de saúde tem a sua vida estável, aleija-se enquanto desempenha a sua função de trabalhador! E um atleta que sempre teve uma boa forma física e um bom desempenho e durante a prática desportiva lesiona-se? Lesionou-se porquê? Se estava numa boa forma! O que pensa e o que sente? Como vai ultrapassar essa situação?” Estes foram os meus pensamentos e curiosidades que me levaram a escolher o tema das lesões desportivas.

Como não podia ficar à espera que os atletas se lesionassem para poder fazer este trabalho, resolvi avaliar as competências psicológicas dos atletas e relacionar com a sua predisposição em se lesionar, numa perspetiva preventiva e de auxílio no processo de recuperação.

Atalaia, Pedro e Santos (2009), ao fazer um estudo baseado numa revisão da literatura, sobre “lesões desportivas”, pesquisando em vários artigos, referiu que as intervenções feitas para controlar o risco de lesão, têm-se centrado principalmente na redução de carga ou no aumento da capacidade do corpo humano, tolerar ou reagir aos padrões de carga. Tem-se apostado mais em planos de prevenção que impeçam o desgaste das estruturas a um esforço prolongado, contudo existem fatores que complicam os modelos propostos. Estes fatores podem estar relacionados com a natureza competitiva e repetitiva do desporto e com os agentes comportamentais, fisiológicos, psicológicos e todas as adaptações que acompanham a competição.

A elevada exigência física, a repetição do gesto técnico e o desgaste da prática intensa, aumentam a probabilidade de ocorrência de lesões, reforça Atalaia et al. (2009).

Inicialmente, de acordo com Zafra, Montero e Toro (2004), as investigações realizadas entre as lesões desportivas e os fatores psicológicos, elaboraram-se através do estudo da personalidade do atleta. Só nos finais da década de 80, se centraram fundamentalmente, no estudo do stress como mecanismo de compreensão para esta relação. Contudo, os trabalhos acerca da perceção dos atletas e treinadores sobre as causas psicológicas e o impacto emocional da lesão também têm sido em grande número.

O principal objetivo de Zafra et al. (2004) era analisar a perceção dos atletas de futebol acerca das causas das lesões desportivas.

Numa amostra de 262 atletas, entre os 16 e os 38 anos de idade, profissionais de futebol, mencionaram 4 fatores para a possibilidade de lesão: o fator desportivo, exigência desportiva, o comportamento do adversário e os fatores psicológicos. Uma percentagem de 19,6% atletas consideram os fatores psicológicos, bastante importantes, para a vulnerabilidade do atleta a se lesionar, em oposição a 37,7%, que consideram pouco ou nenhum significado aos fatores psicológicos. O conhecimento dos fatores que podem ser mais vulneráveis à lesão fará com que se adote com mais probabilidades uma conduta preventiva dentro da prática desportiva.

Dessa forma, pode ser de grande utilidade, conhecer detalhadamente do ponto de vista psicológico, as variáveis e competências dos atletas, servindo de estado de alerta, à prevenção de possíveis lesões, podendo assim, intervir mais especificamente sobre esses aspetos psicológicos, que podem ser a chave para a prevenção da lesão.

Pretendo estudar, com base no questionário aplicado OMSAT-3, a relação existente entre as competências psicológicas e a predisposição, o desencadeamento de lesões desportivas, na prática do futebol.

Assim, caracterizaremos a modalidade futebol, o conceito de lesão desportiva e as mais frequentes no futebol. Faremos um levantamento das competências psicológicas subjacentes à prática do futebol, e as competências psicológicas inerentes às lesões desportivas.

Abordaremos também os modelos teóricos, explicativos do aparecimento de lesões desportivas, associados às componentes psicológicas e cognitivas.

A nossa amostra será constituída por atletas que praticam futebol, na Academia Futebol de Leiria, pertencente à União Desportiva de Leiria.

3- Objetivos da investigação

3.1 - Tema

O estudo pretende avaliar as competências psicológicas dos atletas e a sua relação com as lesões desportivas, na prática do futebol. Até que ponto as competências psicológicas como: estabelecimento de objetivos, confiança, compromisso, relaxamento, ativação, visualização mental, treino psicológico, planeamento competitivo, controlo do medo, foco atencional, reação ao stress e refocalização da atenção, podem afetar o desencadear e o tempo de recuperação de uma lesão desportiva.

3.2 - Delimitação conceptual do tema

Pargman (2007), Atalaia et al. (2009), referem que os estudos epidemiológicos das lesões desportivas têm adquirido uma grande importância no contexto desportivo, devido fundamentalmente ao aumento da participação da população em atividades físicas e desportivas.

Atalaia et al. (2009) refere ainda, que o risco de lesão desportiva torna-se ainda maior quando se trata de desporto de competição. A exigência e competitividade geradas à volta dos mais variados tipos de desporto levaram a que o risco de lesão se tornasse muito elevado, principalmente no futebol.

O desporto a alto nível, está associado ao elevado risco de lesões contudo, os estudos epidemiológicos realizados na Finlândia e nos U.S.A demonstram que o risco dos atletas profissionais de futebol se lesionarem é entre 65% e 91%, durante uma temporada, (Pargman, 2007).

A investigação levou à incidência de dois fatores que podem estar relacionados com o aumento do risco de lesão:

- Extrínsecos – relacionados com o tipo de desporto, o contexto em que é praticado e o equipamento usado;

- Intrínsecos – fatores físicos e psicológicos do indivíduo;

Abordando o estudo realizado por Ribeiro, Vilaça, Oliveira, Vieira e Silva (2007), é mencionado que a incidência de lesões e os seus fatores de risco em adultos praticantes de futebol são objeto de muitos estudos, mas poucos trabalhos tem investigado as lesões em jovens praticantes de futebol.

De acordo com Zafra, Toro e Cano (2007), o futebol é o desporto que tem registado maior crescimento de lesões, tanto no futebol profissional como no futebol juvenil, e o conhecimento da perceção do atleta acerca dos fatores que podem influenciar as lesões, não tem sido muito aprofundado. Refere ainda, que nos últimos anos encontram-se alguns trabalhos dirigidos aos atletas de futebol, que estudam a sua relação entre diferentes fatores psicológicos e as lesões, como por exemplo a ansiedade (Kleinert, 2002, *cit* por Zafra 2007, Zafra, Álvarez, Redondo, 2005), autoconfiança (Zafra, Montalvo & Sánchez, 2006), concentração (Zafra et al. 2006) e stress, (Zafra et al. 2005).

Zafra et al. (2007) na sua investigação feita a 199 atletas de futebol, conheceu a importância que estes atribuíram aos fatores psicológicos na ocorrência das lesões desportivas. As variáveis psicológicas mais destacadas pelos atletas com uma maior influência para desencadear uma lesão, foram o “estilo de vida” (média=4,39), a concentração (média=3,82) e a autoconfiança (média=3,70).

Estes são alguns dos fatores que também iremos estudar. A maioria dos estudos tem encontrado relações estatisticamente significativas, entre as variáveis psicológicas e a vulnerabilidade em se lesionar, logo com este estudo pode-se otimizar e aprofundar o conhecimento das relações entre os fatores psicológicas e as lesões.

Numa proposta de intervenção realizada por Palmi (2001) em que constrói um programa de prevenção de lesões, têm em conta quatro elementos: melhorar a formação dos técnicos, perceber os recursos psicológicos, planificar objetivos realistas e melhorar os recursos técnicos do atleta, realçando por este autor, a importância dos fatores psicológicos na prevenção de lesões desportivas.

Todos os fatores presentes na interação desportiva estão relacionados com o seu comportamento, com as suas exigências, com o plano de trabalho da equipa técnica, as condições familiares, que podem predispor o aumento do risco da lesão.

Para a elaboração de uma intervenção preventiva foi indispensável conhecer todos os fatores que predisõem um atleta a ter mais probabilidades de lesão, para assim poder intervir sobre eles.

Assim Palmi (2001) teve em conta três fatores que considera serem de risco para as lesões desportivas: fatores médico fisiológicos, psicológicos e desportivos. É indispensável conhecer todos os fatores que predispõem um atleta a ter mais probabilidades de lesão para se poder elaborar uma intervenção preventiva. Expondo apenas os fatores psicológicos, mencionou que é relevante entender os recursos psicológicos – avaliar e entender as componentes psicológicas básicas para aumentar os recursos adaptativos do atleta. Em conjunto com o psicólogo do desporto deve-se trabalhar para melhorar o controlo da ativação (relaxamento e energia), de forma a atingir um nível ótimo de tensão muscular, controlo de imagens mentais, controlo da atenção e estabelecimento de objetivos realistas, são também algumas das componentes que serão avaliadas com aplicação do OMSAT-3.

Neto (2007) assegura que vários estudos têm comprovado a eficácia da intervenção psicológica na prevenção das lesões desportivas.

Podlog e Eklund (2007) ao realizar uma revisão de literatura sobre os aspetos psicossociais inerentes ao regresso desportivo após uma lesão, utilizando a teoria de autodeterminação, constatou que recentemente tem havido um maior interesse nos aspetos psicológicos associados às lesões desportivas, pois tem sido cada vez mais reconhecido que a recuperação física e psicológica, para voltar à prática após a lesão nem sempre combinam, ou seja fisicamente pode estar recuperado, mas psicologicamente não está preparado para voltar à competição. Mais um aspeto importante para estudar os fatores psicológicos e a sua relação com as lesões desportivas de forma preventiva, para que no retorno à competição já esteja preparado psicologicamente.

Neto (2007) realça que os aspetos psicológicos podem desempenhar um papel de grande influência pois, determinados traços de personalidade e variáveis psicológicas como motivação, stress psicossocial, atenção, agressividade, impulsividade, tomada de decisão, autoconfiança, autoestima, tolerância à frustração e adversidade, estados de ânimo, comunicação interpessoal, podem aumentar ou diminuir a vulnerabilidade do atleta à lesão e, uma vez lesionado pode contribuir positiva ou negativamente para o processo de recuperação de lesões e ajudar na sua prevenção para não ocorrer uma recaída.

Na investigação feita por o mesmo autor em 1997, ao associar as lesões desportivas e os aspetos psicológicos e mentais no futebol profissional teve como apreciação os seguintes objetivos: é importante explorar a natureza da relação entre os fatores psicológicos e lesões no futebol profissional, nomeadamente os fatores e variáveis associadas à perceção de uma rápida recuperação da lesão. Esta associação contribui para a compreensão dos fatores psicológicos associados ao processo de recuperação das lesões em contextos desportivos.

4 – Apresentação do problema

O problema que esta investigação procurará responder centra-se na análise das competências psicológicas fundamentais para o atleta de futebol, e a sua relação com a predisposição em o atleta se lesionar:

- Relação entre as competências psicológicas e a quantidade de vezes que se lesionou.

- Relação entre as competências psicológicas e o tempo de recuperação de uma lesão.

Mendo (2002) menciona que têm encontrado uma relação entre certas variáveis psicológicas, as lesões desportivas e a sua recuperação (Williams & Roepke, 1993, *cit.* por Mendo 2002). Dentro de uma perspetiva psicológica devemos considerar importantes os fatores afetivos, cognitivos, pessoais e sociais.

Mendo (2002) realça também, que os fatores externos que provocam as lesões desportivas são diversos, desde o equipamento, superfícies irregulares, passando pelo contacto e entradas do adversário na disputa de bola e pela carga de treino. Mas, não nos podemos esquecer da importância dos fatores psicológicos, que contribuem para a vulnerabilidade e recuperação da lesão.

Os fatores psicológicos que mais investigação tem desencadeado, estão relacionados com as variáveis da personalidade e com as variáveis psicossociais, como refere Mendo (2002) e Zafra et al. (2004).

Os primeiros trabalhos e discussões sobre a influência dos fatores psicológicos no risco de lesão desportiva, tem sido baseados na experiência e perceção de treinadores e de condutas clínicas (Mendo, 2002) e de atletas (Zafra et al. 2004).

Tal como foi referido anteriormente por Podlog e Eklund (2007) os aspetos psicossociais inerentes ao regresso desportivo após lesão, tem sido cada vez mais reconhecido, que a recuperação física e psicológica, para voltar à prática após a lesão nem sempre combinam, ou seja fisicamente pode estar recuperado, mas psicologicamente não está preparado para voltar à competição, mais um ponto importante para estudar os fatores psicológicos e a sua relação com as lesões desportivas de forma preventiva.

5 – Objetivos

Este estudo tem como objetivo perceber até que ponto as competências psicológicas podem interferir de alguma maneira, a vulnerabilidade de um atleta de futebol se lesionar. Pretendemos verificar se a predisposição de um determinado atleta se lesionar, pode ou não estar relacionado com as competências psicológicas que manifestam. Competências essas que são doze: estabelecimento de objetivos, autoconfiança, compromisso, relaxamento, ativação, visualização mental, treino psicológico, planeamento competitivo, reação ao stress, controlo do medo, foco atencional e refocalização da atenção, pertencentes ao OMSAT-3, que serão relacionadas com o número de lesões, o tempo de recuperação da última lesão e a posição em que jogam.

6 – Hipóteses

De acordo com os objetivos atrás apresentados, definimos as seguintes hipóteses:

H1: Existem diferenças significativas nas competências psicológicas dos atletas, em função da tendência para a ocorrência de lesões (autorrelato);

H2: Existe correlação entre as competências psicológicas, e a tendência para a ocorrência de lesões;

H3: Existem diferenças significativas nas competências psicológicas dos atletas, em função do tempo de recuperação da última lesão;

H4: Existe correlação entre a manifestação de determinadas competências psicológicas, e o tempo de recuperação da última lesão;

Capítulo II – Revisão Literatura

1 - Revisão de literatura

1.1 - Caracterização do futebol

O futebol é um desporto coletivo que opõe duas equipas formadas por 11 jogadores num espaço claramente definido, numa luta intensa pela conquista de bola, com a finalidade de a introduzir o maior número de vezes possível na baliza adversária (marcar golo) e evitar que entre na sua própria baliza. (Castelo, 2008)

Como menciona Castelo (2008), a organização estrutural de uma equipa de futebol, obedece à necessidade de se distribuir tarefas e missões táticas de carácter geral e específico, aos diferentes jogadores que a constituem.

As diferentes missões táticas dos jogadores são conjugadas em função de uma cooperação, logo é de todo importante as tarefas ou missões táticas que cada jogador deve desempenhar e exprimir de forma eficaz aquando da resolução das diferentes situações de jogo.

Tendo em conta, as características do nosso estudo, e os seus participantes serem atletas de futebol 7 e futebol 11, subdividimos os nossos participantes, apenas em 5 categorias, tendo em conta a posição em que habitualmente jogam, segundo a bibliografia de Castelo (2008): Guarda-redes, Defesas Laterais, Defesas Centrais, Médios, Avançados.

Assim, com base na bibliografia (Castelo, 2008) mencionaremos, resumidamente, um conjunto de tarefas ou missões táticas fundamentais e um conjunto de comportamentos táticos-técnicos de carácter defensivo e ofensivo. Devido às restrições do número de jogadores em campo do futebol 7, englobamos na mesma categoria os ponta-de-lança e os médios alas ou extremos, colocando-os na categoria de avançados, tendo em conta as suas funções mais ofensivas e à sua posição mais avançada no terreno. Como uma grande parte da nossa amostra pertence ao futebol 7, não subdividindo em mais nenhuma categoria. Apresentaremos uma breve abordagem de algumas tarefas e funções dos atletas que ocupam estas posições, tendo em conta a bibliografia de Castelo (2008).

Guarda-redes - Proteger a baliza utilizando um conjunto de ações técnico-táticas específicas, de forma a impedir que o adversário marque golo; Dirigir e orientar as ações dos seus companheiros nas diferentes situações de jogo, utilizando uma linguagem que deve ser constituída por expressões curtas e simples; Regular o tempo de jogo através da reposição mais rápida ou mais lenta da bola em jogo; Transparecer tranquilidade, confiança e segurança para que assumam comportamentos “arriscados”, para que saibam que “nas suas costas existe segurança”.

Defesa lateral - Deslocar-se para a linha lateral, após a recuperação de bola, de forma a abrir uma possibilidade de passe, particularmente, quando o seu guarda-redes tem a bola; Utilizar o seu corredor de jogo no apoio do ataque da sua equipa saindo de trás da linha da bola para desequilibrar, criar situações de superioridade numérica ou explorar os espaços livres; Realizar ações que estabeleçam equilíbrios defensivos, vigiando jogadores adversários e espaços, trocando de posição, sempre que necessário com o defesa central;

Defesa central - Coordenar e cooperarem um com o outro, quando um deles se envolve, diretamente, no processo ofensivo; Deslocarem-se para espaço perto do meio-campo, diminuindo assim a profundidade da equipa; Aproveitar as vantagens que a posição tem, no corredor central, para servir os colegas de equipa que jogam nos corredores laterais; Incorporar as situações de contra – ataque, de forma a criar uma situação de vantagem numérica ou desequilíbrio no processo defensivo adversário; Marcar de forma ativa e rigorosa o jogador adversário, não lhe dando nem tempo, nem espaço para que este possa realizar as suas ações.

Médios - Evidenciar comportamentos técnico-táticos que expressem um grande equilíbrio tanto na execução de tarefas ofensivas como defensivas. Estes jogadores são, normalmente, inteligentes e com alto nível de raciocínio tático adaptando-se de forma criativa às situações concretas de jogo; Equilibrar, constantemente, o sistema de jogo da equipa; Marcar os médios centro da equipa adversária acompanhando-os, se estes se deslocarem para as zonas de finalização.

Avançados - Atrair os defesas centrais para falsas posições, facilitando a penetração dos seus colegas para zonas importantes do terreno de jogo; Dominar o remate em qualquer situação ou posição (cabeça ou pé), devendo ser espontâneo, criativo e assumir a responsabilidade de culminar o ataque; Criar constantemente, condições de mobilidade através de desmarcações em direção aos corredores laterais buscando, sempre, apoio dos médios alas ou defesas laterais. Constituir uma ameaça, permanente, para o guarda-redes adversário pressionando-o constantemente.

1.2 - O conceito de lesão desportiva

Atalaia et al. (2009), através de uma revisão da literatura, que teve como objetivo pesquisar em vários artigos, as definições de “lesão desportiva”, o autor pretendeu verificar a existência de uma harmonia entre as definições encontradas e averiguar a existência de um consenso de utilização. Este pretendeu, ainda, perceber quais as definições mais utilizadas e se existe uma definição sem ambiguidades que possa ser aplicável a uma amostra universal. Na pesquisa efetuada concluiu que, não se verifica a existência de um consenso sobre definição de lesões desportivas. Encontram-se diversas referências relacionadas com a epistemologia das lesões desportivas e devido à forma como a lesão é descrita.

Apurou apenas que existem definições aplicáveis a três desportos (basebol, futebol e rãguebi), estabelecidas segundo consensos internacionais. Para haver um consenso de definição para o basebol, uma lesão nesta modalidade deve ser definida como “qualquer lesão ou qualquer outra condição médica que impeça um atleta de estar disponível para ser selecionado para um jogo, ou durante um jogo impeça o atleta de bater lançar ou defender o *wicket*. (Orchard et al. 2005 *cit.* por Atalaia et al. 2009, p.18).

Para o futebol definiu-se “qualquer queixa física feita por um jogador que resulte de um jogo ou de um treino de futebol, independentemente da necessidade de avaliação médica ou afastamento das atividades relacionadas com o futebol. Qualquer lesão em que o jogador tenha de receber intervenção médica, deve ser referida como uma lesão que necessita de “atenção médica”. Uma lesão que resulte na impossibilidade do jogador participar numa grande parte do treino ou jogo, deve ser referida como uma lesão baseada no tempo de retorno à atividade desportiva” (Fuller Ekstrand, Jungle, Andersen, Bahr, Dvorak, Hägglund, McCrory & Meeuwisse 2006, p.100).

Para o rãguebi a definição estabelecida foi qualquer “queixa física causada por uma transferência de energia que excedeu a capacidade do corpo de manter a sua integridade estrutural e/ou funcional, sofrida por um atleta durante um jogo ou treino, independentemente da necessidade médica ou afastamento das atividades.

É considerada lesão quando implica uma observação por parte do médico e que resulta na impossibilidade do atleta participar na totalidade de um treino ou em jogos futuros, é referida como lesão baseado no tempo de retorno à atividade desportiva” (Fuller, Molloy, Bagate, Bahr, Brooks, Donson, Kemp, McCrory, McIntosh, Meeuwisse, Quarrie, Raftery, & Wiley 2007, p.178). Ribeiro et al. (2007), Neto (2007), consideram as lesões desportivas como acidentes de trabalho, como consequência da atividade desportiva, que estão expostos a elas, tanto os atletas profissionais que se dedicam ao desporto de competição como a todas aquelas pessoas que praticam desporto e exercício físico para fortalecer a sua saúde.

A exigência e competitividade geradas à volta dos mais variados desportos, levaram a que o risco da lesão se tornasse mais elevado, tal como para o futebol (Ribeiro et al. 2007; Neto, 2007).

Dessa forma, como podemos constatar anteriormente, devido ao alargado número de definições de lesões, não existe uma definição ideal de lesão e todas as definições conhecidas podem ter vantagens e desvantagens.

Assim, mencionámos apenas aquelas que vão ao encontro do propósito do estudo.

Apresentaremos também, uma definição de lesões desportivas, tendo em conta uma perspetiva psicológica, “lesão física contraída durante a participação em atividades desportivas competitivas ou recreativas, que supõe uma disfunção do organismo, que produz dor e leva à interrupção ou limitação de uma atividade desportiva, em algumas ocasiões durante muito tempo, provocando mudanças da vida pessoal e familiar, impostas pela lesão. A sua reabilitação requer tempo, dedicação e esforço.” (Buceta 1996, pp.15)

1.3 – As lesões mais comuns no futebol

De acordo com o autor Neto (2007), cada desporto tem o seu perfil e as suas lesões desportivas características. A maioria das lesões nos atletas de futebol é muscular (tendões e músculos) e traumatismos. Os traumatismos ocorrem frequentemente nos joelhos e tornozelos e resultam da acumulação de cargas excessivas, enquanto as lesões musculares resultam de funções locomotoras como correr com a bola durante um jogo ou devido ao contacto físico com outros atletas.

Para uma previsão adequada do tipo de lesões, teremos de abordar não só as competências psicológicas associadas à prática desportiva do futebol, como também as lesões mais frequentes nesta modalidade. Algumas das muitas lesões são comuns e frequentes nas diversas modalidades, contudo mencionaremos apenas as mais frequentes do contexto do futebol.

Segundo Neto (2007), analisando diversos autores, como Ekstrand (1999), Navarro, (2002), Cohen (2001), *cit.* por Neto (2007), todos eles são consensuais, em afirmar que as entorses articulares, roturas musculares, contusões, luxações e fraturas, são as mais encontradas.

Tendo em conta a revisão de Neto (2007), as lesões são apresentadas segundo o grau de gravidade e de acordo com o tempo de paragem do atleta. Assim, destacam-se que são as fraturas e as roturas as que mais preocupam as equipas, enquanto, que as contusões e as luxações, são as lesões mais rapidamente recuperáveis.

Ekstrand (1999) *cit.* por Neto (2007) acrescenta ainda que, do total de lesões verificadas, (62%) são recuperadas em menos de uma semana. Também Cohen (2001, Navarro 2002 *cit.* por Neto 2007) referem que as lesões que mais afastam os jogadores do treino e da competição, são as fraturas (67,3%) e as roturas musculares (28,8%), respetivamente. Para Gregorutti (2001) *cit.* por Neto (2007), as lesões osteoarticulares e as lesões músculo-tendinosas são as que mais ocorrem na prática do futebol, sendo que as entorses articulares correspondem a (50%), as fraturas a (40%) e as luxações correspondem a 10% das lesões osteoarticulares ocorridas no estudo deste autor.

No que diz respeito às lesões musculares, as distensões (70%), as contusões (20%) e as tendinites (10%), são as mais referidas no futebol.

Quanto à localização das lesões, são os joelhos e os tornozelos que evidenciam maior incidência nas entorses articulares, sendo a coxa a região anatómica mais evidenciada, no que diz respeito às roturas musculares.

1.3.1 - Lesões musculares

Renstrom (2003) *cit.* por Neto (2007) refere que as causas deste tipo de lesões podem derivar de uma forte compressão muscular por contusão, resultando um edema por rutura das fibras musculares. Geralmente, esta lesão está associada aos gestos do remate, a uma mudança brusca de direção ou ainda a uma travagem repentina.

Segundo Massada (1986, Santos 2003 *cit.* por Neto 2007), a rutura muscular poderá mesmo considerar-se uma verdadeira fratura do músculo, traduzindo-se em termos de maior gravidade por incapacidade de potência funcional, podendo variar de uma simples distensão a uma rutura completa.

O autor refere ainda que, nos atletas de futebol profissionais as ruturas musculares mais frequentes são as que atingem os músculos isquiotibiais (47,6%), seguidas dos quadríceps (38,1%). No caso específico, a rutura dos quadríceps, pode ser originada devido à execução de movimentos explosivos, como a hiperextensão violenta contrariada do joelho, ou por ação de um alongamento no decorrer de uma contração excêntrica, mais exposta no gesto do remate. No caso das ruturas isquiotibiais, pode resultar devido a uma contração rápida na fase inicial de um sprint, fadiga, falta de flexibilidade ou coordenação motora.

A origem desta lesão pode estar na execução de um gesto de travagem, aceleração, mudanças rápidas de direção, excessivo estiramento da perna da disputa da bola, etc. Caracteriza-se, igualmente, por uma dor aguda, intensa e súbita, localizada na face posterior da coxa.

Massada (1986 *cit.* por Neto 2007) refere como medida imediata a ter em atenção numa lesão desta natureza, a aplicação de frio, compressão e elevação do membro afetado, seguindo todas as normas correspondentes aos tratamento fitoterapêutico, mobilização e fortalecimento muscular.

1.3.2 – Contusões

Massada (2000) refere que, este tipo de lesões musculares acontece por contato físico, geralmente provocado pelo adversário numa disputa de bola, estando esta lesão mais frequentemente localizada ao nível da coxa e da perna. Quando não se verificam alterações tecidulares, esta lesão passa por uma dor em pouco tempo, deixando uma cor roxa na zona afetada. No entanto, se o contato físico proporcionar alterações do tecido muscular, há sempre o aparecimento de um hematoma por derrame intra ou intermuscular. Uma das medidas fundamentais a tomar após este tipo de lesão, será a aplicação do frio (analgésico e anti-inflamatório) observando-se os sinais de evolução que condicionam ou não a prática desportiva.

1.3.3 - Lesões osteoarticulares

Lesões no tornozelo

Eksatrando (2003, *cit.* por Neto 2007) refere que (11%) a (12%) das patologias dos atletas de futebol tem relação direta com o tornozelo. Num dos estudos realizados por Almeida (2005) *cit.* por Neto (2007), num universo de 40 mil traumatizados que foram investigados, (27%) dos traumatismos foram encontrados nos tornozelos dos atletas, apresentando desde um ligeiro estiramento até à própria rotura dos ligamentos, nos casos mais graves.

Peterson e Renstrom (2002, *cit.* por Neto 2007) referem que, a existência de uma hiper extensão ou flexão plantar e outros movimentos laterais, como por exemplo, inversão forçada do pé em adução ou supinação, poderá pela instabilidade existente, provocar rompimentos dos tecidos, causando entorse ou fratura.

Uma deficiente técnica de movimento, das precárias condições do piso desportivo, do mau estado do calçado (em especial do uso de chuteiras com pitons e a má adaptação aos solos irregulares e duros) e alguma incapacidade técnica associada à condição física dos atletas, podem ser algumas das causas, que provoquem uma lesão (Durey & Boeda *cit.* por Neto 2007).

As lesões da articulação tibia társica implicam uma paragem média/longa (cerca de 3 semanas), obrigando como medida preventiva uma base de trabalho que implique o fortalecimento dos músculos que resistem à inversão do tornozelo (fíbular curto ou longo), do trabalho proprioceptivo do tornozelo e da flexibilidade e alongamento do tendão de Aquiles Howe (1997 *cit.* por Neto (2006). O tratamento implica naturalmente o repouso, gelo, uso de uma faixa compressora, anti-inflamatórios e recuperação funcional.

Lesões do joelho

O joelho é a articulação mais complexa do corpo humano, sendo composta pelo fémur, tibia, rótula, ligamentos, músculo, tendões e cápsula articular. Esta articulação suporta o peso do corpo e ao mesmo tempo serve de apoio para mudanças bruscas de direção nos gestos desportivos: remate, drible e finta, impulsão e flexão nos saltos ou abaixamentos, (Castropil, 2000 *cit.* por Neto, 2007).

Por vezes, regista-se um momento de torção e flexão do joelho, enquanto os pés se mantêm fixos e bem presos pelos pitons no solo, ocasionando a entorse, e a lesão de maior gravidade do futebolista, que se designa por rotura de ligamentos cruzados, por vezes, pode ser associada à rotura meniscal ou do ligamento colateral interno ou externo. (Gregotutti, 2001 *cit.* por Neto, 2007).

O aparelho cápsulo-ligamentar suporta uma das maiores componentes de instabilidade, causadora de graves lesões que em situação extrema pode conduzir à intervenção cirúrgica, e cujo regresso à competição poderá ter uma duração nunca inferior a 4 meses.

A rotura meniscal pode surgir devido a um esforço elevado de torção do joelho ou por contacto do adversário, sendo necessária a intervenção cirúrgica, no caso de uma fratura do mesmo (Hall, 2003, Cobian, 2004, *cit.* por Neto, 2007).

Os autores referem, ainda, a rotura de cartilagem como a pior lesão dos futebolistas, podendo ser antecipado o princípio do fim de muitas carreiras. Pode e deve-se tentar fazer a prevenção das lesões na articulação do joelho, o que implica uma contínua inserção metodológica de treino personalizado, no que respeita à tonificação e fortalecimento muscular (em especial dos quadríceps), evitando uma prática excessiva em terrenos duros ou de pisos irregulares.

1.3.4 - Pubalgia

A púbis refere-se à parte inferior dos ossos da bacia (ilíacos), que se reúnem para formar uma articulação – a sínfise púbica, por fibrocartilagem, ligamentos e aponevroses. A pubalgia é uma lesão ao nível da púbis que é caracterizada pela dor que é sentida pelo atleta nesta zona. Recebendo esta dor a nível superior, os tendões do músculo reto anterior do abdómen, oblíquos e transversos e a nível inferior dos tendões dos adutores das coxas, Massada (1995, *cit.* por Neto, 2007).

A sínfise púbica como articulação está sujeita a um permanente conflito músculo-tendinoso, isto é, quando há conflito entre os abdominais fracos e adutores fortes, ou pelo contrário uns adutores fracos e abdominais fortes, existe como que uma descompensação, um desequilíbrio cujos músculos ficam tensos e dolorosos ao nível dos tendões e respetivas inserções ósseas que pode irradiar para a região inguinal ou para a coxa Busquet (1985, Santos, 2003, *cit.* por Neto, 2007).

Jimeno e Vilarrubias (1993, Almeida 2005 *cit.* por Neto, 2007) referem também, que a pubalgia representa de facto, um síndrome doloroso que afeta a região da sínfise púbica e as inserções tendinosas que estão associadas.

Santos (2003, *cit.* por Neto, 2007) menciona no seu estudo que atletas que apresentam fortes adutores, fracos abdominais e hiperlordose lombar, revelam mais predisposição para aumentar uma síndrome dolorosa ao nível da púbis. Acrescenta, ainda, que os atletas com uma potente constituição muscular dos membros inferiores, tronco pouco desenvolvido, para além da retração dos músculos isquiotibiais, esse desequilíbrio sobre a bacia favorece de forma decisiva a pubalgia.

Por isso, Severino e Pessoa (2001, *cit.* por Neto, 2007) anotam como fatores intrínsecos mais intimamente ligados à pubalgia, o morfotipo do atleta, anomalias congénitas ou adquiridas da parede abdominal, dissimetrias dos membros inferiores, anteversão da bacia e hiperlordose lombar.

Neto (2007) acrescenta ainda, como fatores extrínsecos, aqueles que estão ligados à prática desportiva, muito em especial: a qualidade dos pisos desportivos, o uso do calçado inadequado à prática desportiva, os excessos de solitação física e à técnica característica da atividade.

Conforme Neto (2007), a recuperação de uma pubalgia implica repouso, tonificação muscular, reeducação funcional (sem dor), podendo associar-se anti-inflamatórios, relaxantes musculares, fisioterapia e exercícios na piscina.

1.4 - Classificação das lesões desportivas e alguns estudos

Segundo Heil (1993, *cit.* por Buceta, 1996) as lesões podem afetar qualquer parte do corpo, visando uma vulnerabilidade específica dependente do tipo de movimentos corporais e da atividade desportiva praticada. As lesões têm distintos níveis de gravidade e é descrita com base em cinco critérios: natureza da lesão, duração e tipo de tratamento, tempo de afastamento desportivo e tempo de afastamento de trabalho, podendo distinguir-se cinco categorias:

Lesões leves: aquelas que requerem atenção ou tratamento mas que podem não interromper a atividade dos atletas, por exemplo os atletas podem continuar a praticar desporto enquanto continuam as sessões específicas de fisioterapia, e continuar com algum tipo de proteção e medicação.

Lesões moderadas: já requerem um tratamento e limitação dos praticantes durante as suas atividades, por exemplo durante o tratamento o atleta deve treinar menos vezes, e não participar em algumas competições, evitando realizar alguns movimentos.

Lesões graves: implicam uma interrupção prolongada da atividade, por exemplo quando ocorrem intervenções cirurgias (roturas do menisco e ligamentos). A duração da inatividade pode variar consoante os casos. O tempo de paragem pode ser entre uma e quatro semanas ou mais de quatro semanas.

Lesões graves que provocam lesões crônicas: aquelas que impedem os atletas de recuperar o seu nível de rendimento e funcionamento, obrigam a modificarem a sua forma de praticar desporto, sendo por vezes necessária a mudança de atividades. Necessita de um trabalho de reabilitação permanente para fortalecer a recuperação e prevenir o agravamento.

Lesões graves que provocam incapacidade permanente: impedem o atleta de voltar a praticar desporto, bem como há necessidade de realizar ajustes drásticos no seu estilo de vida.

Nunes, Jaques, Almeida e Heineck (2010) referem que a severidade da lesão parece ser um poderoso fator de influência sobre as respostas emocionais e cognitivas dos atletas lesionados. Lesões mais severas são normalmente associadas a emoções mais intensas e consequências comportamentais mais evidentes.

Pargman (2007) mostra-nos a frequência e classificação das lesões, durante uma temporada na Suécia em atletas femininos e masculinos jogadores de futebol.

Amostra das Lesões	Ocorrência das lesões	Classificação de Lesão
33 Atletas femininas e 78 lesões	88% Menor gravidade	72% Agudas 36% Moderadas
49 Atletas masculinos e 85 lesões	93 % Menor gravidade	65% Agudas 39% Moderadas

Figura 1 - Frequência das lesões em atletas de futebol durante uma temporada na Suécia, adaptado Engstrom et al. 2003 *cit.* por Pargman (2007)

Segundo Lysens et al. (1991, *cit.* por Pargman, 2007) as lesões consideradas menores tiveram menos de uma semana como tempo de recuperação, as lesões moderadas demoraram entre uma semana e um mês para a sua recuperação. As lesões severas demoraram mais de um mês para a sua total recuperação, sendo também esta a classificação que iremos usar para o nosso estudo.

Este autor reconhece a importância de se entender os fatores psicológicos que interferem na reabilitação de uma lesão, como forma das possíveis estratégias de intervenção se adaptarem o melhor possível às diversas situações.

Samulski e Azevedo (2002, *cit.* por Carvalho, 2009) num estudo onde 31 jogadores de futebol foram observados, 79 lesões obrigavam à interrupção do treino físico, sendo que 48,38% destas lesões foram suficientemente severas para afastar os atletas da competição durante cerca de sete dias.

As lesões impediram os atletas de competir entre oito a catorze dias traduz-se em 22,58%. Cerca de metade dos atletas de desporto de competição sofreram uma lesão que impossibilitou a sua participação desportiva, e cerca de 25% destas lesões requereram, pelo menos uma semana de repouso.

Zafra (2008) no seu artigo sobre o desporto de iniciação e a prevenção de lesões, relaciona as lesões desportivas com a idade e o nível competitivo, obtidos num clube de futebol brasileiro. Este trabalho teve a participação de 5 equipas de futebol: três equipas de infantis – sub 12 (10-12 anos), duas equipas de sub 13 (12-13 anos), e duas equipas de iniciados (14-15 anos). Num total de 99 atletas, usando como critério a necessidade de serviços médicos, 30 desses atletas sofreram pelo menos uma lesão durante a época, os restantes não sofreram qualquer lesão. Para esta amostra os resultados tendo em conta o escalão foram:

- Os sub 13, apresentam um maior número de lesões (15,56%), que a categoria de sub 12, (6,67%);

- No global, os iniciados apresentam o maior número de lesões (55,26%), durante uma época, comparativamente às outras duas categorias juntas;

Assim, conclui-se que o aumento de competitividade e de escalão aumenta a ocorrência de lesões. Há medida que avançamos de escalão para escalão, o tempo de treino e de competição, também aumenta, provocando uma maior probabilidade de se lesionarem.

No estudo realizado por Ribeiro et al. (2007), ao comparar a prevalência e características de lesões na categoria infantil e juvenil, podemos retirar algumas conclusões relacionadas com a frequência das lesões e com o tempo de paragem de uma lesão. Assim, numa amostra de 110 atletas, entre os 14 e 18 anos de idade, pertencentes a dois escalões: infantil e juvenil verificou-se que na categoria infantil (42,2%) das lesões não necessitaram de afastamento das atividades desportivas, taxa aparentemente maior à encontrada na categoria juvenil (26,9%).

Além disso, o número de lesões que resultaram num afastamento por mais de um mês foi aparentemente maior na categoria juvenil (10,4%) em relação à categoria infantil (1,7%). Apesar da maior taxa de prevalência, a categoria infantil apresenta uma percentagem maior de lesões que não necessitam de afastamento da prática desportiva.

Segundo Zafra et al. (2005) o futebol é uma das modalidades de maior incidência de lesões no desporto profissional e menciona que os atletas profissionais lesionam-se com maior frequência e gravidade.

Também se tem observado a incidência de variáveis psicológicas na frequência e gravidade das lesões, em atletas jovens no futebol profissional e semi profissional, onde as lesões têm uma especial relevância por dois motivos: é constante o aumento do número de lesões e as consequências negativas das mesmas, que afetam diversos aspectos da vida do atleta.

No estudo realizado pelo mesmo autor, com uma amostra de 92 atletas de futebol – divididos por escalão, 15 do escalão escolinhas, 40 dos infantis e 37 dos iniciados, verificou que existem diferenças estatísticas significativas entre o número de lesões e os diferentes escalões desportivos. Existe também diferenças significativas entre os iniciados e os infantis e entre os iniciados e os escolinhas, verificando-se também entre o escalão infantil e escolinhas.

Contudo, temos de ter em conta algumas considerações, pois ao subir de escalão aumenta também, o número de minutos de prática desportiva, tanto em treino como em competição, bem como as exigências de cada treinador, logo favorece o aparecimento de um maior número de lesões (Zafra et al. 2004).

Os resultados do seu trabalho indicam que os jovens atletas de futebol têm maior probabilidade de se lesionarem quando mostram níveis elevados de vitória e de querer ganhar, devido aos treinos ou excessivamente relaxados ou exigentes.

No estudo de Silva, Souto e Oliveira (2008) a 40 atletas de futebol profissional, estudou a prevalência de lesões em atletas de futebol, verificou que todos os atletas afirmaram ter-se lesionado pelo menos uma vez durante o último ano. Lesionaram-se apenas uma vez 27%, 32% lesionaram-se duas vezes, 25% lesionaram-se três vezes e 16% lesionaram-se mais de três vezes. Fatores como a posição de jogo, o momento do campeonato, os treinos e a competição, demonstram ser fatores que podem influenciar o desencadear de uma lesão.

2 - Modelos explicativos do aparecimento das lesões desportivas e relacionamento com variáveis psicológicas e cognitivas

Segundo Buceta (1996) é importante prevenir e reabilitar o melhor possível as lesões desportivas, reduzir o número e a gravidade de lesões desportivas e conseguir com que os atletas lesionados se recuperem bem e o mais rapidamente possível. Acelerar o processo de recuperação e prevenir as recaídas e futuras lesões, constitui um objetivo que justifica a importância e o interesse da psicologia do desporto na recuperação das lesões desportivas.

Neto (2007) realça que a psicologia pode desempenhar um papel de grande influência pois, determinados traços de personalidade e variáveis psicológicas como motivação, stress psicossocial, atenção, agressividade, impulsividade, tomada de decisão, autoconfiança, autoestima, tolerância à frustração e adversidade, estados de ânimo, comunicação interpessoal, podem aumentar ou diminuir a vulnerabilidade do atleta à lesão e, uma vez lesionado pode contribuir positiva ou negativamente para o processo de recuperação de lesões e ajudar na sua prevenção para não ocorrer uma recaída.

2.1 - Modelo de stress e lesão no desporto

Segundo Samulski (2002), Veloso e Pires (2007) fatores físicos como *overtraining*, fadiga muscular, problemas musculares ou articulares são considerados causas primárias das lesões desportivas. No entanto, fatores psicológicos e sociais também podem contribuir para a ocorrência de lesões.

O Modelo de Stress e Lesão Desportiva de Anderson e Willians (1998) é o modelo mais mencionado para estabelecer uma relação entre variáveis psicológicas e as lesões desportivas, como podemos verificar nos estudos de Buceta (1996), Palmeira (1998), Neto (2007) e Veloso e Pires (2007).

Este modelo pretende avaliar o risco das lesões, sugerindo um conjunto de intervenções e técnicas psicológicas para a sua diminuição, nomeadamente em atletas de alto risco e mais vulneráveis, do ponto de vista psicológico, Cruz e Dias (1996, *cit.* por Neto 2007).

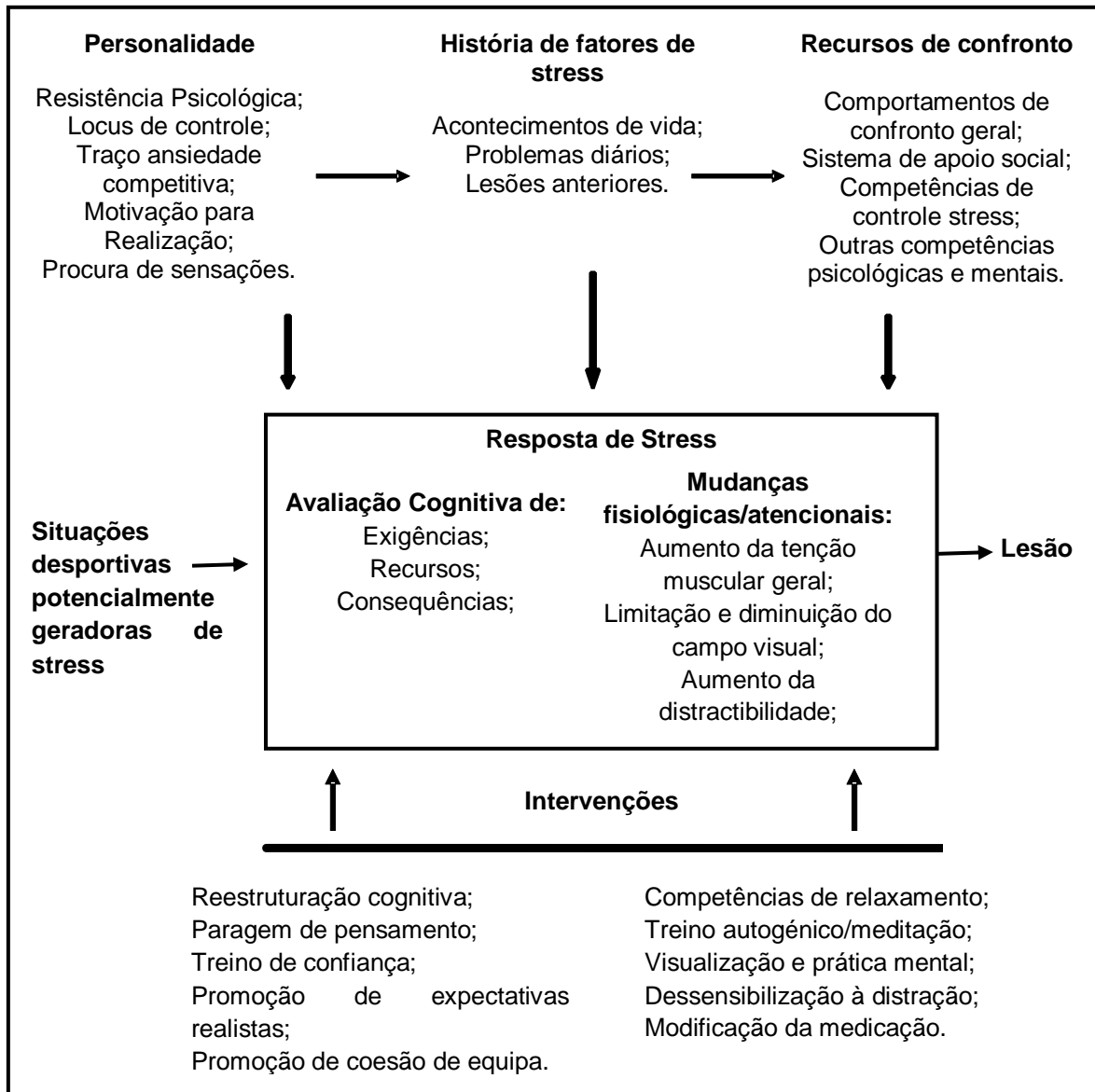


Figura 2 - Modelo de stress e lesões desportivas de Anderson e Williams, 1988, Fonte: Neto (2007)

Na parte central do esquema representativo do modelo encontramos a resposta ao stress que se relaciona mutuamente com os elementos cognitivos e fisiológicos/atencionais.

Estes elementos cognitivos estão relacionados com a prática desportiva, onde o atleta experimenta diversas respostas cognitivas ao lidar com diferentes situações, por exemplo: uma competição pode produzir sensações positivas de desafio, excitabilidade, mas também pode produzir sensações negativas, como ansiedade e desconforto.

Se perceber uma situação como ameaçadora, essa avaliação negativa pode aumentar o estado de ansiedade que causa alterações ao nível da tensão muscular e do campo atencional. O aumento da tensão muscular pode levar a uma redução da flexibilidade, de coordenação, de eficiência muscular e acumulação de fadiga, deixando o atleta exposto à ocorrência de lesões, Veloso e Pires (2007). Essas sensações negativas podem determinar respostas fisiológicas/atencionais exageradas, como alterações endócrinas e alterações do sistema nervoso autónomo.

A ativação deste sistema pode determinar um aumento da respiração, dilatação da pupila, sudorese, tensão muscular generalizada, tremor e enfraquecimento emocional. Com estas respostas ocorrem alterações atencionais, como o aumento da distração, segundo Willians e Anderson (1998).

As alterações fisiológicas e atencionais determinam uma maior susceptibilidade à lesão, por meio de três situações: o aumento generalizado da tensão muscular pode reduzir a flexibilidade, a coordenação e eficiência muscular, predispondo o atleta a uma série de lesões como estiramento, entorses e fraturas. A redução do campo visual pode não permitir ao atleta a percepção de elementos que possam ajudá-lo numa situação potencialmente lesiva. O aumento da distração pode retirar o foco de atenção do atleta, da tarefa a ser realizada, determinando assim maior risco da não execução correta do movimento e, conseqüentemente há maior risco de lesão.

Neto (2007) relata que há três fatores principais que podem interferir na resposta de stress: personalidade, história dos fatores de stress e o potencial de superação. Na presença destes fatores, a avaliação de uma situação potencialmente stressante pode gerar a lesão.

No que diz respeito à personalidade há um conjunto de variáveis que a investigação tem demonstrado a sua influência, como é o caso da resistência psicológica, locus de controlo, ansiedade competitiva e motivação, embora se aceite que os estudos sobre a influência da personalidade na incidência de lesões são ainda inconsistentes e controversos.

Contudo, Zafra (2008) considera que na abordagem à personalidade do atleta pode-se encontrar uma relação múltipla de fatores psicossociais que podem contribuir para a vulnerabilidade a lesões desportivas, entre eles podemos encontrar a autoconfiança, ansiedade, atenção e apoio social.

A história dos fatores de stress é representada por acontecimentos positivos ou negativos da vida do sujeito (ex.: problemas diários, lesões anteriores, divórcio, morte de um familiar, seio da equipa, insatisfação profissional, escola) podem criar condições para um estado de lesão (Samulski, 2002; Neto, 2007).

Veloso e Pires (2007) constataram que, em relação aos recursos de confronto (concentração, pensamentos positivos) são as aptidões/estratégias que permitem aos atletas lidar com situações potencialmente geradoras de stress, reduzindo a possibilidade de ocorrência de lesão.

De acordo com este modelo, todos estes fatores, em situações potencialmente causadores de stress, podem provocar mudanças psicológicas, atencionais nomeadamente, limitação e diminuição do campo visual e aumento da distractibilidade, criando assim condições ótimas para a ocorrência de lesões desportivas.

2.2 – Modelo de vulnerabilidade às lesões desportivas

Buceta (1996) sugeriu um outro modelo de vulnerabilidade psicológica às lesões desportivas, com o objetivo de explicar as relações entre o stress e as lesões desportivas.

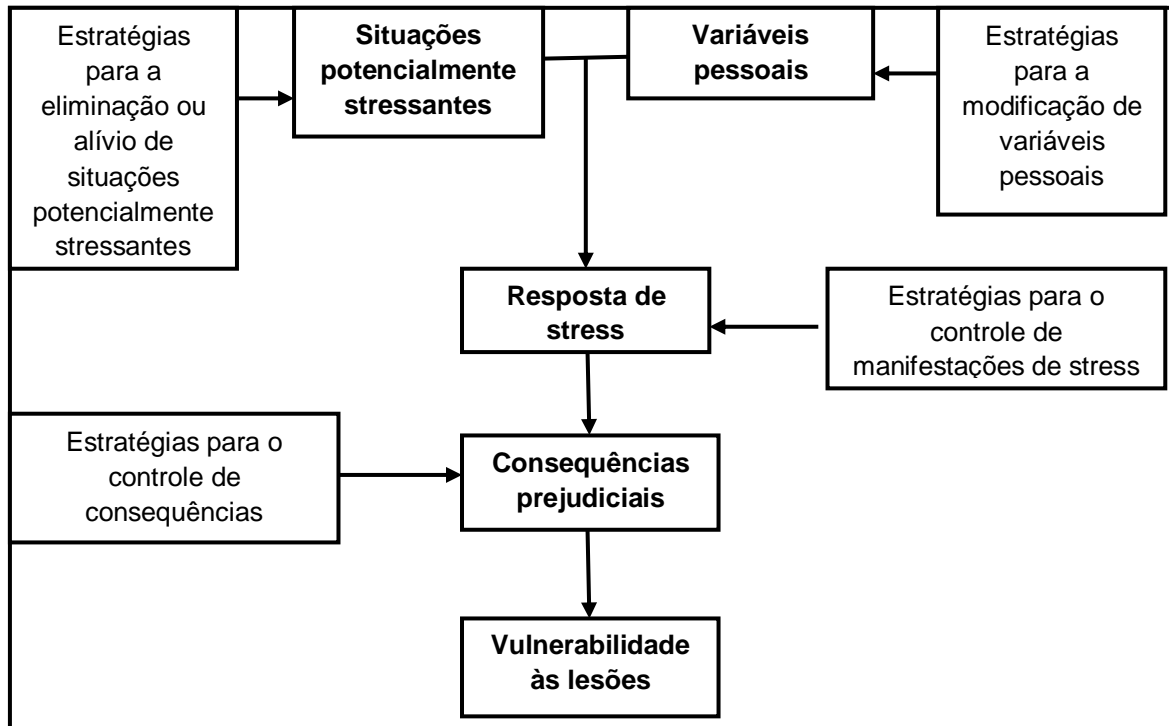


Figura 3 - **Modelo de vulnerabilidade às lesões desportivas, Buceta (1996)**

O principal pressuposto deste modelo é a interação entre situações potencialmente stressantes e as variáveis individuais.

Assim, quanto maior for a frequência, a duração e/ou a intensidade das situações potencialmente stressantes, maior será a probabilidade de aparecimento de stress propício a uma maior vulnerabilidade às lesões.

Buceta (1996) conceptualiza, ainda, quatro níveis de intervenção para a modificação e/ou controlo de algumas variáveis, evitando ou prevenindo assim as lesões.

Variáveis Pessoais	Efeito sobre o potencial stressante da situação
História anterior de lesões	(>)
Estado de ansiedade, relacionada com a atividade e competição desportiva	(>)
"Rigidez" (compromisso e controle)	(<)
Estilos de confronto	(<) (>)
Domínio de habilidades de confronto	(<)
Apoio social	(<) (>)
Alta motivação para atingir objetivos desportivos	(<) (>)
Elevada Auto – Confiança	(<)
Alta Autoestima	(<)
Tendência para o otimismo	(<)
Sistema rígido de crenças e atitudes	(>)

Figura 4 - Variáveis pessoais que podem aumentar (>) ou diminuir (<) a potência stressante da situação no contexto do desporto de competição, Buceta (1996)

Assim, podemos atuar sobre as situações potencialmente stressantes, eliminando-as ou reduzindo-as. Podemos, também, modificar as variáveis pessoais, evitando assim o aparecimento e ocorrência de stress. Além disso, segundo este autor, mesmo depois do aparecimento da resposta de stress, podemos controlar as suas manifestações e também eventuais consequências prejudiciais.

A figura abaixo ilustra as principais manifestações associadas ao stress psicológico em contextos desportivos, assim como a sua relação com uma maior ou menor imunidade e/ou vulnerabilidade psicológica às lesões.

	Estado Sobre alerta e Busca de Recursos	Ansiedade	Hostilidade	Depressão	Desgaste/ Esgotamento Psicológico
Nível de Ativação Geral	Moderado/Alto	Elevado	Elevado	Moderado/Baixo	Moderado/Baixo
Nível de Ativação Fisiológica	Moderado/Alto	Elevado	Elevado	Baixo	Diverso
Manifestações Cognitivas e Afetivas	Atenção centrada na tarefa; Funcionamento Mental Produtivo; Perceção de controlo; Autoconfiança;	Focagem atencional reduzida; Pensamentos difocais e prejudiciais; Medo; Insegurança/dúvidas;	Focagem atencional reduzida; Pensamentos difocais e prejudiciais;	Atenção dispersa; Pensamentos negativos desfocais e prejudiciais; Perceção de fracasso; Sentimentos de culpa; Baixa autoestima; Desanimo	Atenção dispersa; Pensamentos desfocais e prejudiciais; Falta de interesse; Perceção de falta de energia; Perceção de cansaço; Sensação de incompetência; Desanimo;
Manifestações Comportamentais	Comportamento de espera em estado de alerta; Rapidez de Reação; Ações Úteis;	Inibição comportamental; Evitação; Sobre-ativação motora prejudicial;	Comportamentos impulsivos; Comportamentos agressivos incontrolados; Comportamentos violentos;	Inibição comportamental; Reação lenta; Défice de esforço;	Inibição comportamental; Reação lenta; Condutas inadequadas;
Imunidade/Vulnerabilidade às Lesões	Maior Imunidade	Maior Vulnerabilidade	Maior Vulnerabilidade	Maior Vulnerabilidade	Maior Vulnerabilidade

Figura 5 - Principais manifestações de stress no contexto desportivo e a sua relação com a imunidade/vulnerabilidade às lesões, Buceta (1996)

São algumas das consequências do stress que aparecem assinaladas nesta tabela e que podem ser controladas mediante estratégias específicas (ex.: estratégias para controlar a atenção durante o treino e a competição), que ajudam a reduzir o risco de lesão.

3 - Competências psicológicas nos atletas de futebol

3.1 - Definição de competências psicológicas

Entende-se por competências psicológicas, como as habilidades que permitem ao atleta enfrentar uma determinada situação, com confiança e consciência de que o seu corpo e mente estão preparados para obter a melhor performance (Cox, 1994).

A importância das competências psicológicas no rendimento desportivo é algo que tem vindo a ser aprofundado, havendo autores que atribuem uma importância às componentes psicológicas entre 40% a 90% do sucesso desportivo, como refere Fernandes, Bombas, Lázaro, e Vasconcelos-Raposo (2007).

É muitas vezes referido que quanto maior é o nível competitivo, maior é o peso dos fatores psicológicos, salientou Fernandes et al. (2007).

Para diversos autores (Harris, 1984; Suinn, 1986; Martens, 1987; Williams, 1993; Loher, 1993, Cruz e Viana, 1996 *cit.* por Alves, 1999), as competências psicológicas mais relevantes para a preparação mental dos atletas (de diferentes níveis competitivos, das várias modalidades individuais e coletivas, e sujeitos a programas com diferentes objetivos) são, essencialmente, o controlo do stress e da ansiedade, a atenção e concentração, a imaginação e visualização mental, a formulação de objetivos e a autoconfiança (ao nível pessoal) e, paralelamente a estas, temos as competências de comunicação e relação interpessoal, assim como a coesão e espírito de equipa (ao nível social ou interpessoal).

Vasconcelos-Raposo e Mahl (2007) ao estudar o perfil psicológico de prestação de jogadores profissionais de futebol do Brasil, teve como objetivo caracterizar o perfil psicológico do atleta de futebol brasileiro, comparando os atletas em função de algumas variáveis independentes, sendo uma delas a posição de jogo que ocupam em campo. Num total de 529 atletas, praticantes de futebol profissional no Brasil, com idades entre 16 e 39 anos, 59 são guarda-redes, 178 atuavam na defesa, 169 ocupam posição no meio campo e 123 são atacantes.

Foi aplicado o questionário *PPP* (Perfil Psicológico de Prestação) de Loher (1995), numa versão traduzida e validada para a língua portuguesa, constituído por 7 categorias: Autoconfiança, Negativismo, Atenção, Visualização Mental, Motivação, Pensamentos Positivos e Atitude Competitiva, muito semelhante ao OMSAT-3 que utilizaremos no nosso estudo. Indo apenas ao encontro dos resultados do perfil psicológico tendo em conta a posição em que jogam, evidenciou que os guarda-redes possuem valores de médias mais elevadas, nas variáveis autoconfiança ($26,03 \pm 3,03$), negativismo ($19,22 \pm 2,53$), atenção ($17,24 \pm 1,96$), atitude competitiva ($25,62 \pm 2,77$). Os atletas do meio campo possuem médias mais elevadas quanto à visualização mental ($25,31 \pm 2,74$) e motivação ($26,05 \pm 2,84$), e os defesas possuem médias mais elevadas quanto aos pensamentos positivos ($22,16 \pm 2,43$).

Utilizando o teste estatístico *Anova*, o autor identificou diferenças estatisticamente significativas somente na variável atenção ($p=0,02$, $F=3,28$). Em relação à variável atenção os guarda-redes diferenciam-se com índices mais elevados ($17,24 \pm 1,96$) do que os atletas do meio-campo ($16,15 \pm 2,50$) ($p=0,01$). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os restantes grupos, mas os atletas da defesa obtiveram o segundo melhor nível, seguido dos avançados.

Estes autores no seu estudo, também concluíram que os guarda-redes apresentam melhor índice de preparação psicológica, enquanto, os avançados são mais fracos. Sendo que as variáveis que mais diferenciam os guarda-redes são o negativismo e a atenção, em que os guarda-redes apresentaram valores mais elevados de atenção/concentração ($17,24 \pm 1,96$) que os atletas do meio campo ($16,15 \pm 2,50$). A capacidade de visualização mental ($25,31 \pm 2,74$) apresenta valores mais elevados nas posições às quais são atribuídas funções de criação e planeamento de estratégias táticas da equipa, aos atletas do meio campo, responsáveis pela criação de jogadas criativas e de soluções para o ataque, são os que possuem maiores níveis para esta competência.

De forma geral, Llames (1999, *cit.* por Dosil, 2002) refere que existem poucas características distintas e treináveis mas que estas se devem combinar em cada caso, para que em conjunto com as características físicas, fisiológicas e técnicas, o atleta possa ter mais possibilidades de singrar no mundo do futebol. Assim, a autora considera as seguintes características psicológicas, como importantes para o sucesso no futebol:

- Controlo e gestão da ativação;
- Focalização adequada da atenção;
- Capacidade de confrontação;

- Nível ótimo de autoconfiança nas ações de alto rendimento;
 - Motivação;
 - Atenção/Concentração;
 - Tempo de reação e tomada de decisão (Junge, et al. 2000 *cit.* por Dosil, 2002), (na componente técnica e tática, sendo capaz de tomar a decisão mais adequada, de acordo com a situação específica);
 - A ansiedade competitiva (deverá corresponder ao nível ótimo de execução do atleta para a competição);
 - A emoção (presente em todas as situações, tristeza, alegria, relação com a percepção das várias situações de jogo);
 - Imaginação e visualização mental;
- Williams e Reilly (2000 *cit.* por Dosil, 2002) compararam os aspectos psicológicos dos futebolistas mais habilidosos com os menos habilidosos, e dessa forma conseguiu também detetar alguns aspectos psicológicos fundamentais para a prática do futebol a alto nível. Afirmam que os atletas mais habilidosos são:
- Mais rápidos e precisos na hora de reconhecer padrões de jogo (essencialmente táticos);
 - São mais rápidos na antecipação (tempo de reação) das jogadas do adversário e baseiam-se em pistas visuais avançadas;
 - Tomam melhores decisões desportivas, técnicas e táticas (Williams & Franks, 1998 *cit.* por Dosil, 2002)
 - São muito mais precisos na previsão de como correrá o jogo, dada uma determinada circunstância;
 - Possuem uma melhor percepção das suas próprias competências. Os futebolistas mais hábeis sabem, exatamente, para que estão capacitados, quais os seus limites e até onde podem ir;
 - Possuem uma “inteligência de jogo” que lhes permite analisar as linhas mais importantes dos seus adversários. (Singer & Janelle, 1999 *cit.* por Dosil, 2002). Este aspecto parece adquirir mais importância à medida que se chega à excelência (Dosil, 2002)
 - Possuem mais autoconfiança que os outros atletas (Williams & Franks, 1998 *cit.* por Dosil, 2002);
 - Possuem mais ansiedade competitiva, mas têm estratégias de confrontação com situações stressantes, e por isso têm uma menor percepção dessas situações como nocivas ao seu desempenho.

Segundo Dosil (2002) o fator psicológico mais estudado no futebol tem sido a atenção/concentração, a especificação das capacidades atencionais específicas para cada posição de jogo e o impacto no seu rendimento.

Gomes e Cruz (2001) afirmam que o nível de competências psicológicas e mentais permite distinguir um conjunto de características que sistematicamente aparecem associadas a rendimentos desportivos ótimos. Alguns desses fatores são mencionados como contributos para o sucesso dos atletas de alto rendimento, sendo eles:

- Altos níveis de motivação e comprometimento com o desporto;
- Valorização e interesse principal com o seu rendimento individual;
- Formulação de objetivos claros e específicos para as competições e para definir “bons” resultados desportivos;
- Níveis elevados de autoconfiança;
- Grande capacidade de concentração;
- Frequente utilização de imaginação e visualização mental;
- Boa capacidade de controlar a ansiedade e os níveis de ativação;
- Desenvolvimento e utilização dos planos e rotinas mentais competitivos;
- Capacidade para lidar eficazmente com acontecimentos inesperados e/ou distrações;

Num estudo qualitativo, realizado Hassan, Mohd, Omar e Marjohan (2010), com 8 atletas de futebol universitário, entre os 25 e 36 anos de idade, com uma média de 10 anos de experiência desportiva, foram analisadas quais as habilidades fundamentais, para superar os problemas antes, durante e depois de uma competição.

Através da análise das suas entrevistas, foram identificadas quatro competências psicológicas como as mais necessitadas para um melhor desempenho: visualização mental, definição de objetivos, auto diálogo e relaxamento. Os resultados destacaram que os atletas acreditam que a visualização mental, estabelecimento de objetivos e auto diálogo, afeta a sua motivação, e que o relaxamento ajuda a controlar os níveis de energia para um bom desempenho.

Como vimos até ao momento tem existido um aumento no número de estudos que aprofundam a eficácia de intervenções psicológicas nos desempenhos desportivos, como é mencionado no estudo de Thelwell, Greenlees, Weston (2006).

Este estudo tem como objetivo examinar a eficácia das intervenções de habilidades psicológicas, em 5 atletas que ocuparam a posição de médios, durante uma série de 9 competições. A eficiência das intervenções psicológicas foi avaliada em componentes específicas que incluíam habilidades com bola (passes e toques sucessivos). Segundo os autores, estes atletas foram os escolhidos pois, devem ter a capacidade psicológica necessária para correr uma grande distância, durante noventa minutos.

Quando comparado com outras posições aos médios, é-lhes exigido um grande físico, devido a estes serem o elo de ligação entre os defesas e os avançados, logo é-lhes exigido complexas habilidades motoras.

Thelwell et al. (2006) referem que é importante o desenvolvimento de qualquer habilidade psicológica. Taylor (1995 *cit.* por Thelwell et al. 2006) verificou dentro deste estudo que as habilidades relaxamento, visualização mental e auto diálogo podem ser benéficas. As estratégias de relaxamento podem beneficiar os recursos dos indivíduos, as perceções do desempenho da dor e da fadiga, podem ajudar a manter os níveis apropriados de ativação e podem beneficiar quando jogam bem, ou quando tomam decisões incorretas.

Taylor (1995, *cit.* por Thelwell et al. 2006) sugere também que a visualização mental pode ser benéfica para a posição média. Ao ser trabalhada, a visualização mental, pode beneficiar outras componentes como a motivação e competência para o desempenho.

A visualização mental ajudará na preparação para o jogo por exemplo na seguinte forma: imaginar como os adversários podem jogar e imaginar o sistema tático da própria equipa, podendo também ajudar na tomada de decisão. O auto diálogo pode ser utilizado para problemas relacionados com o esforço (manutenção e aumento da ativação/relaxamento). Após estas intervenções verificou-se que todos os atletas melhoraram o seu primeiro toque com bola, bem como as suas percentagens de passes com sucesso, concluiu Thelwell et al. (2006). Foi visível que a intervenção, integrando o relaxamento, a visualização mental e o auto diálogo, habilitou cada atleta a pequenas melhorias.

3.2 - Atenção/concentração

“A concentração é um dos aspetos essenciais para alcançar o máximo nível a que cada atleta está capacitado. A componente principal da concentração é a capacidade de focalizar a atenção sobre a tarefa que está a ser desenvolvida e não se distrair por estímulos internos e/ou externos irrelevantes. Os estímulos externos podem variar entre os espetadores, um erro cometido recentemente ou ainda condutas anti desportivas por parte do adversário” González (2007, pp.62).

“A concentração é uma das chaves mais importantes que se podem por ao serviço do atleta, para melhorar o seu rendimento tanto na competição como nos treinos, González (2007, pp.62). Este autor afirma que, um jogador de futebol que jogue como central, ou no centro da defesa e comete o erro de perder a bola e a jogada converte-se em golo na sua baliza, pode passar o resto do jogo a pensar no erro e vai continuar a cometer erros porque não está concentrado no presente. A concentração é uma habilidade que pode melhorar e ser desenvolvida na prática, onde os atletas têm de entender e focalizar-se nos momentos determinantes e nos estímulos relevantes, baseado em González (2007).

Terry Orlick (1986 *cit.* por González, 2007) assinala como elemento de excelência desportiva a concentração e o estar plenamente focado na duração da tarefa, em competição e em treinos, na tarefa que está a realizar no momento, estando totalmente absorvido com o que está a fazer e a experimentar.

A maioria das pessoas acredita que a concentração é um fenómeno de tudo ou nada, é decidir, é estar concentrado ou não estar.

O chamado foco atencional define-se ao longo das dimensões: amplitude (amplo e estreito) e direcional (interno e externo), Nideffer (1976 *cit.* por González, 2007).

Um foco atencional amplo permite que a pessoa perceba distintos eventos de maneira simultânea. Isto é especialmente importante em modalidades em que os atletas estão conscientes e sensíveis às mudanças rápidas, um atleta que tenha um foco atencional estreito responde só a um ou dois sinais. O foco atencional externo dirige a sua atenção a um objeto que está fora, por exemplo aos movimentos do adversário. O foco atencional interno dirige-se para dentro, face aos pensamentos e às sensações, como quando o treinador analisa as jogadas a serem executadas, ou mesmo quando o atleta visualiza e pensa na jogada que vai fazer.

3.3 – Refocalização da atenção

González (2007) refere que ao longo de um evento é, muitas das vezes, necessário mudar o foco atencional. À medida que um atleta se prepara para jogar a bola, desde qualquer ponto do campo, este necessita de avaliar ao seu redor: a força a imprimir, a distância e a posição dos companheiros de equipa e do adversário, os movimentos, as informações do treinador e os colegas de equipa, etc. Todos estes elementos requerem um foco amplo e externo.

Depois de avaliar esta informação, o atleta pode recordar experiências similares e analisar a informação recolhida para escolher um determinado passo, ou decidir chutar ou reter a bola. Estes são aspetos que exigem um foco atencional amplo e interno. Relativamente ao foco interno estreito são exemplos: a capacidade de controlar a sua tensão, visualização de um passe perfeito, respiração profunda e relaxada e as rotinas pré competitivas. Por último, um exemplo de atenção estreita-externa pode ser o momento em que o atleta se dirige à bola e esta constitui o centro da atenção, ou seja, a refocalização da atenção consiste na capacidade do atleta variar os seus estados atencionais, em função das várias situações.

Como o jogador de futebol tem pouco tempo para mudar o foco atencional, a sua agilidade mental depende do ritmo do seu jogo.

Os melhores níveis de prestação conseguem-se quando o atleta se situa numa zona de energia ótima, porque a atenção está totalmente dirigida só para o processo de prestação. Os atletas devem focalizar-se nos aspetos relevantes e afastar os pensamentos negativos e outras formas de distração que prejudicam a prestação. Csikszentmihalyi (1975 *cit.* por González, 2007).

3.4 - Autoconfiança

Marin (2009) considera que esta capacidade passa pela convicção e perceção que o atleta tem nas suas capacidades, a nível técnico, físico e psicológico, para enfrentar uma determinada tarefa, de forma a ser bem-sucedido no desporto. A autoconfiança é uma das competências psicológicas essenciais na competição desportiva, para obter sucesso e obter altos rendimentos.

A sua importância é reconhecida por treinadores e atletas, tal como é relevante na prevenção de lesões. (Cruz & Viana, 1996, Marin, 2009).

A autoconfiança influencia o indivíduo nos atos mais simples e banais até às opções mais relevantes da sua própria vida, havendo uma relação íntima entre a autoconfiança e o rendimento desportivo, (Cruz & Viana, 1996)

Segundo Cruz e Viana (1996), a utilidade desta competência psicológica no rendimento dos atletas é descrita frequentemente por todos aqueles que estão envolvidos na competição desportiva, como sendo um fator chave para um bom desempenho.

O atleta com autoconfiança é aquele que está seguro de si e da sua competência real, não demonstrando preocupações com o seu rendimento, não revela indecisão, nem se perturba em situações inesperadas, aceitando as críticas do treinador. Os jogadores com sucesso desportivo revelam elevados níveis de confiança nas suas capacidades, e os atletas que não acreditam em si próprios ou com baixas expectativas para obtenção de determinado resultado terão consequências negativas no seu rendimento desportivo.

A falta de confiança nos atletas é muitas vezes manifestada por expectativas negativas e dúvidas quanto à sua prestação, que desencadeia ansiedade, dificuldades de atenção/concentração, bem como incerteza, influenciando todos os outros fatores psicológicos.

Segundo Marín (2009), quando os níveis de autoconfiança são elevados, a atenção permanece dirigida para os pontos relevantes da tarefa e os atletas tendem a aplicarem-se mais nos treinos, com mais persistência e aperfeiçoamento. Contrariamente, quando a autoconfiança é baixa o processo de recuperação da atenção é retardado e o foco atencional dirige-se para questões internas, o que influenciará a *performance*. Contudo, o excesso de autoconfiança é tão prejudicial como a falta desta. Quando um atleta apresenta níveis elevados de autoconfiança, pode pensar que não precisa de se esforçar tanto para conseguir uma boa *performance*, o que pode levar ao insucesso.

O excesso de autoconfiança pode provocar alguns problemas, levando a não admitir os erros, a uma prestação distorcida do próprio atleta, podendo criar conflitos dentro da equipa (Marín, 2009).

Williams (1991) refere que os atletas de sucesso são mais autoconfiantes. Esta autoconfiança desenvolve-se com o tempo e muitas vezes é resultado de pensamentos positivos e de experiências de êxito. A melhoria das habilidades físicas é uma forma de aumentar a autoconfiança.

Os atletas com autoconfiança elevada desenvolvem pensamentos e sentimentos positivos, já os pensamentos negativos em atletas pouco confiantes conduzem a más exibições e a sentimentos negativos. Quando um atleta perde a sua autoconfiança, devido a sentimentos de fracasso, pode começar a duvidar das suas capacidades, mas se for autoconfiante, pode canalizar a sua frustração e fúria para se concentrar novamente na tarefa. O papel da importância da autoconfiança no rendimento dos atletas é constantemente referido por todos, direta ou indiretamente estão ligados à competição desportiva.

3.5 - Visualização mental

Segundo Gomes e Cruz (2001), a visualização mental é uma experiência similar às experiências que nos são proporcionadas pelos próprios sentidos (ouvir, ver e sentir). Mas, advém na ausência da habitual estimulação externa, ou seja, o atleta pode imaginar-se a executar um determinado gesto técnico (ex.: remate à baliza), experienciando todas as sensações próprias da situação (ansiedade, barulho, calor), sem ter que estar realmente a executá-lo. Pode ser utilizada num elevado número de situações, ou seja, na aprendizagem de uma determinada competência motora, na correção de erros cometidos, na preparação e antecipação de situações competitivas, e até na própria confiança do atleta para a competição.

Dessa forma, tendo em conta o mesmo autor, a capacidade de visualização mental pode ser importante para:

- Visualizar o processo de execução e o seu resultado – é importante ensinar o atleta a visualizar não só o resultado (ex.: conseguir marcar um golo), mas também todos os movimentos que o levam a essa situação, pois isso dá maiores garantias sobre a perfeição nos gestos motores realizados e facilita o próprio resultado final;

- Prestar atenção aos detalhes – quanto mais pormenores o atleta conseguir introduzir na visualização mental (ex.: tipo de barulhos, de luzes, de sensações) e quanto mais vivenciadas, melhor será o resultado final.

- Sentir a competência a executar – é importante que os atletas não se centrem apenas em ver-se a executar a tarefa, mas também devem associar as diferentes sensações experienciadas nas diferentes fases da tarefa (ex.: nervosismo inicial antes da execução, até ao orgulho e alegria habituais na finalização bem sucedida).

- Focalizar-se nos aspetos positivos - os atletas devem visualizar as situações e tarefas desportivas, centrando-se nas suas experiências de sucesso e mesmo quando se trata de imaginar aspetos que o atleta não domina ou que executa mal (ex.: corrigir erros técnicos), eles devem ser encorajados a visualizar não só o que fizeram mal, mas principalmente as correções que devem ser introduzidas e as sensações positivas que daí emergem (ex.: satisfação e bem-estar pelos bons desempenhos).

- Visualizar toda a tarefa – a não ser que existam razões particulares para apenas visualizarem uma parte do gesto técnico (ex.: corrigir uma parte defeituosa do gesto técnico), os atletas devem visualizar todos os movimentos implicados nessa tarefa, uma vez que na prática é desta forma que as coisas acontecem;

- Utilizar esta capacidade após a execução da competência que querem aprender ou a aperfeiçoar e automatizar cada vez mais o que querem melhorar;

- Visualizar a competência ao ritmo real: é importante chamar a atenção aos atletas para o erro frequente ao visualizar mais rápido do que o tempo que demora a tarefa, aumentando a probabilidade de perder pormenores e diminuir a nitidez da própria visualização. No caso de gestos técnicos pode ser necessário fazer exatamente o contrário, ou seja, ensinar a diminuir o ritmo de visualização – em câmara lenta – para poderem corrigir melhor os aspetos a alterar.

No estudo de Hassan et al. (2010) a visualização mental foi uma das competências fundamentais mencionadas pelos atletas de futebol universitários, isto porque relatam como sendo importante para melhorar o seu desempenho quer antes, durante e depois da prática desportiva.

3.6 - Formulação de objetivos

Segundo Gomes e Cruz (2001) deve-se formular objetivos desafiadores e aliciantes de forma a demonstrar a sua competência e determinação pessoal, para melhorar os seus níveis de intensidade e persistência, tanto nos treinos como nas competições.

Segundo o autor deve-se formular objetivos a curto prazo (definidos diariamente), a médio prazo (definidos mensalmente), e a longo prazo (definidos para uma época inteira).

Os objetivos devem ser flexíveis, de forma a poderem ser revistos ou alterados, caso a evolução e adequação ao atleta não seja a melhor.

Os objetivos devem ser registados por escrito, bem como as evoluções e prazos atingidos pelos atletas. Para uma correta formulação de objetivos devemos:

- Formular objetivos de rendimento (ex.: melhorar a execução dos movimentos na marcação de uma grande penalidade no futebol), por oposição aos objetivos de resultado (conseguir marcar um golo), principalmente nas fases iniciais e intermédias da aprendizagem.

- Estabelecer objetivos específicos que possam ser mensuráveis através de dados objetivos do comportamento (ex.: conseguir recuperar a bola no corredor lateral) por oposição a objetivos mais genéricos como por exemplo: “faz o teu melhor”;

- Estabelecer objetivos difíceis e desafiadores, mas suficientemente realistas para serem atingidos (ex.: diminuir o número de faltas técnicas de 15 para 10 numa partida de futebol);

- Estabelecer períodos temporais e estruturados das datas limites para a concretização de cada objetivo, mas prevendo sempre uma margem de erro para a fixação de prazos ou limites temporais (ex.: um jovem atleta deve conseguir executar corretamente os passes curtos no futebol num período de tempo que varie entre as seis semanas);

- Formular objetivos positivos (ex.: aumentar a frequência dos passes concretizados), em vez de objetivos negativos (ex.: diminuir a frequência de passes falhados);

Nos atletas de futebol universitários, no estudo do Hassan et al. (2010) o estabelecimento de objetivos é encarado como uma competência psicológica fundamental para o desenvolvimento de outras habilidades psicológicas em simultâneo. Segundo os participantes do estudo, a definição de objetivos, é vista como uma forma de dirigir o seu esforço e prestação para alcançar uma meta, aumenta também, a sua motivação, foco atencional e autoconfiança, para atingir o objetivo definido.

3.7 - Stress/ansiedade

Ao abordarmos o stress/ansiedade encontramos diversas posições e definições do conceito, no qual iremos abordar as que mais se adaptam ao contexto futebolístico.

“Qualquer acontecimento que de forma extraordinária exige ao indivíduo uma mudança no seu modo de vida habitual e uma adaptação difícil... evento que é incomum e requer uma adaptação do sujeito.” (Puente, 2003 *cit.* por Tenorio & Delpino, 2008, pp.236)

Podemos encontrar diferentes manifestações na origem dos agentes desencadeados de stress, criando limites entre uma fonte interna e externa. De origem externa podemos encontrar os fatores psicossociais, por exemplo: o medo da avaliação social (família, amigos e colegas de equipa, pais). Os agentes stressantes de origem interna germinam a nível intrapsíquico e podem identificar-se a dois níveis - nível biológico e o cognitivo. Referente ao nível biológico, por exemplo: como suportar as alterações de ruído, climáticas e quaisquer manifestações fisiológicas que podem ser quaisquer manifestações fisiológicas. No nível cognitivo podemos englobar todos os sintomas e possíveis patologias associadas à origem psicológica.

O stress representa uma vertente fisiológica e outra psicológica. A primeira caracteriza-se por uma certa atividade do sistema nervoso e das secreções hormonais. No plano psicológico o stress atua sobre a vigilância a partir da avaliação cognitiva da situação, sobre o nível de ativação. (Thomas, 1999, *cit.* por Tenorio & Delpino, 2008, pp.240).

No plano desportivo, mais em concreto no futebol, as diferentes manifestações do stress num atleta desta modalidade têm sido estudadas e revistas ao longo da literatura. O facto de o atleta estar exposto a situações em que o stress está presente, não significa que não afete a sua presença.

“ No desporto de competição, existem numerosas situações que podem ser ameaçadoras, o que não implica que automaticamente provoque stress. Na realidade fala-se em situações potencialmente stressantes, em alguns casos são verdadeiramente stressantes e em outros está dependente de cada atleta” Buceta (2000 *cit.* por Tenorio & Delpino, 2008, pp.240).

Segundo o mesmo autor, existem diversas variáveis situacionais, potencialmente stressantes no atleta, tendo em conta trabalhos que já foram realizados até ao momento:

- Eventos stressantes de carácter geral (problemas familiares e económicos);
- Eventos relacionados com a atividade desportiva (mudança de equipa, mudança de treinador, mudança de escalão, relação com meios comunicação);
- Estilo de vida do atleta (viagens, mudança de residência);

- Situações específicas de competição (falta de controlo sobre o seu rendimento, frustração com resultado, avaliação social).

Tenorio e Delpino (2008) concluem assim, que a vida de um atleta está marcada pela presença de aspetos de ordem profissional, pessoal, familiar e também desportivos que podem desencadear uma maior predisposição à incidência de fatores stressantes, tendo como consequência a alteração do seu estado de ânimo, criando ansiedade e diminuindo a autoestima. Lavalley e Flint (1996 *cit.* por Samulski, 2002) mostram os efeitos preditivos no traço de ansiedade sobre incidência de lesões no desporto, enquanto Kerr e Minden (1988, *cit.* por Samulski, 2002), não observaram relação entre traço de ansiedade e incidência de lesões.

3.8 - Ativação

Como refere Tenorio e Delpino (2008) num contexto de pressão psicológica, o nível de ativação é uma variável fundamental que nos ajuda a estabelecer um vínculo entre o funcionamento psicológico e o rendimento, e que obedece aos efeitos de outras variáveis que estão associadas, como é o caso da motivação, stress, autoconfiança, que determina o funcionamento físico e mental.

“ A ativação aumenta quando aumenta a motivação e as manifestações de recursos, ansiedade e hostilidade do stress, sendo mais baixa na ausência da motivação e stress e quando estão presentes manifestações de desânimo e cansaço psicológico.” (Buceta & Giraldez, 2003 *cit.* por Tenorio & Delpino, 2008, p.145).

Os mesmos autores mencionam que a ativação é um fenómeno complexo que pode influenciar o rendimento do atleta, tanto a nível físico como psicológico, podendo limitar o potencial das suas ações (Valdés, 1996 *cit.* por Tenorio & Delpino, 2008).

A ativação não é positiva nem negativa: a ativação aumenta quando lidamos com um evento agradável ou quando enfrentamos uma situação perigosa. Quando analisamos o processo interior da ativação observamos duas facetas indissociáveis: uma biológica, onde participam os processos nervosos e endócrinos e, outra faceta subjetiva que consiste na vivência do processo por parte do atleta. A ativação afeta o atleta tanto a nível físico como mental.

O nível de ativação ótimo é específico e diferente para cada atleta e varia em função da tarefa desportiva a realizar, sendo mais elevado quando a tarefa exige uma dose alta de mobilização de energia que em algumas tarefas requer muita precisão. (Buceta & Giráldez, 2003 *cit.* por Tenorio & Delpino, 2008).

A ativação oscila num contínuo que transita entre a máxima ativação em que se destacam os estados de alerta, onde o atleta experimenta elevados índices de tensão e excitação e os estados mínimos de ativação evidenciados em determinados estados, como a vigília, a calma e o estado relaxado, como reforçam os autores.

3.9 – Relaxamento

O relaxamento é visto como uma forma de gestão de stress, aumento dos níveis de energia e autoconfiança, antes, durante e depois da competição, como ferramenta de treino mental para melhorar o seu desempenho. Como menciona Hassan et al. (2010), no seu estudo realizado com atletas de futebol universitário.

Colleen (2004), ao avaliar a eficácia de um programa de relaxamento e reestruturação cognitiva, na gestão de stress em 47 atletas femininas, durante dois meses, verificou que ambos os programas reduziram significativamente, o estado de ansiedade e o aumento da auto eficiência do atleta. Carver et al. (1989, *cit.* por Colleen, 2004) mencionou ainda, o relaxamento e a concentração como estratégias adaptativas utilizadas para lidar com a situação stressante. Muitas das vezes os atletas são ensinados, a utilizar estratégias como a visualização de um bom desempenho e usar pensamentos positivos, para ajudar a lidar com o stress.

3.10- Treino psicológico

O treino psicológico pode ser entendido como um programa que identifica, analisa, ensina e treina as competências cognitivas, mentais ou psicológicas mais diretamente relacionadas com o rendimento desportivo (Alderman, 1984, Cruz & Viana, 1996 *cit.* por Alves, 1999).

As competências psicológicas, à semelhança das físicas e técnicas, podem ser aprendidas ou melhoradas através do ensino, do treino e da prática sistemática. Assim, estas deverão ser treinadas da mesma forma que as outras, para que o atleta consiga aperfeiçoar a ação, a direção e regulação dos seus movimentos, através da estabilização e otimização das competências psicológicas.

Concretamente, os objetivos do treino psicológico visam a promoção do crescimento e desenvolvimento pessoal bem como, a promoção e otimização do rendimento desportivo.

Segundo Alves (1999), pressupondo que é fundamental facilitar ao atleta a identificação do seu estado ótimo para uma performance de alto nível e, também, dos fatores que tendem a facilitar ou a dificultar o aparecimento e manutenção dessa prestação, os atletas devem ser sujeitos a uma prática sistemática de treino nas diferentes facetas do treino desportivo. O treino psicológico permite uma adaptação ótima às exigências da modalidade e da competição, desenvolvendo e otimizando a utilização das capacidades psicológicas individuais.

3.11 - Planeamento competitivo

Tendo como fundamento a ficha técnica do questionário OMSAT, o plano competitivo reúne todas as competências acima apresentadas. Atletas de alto rendimento no desporto aprendem a planear como devem atuar, sentir e pensar durante as competições.

O atleta tem que planear antecipadamente o seu objetivo para cada fase da competição, de forma a manter o estado psicológico que se deseja, estando no estado emocional que escolheu e sentindo-se confiante no atingir do seu objetivo.

Quando a competição terminar, deve refletir como é que os resultados da competição corresponderam ao seu planeamento, para o seu objetivo final, e quais as competências psicológicas que terá de refinar para permitir ao atleta atingir o seu sonho.

Num estudo de Gaudreau, Lapierre e Blondin (2001) em que se pretendia avaliar e comparar as respostas de 33 atletas de *golf*, de como é que estes encaravam as várias fases da competição: antes, durante e depois da competição, e de que forma é que os atletas lidam com as várias fases da competição e que recursos utilizam.

Os resultados mostraram que as estratégias utilizadas variam ao atravessar as diferentes fases de competição.

O aumento do esforço e o pensamento positivo e desejado manifestaram uma grande utilização em cada uma das fases competitivas, enquanto, os estados de humor e mudança de comportamentos foram as que apresentaram valores mais baixos nas três fases da competição.

As diferenças significativas entre as três fases da competição foram observadas no que diz respeito ao apoio social, ao aumento do esforço, pensamento positivo e desejado e mudança comportamental. Durante as três fases os estados de humor e a mudança de pensamentos mantêm-se constantes.

Os resultados do estudo de Gaudreau et al. (2001) revelaram que, durante a pré-competição verifica-se um aumento do esforço e dedicação, uma modificação cognitiva e comportamental do atleta, este concentra-se mais na competição, e na obtenção de um apoio social, foram as variáveis mais recorrentes nesta fase. Isto explica-se devido ao facto de antes da competição existir uma preparação física e psicológica. Após a competição estes comportamentos não são tão frequentes, que se justifica pelo facto de a seguir à competição, já nada poder ser feito para alterar ou melhorar o seu resultado e prestação na competição.

A análise do estudo de Gaudreau et al. (2001) revelou que a utilização de pensamentos positivos e desejados foram os comportamentos mais frequentes durante a pré competição, do que durante e após a competição. Durante a fase de pré competição esta estratégia pode ter servido como meio de protecção contra dúvidas e pensamentos negativos, ajudando assim o atleta a não pensar nos problemas do seu desempenho.

A utilização de várias medidas que os atletas têm durante a competição pode melhorar ou prejudicar a sua prestação, consoante a situação.

De desporto para desporto estas respostas em relação às fases de competições podem variar, (Gaudreau et al. 2001).

4 – Relação entre as competências psicológicas e as lesões desportivas

A psicologia das lesões pretende estudar e trabalhar a relação entre os fatores psicológicos e a ocorrência de lesões desportivas. Assim, a identificação dos fatores que predis põem o atleta a lesões desportivas é fundamental para o desenvolvimento de intervenções eficazes, antes da ocorrência da lesão, a título preventivo. Anizu Kumaraswamy, Singh e Rusli (2003), Maddison e Prapavessis (2005, *cit.* por Nunes et al. 2010) mencionam que a incidência repetitiva de lesões, parece ser um fator indicativo da existência de necessidade de intervenção psicológica sobre o atleta assim, analisaremos de seguida, alguns fatores psicológicos que podem estar presentes.

Palmeira (1998), durante uma época desportiva, estudou os antecedentes psicológicos, que podem estar relacionados com o aparecimento das lesões desportivas. Este estudo foi feito em 57 atletas de nível profissional e nacional, tendo por base os modelos anteriormente mencionados.

Teve como objetivo perceber se os acontecimentos desportivos e os fatores de extroversão, personalidade e capacidades de enfrentar o desporto, influenciam a predisposição para lesões durante a época desportiva, de forma a investigar a pertinência do modelo de stress e lesões desportivas de Williams e Andersen (1998), explicando os fatores psicológicos associados às lesões desportivas.

A presença de determinado tipo de personalidade, em conjunto com as capacidades de confronto poderá exercer um efeito direto na resposta ao stress, através da interação com a história dos fatores de stress. Nos estudos realizados a respeito da personalidade dos atletas, observou-se uma associação positiva entre um nível de ansiedade alto e as lesões (Hasson et al. 1992, Passer & Seese, 1983, & Petrie, 1993, *cit.* por Palmeira 1998).

Mendo (2002), Carvalho (2009), como também menciona Palmeira (1998), utilizaram o questionário de personalidade 16-PF, de Cattell, numa amostra de jogadores de futebol, de forma a controlar e a quantificar a relação entre a personalidade e a probabilidade em se lesionar. Concluíram que, os jogadores com um estilo de personalidade dependente tiveram mais lesões do que aqueles que se autodefiniam como sendo mais independentes, onde foram também obtidos resultados semelhantes com praticantes de atletismo, realizado por Valliant (1981, *cit.* por Mendo 2002).

Palmeira (1998) e Nunes et al. (2010) referem que, os indivíduos mais extrovertidos sofrem menores taxas de lesões, possivelmente porque estes atletas tem uma rede de apoio social mais ampla, comunicam melhor e alertam os seus companheiros e treinadores sobre uma situação de risco mais rapidamente, que os introvertidos.

Palmeira (1998), defende ainda que existe uma probabilidade maior do atleta se lesionar e que está relacionada com o facto, deste criar maiores expectativas, em relação a situações que podem originar stress, diminuindo assim a resistência a lesões. Contudo, noutros estudos de Villiant (1981, *cit. por Mendo,2002*), não encontraram nenhuma diferença entre os traços de personalidade e as lesões, porém, os atletas lesionados eram mais reservados, que os atletas não lesionados. Relacionando a gravidade das lesões, também se afirmou no trabalho de Jackson (1978, *cit. por Mendo 2002*), que os atletas com lesões mais severas, são mais reservados, que os atletas que sofreram lesões mais leves.

Williams e Andresen (1998) falam em outras áreas estudadas em relação à personalidade, como por exemplo, os estados de humor. Os atletas com estados de humor negativos correm um maior risco de sofrer uma lesão, do que os que têm alterações de humor.

Há necessidade de aumentar as capacidades de enfrentar as situações desportivas, perante estados emocionais negativos, pois caso isso não aconteça pode resultar uma amplificação do risco de lesão. Assim, verificou-se que acontecimentos stressantes e outras variáveis psicossociais têm uma importância na previsão da variação das lesões desportivas.

Andresen e Williams (1988), Buceta (1996), Neto (2007), Sanderson (2006), Carvalho (2009), referem que os atletas que tenham histórias recentes de acontecimentos de vida stressantes, estão mais vulneráveis às lesões, do que aqueles que não tenham vivenciado experiências stressantes. Referem ainda que, elevados níveis de stress desencadeiam fatores psicológicos como ansiedade, que afetam a sua concentração e aumentam a probabilidade de se lesionarem. As pesquisas destes autores relatam que mudanças na vida dos atletas, acontecimentos positivos (realização académica ou nova relação), ou negativos (morte de um familiar ou divórcio, problemas diários e lesões anteriores), são experiências que afetam as suas capacidades atencionais, podendo aumentar o risco de lesão.

Andresen e Williams (1988), Buceta (1996), Neto (2007), Sanderson (2006), Carvalho (2009), Zafra et al. (2005), expõem ainda que, os atletas com baixas capacidades de enfrentar e lidar com as situações stressantes e mais expostos a situações stressantes, com menor suporte social, demonstraram uma relação significativa entre o stress e a predisposição em se lesionar, com uma maior probabilidade de se lesionarem.

Estes autores e Nunes et al. (2010) defendem que, fatores como vidas stressantes, suporte social e ansiedade competitiva, são relevantes para uma maior probabilidade em ocorrer lesões desportivas. As lesões tendem a ocorrer 2 a 5 vezes mais nos atletas que apresentam valores altos de stress, em relação aos que apresentam valores baixos, de acordo com trabalhos de Williams e Roepke (1993, *cit.* por Palmeira, 1998).

De acordo com Palmeira (1998), um atleta que encare a sua competência como algo excitante, divertido e como um desafio, terá maiores probabilidades de usufruir dos benefícios de stress, que pode ajudar a manter-se concentrado na tarefa.

Esta aptidão, segundo alguns autores (Thompson & Morris, 1994, *cit.* por Palmeira 1998), pode baixar as probabilidades de ocorrer uma lesão, quando comparada com atletas que sentem o stress durante o treino e a competição.

Segundo Palmeira (1998), e de acordo com Williams e Andersen (1998), o aumento da tensão muscular, provoca algumas respostas psicofisiológicas, como a redução do campo visual e o aumento da distração, sendo a alteração psicofisiológica mais mencionada. A redução do campo visual diz respeito a uma “visão em túnel” e o “não ver nada à frente”, que resulta de uma focalização interna, desejando processar eficazmente a informação que provém de situações provocadoras de stress. O aumento da distração é outra explicação psicofisiológica estudada, no âmbito da relação stress/lesão.

O estudo de Steffen, Pensgaard e Bahr (2008) vai ao encontro destes resultados, onde teve como objetivo identificar e compreender quais os fatores psicológicos de risco que podem desenvolver uma lesão. Num total de 1430 atletas masculinos e femininos foi-lhes entregue um questionário com algumas questões sobre aspetos psicológicos e lesões anteriores. Assim, foram encontradas diferenças significativas, para a competência stress ($p=0,001$) e domínio do clima motivacional ($p=0,03$), sendo entendidos como significativos fatores de risco para novas lesões.

Num dos trabalhos de Fawkner (1995, in Williams & Andersen, 1998 cit. por Palmeira 1998), verificou que existe uma maior taxa de lesões, nos atletas que tiveram um aumento significativo de fatores de stress na semana anterior à lesão, dando assim mais um enfase à relação direta da história dos fatores de stress e a resposta ao stress no desencadear da lesão.

Durante a participação do atleta, reforçar a sua vitória e o seu esforço, promove sentimentos positivos. No entanto, quando o jogo desencadeia desentendimentos e agressividade, a possibilidade de se lesionarem também aumenta, pois a ansiedade e tensão afetam o seu desempenho, aumentando a probabilidade de lesão, de acordo com Sanderson (2006).

Nideffer (1989 *cit.* por Sanderson 2006) argumenta que o indivíduo tem estilos atencionais, como: ampla/estrito – relacionada com o número de pistas (índices) que o atleta pode prestar atenção e a atenção interna/externa – relaciona-se com a direção da atenção, ou seja, orientação da atenção para estímulos do meio envolvente ou estímulos internos, do próprio sujeito (Cruz & Viana, 1996). Em situação de stress, começam a ficar mais dependentes apenas de um estilo atencional.

Anderson (2000, *cit.* por Sanderson (2006) notou que os atletas, que percebem as situações como stressantes sofrem um estreitamento do foco atencional, “visão em túnel”, sendo assim, mais um dos fatores responsável pelo desencadear de uma lesão.

No estudo de Thompson e Morris (1994 *cit.* por Zafra (2008), estudaram a relação entre os acontecimentos stressantes e as lesões desportivas em 120 atletas de futebol americano, com idades entre os 14 e 18 anos, e encontraram uma relação entre os fatores stressantes da vida e a atenção, no qual os eventos stressantes reduzem a vigilância, a atenção ampla e estreita, interna e externa, do atleta aumentando o risco de lesão.

Quando acontece o atleta estar confiante e surgem-lhe pensamentos negativos, como “vou falhar e perder tudo” ou “se não jogar bem vou ser substituído”, vão originar respostas ao stress exageradas podendo causar riscos de aumentar a probabilidade de ocorrer uma lesão. (Horowitz, 1985, *cit.* por Palmeira 1998)

Damásio (1994, *cit.* por Palmeira, 1998) defende que um elevado nível de interação entre aquilo que pensamos e aquilo que sentimos, pode conduzir a uma evolução cognitiva devido à influência dos indicadores psicofisiológicos e vice-versa.

Deste processo dinâmico, resulta uma maior ou menor tendência para que o atleta sofra uma lesão em determinado momento, por isso importa conhecer melhor os fatores de stress e as capacidades de os enfrentar.

Num estudo realizado por Zafra et al. (2007) com 199 atletas de futebol da divisão espanhola, teve como objetivo conhecer a importância que os atletas de futebol dão aos fatores psicológicos, tendo em conta a vulnerabilidade de se lesionarem, verificou que os fatores psicológicos considerados pelos atletas foram: situações pessoais, situações desportivas, estilos de vida, ansiedade, motivação, concentração, autoconfiança, negativismo e crenças rígidas. Para além disso, neste estudo, as variáveis mais consideradas com maior peso para originar uma lesão foram, estilo de vida (média de 4,39%), a concentração (média de 3,86%), autoconfiança (média de 3,70%), verificando que existem diferenças significativas na importância que concedem à componente concentração como fator psicológico para as lesões.

Zafra et al. (2006) vem novamente salientar esta conclusão, pois verificou a presença de diferenças significativas, em relação à importância da variável concentração em competição para a predisposição de se lesionarem ($p < 0,037$).

O grupo de atletas que não sofreram lesões, pontua valores mais altos de concentração (15,9) durante a competição, indicando que estes controlam melhor a sua atenção, comparando com os atletas que já sofreram lesões, ou seja, os que nunca sofreram uma lesão concentram-se melhor na competição. Contudo, no que diz respeito à concentração encontramos resultados contraditórios sobre a sua relação com lesões desportivas, não havendo relações significativas, como por exemplo nos estudos de (Olmedilla, Ortega e Abenza 2005, *cit.* por Zafra et al. 2007).

Jackson et al. (1978), Lamb, (1986 *cit.* por Zafra et al. 2005), mencionam que os atletas com maiores níveis de autoconfiança e autoestima, tem menor probabilidade de se lesionarem, contudo, outros investigadores dizem que esta relação é inversa (Zafra, 2003, Petrie 1993, Young & Cohen 1981, Witting & Schurr 1994, *cit.* por Zafra et al. 2005).

Em relação aos trabalhos sobre a autoconfiança e lesões também existem alguns resultados contraditórios. Alguns estudos indicam que uma relação positiva entre a autoconfiança e as lesões é decisiva, e baixos níveis de autoconfiança relacionam-se com uma maior frequência de lesões, (Jackson et al. 1978, Valiant, 1998, *cit.* por Zafra et al. 2007) em alguns casos lesões graves ou muito graves.

Como aconteceu no estudo de Zafra et al. (2006) a 278 atletas, ao analisar a relação entre a autoconfiança e as lesões desportivas, verificou-se apenas uma tendência significativa com as lesões, ($p=0,079$), onde os atletas que estavam lesionados no momento da sua investigação, pontuavam elevados níveis de autoconfiança. Esses tendem a lesionar-se com maior frequência, comparando com aqueles que estavam lesionados, mas que tinham baixos níveis de confiança.

Também se observa uma tendência significativa entre a autoconfiança e o número total de lesões ($p=0,081$), onde os atletas com maiores níveis de autoconfiança tendem a sofrer maior número de lesões, pois pode influenciar a conduta desportiva do atleta, arriscando mais, levando a uma maior probabilidade em se lesionar.

Outros estudos manifestam o contrário, em que altos níveis de autoconfiança relacionam-se com um maior risco de se lesionarem, (Petrie, 1993; Wittig & Schurr, 1994 *cit. por Zafra et al. 2007*).

Zafra et al. (2005) ao estudar as variáveis psicológicas, as categorias desportivas e as lesões no futebol, num estudo correlacional, numa amostra de 92 atletas entre os 10 e os 15 anos de idade, indicou que o aumento da categoria competitiva aumenta a ansiedade e aumenta o número de lesões, a percepção de êxito e autoconfiança do atleta diminui a sua motivação não havendo diferenças significativas, entre as variáveis psicológicas e as lesões desportivas.

No entanto, existe uma tendência significante entre a percepção de êxito e as lesões ($p=0,065$), onde o grupo de atletas com pelo menos uma lesão mostra mais percepção de êxito (média=8,30) que o grupo dos não lesionados (média=6,90).

A percepção de êxito correlaciona-se positivamente com o número de lesões, sendo a magnitude desta correlação moderada.

Anizu et al. (2003) no seu estudo defende que uma das formas de prevenção das lesões desportivas, é conhecer os fatores psicológicos que podem antever a ocorrência de lesões desportivas. Foi verificado, se existiria ou não uma relação entre a resistência mental e as lesões desportivas. A sua amostra era construída por 250 atletas da liga profissional de futebol da Malásia. A resistência mental foi avaliada através de fatores psicológicos, como traços de personalidade, a ansiedade estado e traço, stress, autoestima e determinação mental. Nesta avaliação, concluiu-se que existe uma diferença estatisticamente significativa ($p<0,05$) entre a resistência mental e as lesões, logo verificou-se que a maioria dos atletas lesionados tem uma baixa resistência mental.

Na revisão de literatura de Podlog e Eklund (2007), referem a presença de dois tipos de medo: o medo de se ressentir novamente da lesão e o medo de uma nova lesão. Medos e preocupações podem ser manifestados, no regresso à prática desportiva após uma paragem por lesão.

Os resultados deste estudo indicam que a revelação deste tipo de medos racionais ou irracionais, podem prejudicar outro tipo de capacidades psicológicas e levar a uma incapacidade de se concentrar podendo originar uma nova lesão ou prejuízo da mesma.

O medo de novas lesões pode-se manifestar de diversas formas: ser hesitante no seu regresso, não se esforçando a cem por cento, ou ser cauteloso com um contexto semelhante que lhe causou a lesão (Johnston & Carroll, 1998 *cit.* por Podlog & Eklund 2007).

O medo de novas lesões pode levar a distrações crescentes, à inibição da importância do desempenho e à incorreta definição de metas realistas. As investigações têm revelado, sobretudo que o stress associado ao medo de uma nova lesão, pode ser uma fonte de preocupação, antes e depois de um regresso à competição.

Assim, é de extrema importância o conhecimento desta competência, não como forma de prevenção da lesão, mas porque é essencial, para o retorno à prática desportiva a cem por cento.

No estudo elaborado por Ford et al. (2000 *cit.* por Veloso & Pires 2007), que aponta os fatores psicológicos predisponentes de uma lesão e as implicações psicológicas que estes trazem para o atleta, revelou que os atletas com baixa autoestima, pessimistas, com baixa energia ou níveis elevados de ansiedade, sofrem mais lesões desportivas ou demoram mais tempo na recuperação de lesões (Simith et al. 2000, *cit.* por Veloso & Pires 2007).

Este autor, bem como Carvalho (2009), mencionam algumas competências psicológicas, como fundamentais e importantes para o período pós-lesão, não encontrando qualquer referência do estabelecimento de objetivos e visualização mental, como componentes que podem influenciar a predisposição à lesão desportiva.

No entanto, o estabelecimento de objetivos e a visualização mental, são estratégias que podem ser utilizadas pelo atleta durante a recuperação. A formulação de objetivos é útil durante o processo de reabilitação, pois facilita o desempenho dos atletas lesionados, tal como os atletas não lesionados. A ajuda na promoção da autoeficácia contribui para a redução do tempo de recuperação do atleta.

Esses objetivos podem ser: estabelecimento de uma meta para retomar ao treino, o número de sessões por semana, a quantidade de exercícios por sessão. O estabelecimento de objetivos relaciona-se com a expectativa de sucesso, motivação, controle e adesão a tarefas. Formular objetivos para cada sessão, aumentará a concentração e empenho dos atletas lesionados nos exercícios de reabilitação, segundo Carvalho (2009), Veloso e Pires (2007).

Para os mesmos autores a visualização mental é uma estratégia bastante útil, durante o processo de reabilitação, dividida em quatro grupos: imagem da recuperação, imagem da cicatrização, imagem do tratamento e imagem do desempenho, Botterill et al. (1996 *cit.* por Carvalho 2009, Veloso & Pires 2007). A visualização mental pode auxiliar o atleta lesionado a manter situações decorrentes do treino ou competição, ajudando a manter a sua autoconfiança, Botterill et al. (1996 *cit.* por Carvalho 2009, Veloso & Pires 2007).

No estudo de Nunes (2010), apresenta no seu artigo informações importantes sobre os processos psicológicos associados à ocorrência de lesões em atletas, os tipos de suporte social encontrados pelos atletas lesionados, bem como, os métodos de intervenção psicológica aplicáveis sobre estes atletas, para reduzir seus sofrimentos psicológicos e o tempo necessário de retorno às atividades desportivas.

Como refere o mesmo autor, as habilidades do atleta para evitar as lesões e enfrentá-las adequadamente, são fundamentais para sua longevidade na carreira desportiva, e para o desenvolvimento do seu potencial. Recentemente, estes autores em conjunto com Carvalho (2009), Veloso e Pires (2007) também falaram da importância das competências psicológicas durante o tempo de recuperação, em que os atletas lesionados que estabeleciam metas de tratamento de curto prazo, apresentavam mais autodiálogos positivos, praticavam mais visualizações de cura e obtiveram recuperações mais rápidas, comparando com os outros atletas que apresentaram menos frequentemente estas estratégias (Ivleva & Orlick, 1991, *cit.* por Nunes et al. 2010).

A definição de metas diárias aumenta a concentração e empenho dos atletas nos exercícios de reabilitação (Carvalho 2009).

Nunes et al. (2010), Carvalho (2009), Veloso e Pires (2007), falam da visualização mental como estratégia bastante útil durante o processo de recuperação, que pode ser dividida em quatro grupos: imagem da recuperação; imagem da cicatrização, imagem do tratamento, e imagem do desempenho no qual esta técnica ajuda a motivar os atletas e a manter a sua autoconfiança para o processo de reabilitação.

As técnicas de relaxamento são primariamente utilizadas para inibir as tensões musculares, diminuição de respostas emocionais inadequadas, provocando vários efeitos positivos que ajudam a recuperação de uma lesão, Nunes et al. (2010), Carvalho (2009), Veloso e Pires (2007).

O estudo exploratório de Johnson, Ekengren e Andersen (2005) através de um programa de intervenção psicológica baseado na prevenção, teve como instrumento vários questionários, (SAS – Escala de Ansiedade no Desporto, variáveis psicológicas ligadas à história de vida stressantes - Escala Infantil para Atletas, que vai ao encontro do modelo de stress e lesões de Williams e Andersen (1998), Inventário de Habilidades Atlético (ACSI)). Foram aplicados a 132 atletas de futebol, pertencentes a um grupo controlo (lesionados) e um grupo experimental (não lesionados), antes e depois da intervenção. Esta intervenção consistia no treino de relaxamento e concluíram que os atletas de futebol em risco de lesão de acordo com Williams e o Modelo de Andersen (1998), que receberam a intervenção, tiveram drasticamente taxas de lesões mais baixas.

Capítulo III – Metodologia

1– Metodologia

1.1 - Tipo de estudo

Na nossa investigação optámos por um estudo quantitativo, pois segundo Fortin (2003), as pesquisas quantitativas fazem parte de um processo dedutivo pelo qual os dados numéricos fornecem conhecimentos objetivos. O seu objetivo é delinear o problema de investigação e suprimir os efeitos das variáveis estranhas. Os instrumentos metodológicos e a análise descritiva visam tornar os dados válidos, assegurando a representação da realidade, de modo a que estes dados sejam generalizados a outras populações e permitem testar as hipóteses. Os resultados são mais concretos e, conseqüentemente, menos passíveis de erros de interpretação.

Palmi (2001) teve em conta três fatores que considera serem de risco para as lesões desportivas: fatores médico-fisiológicos, psicológicos e desportivos. Segundo Samulski (2002), Veloso e Pires (2007) fatores físicos como *overtraining*, fadiga muscular, problemas musculares ou articulares são considerados causas primárias das lesões desportivas. No entanto, fatores psicológicos e sociais também podem contribuir para a ocorrência de lesões. Assim, para aprofundar esta causa, no nosso estudo apenas optamos por uma análise pormenorizada dos fatores psicológicos, de forma a termos um padrão idêntico de participantes, distribuindo os restantes fatores de risco aleatoriamente, focando-nos totalmente nos fatores psicológicos.

1.2 - População e Participantes

A população a considerar para efeito do estudo será constituída por jogadores de futebol, atletas da Academia da União de Leiria. A recolha de informação foi feita a todas as equipas desde o escalão de infantis (sub-13), até aos juvenis do clube da União Desportiva de Leiria. Contabilizando um total de 132 atletas para o nosso estudo.

Idade

Numa amostra de 132 atletas, com média de 13,81 anos de idade. Os atletas mais novos têm 12 anos de idade e os atletas mais velhos 17 anos, com um desvio padrão de 1,38.

Análise Descritiva

	N	Mín.	Max.	Média	D.P.
Idade	132	12,00	17,00	13,81	1,38

Tabela 1 - Análise descritiva da idade dos participantes

Na nossa amostra temos um total de 32 atletas com 12 anos de idade, 20 atletas com 13 anos de idade, 42 atletas com 14 anos, 19 atletas com 15 anos de idade, 17 atletas com 16 anos de idade e apenas 2 atletas com 17 anos.

Posição

Num total de 132 atletas, temos 14 guarda-redes, 20 defesas laterais, 25 defesas centrais, 41 médios e 32 avançados.

Descrevendo a análise da idade em função da posição que os atletas da nossa amostra ocupam em campo, podemos verificar que, nos guarda-redes, defesas laterais e médios, o atleta mais novo tem 12 anos e o mais velho 16 anos.

Análise Descritiva

Posição	N	Mín.	Max.	Média	D.P.
Guarda-Redes	14	12,00	16,00	13,50	1,34
Defesa Laterais	20	12,00	16,00	13,85	1,53
Defesas Centrais	25	12,00	17,00	13,76	1,54
Médios	41	12,00	16,00	14,02	1,25
Avançados	32	12,00	17,00	13,69	1,35

Tabela 2 - Análise descritiva da posição em função da idade

Escalão de Futebol

Análise Descritiva					
Escalão	N	Mín.	Max.	Média	D.P.
Infantis	34	12,00	13,00	12,05	0,23
Iniciados	66	13,00	15,00	13,83	0,60
Juvenis	32	14,00	17,00	15,63	0,66

Tabela 3 - Análise descritiva da idade em função do escalão

Os dados foram recolhidos em 3 escalões diferentes: infantis, iniciados e juvenis. Os infantis têm uma média de idades de 12,05 anos, com idades a variar entre os 12 e 13 anos. Os iniciados têm uma média de idades de 13,83 anos, e as idades variam entre os 13 e os 15 anos de idade. O escalão juvenil apresenta em média de idades superior, de 15,63 anos de idade, variando entre os 14 anos de mínimo e 17 anos de máximo.

Especificando o número de atletas por escalão e posição, no escalão mais novo (infantis), temos 4 guarda-redes, 6 defesas laterais, 8 defesas centrais, 8 médios, e 8 avançados.

Análise Descritiva						
Escalão/ Posição	Guarda – Redes	Defesas Laterais	Defesas Centrais	Médios	Avançados	Total
Infantis	4	6	8	8	8	34
Iniciados	7	7	12	22	18	66
Juvenis	3	7	5	11	6	32
Total	14	20	25	41	32	132

Tabela 4 - Análise descritiva do número de atletas para cada posição em função do escalão

Nos iniciados temos 7 guarda-redes, 7 defesas laterais, 12 defesas centrais, 22 médios e 18 avançados. O escalão de juvenis é constituído por 3 guarda-redes, 7 defesas laterais, 5 defesas centrais, 11 médios e 6 avançados.

Zona Lesionada

No total da nossa amostra verificamos uma percentagem mais frequente de lesões nos pés com 24,2% e nas pernas com 13,6%. Nos joelhos com 12,1% de lesões, nas virilhas com 10,6%, 5,3% nos tornozelos, 4,5% nas coxas, 3,8% nos braços, 3,0% nas costas e apenas 1,5% de lesões nas mãos.

Tendo em conta a zona do corpo que sofreu a lesão verificámos que, a nossa amostra apresentou mais lesões nos pés (32) e na zona das pernas (18), sendo o escalão dos sub 13, com 12 lesões na zona dos pés, o escalão que mais lesões na zona dos pés apresentou. Na perna, os iniciados apresentam um maior número de lesões nesta zona.

Em 14 guarda-redes temos 14,3% de lesões nos pés, virilhas e mãos e 7,1% de lesões nos braços, joelhos e coxas.

Nos defesas laterais temos 25% de lesões no pés e nas pernas, 10% de lesões nas virilhas e costas e 15% das lesões nos joelhos e braços.

Os defesas centrais apresentam 32% de lesões nos pés, 16% nos joelhos, 12% nos tornozelos e coxas, 8% na zona das pernas e 4% nos braços.

Os médios apresentam 29,3% de lesões nos pés, 19,5% de lesões nas pernas, 14,6% nas virilhas, 7,3% nos joelhos e 4,9% nos tornozelos.

Nos avançados temos 15,6% de lesões nos pés e joelhos, 9,4 lesões nas pernas e virilhas e 6,3% nas coxas, costas e nos tornozelos.

1.3 – Variáveis

Uma investigação desenvolvida na área das lesões desportivas tem obrigatoriamente que ter em conta um conjunto de questões que influenciam a sua ocorrência. Para além das questões psicológicas, alguns autores como Palmi (2001), Samulski (2002), Veloso e Pires (2007), referem questões relacionadas com aspetos médico-fisiológicos (por exemplo a fadiga muscular, problemas musculares ou articulares) e aspetos desportivos (por exemplo o tempo de exposição á prática e a titularidade em jogo), no entanto estas questões foram consideradas por nós, apenas como variáveis de contaminação, uma vez que procurávamos apenas verificar se existiria uma relação entre as competências psicológicas do indivíduo e a ocorrência de lesões.

Para tal apenas nos interessava conjugar estes fatores, tomando todos os outros como aleatórios.

Assim, a investigação assume as seguintes variáveis:

Variáveis Dependentes:

- Dimensões das competências psicológicas do OMSAT 3: competências fundamentais, psicossomáticas e cognitivas.

Variáveis Independentes:

- Número de vezes que se lesionaram (número de lesões);
- Tempo de recuperação da última lesão;

1.4 – Instrumento

1.4.1 – Procedimentos da Tradução e Validação

O instrumento utilizado no nosso estudo trata-se do questionário OMSAT 3 - *Ottawa Mental Skills Assessment Tool*, traduzido e adaptado para português para Escala de Avaliação de Competências Psicológicas (OMSAT 3 – EACP), por Carlos Silva, Filipa Dias e Patrício Timóteo – ESDRM (2008), tendo Silva et al. (2008) apresentado uma versão preliminar da validação, com uma análise fatorial exploratória.

Para a tradução e validação do questionário, foi seguido um processo de nove etapas:

1ª Etapa

Pedido de autorização ao Autor;

2ª Etapa

Tradução Original

- 3 Tradutores Inglês/Português
- Professora X (Licenciada em Inglês/Português e Tradutora)
- Professor Y (Licenciado em Inglês/Português e Tradutor)
- Professora Z (Licenciada em Inglês)

Versão Preliminar 1.0

3ª Etapa

1º Júri

- 1 Psicólogo A - (Licenciada em Psicologia)
- 1 Psicólogo do Desporto B - (Licenciado em PDE e EF, e Mestre em Ciências do Desporto)
- 1 Técnico Desportivo C - (Licenciado em EF e Mestre em Psicologia do Desporto)
- 1 Professor de Inglês/Português D - (Licenciado em Inglês/Português e Tradutor)

Versão Preliminar 2.0

4ª Etapa

2º Júri

- 1 Psicólogo E - (Licenciada e Mestre em Psicologia)
- 1 Psicólogo Desporto F - (Licenciado em Psicologia e EF e Doutoramento em Psicologia do Desporto)
- 1 Técnico Desportivo G - (Licenciado em EF e Mestre em Psicologia do Desporto)
- 1 Professor Inglês/Português H - (Licenciado em Inglês/Português e Tradutor)

Versão Preliminar 3.0 (Unanimidade)

5ª Etapa

Estudo Piloto

- 30 Atletas – Análise das dúvidas e dificuldades,
- Reunião com o júri da fase anterior

Versão Preliminar 4.0

6ª Etapa

Sugestões Finais Português

- 1 Professor Português

7ª Etapa

Validação da Tradução

- 448 Atletas (10 atletas por item - Hill, 2000)

8ª Etapa

Estudo da Fiabilidade das Respostas

- 30 Atletas da Amostra da Etapa Anterior; (Hill, 2000)

9ª Etapa

- Análise Fatorial Exploratória
- Análise Fatorial Confirmatória

O questionário inclui 48 itens, composto por 12 dimensões de competências psicológicas agrupadas em 3 componentes mais abrangentes, consideradas como a ferramenta essencial para um estado de performance mental de sucesso no desporto: **competências fundamentais** (estabelecimento de objetivos, autoconfiança e compromisso), **competências psicossomáticas** (reação ao stress, controlo do medo, relaxamento e ativação) e **competências cognitivas** (foco atencional, refocalização da atenção, visualização mental, treino psicológico e plano competitivo).

As 12 categorias estão divididas em dois grupos: as categorias formuladas de forma positiva, à qual pertencem o estabelecimento de objetivos, autoconfiança, compromisso, relaxamento, ativação, visualização mental, treino psicológico, planeamento competitivo e as categorias formuladas de forma negativa onde se incluem a reação ao stress, controlo do medo, foco atencional e a refocalização da atenção.

As opções de resposta a estas questões são dadas numa escala tipo “Likert” e variam entre 1 – Discordo totalmente e 7 – Concordo totalmente.

Inicialmente, o questionário apresenta uma série de questões gerais, formuladas com o objetivo de recolher o máximo de informação sobre a nossa amostra. Numa primeira parte essas questões estão relacionadas com a caracterização da amostra (idade, tempo de prática de futebol, frequência dos treinos, posição em que joga, escalão a que pertence). A segunda parte do questionário é constituída por um conjunto de questões relacionadas com as lesões desportivas, tendo em conta a bibliografia consultada (Zafra (2007), Johnson et al. (2005), ESD (2010)).

Perguntas como: “em que momento ocorreu a lesão” (aquecimento, exercícios de treino, competição), “utilizas algum material de proteção” (ligadura, pé elástico), “em que parte do corpo te lesionaste”, foram baseadas num questionário realizado pela Escola Superior de Dança do Instituto Politécnico de Lisboa, no âmbito da ocorrência de lesões em bailarinos, ESD (2010).

Zafra (2007) acrescentou, também, ao seu instrumento de recolha um questionário de autoinformação direcionado para as lesões, através do qual recolheu informação sobre o número de vezes que se lesionaram, a gravidade e o tipo de lesão.

Johnson et al. (2005) também acrescentou no seu instrumento de estudo, mas como variável dependente "o número de lesões ocorridas." Também mencionou que noutros estudos têm sido utilizado o número de dias de paragem, sem treinar como resultado de uma lesão, como também acontece no nosso estudo.

1.5 - Métodos e Procedimentos

1.5.1 – Recolha dos dados

A aplicação dos testes decorreu no fim da época desportiva entre os meses de Maio e Junho, de forma a proporcionar as mesmas condições para todos os atletas. A aplicação dos questionários aconteceu durante a semana, meia hora antes do treino.

Foi decidido e combinado em conjunto com o treinador e com o diretor, qual o melhor dia para aplicação dos questionários de forma a não prejudicar o trabalho da equipa. O preenchimento dos questionários decorreu nos balneários da Academia do União de Leiria

A cada um dos atletas foi entregue um questionário e uma caneta, sendo explicado qual a sua finalidade e objetivo do estudo, onde também foi mencionado a garantia de confidencialidade dos resultados.

Para que não houvesse qualquer dúvida relativamente aos conceitos que estão presentes no estudo foi explicado aos atletas o que era considerado lesão – paragem forçada pelo menos uma semana, que impossibilitou o jogador de participar numa grande parte do treino ou jogo de futebol.

Deve ser considerada como uma lesão baseada no “tempo de retorno à atividade desportiva” segundo Fuller et al. (2006) quer no treino ou em desporto escolar.

Como muitos dos nossos atletas ainda praticavam desporto escolar, contabilizámos também as lesões que foram causadas durante o desporto escolar e que os impediram de ir aos treinos.

Tendo em conta a forma de apresentação das categorias do questionário (negativas e positivas), procedemos à inversão das categorias negativas, de forma a ficarem todas positivas e serem todas interpretadas da mesma forma.

1.6 - Procedimentos estatísticos

Com a escala de competências preenchida e os dados introduzidos, procedemos à sua organização e respetiva análise descritiva e tratamento estatístico, que foi efetuado pelo *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) – versão 17.0 para o Windows*.

Numa primeira fase do tratamento estatístico, foi feita uma análise descritiva tendo em conta as variáveis em estudo, no qual se determinou a média, o desvio-padrão, o mínimo e o máximo para todas as variáveis observadas.

Inicialmente dividimos a nossa amostra em 3 grupos, baseado no número de vezes que se lesionaram (número de lesões).

Análise Descritiva					
	N	Mín.	Máx.	Média	D.P
Número de lesões	132	0,00	10,00	2,10	2,30

Tabela 5 - Análise descritiva do número de lesões no total de participantes

Esta divisão foi realizada tendo em conta os valores da média e desvio padrão, e os valores apresentados nos percentis 25, 50 e 75, como mostra a tabela abaixo.

		Percentis						
Percentis		5	10	25	50	75	90	95
Número de Lesões	Média Ponderada	0,00	0,00	1,00	1,00	3,00	5,00	7,05

Tabela 6 - Valor dos percentis tendo em conta o número de lesões

Assim, temos o grupo dos atletas que nunca se lesionaram, abaixo dos 25%. Os atletas que se lesionaram 1 ou 2 vezes, que se encontram entre os 25% e 75%. E os que se lesionaram 3 ou mais vezes, que na curva de distribuição normal estão para cima dos 75%.

O nível de significância de todos os testes foi de 5%. Este valor traduz a probabilidade de se rejeitar a hipótese nula, se verdadeira, ou seja se o valor de *p* for menor ou igual a 5%, isto quer dizer que a probabilidade de se cometer um erro tipo I é igual a esse valor, caso a hipótese nula seja rejeitada, de acordo com os autores Dancey e Reidy (2006).

Antes de procedermos à análise das nossas hipóteses, averiguarmos as condições de normalidade aplicando o teste *Shapiro-Wilk*, para os grupos que tem um $n > 30$, e o teste *Kolmogorov-Smirnov*, para os grupos com um $n < 30$, para posteriormente, aplicarmos os testes paramétricos e não paramétricos correspondentes.

Utilizaremos a *Anova (Analysis of Variance)*, teste paramétrico equivalente ao teste *t*, para três ou mais grupos, e o teste não paramétrico *Mann Whitney*, para as competências que não obedecem aos pressupostos de normalidade, de forma a estudarmos as diferenças significativas das variáveis em estudo, Dancey e Reidy (2006).

Para além das diferenças significativas entre as variáveis estudaremos também, a correlação entre elas. Tendo em conta o que menciona Dancey e Reidy (2006), pretendemos descobrir se existe um relacionamento entre as variáveis, a direção do relacionamento, se positivo, negativo ou nulo. Usaremos *r* de *Pearson* quando os dados satisfazem a normalidade e o *p* de *Spearman*, quando os dados não satisfazem as condições exigidas para se aplicarem os testes paramétricos como confirmam Dancey e Reidy (2006).

Através destes testes estatísticos determinaremos uma probabilidade, denominada valor de p , à qual nos informa da maior ou menor possibilidade de obtermos um resultado.

Para analisarmos o tempo de recuperação de uma lesão dividimos os vários tempos de recuperação recolhidos em três grupos, tendo em conta a revisão de literatura de Lysens et al. (1991, *cit.* por Pargman 2007), as lesões consideradas menores tiveram menos de uma semana como tempo de recuperação, as lesões moderadas demoraram entre uma semana e um mês para a sua recuperação. As lesões mais severas demoraram mais de um mês para a sua total recuperação, sendo também esta a classificação que iremos usar para o nosso estudo. A nossa divisão foi baseada apenas, tendo em conta o tempo que demoraram a recuperar da última lesão e não na gravidade e incapacidade que a lesão pode provocar, como classifica Buceta (1996).

Capítulo IV - Apresentação e discussão dos resultados

1 – Apresentação e discussão dos resultados

1.1 - Análise descritiva

1.1.1 - Análise das competências psicológicas no total dos participantes

Análise Descritiva					
Competências Psicológicas	N	Min.	Max.	Média	D.P
Est. Objetivos	132	3,25	7,00	5,75	0,91
Confiança	132	2,50	7,00	5,89	0,88
Compromisso	132	1,00	7,00	5,83	1,13
Relaxamento	132	2,25	7,00	4,93	1,14
Ativação	132	2,25	7,00	5,01	1,07
Vis. Mental	132	1,00	7,00	4,58	1,28
Treino Psicológico	132	1,25	7,00	4,84	1,34
Plan. Competitivo	132	1,00	7,00	4,51	1,43
Controlo Medo	132	1,00	7,00	4,89	1,36
Foco Atencional	132	1,25	7,00	5,04	1,35
Reações Stress	132	1,00	7,00	4,71	1,36
Refocalização Atenção	132	1,25	7,00	3,92	1,37

Tabela 7 - Análise descritiva das competências psicológicas no total dos participantes

A competência que apresenta o valor médio mais baixo diz respeito à refocalização da atenção com uma média de 3,92 e 1,37 de desvio padrão.

O estabelecimento de objetivos com uma média de (5,75±0,91), confiança com (5,89±0,88) e compromisso com (5,83±1,13), são as categorias que apresentam valores de média mais elevados, sendo caracterizadas pelos autores do questionário como competências fundamentais.

O valor máximo de resposta (7,00), aparece em todas as competências psicológicas, enquanto as competências que apresentam valor mínimo de resposta (1,00), são as competências compromisso, visualização mental, planejamento competitivo, controle do medo e reações ao stress.

1.1.2 - Análise das competências psicológicas e o número de lesões

Tendo em conta a análise do número de vezes que os atletas se lesionaram, subdividimos a nossa amostra em três grupos, baseado nos valores da média e do desvio padrão (explicado anteriormente nos procedimentos estatísticos).

Assim, temos os atletas que nunca se lesionaram, os atletas que se lesionaram uma ou duas vezes, e os atletas que se lesionaram três ou mais vezes.

Análise Descritiva		
Número de Lesões		N
0	Nunca se lesionaram	31
1 ou 2	Lesionaram-se uma ou duas vezes	62
3 ou mais	Lesionaram-se três vezes ou mais	39

Tabela 8 - Análise descritiva do número de atletas em função do número de lesões

Do total de 132 atletas temos, 31 atletas que nunca se lesionaram, 62 atletas que se lesionaram pelo menos uma ou duas vezes, subdividindo os 62 atletas temos: 37 atletas lesionaram-se uma vez e 25 atletas lesionaram-se duas vezes. Os restantes 39 atletas lesionaram-se mais de três vezes.

Como refere Maddison e Prapavessis (2005, *cit.* por Nunes et al. 2010) a incidência repetitiva de lesões parece ser um fator indicativo da necessidade de intervenção psicológica sobre o atleta.

Número de lesões por escalão

Análise Descritiva			
Escalão de Futebol	Número de Lesões	Frequência	Porcentagem
Infantis	Nunca se lesionaram	10	29,4
	Lesionaram-se uma ou duas vezes	18	52,9
	Lesionaram-se 3 vezes ou mais	6	17,6
	Total	34	100,0
Iniciados	Nunca se lesionaram	18	27,3
	Lesionaram-se uma ou duas vezes	30	45,5
	Lesionaram-se 3 vezes ou mais	18	27,3
	Total	66	100,0
Juvenis	Nunca se lesionaram	3	9,4
	Lesionaram-se uma ou duas vezes	14	43,8
	Lesionaram-se 3 vezes ou mais	15	46,9
	Total	32	100,0

Tabela 9 - Análise do número de vezes que se lesionaram tendo em conta o escalão

Podemos constatar que a maior percentagem de atletas que nunca se lesionaram (29,4%), encontram-se no escalão de infantis (sub 13), seguido dos iniciados (27,3%), sendo os juvenis os que têm menos atletas que nunca se lesionaram (9,4%).

Os infantis são o escalão que tem uma maior percentagem de atletas que se lesionaram pelo menos uma ou duas vezes (52,9%). São também os que se lesionaram uma ou duas vezes, o grupo que tem a percentagem maior (45,5%) no escalão de iniciados.

Dos 32 atletas juvenis apenas 3 nunca se lesionaram, e são também os juvenis que apresentam uma maior percentagem (46,9%) de atletas que sofreram três ou mais lesões.

Assim, conclui-se que o aumento de competitividade e de escalão aumenta a ocorrência de lesões. Há medida que avançamos de escalão para escalão, existe uma maior probabilidade de se lesionarem, indo ao encontro do que refere (Zafra, 2008).

No estudo de Zafra et al. (2005) realizado com uma amostra de 92 atletas de futebol – 15 do escalão escolinhas, 40 dos infantis e 37 dos iniciados verificou que, existem diferenças significativas entre o número de lesões e os diferentes escalões desportivos. Existem diferenças significantes entre os iniciados e os infantis e entre os iniciados e o escalão escolinhas, mas não se verificou diferenças significativas entre o escalão escolinhas e os infantis.

Os resultados do seu trabalho indicam que os jovens atletas de futebol tem maior probabilidade de se lesionar quando mostram níveis elevados de vitória e de querer ganhar. Na nossa amostra esta situação verifica-se no escalão de juvenis, são os que mostram níveis mais elevados de vitória e que apresentam uma maior percentagem de atletas que se lesionaram mais de três vezes.

Dessa forma, analisaremos de seguida as competências psicológicas, tendo em conta a incidência de lesões na nossa amostra.

Análise Descritiva						
Competências Psicológicas	Média			D.P		
	Número de Lesões			Número de Lesões		
	0 Lesões	1 ou 2 Lesões	3 ou mais Lesões	0 Lesões	1 ou 2 Lesões	3 ou mais Lesões
Est. Objetivos	5,47	5,79	5,93	1,10	0,83	0,84
Confiança	5,71	5,91	6,00	1,13	0,80	0,76
Compromisso	5,76	5,90	5,78	1,09	0,97	1,39
Relaxamento	4,96	5,11	4,62	1,17	1,12	1,10
Ativação	4,79	5,27	4,77	1,30	1,01	0,89
Vis. Mental	4,58	4,73	4,34	1,26	1,23	1,36
Treino Psicológico	4,81	4,92	4,74	1,47	1,33	1,26
Plan. Competitivo	4,27	4,57	4,60	1,50	1,36	1,50
Controlo Medo	5,12	4,71	4,99	1,38	1,36	1,32
Foco Atencional	5,26	4,85	5,15	1,28	1,41	1,30
Reações Stress	4,85	4,55	4,85	1,26	1,33	1,48
Refocalização Atenção	3,98	3,83	4,01	1,30	1,45	1,31

Tabela 10 - Análise descritiva das competências psicológicas tendo em conta o número de lesões¹

Para os atletas que nunca se lesionaram as competências confiança (5,71±1,13) e compromisso (5,76±1,09), são as que apresentam uma média mais elevada. A média mais baixa corresponde à competência refocalização da atenção (3,98±1,30).

No grupo dos atletas que se lesionaram pelo menos uma ou duas vezes existem poucas diferenças, comparando com o grupo de atletas que nunca se lesionaram. As categorias com as médias mais altas e mais baixas são as mesmas para os atletas que se lesionaram uma ou duas vezes.

Analisando agora os atletas que se lesionaram três vezes ou mais, as médias mais altas estão presentes nas competências confiança (6,00±0,76) e estabelecimento de objetivos (5,93±0,84), e a média mais baixa apresenta-se na competência refocalização da atenção (4,01±1,31).

¹ Vem Anexo 1 – Tabela Completa

Resumindo, nestes três grupos, as competências que apresentam uma média superior, dizem respeito ao estabelecimento de objetivos, confiança e compromisso.

As competências que apresentam valores médios mais baixos correspondem exclusivamente à competência refocalização da atenção.

1.1.3 - Análise das competências psicológicas e o tempo de recuperação

Para facilitar a análise descritiva, tendo em conta o tempo de recuperação da última lesão dividimos a nossa amostra em 3 grupos: os que demoraram até uma semana a recuperar de uma lesão, os que demoraram entre uma semana a um mês e os que demoraram mais de um mês, tendo em conta as indicações bibliográficas de Pargman (2007).

Análise Descritiva		
Tempo de Recuperação	N	Percentagem
Recuperação até uma semana	39	29,5%
Recuperação entre uma semana a um mês	46	34,8%
Recuperação mais de um mês	16	12,1%

Tabela 11 - Descrição e percentagem do número de atletas em função do tempo de recuperação

Segundo a nossa recolha, cerca de 46 atletas demoraram entre uma semana a um mês a recuperar de uma lesão, traduzindo-se na maior percentagem de 34,8%, ou seja, é o tempo de recuperação mais frequente na nossa amostra.

Seguidamente temos 39 atletas, que passado uma semana de recuperação de uma lesão, regressaram ao trabalho, correspondendo a 29,5%.

Por último, apenas 16 atletas, representando cerca de 12,1%, tiveram mais de um mês afastados da prática desportiva, para recuperar de uma lesão.

Analisando o tempo de recuperação em função do escalão, podemos constatar, como mostra a tabela abaixo.

Análise Descritiva					
Escalão	Tempo Recuperação	Mín.	Máx.	Média	D.P.
Infantis	Tempo recuperação	0,00	13,50	2,03	2,83
Iniciados	Tempo recuperação	0,00	36,00	3,37	6,90
Juvenis	Tempo recuperação	0,00	27,00	3,50	5,34

Tabela 12 - Análise descritiva do tempo de recuperação/semanas em função escalão

Tendo em conta o tempo de recuperação da última vez que os atletas se lesionaram, traduzida em semanas, verificamos que os atletas do escalão de infantis, em média encontram-se parados 2,03 semanas por causa de uma lesão, indo até ao máximo de 13 semanas e meia

O escalão de iniciados em média demoram 3,37 semanas a recuperar de uma lesão, onde o tempo de recuperação mais prolongado demorou cerca de 36 semanas.

Os juvenis em média demoram 3 semanas e meia a recuperar de uma lesão, sendo o limite de tempo máximo de 27 semanas, encontrando neste escalão o tempo de recuperação mais longo da nossa amostra.

Em todos os escalões verificámos que são os defesas centrais que necessitam de mais tempo de recuperação, independentemente do tipo de lesão.

Analisando as competências psicológicas em função do tempo de recuperação verificamos que:

Análise Descritiva						
Competências Psicológicas	Média			D.P.		
	Tempo de Recuperação			Tempo de Recuperação		
	Uma semana	Entre uma semana e um mês	Mais de um mês	Uma semana	Entre uma semana e um mês	Mais de um mês
Est. Objetivos	5,78	5,93	5,67	0,74	0,93	0,76
Confiança	5,96	6,04	5,78	0,76	0,82	0,69
Compromisso	6,07	5,76	5,94	0,80	1,23	0,93
Relaxamento	4,81	5,08	4,86	1,03	1,31	0,90
Ativação	5,14	5,04	5,05	0,82	1,12	1,07
Vis. Mental	4,67	4,61	4,44	1,07	1,49	1,27
Treino Psicológico	4,97	4,73	4,88	1,22	1,44	1,22
Plan. Competitivo	4,87	4,44	4,27	1,34	1,55	1,28
Controlo Medo	4,63	5,12	4,30	1,35	1,35	1,39
Foco Atencional	4,87	5,29	4,34	1,39	1,20	1,61
Reações Stress	4,41	4,98	4,22	1,38	1,35	1,40
Refocalização Atenção	3,47	4,28	3,69	1,35	1,34	1,57

Tabela 13 - Análise descritiva das competências psicológicas em função do tempo de recuperação²

Analisando em conjunto os três grupos, as médias mais altas encontram-se nas competências confiança e compromisso, e as médias mais baixas na categoria refocalização da atenção.

No grupo de atletas que apenas demoram uma semana a recuperar de uma lesão a média mais alta está na competência compromisso ($6,07 \pm 0,80$) e a mais baixa na competência refocalização da atenção ($3,47 \pm 1,35$).

Dos 46 atletas que demoram entre uma semana a um mês a recuperar de uma lesão, a média mais alta está na competência confiança ($6,04 \pm 0,82$) e a mais baixa na competência refocalização da atenção ($4,28 \pm 1,34$).

Para o grupo dos atletas que demoram mais de um mês a recuperar de uma lesão, as médias mais elevadas encontram-se nas competências compromisso ($5,94 \pm 0,93$) e confiança ($5,78 \pm 0,69$), quanto à média mais baixa está representada na competência refocalização da atenção ($3,69 \pm 1,57$).

² Ver Anexo 2 – Tabela Completa

2.1 - Análise inferencial

Vários fatores estão envolvidos na determinação de um teste estatístico apropriado a um estudo. Entre esses fatores temos o objetivo do estudo, tipo de dados, questões de investigação e as hipóteses de diferenças entre grupos ou entre duas variáveis, que abrange toda a análise inferencial, de acordo com conceitos estatísticos de Fortin (2003).

As habilidades dos atletas para evitar as lesões e saber enfrenta-las adequadamente, são fundamentais para sua longevidade no desporto, e para o desenvolvimento do potencial desportivo, assim vamos conhecer e aprofundar algumas capacidades que podem estar subjacentes à lesão desportiva e à sua recuperação.

Para verificarmos a existência de diferenças significativas entre as competências psicológicas dos atletas e as lesões desportivas, aplicamos a técnica paramétrica, *Anova (Analysis of Variance)*, e o teste de *Mann-Whitney*, técnica não paramétrica após terem sido verificados e confirmados os pressupostos de normalidade para a nossa amostra, como poderemos analisar detalhadamente.

2.1.1 – Análise inferencial das competências psicológicas e o número de lesões

Para verificar a associação entre as competências psicológicas e o número de vezes que se lesionaram, verificamos a normalidade nos três grupos – os que nunca se lesionaram, os que se lesionaram uma ou duas vezes e os que se lesionaram três vezes ou mais, tendo em conta o valor de significância 0,05.

Competências Psicológicas	Teste de Normalidade		
	<i>Shapiro-Wilk</i>	<i>Shapiro-Wilk</i>	<i>Shapiro- Wilk</i>
	Nº Lesões	Nº Lesões	Nº Lesões
	0 Lesões	1 ou 2 Lesões	3 ou mais Lesões
	Valor do teste	Valor do teste	Valor do teste
Est. Objetivos	0,95	0,95*	0,91*
Confiança	0,88*	0,94*	0,92*
Compromisso	0,88*	0,88*	0,83*
Relaxamento	0,97	0,96	0,97
Ativação	0,97	0,96*	0,99
Vis. Mental	0,96	0,98	0,98
Treino Psicológico	0,94	0,96	0,98
Plan. Competitivo	0,96	0,98	0,96
Controlo Medo	0,95	0,97	0,96
Foco Atencional	0,93	0,95*	0,93*
Reações Stress	0,96	0,97	0,95
Refocalização Atenção	0,96	0,98	0,97

Tabela 14 - Normalidade entre as competências psicológicas e o número de lesões

*Estatisticamente significativo não se verifica a normalidade

Aplicámos o teste de *Shapiro-Wilk*, para os grupos que apresentam um $N > 30$, e o teste *Kolmogorov-Smirnov* foi aplicado aos grupos com um $N < 30$, onde a distribuição é normal se o valor de sig. > 0,05.

As competências relaxamento, visualização mental, treino psicológico, planeamento competitivo, controlo do medo, reação ao stress e refocalização atenção, apresentam normalidade nos três grupos, assim nestas competências serão aplicados testes paramétricos, a *Anova (Analysis of Variance)*, de forma a comparar as diferenças entre as competências psicológicas e o número de lesões.

Para as restantes competências, que não obedecem aos pressupostos de normalidade aplicamos o teste de *Mann-Whitney*, de forma a testarmos as diferenças entre os grupos dos não lesionados, os que se lesionaram uma ou duas vezes e os que se lesionaram três vezes ou mais.

Anova			Mann-Whitney		
Competências Psicológicas	F	Sig.	Competências Psicológicas	Teste Estatístico	Sig.
Relaxamento	2,25	0,11	Est. de Objetivos	3,9	0,14
Vis. Mental	1,10	0,34	Confiança	0,45	0,79
Treino Psicológico	0,23	0,79	Compromisso	0,42	0,81
Plan. Competitivo	0,59	0,56	Ativação	6,49	0,03
Controlo Medo	1,10	0,34	Foco Atencional	2,06	0,35
Reações Stress	0,81	0,45			
Refocalização Atenção	0,23	0,79			

Tabela 15 - Diferenças entre as competências psicológicas e o número de lesões

Tabela 16 - Diferenças entre as competências psicológicas e o número de lesões

Verificamos que apenas existe uma diferença significativa entre a competência ativação e o número de vezes que os atletas se lesionaram, traduzida em $\text{sig}=0,03$; $p \leq 0,05$ para todas as outras competências não encontramos qualquer diferença significativa. Para esta competência, no grupo dos atletas que nunca se lesionaram encontramos uma média de $(4,79 \pm 1,30)$, nos que se lesionaram uma ou duas vezes uma média de $(5,27 \pm 1,01)$ e $(4,77 \pm 0,89)$ nos que se lesionaram três vezes ou mais. Os que se lesionaram uma ou duas vezes apresentam níveis de ativação superiores.

Esta é uma competência extremamente difícil de analisar e que não se pode analisar separadamente de outras competências pois depende de outros fatores que podem estar associados, como a motivação, stress, autoconfiança, que determinam o funcionamento físico e mental, como refere Tenorio e Delpino (2008).

Ford et al. (2000, *cit.* por Carvalho 2009) aponta como fatores psicológicos predisponentes de uma lesão, a baixa autoestima, o pessimismo, baixa energia (ativação) ou os níveis elevados de ansiedade, fazem com que os atletas sofram mais lesões desportivas. Mais um fundamento que vai ao encontro da demonstração do valor de significância para esta categoria, $\text{sig}=0,03$; $p \leq 0,05$, estando os valores mais baixos de ativação nos que se lesionaram três ou mais vezes $(4,77 \pm 0,89)$.

Como salienta Palmeira (1998) por várias vezes, existe uma maior taxa de lesões em atletas que têm um aumento significativo de fatores de stress, mais uma razão para a presença de diferenças significativas para a componente ativação, apenas por esta competência estar subjacente ao fator stress.

Mas analisando os valores da competência reação ao stress, na nossa recolha, o resultado também, não vai ao encontro do que refere Palmeira (1998) e Zafra et al. (2005), em que as lesões tendem a ocorrer 2 a 5 vezes mais, quando os atletas apresentam valores altos de stress, em relação aos que apresentam valores mais baixos. Ou seja, os atletas expostos a situações stressantes têm uma maior probabilidade de se lesionarem. Na nossa amostra, apesar das diferenças não serem significativas, os atletas que nunca se lesionaram, e os que se lesionaram três ou mais vezes, apresentam uma média mais alta na competência reação ao stress de $(4,85 \pm 1,26)$ e $(4,85 \pm 1,48)$ respetivamente, do que os que sofreram uma ou duas lesões, para essa mesma competência, $(4,55 \pm 1,33)$.

Os valores mais elevados de stress encontram-se nos atletas que se lesionaram mais vezes, mas estes valores são idênticos para os que nunca se lesionaram, logo não se traduz em diferenças significativas ($p=0,45$).

Hassan et al. (2010) refere que o relaxamento ajuda a controlar os níveis de ativação, para um melhor desempenho, mas neste caso a competência relaxamento $\text{sig}=0,11$; $p \leq 0,05$, também não apresenta diferenças significativas em nenhum dos três grupos.

Contrariamente também acontece com a competência refocalização da atenção, a capacidade de mudar o seu foco atencional, pois não se verificou qualquer diferença significativa para o número de lesões.

Anderson (2001, *cit.* por Sanderson 2006) notou que os atletas que percebem as situações como stressantes sofrem um estreitamento do foco atencional, sendo assim mais um dos fatores responsáveis pelo desencadear de uma lesão. Os valores mais elevados na competência reação ao stress, como vimos anteriormente, para os atletas que se lesionaram mais de três vezes, pode estar a influenciar os valores mais elevados neste grupo, para a competência refocalização da atenção de média $(4,01 \pm 1,31)$.

Com níveis elevados de stress, há uma maior necessidade de mudar o seu foco atencional, podendo levar a um maior número de lesões, visto que se encontrou a média mais elevada na competência refocalização da atenção, nos que se lesionaram mais de três vezes, contudo não foram valores suficientes para se verificarem diferenças significantes entre os grupos. Os nossos resultados contrariam assim, o estudo de Zafra et al. (2006) que encontrou uma relação significativa de ($p=0,03$) entre a variável concentração em competição para os atletas lesionados e não lesionados.

Para a competência foco atencional também encontramos estudos que revelaram resultados contrários, por exemplo o estudo de Zafra et al. (2006), Zafra et al. (2007) onde indicam que a concentração é uma variável que discrimina significativamente os atletas lesionados dos não lesionados. Nesta competência encontramos uma média ligeiramente superior ($5,26\pm 1,28$) para os que nunca se lesionaram, para os que se lesionaram uma ou duas vezes ($4,85\pm 1,41$) e ($5,15\pm 1,30$) para os que se lesionaram três vezes ou mais, demonstrando que os que já sofreram pelo menos uma lesão apresentam baixos níveis atencionais, podendo este fator ser a causa do aumento do número de lesões, mas mais uma vez não são valores significativos para a manifestação de diferenças entre estas duas variáveis.

Analisando a competência confiança e os valores das médias, para os que nunca se lesionaram ($5,71\pm 1,13$), os que se lesionaram uma ou duas vezes ($5,91\pm 0,80$), e a média mais alta, para o grupo de atletas que sofreram três ou mais lesões ($6,00\pm 0,76$), verificámos que quanto mais altos são os valores de autoconfiança, maior a tendência do atleta se lesionar, indo ao encontro do que refere Zafra et al. (2007). Os atletas com maiores níveis de autoconfiança tendem a sofrer maior número de lesões, pois pode influenciar a conduta desportiva do atleta, arriscando e expondo mais, levando a uma maior probabilidade em se lesionar. Contrariamente ao que refere Nunes et al. (2010) é esperado que a ocorrência de lesões diminua a autoconfiança e o desenvolvimento da percepção de esforço.

Contudo, a relação também pode ser inversa, como mencionam alguns autores (Petrie, 1993; Wittig & Schurr, 1994 *cit.* por Zafra et al. 2007), atletas com maiores níveis de autoconfiança e autoestima tem menores probabilidades de se lesionarem.

Embora no nosso estudo, aferirmos que os valores mais altos de autoconfiança encontram-se no grupo de atletas que sofreram mais lesões, não podemos concluir que se verifica diferenças significativas entre a competência autoconfiança e o número de lesões desportivas. Estes resultados podem ter ocorrido devido a uma interpretação subjetiva por parte dos atletas, do que é que consideravam lesão desportiva.

Apesar de ter sido explicado o conceito de lesão desportiva, segundo Fuller et al. (2006), não houve uma avaliação e um diagnóstico feito pelo médico/fisioterapeuta do clube, que avaliasse a situação como lesão, quando estas ocorreram. Como vimos durante a aplicação dos questionários, em muitos atletas mais novos, as dores de crescimento e adaptação à modalidade, eram queixas frequentes, que muitos mencionaram como lesão desportiva, contrariando a definição do conceito de lesão de Ribeiro et al. (2007) e Neto (2007), que citam como sendo uma consequência da atividade desportiva, que produz dor e leva à interrupção ou limitação de uma atividade, ou na perspetiva Fuller et al. (2006, p.100), como sendo “qualquer queixa física que resulte de um jogo ou de um treino de futebol”.

Concluindo, o perfil psicológico que a nossa amostra apresenta, não demonstra ser um perfil susceptível às lesões desportivas, pois a manifestação dos valores para as competências psicológicas não é suficiente para influenciar o número de vezes que se lesionaram.

Após verificarmos que existe diferenças significativas para competência ativação, iremos conhecer entre que grupos se detetam essas diferenças, como mostra a tabela abaixo.

Análise das Diferenças		
Grupos	Teste Estatístico	Sig.
Nunca se lesionaram e os que se lesionaram 3 vezes ou mais	3,52	0,7
Lesionaram-se uma ou duas vezes e os que se lesionaram 3 vezes ou mais	18,3	0,01
Nunca se lesionaram e os que se lesionaram uma ou duas vezes	-14,78	0,07

Tabela 15 - Discriminação das diferenças entre os grupos

Podemos verificar que essas diferenças significativas se encontram entre o grupo de atletas que se lesionaram uma ou duas vezes e os atletas que se lesionaram mais de três vezes ($\text{sig}=0,01$). Constatamos que tendo em conta a revisão de literatura, Tenorio e Delpino (2008), as mudanças dos níveis de ativação podem proporcionar condições ao atleta se lesionar mais vezes, mas os valores das médias para esta competência em cada um dos grupos não traduzem essa hipótese, pois para os que nunca se lesionaram, uma média de $(4,79\pm 1,30)$ na componente ativação, de $(5,27\pm 1,01)$ para os que se lesionaram uma ou duas vezes e $(4,77\pm 0,89)$ nos que se lesionaram mais de três vezes, valor praticamente idêntico aos que nunca se lesionaram.

Na nossa amostra os níveis de ativação apresentam o valor mais elevado no grupo de atletas que se lesionaram uma ou duas vezes, voltando a diminuir para os que nunca se lesionam e para os que se lesionaram três vezes ou mais vezes.

Segundo Tenorio e Delpino (2008) a ativação aumenta, quando aumenta a motivação e a utilização de recursos para lidar, com ansiedade e stress, sendo mais baixa na ausência da motivação e stress. Os valores das nossas médias não vão ao encontro desta definição, pois os que nunca se lesionaram apresentam valores idênticos aos que se lesionaram muitas vezes.

Verificamos uma diminuição severa dos valores da ativação, entre o grupo dos atletas que se lesionaram uma ou duas vezes e os que se lesionaram mais de três vezes, que pode estar relacionado com uma baixa motivação e força de vontade dos atletas, por já se terem lesionado uma série de vezes.

Concluimos que a presença de diferenças significativas encontram-se entre os que se lesionaram uma ou duas vezes e os que se lesionaram mais de três vezes, porém não podemos afirmar que a competência ativação predispõe o desencadear de lesões, pois essas diferenças não se manifestaram entre os restantes grupos.

Passando à análise de H2, ao estudarmos a existência de correlações entre as competências psicológicas e o número de lesões, também respeitamos as condições de normalidade.

Correlação Pearson		
Competências Psicológicas	Correlação Pearson	Sig.
Relaxamento	-0,12	0,17
Vis. Mental	-0,08	0,38
Treino Psicológico	-0,02	0,79
Plan. Competitivo	0,08	0,35
Controlo Medo	-0,03	0,77
Reações Stress	0,01	0,91
Refocalização Atenção	0,01	0,88

Tabela 18 - Correlação de *Pearson* entre as competências psicológicas e o número de lesões

Correlação Spearman		
Competências Psicológicas	Coefficiente Correlação	Sig.
Est. Objetivos	0,17	0,05
Confiança	0,06	0,50
Compromisso	0,05	0,57
Ativação	-0,06	0,52
Foco Atencional	-0,02	0,85

Tabela 19 - Correlação *Spearman* entre as competências psicológicas e o número lesões

Tendo em conta as condições de normalidade, e conseqüente estudo paramétrico e não paramétrico, verificámos que apenas existe uma correlação significativa de $\text{sig}=0,05$; $p \leq 0,05$ entre o número de lesões e a competência estabelecimento de objetivos, contudo o coeficiente de correlação ($r=0,17$) é muito baixo, sendo uma correlação fraca, que provavelmente, ocorreu devido ao erro amostral.

Observamos que existe um relacionamento entre estas duas variáveis, excluindo assim, a hipótese nula. A competência estabelecimento de objetivos relaciona-se com as lesões desportivas, e as lesões desportivas também podem influenciar a formulação de objetivos, pode proporcionar uma alteração e reformulação dos objetivos a atingir a curto, médio e longo prazo.

O erro amostral pode estar relacionado com a interpretação e utilização da competência estabelecimento de objetivos, muitos dos atletas até ao momento da recolha de dados, desconheciam o objetivo da sua aplicação e os seus benefícios, para a prática desportiva. Traduz-se numa correlação pouco significativa, por se tratar de uma amostra jovem, onde esta competência ainda não foi totalmente aprofundada e utilizada pelos atletas.

Não foram encontrados estudos que mencionassem o estabelecimento de objetivos como componente psicológica envolvida na predisposição à lesão desportiva, mas Gomes e Cruz (2001) afirmam que se deve formular objetivos desafiadores e aliciantes, de forma a demonstrar a sua competência e determinação pessoal, para melhorar os seus níveis de intensidade e persistência, tanto nos treinos como nas competições.

Veloso e Pires (2007), Carvalho (2009) referem a utilização desta competência psicológica, apenas como fator para ajudar no processo de recuperação, facilitando o desempenho dos atletas lesionados e ajudando num tempo de recuperação mais rápido.

Contudo, para podermos usar o estabelecimento de objetivos como forma de recuperação de uma lesão, convém que o atleta tenha um conhecimento prévio da finalidade desta capacidade e dos benefícios da sua utilização, o que nesta amostra não acontece, pois foi a primeira vez que estes atletas responderam a um questionário de âmbito psicológico, e muitos dos conceitos não os conheciam, tendo sido necessário a sua explicação durante a aplicação do questionário.

Para todas as outras competências psicológicas verificámos que não existem correlações significativas, ou seja, estas competências não aumentaram nem diminuíram o número de vezes que atletas se lesionaram.

No estudo de Zafra et al. (2006) verificou-se uma relação significativa ($p=0,03$) entre a variável concentração, nos atletas lesionados e não lesionados, o que não se verifica no nosso estudo ($sig=0,85$).

Em relação à componente confiança, Zafra et al. (2006) também não verificou nenhuma relação significativa com as lesões, o mesmo se verificou no nosso estudo, ($sig=0,50$).

Para estas variáveis não aparece nenhuma relação direta, o que vai ao encontro do estudo de Zafra et al. (2005) ao estudar as variáveis psicológicas, categorias desportivas e lesões no futebol, num estudo correlacional entre as competências stress, confiança, motivação e perceção de êxito, também não encontrou diferenças significativas.

Na nossa amostra, não existe correlação para estas variáveis, que são mencionadas por vários autores como fatores vulneráveis à lesão.

Palmeira (1998), Zafra et al. (2006), Zafra et al. (2007) e Sanserson (2006), falam principalmente do stress como fator inerente às lesões desportivas, mas na nossa amostra esta competência não apresenta valores suficientes para se traduzir em correlações significativas, indo ao encontro do estudo de Zafra et al. (2005) que também, não encontrou correlações significativas, entre as variáveis psicológicas e as lesões desportivas, não apresentando nenhuma relação direta.

2.1.2 - Análise inferencial das competências psicológicas e o tempo de recuperação

Podlog e Eklund (2007) vêm justificar a pertinência da presença da hipótese H3 no nosso trabalho, pois na sua revisão de literatura, constataram que tem havido um maior interesse nos aspectos psicológicos associados às lesões desportivas. Cada vez mais é reconhecido que a recuperação física e psicológica para regressar à prática, após uma lesão, nem sempre se ajustam, ou seja, fisicamente pode estar recuperado, mas psicologicamente não está preparado para voltar à competição, sendo este mais um ponto fundamental, para conhecer as competências psicológicas que podem influenciar o tempo de recuperação da lesão.

A gravidade da lesão parece ser um poderoso fator de influência sobre as respostas emocionais e cognitivas dos atletas lesionados. Segundo Nunes et al. (2010) as lesões mais severas são normalmente associadas a emoções mais intensas e comportamentos mais evidentes, daí ser interessante conhecer quais as competências psicológicas que mais se manifestam durante o tempo de recuperação de uma lesão.

Para procedermos à análise inferencial, verificámos as condições de normalidade para estas variáveis, tendo em conta o valor de significância 0,05.

Competências Psicológicas	Teste de Normalidade		
	<i>Shapiro-Wilk</i> Tempo de Recuperação Lesão até uma semana Valor do Teste	<i>Shapiro-Wilk</i> Tempo de Recuperação Lesão uma semana a um mês Valor do Teste	<i>Kolmogorov-Smirnov</i> Tempo de Recuperação Lesão mais de um mês Valor do Teste
Est. Objetivos	0,96	0,91*	0,16
Confiança	0,93*	0,92*	0,13
Compromisso	0,90*	0,88*	0,23*
Relaxamento	0,96	0,93*	0,18
Ativação	0,95	0,96	0,15
Vis. Mental	0,96	0,96	0,22*
Treino Psicológico	0,94*	0,97	0,13
Plan. Competitivo	0,97	0,97	0,17
Controlo Medo	0,98	0,95*	0,18
Foco Atencional	0,97	0,94*	0,15
Reações Stress	0,95	0,97	0,12
Refocalização Atenção	0,92*	0,98	0,17

Tabela 16 - Normalidade entre as competências psicológicas e o tempo recuperação

* Estatisticamente significativo, não se verifica a normalidade

Aplicámos o teste de *Shapiro-Wilk*, para os grupos que apresentam um $N > 30$, e o teste *Kolmogorov-Smirnov* foi aplicado aos grupos com um $N < 30$.

Assim, ao analisarmos os três grupos verificamos que as competências que obedecem aos critérios de normalidade são: a ativação, planeamento competitivo e reação ao stress, às quais aplicaremos os testes paramétricos, todas as outras serão estudadas com testes não paramétricos.

Para estudarmos as diferenças significativas entre o tempo de recuperação e as competências psicológicas, aplicamos o teste *Anova*, para as variáveis que respeitavam as condições de normalidade e o teste *Mann Whitney*, para os que não obedeciam a essas condições.

Anova		
Competências Psicológicas	F	Sig.
Ativação	0,74	0,53
Plan. Competitivo	1,29	0,28
Reações Stress	2,28	0,08

Tabela 21 - Diferenças entre as competências psicológicas e tempo de recuperação

Mann-Whitney		
Competências Psicológicas	Teste Estatístico	Sig.
Est. de Objetivos	3,45	0,32
Confiança	3,09	0,37
Compromisso	1,74	0,62
Relaxamento	0,76	0,85
Vis. Mental	0,52	0,91
Treino Psicológico	0,64	0,88
Controlo do Medo	7,32	0,06
Foco Atencional	6,23	0,1
Refocalização Atenção	7,83	0,04

Tabela 22 - Diferenças entre as competências psicológicas e tempo de recuperação

Analisando a tabela, podemos ver que o valor de significância é superior a 0,05, para quase todas as competências. Apenas verificamos que existem diferenças significativas entre a refocalização da atenção e o tempo que demoram a recuperar de uma lesão, sig=0,04; $p \leq 0,05$, ou seja, a capacidade de mudar o seu foco de atenção para as várias tarefas da reabilitação pode influenciar o tempo de recuperação da lesão.

Para esta competência encontramos o valor das médias de (3,37±1,35) nos atletas que demoraram até uma semana a recuperar de uma lesão, (4,28±1,34) nos que demoraram entre uma semana a um mês e (3,69±1,57) nos que demoraram mais de um mês. Esta competência apresenta valores mais elevados nos que demoram entre uma semana a um mês a recuperar de uma lesão.

Para todas as outras competências psicológicas, aceitamos a hipótese nula, ou seja, a manifestação das competências é idêntica nos três grupos, para os vários tempos de recuperação, logo nenhuma delas, beneficia ou prejudica o tempo de recuperação de uma lesão, não tendo qualquer influência.

Csikszentmihalyi (1975 *cit.* por González, 2007) menciona que os atletas devem focalizar-se nos aspetos relevantes e afastar os pensamentos negativos e outras formas de distração que prejudicam a prestação assim, devem focalizar-se apenas na sua recuperação durante a sua paragem.

Apenas Nideffer (1989, *cit.* por Sanderson 2006) argumenta que o indivíduo tem estilos atencionais, como: atenção ampla/estrito – relacionada com o número de pistas (índices) que o atleta pode prestar atenção e a atenção interna/externa – relaciona-se com a direção da atenção, ou seja, orientação da atenção para estímulos do meio envolvente ou estímulos internos, do próprio sujeito (Cruz & Viana, 1996), onde vem reforçar a presença de diferenças significativas, ou seja, o atleta tem de ter todas as suas capacidades atencionais (interna, externa, ampla e estreita), para os exercícios de reabilitação de forma a ter uma influência positiva no tempo de recuperação.

Não encontramos nenhum estudo que relaciona-se diretamente esta competência, assim apenas podemos deduzir que a capacidade em mudar o foco atencional para diferentes aspetos da lesão desportiva e da sua reabilitação, pode ajudar no tempo de recuperação, ou seja, concentrar-se em todos os aspetos e exercícios da terapia, os objetivos e benefícios que estão envolvidos na reabilitação, sem pressa de voltar à competição ajudará na recuperação.

O tipo de lesões da nossa amostra também não foram suficientemente graves, para conseguirmos detetar mais diferenças entre as competências psicológicas e o tempo de recuperação, pois a maioria das lesões identificadas foram lesões leves e moderadas, de acordo com a classificação de Heil (1993, *cit.* por Buceta 1996), em que apenas requerem tratamento, podendo não interromper a atividade dos atletas, ou durante o tratamento o atleta deve treinar menos vezes, e não participar em algumas competições.

Poucas foram as lesões, que foram sujeitas a intervenção cirúrgica, ou que necessitassem de um trabalho de reabilitação permanente, daí ser difícil verificar diferenças significativas entre as competências psicológicas e o tempo de recuperação de uma lesão.

Os estudos encontrados sobre o tempo de recuperação apenas, mencionam em média o tempo que os atletas, tendo em conta a sua posição e o seu escalão, demoram a recuperar de uma lesão. Assim, podemos considerar a análise destas variáveis – competências psicológicas com o tempo de recuperação, como sendo um estudo pioneiro nestas conclusões.

Palmi (2001) considera que os fatores psicológicos, também podem ser de risco para as lesões desportivas, sendo relevante entender e avaliar as componentes psicológicas básicas para aumentar os recursos adaptativos do atleta. Assim, ao constataremos que a competência refocalização da atenção interfere com o tempo de recuperação de uma lesão, podemos concluir que, os fatores psicológicos não são só prejudiciais ao desencadear de uma lesão, mas também, a utilização das competências psicológicas pode favorecer no tempo de recuperação de uma lesão. Assim, é fundamental melhorar este tipo de competências psicológicas nos atletas, para ajudar a uma recuperação mais rápida e eficaz.

Posteriormente, vamos conhecer em quais dos três grupos é que encontramos as diferenças significativas na componente refocalização da atenção, como podemos analisar na tabela abaixo.

Análise das Diferenças		
Grupos	Teste Estatístico	Sig.
Tempo de recuperação até uma semana - Tempo de recuperação mais de um mês	-3,09	0,78
Tempo de recuperação até uma semana - Tempo de recuperação entre uma semana a um mês	-21,8	0,00
Tempo de recuperação entre uma semana a um mês - Tempo de recuperação mais de um mês	18,78	0,09

Tabela 17 - Discriminação das diferenças entre os grupos do tempo de recuperação

A presença de diferenças significativas, para a competência refocalização da atenção, encontram-se entre os que demoram até uma semana a recuperar da lesão e os que demoram entre uma semana a um mês, sig=0,00; $p \leq 0,05$.

Como vimos anteriormente, há um aumento ligeiro dos valores das médias nesta competência entre os atletas que demoram uma semana a recuperar de uma lesão e os atletas que demoram entre uma semana a um mês, onde aqui encontramos as diferenças significativas, voltando a existir um decréscimo para os que demoraram mais de um mês a recuperar de uma lesão.

Como não encontramos diferenças significativas entre os três grupos, não podemos garantir que a competência refocalização da atenção afeta o tempo de recuperação de uma lesão.

Zafra et al. (2007) no seu estudo com 199 atletas de futebol avaliou a importância que estes atribuem aos fatores psicológicos nas lesões desportivas, no qual mencionaram a concentração como o fator psicológico de maior importância para o desencadear de uma lesão. A capacidade de mudar e voltar a concentrar em vários estímulos, pode ter influência durante o tempo de recuperação, bem como já foi referido pode afetar o desencadear da lesão, por isso, quando mais alto for a manifestação desta competência no perfil psicológico de um atleta, melhor e mais eficaz será a sua recuperação.

A concentração total no processo de reabilitação ajuda a prevenir uma possível recaída, como reforça Neto (2007) realçando que a atenção/concentração é um dos aspetos psicológicos que podem desempenhar um papel de grande influência pois, podem aumentar ou diminuir a vulnerabilidade do atleta à lesão, e uma vez lesionado pode contribuir positiva ou negativamente para o processo de recuperação de lesões e ajudar na sua prevenção para não ocorrer uma recidiva.

Concluimos que apesar de encontrarmos apenas uma diferença significativa na refocalização da atenção, entre os que demoraram uma semana a recuperar de uma lesão e os que demoraram uma semana a uma mês a recuperar, não podemos justificar que esta competência influencia o tempo de recuperação de uma lesão, pois esta diferença apenas se verifica entre estes dois grupos.

Verificam-se estes resultados para o tempo de recuperação, pois muitos atletas já não se recordavam do tempo que tiveram sem treinar por causa da lesão, onde esse tempo de paragem não foi avaliado pelo médico, podendo não ter sido o adequado à situação.

Também durante o tempo de recuperação não houve um acompanhamento psicológico dos atletas, para poderem ser desenvolvidas estas capacidades. Muitos dos atletas que passaram por lesões desportivas nunca tiveram um acompanhamento psicológico durante a recuperação, daí ser difícil obter conclusões para esta amostra, pois desconheciam os benefícios destas faculdades para o seu restabelecimento.

Para estudar as correlações e o relacionamento entre as competências psicológicas e o tempo de recuperação, como definido em H4, aplicamos a correlação de *r-Pearson* e a correlação de *Spearman*.

Correlação Pearson		
Competências Psicológicas	Correlação Pearson	Sig.
Ativação	0,07	0,38
Plan. Competitivo	-0,02	0,80
Reações Stress	-0,05	0,49

Tabela 24 - Correlação *Pearson* entre as competências psicológicas e tempo de recuperação

Correlação de Spearman		
Competências Psicológicas	Coefficiente Correlação	Sig.
Est. Objetivos	0,09	0,29
Confiança	0,05	0,57
Compromisso	0,03	0,72
Relaxamento	0,04	0,67
Vis. Mental	0,05	0,58
Treino Psicológico	-0,02	0,78
Controlo Medo	-0,08	0,38
Foco Atencional	-0,08	0,38
Refocalização Atenção	0,04	0,63

Tabela 25 - Correlação de *Spearman* entre as competências psicológicas e o tempo recuperação

Tendo em conta as correlações entre o tempo de recuperação e as competências psicológicas, verificamos para cada um dos grupos, que não existe correlações significativas entre estas competências psicológicas e o tempo de recuperação. Ou seja, estas competências não se relacionam com o tempo que os atletas demoram a recuperar da última lesão, pois não existe qualquer relacionamento entre estas duas variáveis.

No estudo de Levleva e Orlick, (1991, *cit.* por Nunes et al. 2010), que refere que os atletas lesionados que estabelecem metas de tratamento de curto, médio e longo prazo e que praticam mais visualizações mentais, obtiveram recuperações mais rápidas, do que outros atletas que utilizaram menos frequentemente estas estratégias, para o nosso estudo, estes resultados estão em desacordo não existindo qualquer correlação significativa.

Segundo estes autores estas competências ajudam a uma recuperação mais rápida, logo os atletas que apresentem no seu perfil psicológico esta capacidade mais evidente posteriormente, ao ser utilizada durante o processo de recuperação, estes apresentarão mais capacidades e benefícios na utilização desta técnica, ajudando a uma recuperação mais rápida e eficaz.

Podemos verificar através dos valores das médias da competência estabelecimento de objetivos ($5,75 \pm 0,91$) e na visualização mental ($4,58 \pm 1,28$), valores apresentados na análise das competências no total da nossa amostra, que não são valores muito elevados, não sendo valores suficientes para existir uma correlação.

O valor das médias destas competências para os vários tempos de recuperação, vão oscilando, daí traduzir-se na inexistência de correlações significativas.

Ao sabermos que durante a recuperação das várias lesões não houve uma intervenção e um acompanhamento psicológico durante o tempo de paragem, ou seja, nenhuma das técnicas como relaxamento, visualização mental, estabelecimento de objetivos, pertencentes ao treino psicológico foram desenvolvidas ou explicadas durante o processo de recuperação do atleta, vem provar mais uma vez a ausência de resultados significativos.

Quanto mais estas competências forem estimuladas e evidenciadas no perfil psicológico do atleta, mais recursos o atleta possui ao ser dispor, para a prevenção e recuperação de uma lesão desportiva.

Capítulo V – Conclusões Finais

1 – Conclusões

A psicologia das lesões é um contributo importante para a promoção de eficácia da prevenção e recuperação de lesões, complementando a recuperação física com a reabilitação psicológica, pois esta trata de conhecer os aspetos que podem influenciar a predisposição dos atletas se lesionarem. Ou seja, o conhecimento sobre as variáveis psicológicas envolvidas, quer na ocorrência da lesão, quer na recuperação permite-nos intervir nos processos psicológicos e no contexto, de forma a evitar o aumento do número de lesões e a facilitar a reabilitação física.

No nosso estudo, concluímos que apenas a competência ativação tem influência no número de lesões dos atletas, que se verificou entre os que se lesionaram uma ou duas vezes e os que se lesionaram três vezes ou mais, como os que nunca se lesionaram não apresentam diferenças significativas, não podemos concluir que a competência ativação influencia o número de lesões.

Verificamos também que existe uma correlação significativa entre o estabelecimento de objetivos e o número de lesões, visto que existe um relacionamento entre estas duas variáveis, mas esta correlação mostrou-se quase nula. Estas duas variáveis não são independentes, existindo uma influência da competência estabelecimento de objetivos nas lesões desportivas e vice-versa.

Apenas a competência refocalização da atenção, tem influência no tempo de recuperação de uma lesão, entre os que demoram uma semana a recuperar de uma lesão e os que demoram até um mês de recuperação. Quanto mais se prolonga o tempo de recuperação de uma lesão, mais concentrado e focado tem de estar na sua reabilitação e regresso à prática desportiva. Contudo, a influência desta competência psicológica não se verifica nos que demoram mais de um mês a recuperar de uma lesão, logo não podemos afirmar que a refocalização da atenção interfere com o tempo de recuperação de uma lesão.

Carvalho (2009) Veloso e Pires (2007), mencionam que o uso de algumas competências psicológicas durante o tempo de recuperação de uma lesão, também ajuda a uma melhor e mais rápida recuperação, onde no nosso estudo só se verifica para a competência refocalização da atenção.

Foi um tema extremamente difícil de analisar e retirar algumas conclusões, pois as lesões desportivas são um tema muito pormenorizado e que envolvem diversos fatores e contextos que influenciam sempre os resultados.

As condições de prática desportiva (equipamentos, meio envolvente), anos de prática, número de treinos semanais, titularidade, o aquecimento realizado, o momento da época desportiva em que ocorre a lesão, o tipo de exercício realizado, a condição física do atleta, fatores fisiológicos, pessoais e sociais que envolvem o atleta, parte do corpo lesionada, o tipo de lesão, a gravidade da lesão, o tempo de recuperação, todos estes fatores são variáveis que vão afetar as capacidades psicológicas dos atletas, antes, durante e depois de sofrer a lesão desportiva, como expõe Zafra et al. (2004), no seu estudo ao analisar a perceção dos atletas de futebol acerca das causas das lesões desportivas.

Estes são alguns dos fatores que podem influenciar as lesões desportivas mas que foram distribuídos aleatoriamente na nossa amostra, de forma a verificarmos apenas se existia uma relação entre as competências psicológicas e as lesões, não dando tanta relevância aos outros fatores inerentes ao contexto desportivo e ao atleta.

Existem uma série de componentes psicológicas que se relacionam entre elas, estando dependentes umas das outras, por exemplo, atenção/refocalização da atenção, stress/ativação, controlo medo/ativação, treino psicológico/relaxamento/visualização mental/planeamento competitivo, que podem estar dependente de outros fatores associados como: a motivação, stress, autoconfiança, que determina o funcionamento físico e mental, como refere Tenorio e Delpino (2008) que, na temática das lesões desportivas todas elas têm alguma influência, dessa forma é muito difícil retirar conclusões analisando as variáveis psicológicas isoladas de todas as outras.

É necessário implementar um trabalho psicológico de todas estas competências psicológicas, pois verificamos que muitas são mencionadas pelos autores como tendo influência na predisposição do atleta se lesionar. No nosso estudo, isso não acontece pois, verificamos a inexistência de diferenças e correlações significativas entre a maioria das competências psicológicas e o número de vezes que se lesionaram, exceto para a competência ativação e estabelecimento de objetivos.

Estes resultados podem estar relacionados com o desconhecimento da nossa amostra, na utilização destas competências e por se tratar de uma amostra ainda muito jovem.

Para todos os outros resultados que não se verifica qualquer influência, supomos que tenha acontecido pelo total desconhecimento por parte dos atletas destas competências e pela ausência de um técnico para implementação destas técnicas durante a recuperação, sendo a primeira vez, no momento da recolha de dados, que estavam em contato com um psicólogo e que abordavam estes temas.

Foram poucas as diferenças significativas encontradas ao longo deste estudo, que deduzimos ter acontecido devido ao tamanho da amostra e ao carácter de gravidade das lesões, pois foram poucas as lesões graves, sujeitas a uma intervenção cirúrgica e a um longo período de paragem. Também pode ter acontecido pois a recolha da nossa informação foi baseada apenas no autorrelato dos atletas e não houve uma classificação e um acompanhamento médico das lesões que foram mencionadas.

As diferenças significativas encontradas manifestavam-se sempre apenas entre dois grupos, não estando presentes entre todos os grupos da amostra, assim não podemos generalizar e mencionar que de facto as competências psicológicas influenciam o número de vezes que o atleta se lesiona e o tempo de recuperação das lesões.

A identificação das competências psicológicas que podem estar subjacentes ao desencadeamento de uma lesão, bem como as que estão envolvidas durante o tempo de recuperação, podem passar a estar mais presentes no treino psicológico, pois Alves (1999), acredita que treino psicológico pode ser entendido como um programa que identifica, analisa, ensina e treina as competências cognitivas, mentais ou psicológicas mais diretamente relacionadas com o rendimento desportivo, neste caso após identificadas, o treino psicológico também pode ser direcionado para a prevenção/reabilitação das lesões desportivas.

Havia uma enorme expectativa em encontrar mais diferenças e relações entre as competências psicológicas e as lesões desportivas. Contudo, percebemos que existe uma série de fatores fisiológicos, sociais e desportivos que afetam o atleta, sendo muito difícil de os controlar e encontrar uma amostra homogénea em todos estes fatores, de forma a podermos retirar conclusões generalizadas em investigações futuras. Estes resultados são válidos apenas tendo em conta o perfil psicológico dos atletas.

2 – Sugestões e limitações do estudo

Com a pesquisa bibliográfica ao longo deste estudo verificámos que não existem muitos estudos realizados em Portugal, nesta temática, sendo a maioria estudos espanhóis, dessa forma este estudo pode ser um bom ponto de partida para o aprofundamento de estudos nesta área.

A maioria dos atletas da nossa amostra teve o seu primeiro contacto com um Psicólogo do Desporto, na realização deste estudo. Para muitos era a primeira vez que respondiam a um questionário de âmbito psicológico, principalmente no escalão dos iniciados. Assim, muitas das questões do questionário e das habilidades psicológicas, eram totalmente desconhecidas pelos atletas, pois durante a aplicação questionaram-nos algumas vezes sobre os conceitos abordados no questionário, sendo todo este procedimento uma novidade para a maioria da amostra.

Por ser novidade e desconhecerem a influência dos fatores psicológicos, muitos dos resultados, do nosso estudo, não são traduzidos em diferenças significativas, pelo total desconhecimento destas competências quer durante os treinos e competições bem como durante a recuperação das lesões. Muitos conceitos foram apenas explicados durante a aplicação do questionário e foram respondidos apenas tendo em conta a perceção e intuição do atleta, pois não houve uma aplicação prática destes conceitos e dos seus benefícios, ao longo da prática desportiva.

Muitos dos artigos que aprofundaram as competências psicológicas e o risco de lesão desportiva, utilizaram vários questionários específicos para a recolha das competências psicológicas correspondentes. Por exemplo, questionário específico para a triagem de fatores de risco psicossociais descritos no modelo de stress e lesões por Williams e Andersen (1998). A Escala de Ansiedade no Desporto (SAS; Smith, Smoll, & Schutz, 1990) avaliou as variáveis de personalidade em três subescalas: ansiedade, preocupação e concentração de interrupção. Ou seja, a entrega de vários questionários específicos para avaliar diferentes habilidades psicológicas, ao contrário do questionário utilizado no nosso estudo que avalia várias competências em simultâneo.

Fica aqui outra hipótese de análise, para próximos estudos futuros neste âmbito, a utilização de vários questionários, avaliando detalhadamente e pormenorizadamente cada competência.

Ao fazermos o levantamento do tempo de recuperação da última lesão que o atleta teve, não o questionámos do momento da época em que tinha ocorrido essa lesão, pois quanto mais decisivo for o momento da temporada em que ocorreu a lesão, maior é o impacto emocional e cognitivo de uma lesão. Uma lesão no fim da época ou ao meio do campeonato, será vivida de maneiras diferentes. Esta pode ser uma das justificações por não encontrarmos associações significativas entre as competências psicológicas e o tempo de recuperação da lesão.

No nosso estudo, muitas das competências psicológicas que o questionário avalia como: compromisso, planeamento competitivo, treino psicológico, controlo do medo não tiveram qualquer relação ou influência com o número lesões dos atletas e com o tempo de recuperação das lesões. Verificámos que, o total dos participantes e as lesões que apresentaram não foi suficiente para se encontrar resultados diferentes para estas competências, sendo esta uma das principais limitações do nosso estudo.

Existem diversos fatores físicos, desportivos, sociais, inerentes à causa das lesões desportivas, que não foram tidos em conta no nosso estudo, sendo distribuídos aleatoriamente. Apenas houve uma preocupação com os fatores psicológicos que veio condicionar os nossos resultados, pois todos os outros fatores condicionam as lesões desportivas.

Após estas conclusões e limitações na análise a este tema, deixamos algumas sugestões futuras para novos estudos.

Fazer esta mesma pesquisa mas com grupos mais restritos com mais características em comum por exemplo: avaliar as competências psicológicas e o número de lesões nos atletas titulares, ou nos suplentes, de forma a existir um padrão de fatores mais próximos nos elementos da amostra, que neste estudo não foram tidos em conta.

Deixamos também a sugestão para em estudos futuros, apenas englobar as lesões ocorridas durante aquela prática desportiva, não englobar as lesões ocorridas durante o desporto escolar e atividades extras.

Pesquisas futuras devem ser realizadas apenas com atletas que tenham uma avaliação e acompanhamento médico e que sejam diagnosticadas como lesões desportivas, com um tempo de paragem de pelo menos uma semana, pois assim poderíamos intervir e aplicar algumas técnicas psicológicas – estabelecimento de objetivos, relaxamento e visualização mental, durante o tempo de recuperação, podendo posteriormente tirar conclusões sobre a utilidade e benefício da aplicação destas técnicas para uma melhor e mais rápida recuperação.

3- Bibliografia consultada

- Alves, J. (1999). A Visualização Mental. Escola Superior de Desporto de Rio Maior – Instituto Politécnico de Santarém. Não Publicado.
- Andersen, M.B., & Williams, J.M. (1988). A model of stress and athletic injury: prediction and prevention. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 10, pp. 294-306.
- Atalaia, T., Pedro, R., & Santos, C. (2009). Definição de Lesão Desportiva – Uma Revisão da Literatura. *Revista Portuguesa de Fisioterapia do Desporto*; 3(2) pp.13-21.
- Anizu, M., Kumaraswamy, N., Singh R., & Rusli, M. (2003). *Mental Toughness Profile as One of Psychological Predictors of Injuries Among Malaysian Professional Football Players*, pp. 128-139.
- Becker, B., & Samulski, D. (2002). *Manual de treinamento psicológico para o esporte*. Porto Alegre: Editora Edelbra.
- Buceta, J. (1996). *Psicología y Lesiones Deportivas – Prevencion y Recuperacion*. Madrid: Dykinson.
- Carvalho, R. (2009). *Aspectos psicológicos das lesões desportivas: prevenção e tratamento*. Universidade de Tras-os-Montes e Alto Douro.
- Castelo, J. (2008). *Futebol – Organização Dinâmica do Jogo*. Execução Gráfica: Digital XXI.
- Colleen, J. (2004). Stress-management interventions for female athletes: Relaxation and cognitive restructuring. *Int. Journal. Sport Psychol*, 35, pp.109-118.
- Cox, R. (1994). *Sport Psychology: Concepts and Applications*. (3ªed.). Columbia: Brown & Benchmark Publishers, pp.197-208.
- Cruz, J.F., & Viana, M. (1996). Atenção e concentração na competição desportiva. In J. Cruz (Ed.), *Manual de Psicologia do Desporto*. Braga: Edições SHO. pp. 287-304.
- Dancey, J., & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para psicologia - usando SPSS para Windows (3ªed)*. (L. Viali, trad.). Porto: Artmed editora. (obra original publicada em 2004).
- Dosil, J. (2002). *El psicólogo de deporte – asesamiento e intervencion*. Madrid: Editorial Sintesis, pp. 110-113.

• ESD (2010). Questionário de caracterização dos candidatos à admissão na Escola Superior de Dança. http://www.esd.ipl.pt/znew/formularios/pdf/questionario_b.pdf retirado em 12 dezembro 2010.

• Fernandes, H. M., Bombas, C., Lázaro, J.P. & Vasconceles-Raposo, J.J. (2007). Perfil psicológico e a sua importância no rendimento em vela. *Motricidade*, 3 (3), pp. 24-32.

• Fortin, M. (2003). *Processo de Investigação – Da concepção à realização* (3ªed, 322.). (N. Salgueiro, Trad.). Loures: Lusociência. (Obra original publicada em 1996)

• Fuller, C.W., Ekstrand, J., Junge, A., Andersen, T.E., Bahr, R., Dvorak, J., Hägglund, M., McCrory, P. & Meeuwisse, W.H. (2006). Consensus statement on injury definitions and data collection procedures in studies of football (soccer) injuries. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 16 (2), pp. 97-106.

• Fuller, C.W., Molloy, M.G., Bagate, C., Bahr, R., Brooks, J.H., Donson, H., Kemp, S.P., McCrory, P., McIntosh, A.S., Meeuwisse, W.H., Quarrie, K.L., Raftery, M., & Wiley, P. (2007). Consensus statement on injury definitions and data collection procedures for studies of injuries in rugby union. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 17 (3), pp.177-181.

• Gaudreau, P., Lapierre, A., & Blondin, J. (2001). Coping at three phases of a competition: comparison between pre-competitive, competitive, and post competitive utilization of the same strategy. *Sport Psychol*, 32, pp. 369-385.

• Gomes, A. R., & Cruz, J.F. (2001). A preparação mental e psicológica dos atletas e os fatores psicológicos associados ao rendimento desportivo. *Revista Treino Desportivo*, Editora. Direção Geral de Desportos, 16, pp. 35-40.

• González, J. (2007). Herramientas aplicadas al desarrollo de la concentración en el alto rendimiento deportivo. *Cuadernos de Psicología del Deporte*. 7(1), pp.61-70.

• Hassan, S., Mohd, S., Omar, F., & Marjohan, J. (2010). The Mental Skills Training of University Soccer Players. *International Education Studies*, 3 (2), pp. 81-90.

• Johnson, U., Ekengren, J., & Andersen, M. B. (2005). Injury prevention in Sweden: Helping soccer players at risk. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 27 (1), pp. 32-38.

- Mahl, A., & Vasconceles-Raposo, J. (2007). Perfil psicológico de prestação de jogadores profissionais de futebol do Brasil. *Revista Portuguesa Ciências do Desporto*, 7 (1), pp. 80-91.
- Marín, A. N. (2009). Autoconfianza y deporte. *Revista digital*, Buenos Aires, 13 (128).
- Massada, L. (2000). *Lesões Típicas do Desportista*. Lisboa: Editora Caminho.
- Mendo, A. (2002). La intervención psicológica en las lesiones deportivas. *Revista Digital*, Buenos Aires, 8 (52), pp. 1-9.
- Neto, J. (2007). *Lesões, treino... Futebol do psicológico ao integralmente humano!* Paços de Ferreira: Editora José Neto.
- Nunes, C., Jaques, M., Almeida, F., & Heineck, G. (2010). Processos e intervenções psicológicas em atletas lesionados e em reabilitação – *Revista Brasileira de Psicologia do Esporte*, São Paulo, 3 (4), pp. 130-146.
- Palmeira, A. (1998). Antecedentes psicológicos de la lesión deportiva. *Revista de Psicología del Deporte*, 8 (1), pp. 117-132.
- Palmi, J. (2001). Visión psico-social en la intervención de la lesión deportiva. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 1 (1), pp. 69-79.
- Pargman, D. (2007). *Psychological Bases of Sport Injuries* (3ª Ed.). West Virginia University.
- Podlog, L., & Eklund, R. (2007). Review - The psychosocial aspects of a return to sport following serious injury: A review of the literature from a self determination perspective. *Psychology of Sport and Exercise*. 8, pp. 535–566.
- Ribeiro, R.N., Vilaça, F., Oliveira, H.U., Vieira, L.S., & Silva, A.A., (2007). Prevalência de lesões no futebol em atletas jovens: estudo comparativo entre diferentes categorias. *Revista Brasileira de Educação Física*. São Paulo, 21 (3), pp. 189-194.
- Samulski, D. (2002). *Psicologia do Esporte*. Brasil: Editora Manole.
- Sanderson, F. (2006). Psychology and injury in soccer. In T. Reilly & A. Mark Williams (2ªed.). *Science and Soccer*. Editora Routledge Taylor e Francis Group.

- Silva, C., Borrego, C., Cid, L. e Moutão, J. (2008). Tradução e adaptação da escala de avaliação de competências psicológicas (OMSAT-3) – Versão Preliminar. In actas do II Congresso da Sociedade Iberoamericana de Psicologia do Desporto, Torrelavega, Espanha.
- Steffen, K., Pensgaard, A., & Bahr, R. (2008). Self-reported psychological characteristics as risk factors for injuries in female youth football. *Scandinavian Journal Medicine Science Sports*.
- Tenorio, D., & Delpino, J. (2008). *La presión: conceptualización táctica-psicológica y su entrenamiento*. Espanha: Editorial deportiva futbol.
- Thelwell, R., Greenlees, I., & Weston, N. (2006). Using psychological skills training develop soccer performance. *Journal of applied sport psychology*, 18, pp. 254-270.
- Veloso, S., & Pires, A.P. (2007). A psicologia das lesões desportivas: Importância da intervenção psicológica. *Revista Portuguesa de Fisioterapia no Desporto*, 1 (2), pp. 38-47.
- Zafra, A., Montero, F., & Toro, E. (2004). Un análisis descriptivo de la percepción de los jugadores de futbol respecto a los factores que pueden provocar lesiones. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 4 (1,2), pp. 201-213.
- Zafra, A., Álvarez, M., & Redondo, A. (2005). Variables psicológicas, categorías deportivas y lesiones en futbolistas jóvenes: un estudio correlacional. *Análise psicológica*, 4 (23), pp. 449 – 459.
- Zafra, A., Montalvo, C., & Sánchez, F. (2006). Factores psicológicos y vulnerabilidad a las lesiones deportivas: un estudio en futbolistas. *Revista de Psicología del Deporte*, 15 (1), pp. 37-52.
- Zafra, A., Toro, E., & Cano, L. (2007). Percepción de los futbolistas juveniles e influencia del trabajo psicológico en la relación entre variables psicológicas y lesiones. *Cuadernos de Psicología del deporte*, 7 (2), pp. 75-87.
- Zafra, A. (2008). El papel de la psicología en la prevención de lesiones deportivas en el deporte de iniciación. *Asociación de Psicología del Deporte Argentina*.
- Williams, J.M. (1991). *Psicología Aplicada al Deporte*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Williams, J. M. e Andersen, M. B. (1998). Psychological Antecedents of Sport Injury: Review and Critique of the Stress and Injury Model. *Journal of Applied Sport Psychology*, 10, 5-25

Capítulo VI - Anexos

Competências Psicológicas	Análise Descritiva											
	Min. Nº Lesões			Max. Nº Lesões			Média Nº Lesões			D.P Nº Lesões		
	0 Lesões	1,2 Lesões	3 ou mais Lesões	0 Lesões	1,2 Lesões	3 ou mais Lesões	0 Lesões	1,2 Lesões	3 ou mais Lesões	0 Lesões	1,2 Lesões	3 ou mais Lesões
	Est. Objetivos	3,25	4,00	3,50	7,00	7,00	7,00	5,47	5,79	5,93	1,10	0,83
Confiança	2,50	4,00	4,50	7,00	7,00	7,00	5,71	5,91	6,00	1,13	0,80	0,76
Compromisso	3,25	3,25	1,00	7,00	7,00	7,00	5,76	5,90	5,78	1,09	0,97	1,39
Relaxamento	2,25	2,75	2,75	7,00	7,00	7,00	4,96	5,11	4,62	1,17	1,12	1,10
Ativação	2,25	2,25	2,75	7,00	7,00	6,75	4,79	5,27	4,77	1,30	1,01	0,89
Vis. Mental	2,50	1,00	1,00	7,00	7,00	7,00	4,58	4,73	4,34	1,26	1,23	1,36
Treino Psicológico	2,25	1,25	1,75	7,00	7,00	7,00	4,81	4,92	4,74	1,47	1,33	1,26
Plan. Competitivo	1,75	1,25	1,00	7,00	7,00	7,00	4,27	4,57	4,60	1,50	1,36	1,50
Controlo Medo	2,25	1,00	2,00	7,00	7,00	7,00	5,12	4,71	4,99	1,38	1,36	1,32
Foco Atencional	2,75	1,25	2,75	7,00	7,00	7,00	5,26	4,85	5,15	1,28	1,41	1,30
Reações Stress	2,50	1,00	1,50	7,00	7,00	7,25	4,85	4,55	4,85	1,26	1,33	1,48
Refocalização Atenção	1,50	1,25	1,50	7,00	7,00	6,50	3,98	3,83	4,01	1,30	1,45	1,31

Anexo 1 - Análise descritiva das competências psicológicas em função do número de lesões

Competências Psicológicas	Análise Descritiva															
	Mín.				Máx.				Média				Desvio Padrão			
	Tempo de recuperação				Tempo de recuperação				Tempo de recuperação				Tempo de recuperação			
	Nunca se lesionou	Uma semana	Entre uma semana e 1 mês	1 mês ou mais	Nunca se lesionou	Uma semana	Entre uma semana e 1 mês	1 mês ou mais	Nunca se lesionou	Uma semana	Entre uma semana e 1 mês	1 mês ou mais	Nunca se lesionou	Uma semana	Entre uma semana e 1 mês	1 mês ou mais
Est. Objetivos	3,25	4,25	3,50	4,50	7,00	7,00	7,00	7,00	5,51	5,78	5,93	5,67	1,11	0,74	0,93	0,76
Confiança	2,50	4,50	4,00	4,75	7,00	7,00	7,00	7,00	5,63	5,96	6,04	5,78	1,13	0,76	0,82	0,69
Compromisso	1,00	4,50	2,75	3,25	7,00	7,00	7,00	7,00	5,57	6,07	5,76	5,94	1,39	0,80	1,23	0,93
Relaxamento	2,25	2,75	2,75	3,00	7,00	6,50	7,00	7,00	4,90	4,81	5,08	4,86	1,13	1,03	1,31	0,90
Ativação	2,25	3,75	2,75	2,25	7,00	6,75	7,00	7,00	4,77	5,14	5,04	5,05	1,28	0,82	1,12	1,07
Vis. Mental	2,50	2,75	1,00	1,00	7,00	6,75	7,00	5,50	4,48	4,67	4,61	4,44	1,22	1,07	1,49	1,27
Treino Psicológico	2,25	2,25	1,25	2,00	7,00	6,75	7,00	7,00	4,82	4,97	4,73	4,88	1,42	1,22	1,44	1,22
Plan. Competitivo	1,75	1,00	1,00	1,25	7,00	7,00	7,00	6,50	4,28	4,87	4,44	4,27	1,40	1,34	1,55	1,28
Controlo Medo	2,50	1,50	1,00	2,00	7,00	7,00	7,00	7,00	5,17	4,63	5,12	4,30	1,25	1,35	1,35	1,39
Foco Atencional	2,75	1,25	1,25	1,75	7,00	7,00	7,00	7,00	5,23	4,87	5,29	4,34	1,27	1,39	1,20	1,61
Reações Stress	2,50	1,00	1,00	1,50	7,00	6,75	7,00	6,25	4,94	4,41	4,98	4,22	1,23	1,38	1,35	1,40
Refocalização Atenção	2,50	1,25	1,50	1,50	7,00	6,50	7,00	7,00	4,06	3,47	4,28	3,69	1,21	1,35	1,34	1,57

Anexo 2 - Análise descritiva das competências psicológicas em função do tempo de recuperação