



Mestrado Integrado em Psicologia
Psicologia Clínica e da Saúde

A relação dos estilos de vinculação com a ansiedade e as lesões no desporto

Duarte Dias

M

2024

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e Ciências da educação

**A RELAÇÃO DOS ESTILOS DE VINCULAÇÃO COM A ANSIEDADE E AS LESÕES
NO DESPORTO**

Duarte Gonçalves Dias

Maio 2024

Dissertação apresentada no Mestrado em Psicologia, área de Psicologia Clínica e da Saúde, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora ***Teresa Limpo*** (FPCEUP).

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do/da autor/a no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceituais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior aoda sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o/a autor/a declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O/A autor/a declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

AGRADECIMENTOS

A concretização desta dissertação de mestrado é o culminar da melhor etapa da minha vida até ao momento, os cinco anos relativos ao percurso académico. Naturalmente, um percurso tão bonito só poderia ter sido proporcionado por pessoas únicas, às quais quero deixar um agradecimento, não só pelo apoio nesta etapa final como também por todo o percurso até aqui chegar.

Em primeiro lugar, à minha orientadora, Professora Teresa Limpo, alguém que tornou uma etapa tão cotada como causadora de ansiedade e stress, em algo extremamente prazeroso e desafiador. Muito mais do que uma simples orientadora, foi alguém sempre predisposta a ouvir-me, acolher os meus receios, a promover discussões positivas e, principalmente, a saber dar a palavra certa no momento certo para manter a minha motivação intacta. Um obrigado é muito pouco para este ano e meio de trabalho conjunto.

Depois, aos meus pais e à minha irmã, porque foram um suporte nos momentos de dúvida e dificuldade no início do percurso, e tiveram presença nos momentos de conquista. A eles devo tudo, pelo suporte, pela confiança, pelo amor e pelo orgulho que sempre demonstraram. Obrigado por serem tudo na minha vida.

À Rita, sem dúvida alguma, por ao longo destes anos ter sido uma base segura na minha vida, pela paz que sempre me deu em todos os momentos, pela alegria contagiante que sempre me transmitiu e por todos os momentos em que foi um recurso significativo para apaziguar as minhas emoções negativas. Agradecer por todos os momentos lado a lado, por toda a paciência, por todos os sorrisos, por cada abraço aconchegante e por todo o amor sempre demonstrado.

À Gabriela, ao Braúlio, à Catarina, à Maria e ao Rui, o melhor que a FPCEUP me deu, pessoas únicas, incríveis que tornaram este percurso em algo memorável, com momentos inolvidáveis que estarão para sempre guardados no meu coração. Obrigado pela ajuda contínua, pelos momentos de partilha e por todos os desabafos coletivos.

Aos meus amigos de Braga, a Bruna, o Manel, a Guida, a Ribas, a Yara e a Yanessa, agradecer pela preocupação constante, pela presença que fazem sentir diariamente e por todos os momentos em que me fizeram sair de casa, divertir-me bastante e abstrair-me das preocupações. Obrigado por serem “casa” para mim.

Por último lembrar os meus avós, que perdi no decorrer desta caminhada, mas que marcaram a minha vida, são parte daquilo que eu sou e com quem eu vou ter um vínculo eterno. Obrigado por terem abençoado este caminho e por, em vida, terem feito de mim uma pessoa melhor.

Um agradecimento geral a todos vocês por tornarem a minha vida mais bonita e mais feliz.

A todos, o meu mais puro, profundo e sincero agradecimento.

Resumo

As lesões desportivas são uma parte intrínseca dos contextos desportivos, frequentemente dando origem a estudos na área da Psicologia do Desporto. Ao compreendermos o surgimento da lesão como determinado, por um lado, pelas especificidades de cada modalidade desportiva e, por outro, por fatores psicológicos como ansiedade e stresse, procuramos neste estudo promover um conhecimento científico inovador centrado na importância da prevenção dos fatores psicológicos na suscetibilidade à lesão. A ansiedade assume-se como o principal preditor psicológico relacionado com a probabilidade de lesão nos atletas. A vinculação, por sua vez, sob a forma de relação significativa entre figura de vinculação e figura vinculada, é um dos principais preditores dos níveis de ansiedade observados nos indivíduos. Com base nesta evidência, procuramos perceber se a vinculação (sob a forma de três dimensões: conforto com a proximidade, confiança nos outros e ansiedade face ao abandono) estava associada ao número e impacto das lesões nos atletas (número de lesões, de treinos falhados e dor), através da ansiedade (somática, cognitiva e total). Para isso, foi conduzida uma investigação com 185 atletas com uma média de 28 anos de idade, que preencheram um inquérito online sobre vinculação, ansiedade e lesões desportivas. Na análise dos resultados, verificamos a existência de uma relação direta entre vinculação e ansiedade, uma relação direta entre ansiedade e número e impacto das lesões, uma relação indireta entre vinculação e número e impacto das lesões, via ansiedade, e modelos globais de mediação envolvendo as três medidas. Não foram encontrados resultados na relação direta entre vinculação e número e impacto das lesões.

Estes resultados confirmam a nossa hipótese de que a vinculação, como um dos principais preditores da ansiedade, exerce impacto nos níveis de ansiedade competitiva e esta, por sua vez, determina a vulnerabilidade do atleta a lesões, devido à perda de níveis de concentração/atenção durante os treinos e jogos e/ou à capacidade reduzida ou insuficiente de perceção de estímulos ameaçadores. Desta forma, o papel do psicólogo do desporto é valorizado, já que a evidência do impacto de fatores psicológicos como vinculação e ansiedade nas lesões demonstra o papel diferenciador, baseado na prevenção destes fatores, que estes profissionais podem desempenhar nas estruturas de clubes desportivos.

Palavras-chave: Dimensões de vinculação; Ansiedade; Lesões desportivas; Prevenção de fatores psicológicos; Desporto.

Abstract

Sports injuries are an intrinsic part of sporting contexts, often leading to studies in the field of Sports Psychology. By understanding the emergence of injury as determined, on the one hand, by the specificities of each sport, and, on the other hand, by psychological factors such as anxiety and stress, this study aimed to promote innovative scientific knowledge based on the importance of preventing psychological factors in injury susceptibility. Anxiety is assumed as the main psychological predictor related to the likelihood of injury in athletes. Attachment, in turn, in the form of a significant relationship between attachment figure and attached figure, is one of the main predictors of anxiety levels observed in individuals. Based on this evidence, we sought to understand whether attachment (in the form of three dimensions: close, depend, and anxiety) was associated with the number and impact of injuries in athletes (number of injuries, missed training sessions, and perceived pain), through anxiety (somatic, cognitive, and total). For this purpose, a study was conducted with 185 athletes with an average age of 28 years, who completed an online survey on attachment, anxiety, and sports injuries. Overall, we found a direct relationship between attachment and anxiety, a direct relationship between anxiety and the number and impact of injuries, an indirect relationship between attachment and the number and impact of injuries, via anxiety, and global mediation models involving all three measures. No results were found in the direct relationship between attachment and the number and impact of injuries.

These results confirm our hypothesis that attachment, as one of the main predictors of anxiety, impacts competitive anxiety levels, which, in turn, determine the athlete's vulnerability to injuries due to the loss of concentration/attention levels during training and games and/or reduced or insufficient ability to perceive threatening stimuli. Thus, the role of sports psychologists is emphasized, as evidence of the impact of psychological factors such as attachment and anxiety on injuries demonstrates the differentiating role, based on the prevention of these factors, that these professionals can play in sport clubs' structures.

Keywords: Attachment dimensions; Anxiety; Sports injuries; Prevention of psychological factors; Sports.

Índice

1. Introdução	1
Os fatores psicológicos da lesão	2
Modelo de Buceta (1996).....	2
Vinculação	4
Ansiedade e lesões	6
Objetivo do estudo	7
2. Método.....	8
Participantes.....	8
Procedimento.....	10
Instrumentos	10
Estratégia de análise de dados	12
3. Resultados	13
4. Discussão	24
Implicações para a prática.....	29
Limitações e sugestões para estudos futuros	30
5. Conclusão	31
Referências	32

Índice de figuras

Figura 1. Modelo de Buceta, 1996.....	4
--	---

Índice de tabelas

Tabela 1. Caraterização sociodemográfica da amostra (n = 185).....	9
Tabela 2. Estatísticas descritivas e correlações entre todas as variáveis em estudo.....	14
Tabela 3. Modelos globais de mediação – subescalas da ansiedade.....	15
Tabela 4. Modelos globais de mediação – ansiedade total.....	16
Tabela 5. Efeitos diretos da vinculação na ansiedade – subescalas da ansiedade.....	17
Tabela 6. Efeitos diretos da vinculação na ansiedade – ansiedade total.....	17
Tabela 7. Efeitos diretos da vinculação no número e impacto das lesões – subescalas da ansiedade.....	18
Tabela 8. Efeitos diretos da vinculação no número e impacto das lesões – ansiedade total.....	18
Tabela 9. Efeitos diretos da ansiedade no número e impacto das lesões – subescalas da ansiedade	20
Tabela 10. . Efeitos diretos da ansiedade no número e impacto das lesões – ansiedade total.....	21
Tabela 11. Efeitos indiretos dos níveis de vinculação no número e impacto das lesões - subescalas da ansiedade.....	22
Tabela 12. Efeitos indiretos dos níveis de vinculação no número e impacto das lesões – ansiedade total	23

Índice de abreviaturas

EVA	Escala de Vinculação do Adulto
EAD-2	Escala de Ansiedade Desportiva - 2
QNMD	Questionário Nórdico Músculo-Esquelético

1. Introdução

Apesar de toda a evolução e progresso em termos de treino e equipamento, a lesão continua a ser uma componente intrínseca ao contexto desportivo. Ninguém que esteja integrado na prática desportiva se pode considerar imune a esse risco (Gould & Udry, 1994; citado em Cruz & Dias, 1996; Krug et al., 2000). Uma lesão desportiva define-se como qualquer alteração tecidual ocorrida na musculatura esquelética, surgindo durante a participação em atividades desportivas, gerando uma disfunção do organismo, que produz dor e leva à interrupção ou limitação da prática desportiva (Zafra, Montalvo & Sánchez, 2006).

As lesões desportivas podem ser crónicas, também denominadas por lesões de sobrecarga, e são resultantes da repetição diária de um movimento específico (Cook & Purdam, 2009). Este tipo de lesão caracteriza-se por dor, perda de função da zona corporal afetada e limitação na prática desportiva, como a ausência de treinos ou um desempenho condicionado, assim como também cria dificuldades na realização das atividades de vida diária.

Por outro lado, podem surgir as lesões agudas, resultantes de um acidente durante a prática desportiva (Pluim et al., 2006). Este “acidente” pode emergir da natureza intrínseca de cada modalidade desportiva, como por exemplo, no futebol devido aos movimentos exigidos, como o remate, ocorrem regularmente estiramentos musculares (Simionato, 2015). Pode também surgir de um conjunto de fatores tais como a ansiedade, o stresse ou as características pessoais do atleta que, de forma indireta, potenciam a lesão. Neste sentido, procurando ir além dos naturais fatores físicos, como a sobrecarga, a fragilidade óssea ou o movimento corporal defeituoso, segundo um estudo de Heil et al. (1993), constatou-se que cerca de metade das lesões (48.3 %) estavam relacionadas com fatores internos ao atleta.

Dada a importância dos fatores psicológicos no surgimento de lesões, um aspeto fundamental a ter em conta quando se lida com uma lesão desportiva é a prevenção (Hejna et al., 1982). Qualquer proposta de intervenção profissional deveria ressaltar a importância da prevenção mais do que a intervenção da pós-lesão, dado o benefício psicológico que representa (Palmi, 1995).

Em função do predomínio de estudos acerca do impacto da psicologia na fase de reabilitação pós-lesão do atleta, esta investigação assumiu um carácter inovador assente na importância e no impacto que a prevenção de fatores psicossociais pode ter numa redução da vulnerabilidade à lesão por parte dos atletas (Tavares, 2019).

Os fatores psicológicos da lesão

A forma como surgem as lesões pode estar relacionada não só com fatores físicos, mas também psicológicos (Williams & Roepke, 1993; citado em Tavares, 2019). O stresse e ansiedade gerados pelos acontecimentos de vida dos atletas bem como os fatores de personalidade que medeiam as respostas de ansiedade e o surgimento de lesões desportivas são os principais fatores psicossociais de risco de predisposição do atleta à lesão (Cruz & Dias, 1996). Em conformidade com esta premissa, uma investigação com jogadores de beisebol evidenciou que atletas com níveis elevados de ansiedade-traço e ansiedade-estado durante a competição, sofriam um maior número de lesões enquanto lançadores com maiores índices de autoconfiança e capacidade de controlo sobre estratégias de coping negativas (evitamento, negação, comportamentos autodestrutivos), vivenciavam um menor número de lesões (Garit et al., 2021). Os resultados deste estudo sustentam a evidência do modelo de Buceta (1996) (Figura 1), salientando o impacto que a dimensão psicológica do atleta tem sobre a maior ou menor probabilidade de lesão à qual o mesmo está exposto.

Modelo de Buceta (1996)

O modelo de Buceta (1996) (ver Figura 1) explica o modo como os fatores psicológicos podem estar na origem de uma maior vulnerabilidade ao aparecimento da lesão no contexto desportivo. O mesmo define um conjunto de situações potencialmente stressantes, como os estímulos associados a lesões anteriores ou as exigências da competição. A primeira numa perspetiva de lesões anteriores como preditoras de uma maior vulnerabilidade ao aparecimento de lesões, fruto de uma avaliação cognitiva que aumenta a perceção de ameaça de lesão durante a prática desportiva (Cruz & Dias, 1996). A segunda pelos estímulos diferenciados aos quais são expostos os atletas bem como pelo ambiente envolvente que é gerado em contexto de competição (Cruz, 1994; Mahoney, 1989; Martens et al., 1990; citado em Cruz, 1996).

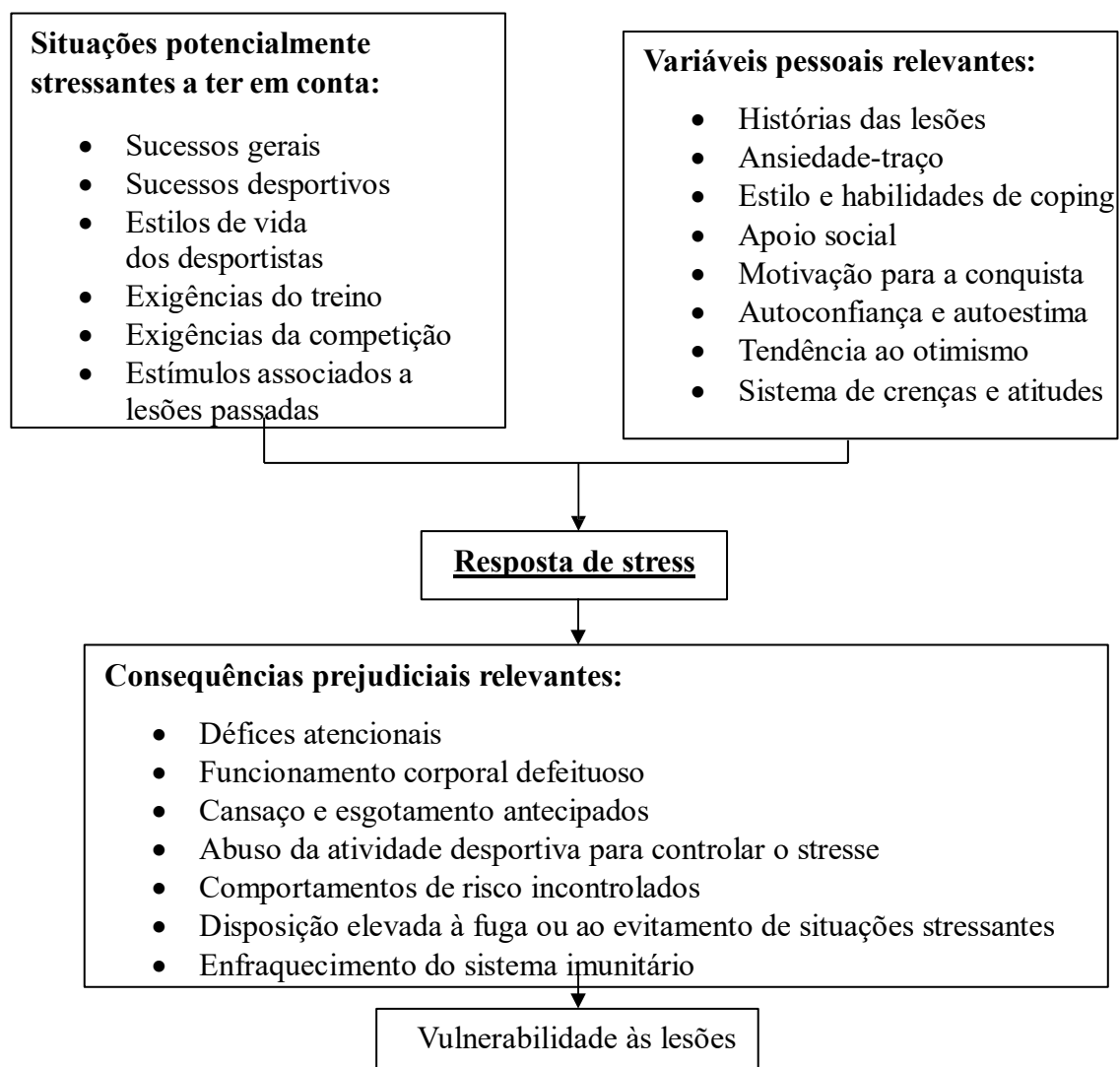
Este conjunto de situações conjugadas com determinadas variáveis pessoais relevantes, como os índices de ansiedade-traço ou os níveis de autoestima e autoconfiança, geram respostas de stresse no atleta, sendo este o fator psicológico central responsável por despoletar lesões desportivas (Li et al., 2017). Nesta sequência, a presença deste fator leva a um conjunto de

comportamentos como défices atencionais, funcionamento corporal defeituoso, cansaço e esgotamento antecipados, abuso da atividade desportiva para controlar o stresse, comportamentos de risco incontrolados, disposição elevada à fuga ou ao evitamento de situações stressantes e enfraquecimento do sistema imunitário, que naturalmente culminam com uma maior suscetibilidade à lesão.

Por exemplo, um atleta com um alto nível de ansiedade, geralmente, perante situações ameaçadoras como a prática desportiva em competição num ambiente adverso, tende a comportar-se desproporcionalmente, existindo uma perda de foco do atleta, interrompendo a regulação da atividade física, promovendo um movimento do corpo desajustado e aumentando assim, exponencialmente, o risco de lesão.

Figura 1.

Modelo Buceta, 1996.



Considerando a relevância das variáveis pessoais para a propensão de lesões, tornou-se relevante precisar a forma como elas surgem, isto é, de que forma são determinados os níveis de ansiedade-traço ou ansiedade-estado, de otimismo, de autoconfiança e autoestima, entre os vários outros fatores determinantes. De uma forma generalizada, um dos principais preditores dessas variáveis pessoais é a vinculação, ou seja, as relações de vinculação que os indivíduos estabelecem com as suas figuras vinculativas (Nielsen et al., 2017). Na mesma senda daquilo que ocorre em termos do papel da psicologia sobre as lesões, isto é, a maior valorização na perspectiva da reabilitação comparativamente com a prevenção, a perspectiva em termos da vinculação é equiparável no sentido em que as relações significativas do indivíduo são mais valorizadas no momento de recuperação da lesão em comparação com a importância que elas podem adquirir na prevenção e evitamento do surgimento das mesmas (Meredith et al., 2005).

Vinculação

A vinculação consiste na conexão emocional, psicológica e comportamental que se desenvolve entre indivíduos (Bowlby, 1982). Assume-se como um conceito que começa a ser criado desde uma fase bastante embrionária da nossa existência, podendo inclusive ter início no interior do ventre materno, a denominada vinculação materno-fetal (Cranley, 1981). Pautase pela relação que os bebés desenvolvem com os seus cuidadores principais ao longo de todo o seu processo de infância (Fearon & Roisman, 2017) e que assume um carácter determinante no padrão de relações que o indivíduo irá desenvolver ao longo da vida, aquilo a que damos o nome de modelos internos dinâmicos (Bretherton & Munholland, 2008). Estes são representações mentais generalizadas e estáveis sobre o self, os outros e o mundo resultantes das experiências de aprendizagem que se vão tornando mais complexas e generalizáveis e com os quais o sujeito percebe os acontecimentos, prevê o futuro e planeia as ações (Ainsworth et al., 2015).

A vinculação pressupõe uma figura de vinculação e uma figura vinculada, e a relação entre ambas deve estar assente no apoio emocional, na base segura que a figura de vinculação deve ser relativamente à figura vinculada. Esta base segura consiste em simultaneamente promover e dar liberdade à figura vinculada para explorar, para se desenvolver, mas também a figura de vinculação ser uma fonte de conforto e segurança à qual ela pode recorrer sempre que

necessitar (Ainsworth et al., 2015). Neste sentido, os estilos e padrões de vinculação são definidos pela forma como estes comportamentos estão presentes nessas relações e na forma como eles propiciam as respostas por parte da figura vinculada perante a proximidade ou separação emocional da figura de vinculação (Mikulincer & Shaver, 2010).

O estilo de vinculação seguro prediz indivíduos que procuram ser autônomos, apresentam uma maior capacidade para regular estados emocionais negativos e lidar com problemas da vida, apresentam-se confortáveis em estabelecer novas relações e tendem a confiar com facilidade no outro. Todavia, em simultâneo, necessitam de ajuda emocional da sua figura de vinculação (Salinas-Quiroz et al., 2023).

No que toca ao estilo de vinculação preocupado, os sujeitos desenvolvem sensações de ansiedade e de ineficácia pessoal, sentem que não têm qualquer tipo de controlo sobre o ambiente onde estão inseridos, embora se apresentem confortáveis perante a aproximação e com facilidade em confiar no outro. Concentram-se nas suas próprias angústias, ruminando em pensamentos negativos e adotando mecanismos de coping centrados em emoções que pioram o seu sofrimento em vez de diminuí-lo (Simpson & Rhodes, 2017).

O estilo de vinculação amedrontado é caracterizado por indivíduos que apresentam níveis consideráveis de ansiedade, com medo da rejeição, o que os impede de procurarem novos relacionamentos/amizades íntimas, têm dificuldades em confiar no outro e adotam uma estratégia de regulação emocional assente na supressão das emoções (Edelstein & Shaver, 2004).

O estudo de Zhang et al. (2022) comprovou que padrões de vinculação preocupados e amedrontados estão associados a elevados níveis de indicadores negativos relativamente à saúde mental, como sentimentos de depressão, ansiedade, solidão, dificuldades na regulação emocional e afeto negativo. Consequentemente, estes indivíduos apresentam baixos níveis de satisfação com a vida, afeto positivo, bem-estar psicológico e autoestima positiva.

Já no que diz respeito ao estilo de vinculação desligado, são sujeitos que possuem uma elevada orientação para a realização e a sua estratégia de regulação emocional consiste, por um lado, na negação das necessidades afetivas uma vez que não percecionam as relações como relevantes e, por outro, na autossuficiência emocional, tentando não ser vulneráveis à rejeição e aos sentimentos negativos (Anderson & Guerrero, 1998). Sintetizando, são indivíduos que não se sentem confortáveis com a proximidade nem apresentam facilidade para confiar nas pessoas (Sonnby-Borgström & Jönsson, 2004).

Em suma, a forma como cada indivíduo se enquadra nos diferentes estilos está intimamente relacionada com o grau em que se sente confortável com a proximidade, a forma como desenvolve a confiança nos outros e os índices relativos à ansiedade que apresenta perante a possibilidade de separação da figura de vinculação (Collins & Read, 1990). Os níveis que cada indivíduo apresenta relativamente a estas três dimensões determinam o estilo de vinculação presente nas suas relações significativas, que têm impacto na saúde mental, assumindo-se como bons preditores dos níveis de ansiedade presente nas figuras vinculadas (Salinas-Quiroz, 2023). Como referido anteriormente, a ansiedade e o stresse assumem-se com as causas psicológicas centrais para o surgimento de lesões (Sajedi, H., & Kirkbir, F., 2020).

Ansiedade e lesões

Um estudo de Eskandari et al. (2016) concluiu que existe uma relação direta e significativa entre o nível de ansiedade competitiva (física, cognitiva e descentralização) e a quantidade total de lesões desportivas que ocorreram aos atletas durante as competições, sendo que quanto maior foi a ansiedade competitiva, maior foi o número de lesões desportivas nos atletas.

Numa perspetiva mais abrangente, ansiedade é definida como um sentimento de apreensão ou ameaça que gera um aumento de ativação fisiológica (Zurita-Ortega et al., 2018). No contexto do desporto, a ansiedade é um elemento essencial de estudo, pois está intimamente relacionada com a performance desportiva e com os períodos de lesão (Johnson et al., 2014; Besharat & Pourbohloul, 2011; citado em Zurita-Ortega et al., 2018).

Em situações de ansiedade, ocorrem alterações fisiológicas, a reconhecida ansiedade somática, que está ligada aos indicadores fisiológicos sentidos pelos atletas no desporto (Cruz & Gomes, 2007), como o aumento da tensão muscular, que dificulta a coordenação motora e reduz a flexibilidade dos atletas, o que acaba por originar lesões do âmbito muscular. Por outro lado, em termos da ansiedade cognitiva, podemos subdividir em duas dimensões, a preocupação e a perturbação da concentração. A primeira envolve apreensão do atleta relacionada com a possibilidade de obter um mau rendimento e preocupação acerca das consequências negativas

que daí podem advir. A segunda envolve dificuldades em manter a concentração em aspetos relevantes das tarefas a realizar (Cruz & Gomes, 2007).

A existência de ansiedade promove uma redução do foco de atenção e uma menor capacidade de tomar em atenção aspetos periféricos no seu campo de visão, que aumentam a probabilidade de surgimento de lesão (Martens, 1990). O aumento da ansiedade reduz o equilíbrio, reduz a coordenação entre as partes do corpo e, finalmente, reduz a concentração, o que pode levar a lesões entre os atletas em face da perda de equilíbrio e respetiva queda, colidindo com o jogador oposto e torcendo a perna ou outros membros (Weiß et al., 2024).

Objetivo do estudo

A ansiedade é relativamente comum no desporto, levando o atleta a perder eficiência e a colocar-se em perigo enquanto compete (Sajedi, 2020). De acordo com um estudo de Ivarsson e Johnson (2010), atletas lesionados apresentavam um nível superior de ansiedade-traço e ansiedade somática comparativamente aos atletas que não tinham sofrido lesões, sendo que também apresentavam uma maior suscetibilidade ao stresse comparativamente com atletas não lesionados. Dado que a vinculação parece ser um dos principais preditores da ansiedade (Salinas-Quiroz, 2023), o grau em que um atleta se sente próximo dos outros, confiam neles e/ou experiência ansiedade face ao abandono pode determinar os seus níveis de ansiedade competitiva, aumentando a sua vulnerabilidade a lesões, em virtude da perda de níveis de concentração/atenção durante os treinos e jogos e/ou reduzida ou insuficiente apreensão perante estímulos ameaçadores. Testar esta hipótese foi o principal objetivo deste estudo, que incidiu na relação entre variáveis que não haviam sido perspectivadas de forma conjunta até à data, o que lhe proporciona um carácter inovador e diferenciador. Este estudo é um contributo importante relativamente ao papel mediador dos sintomas de ansiedade na relação entre as dimensões de vinculação e o número e impacto de lesões em atletas.

2. Método

Participantes

O protocolo de avaliação deste estudo foi preenchido por 203 pessoas. A aplicação de dois critérios de inclusão (viz., praticar desporto e ter competido na época desportiva 2022/2023) e um critério de exclusão (viz., ser menor de idade) resultou na eliminação de 18 participantes, sendo a amostra final constituída por 185 atletas com idades entre os 18 e os 65 anos ($M = 28.05$, $DP = 11.53$). A amostra era maioritariamente composta por homens ($n = 140$, 75.7%) de nacionalidade portuguesa ($n = 181$, 97.8%), sendo que cerca de metade indicou ter completado o ensino secundário ($n = 87$, 47%). Em média, os atletas reportaram praticar desporto há 12.5 anos ($DP = 8.18$, mínimo = 1, máximo = 52), com uma prática semanal média de 7.08 horas ($DP = 3.40$, mínimo = 1, máximo = 18). Os desportos mais praticados pelos atletas foram o triatlo ($n = 39$, 21.1%) e o futebol ($n = 37$, 20%), sendo que grande parte indicaram ser atletas amadores ($n = 124$, 67%). A maioria dos atletas incluídos na amostra participaram em competições nacionais ($n = 133$, 71.9%), com uma média de aproximadamente 5 participações por atleta ($M = 4.89$, $DP = 9.56$). Para uma caracterização mais detalhada da amostra, ver Tabela 1.

Tabela 1*Caraterização sociodemográfica da amostra*

Caraterísticas sociodemográficas		<i>n</i>	%
Género	Masculino	140	75.7
	Feminino	28	23.8
	Outro	1	0.5
Nacionalidade	Portuguesa	181	97.8
	Outra	4	2.2
Escolaridade	Secundário	87	47
	Licenciatura	75	40
	Mestrado	20	10.8
	Básico	2	1.6
Tipo de desporto	Triatlo	39	21.1
	Futebol	37	20
	Andebol	28	15.1
	Futsal	22	11.9
	Rugby	22	11.9
	Voleibol	12	6.5
	Basquetebol	8	4.3
	Artes Marciais	8	4.3
	Hóquei em patins	5	2.7
	Ténis de mesa	4	2.2
Tipo de atleta	Amador	124	67
	Semiprofissional	37	20
	Profissional	14	7.6
	Recreativo	3	1.6
Participação em competições	Nacional	133	71.9
	Distrital	96	51.9
	Regional	92	49.7
	Internacional	41	22.2

Procedimento

O estudo foi implementado em formato online com recurso ao software LimeSurvey e a participação foi requerida com recurso às redes sociais assim como junto de vários clubes desportivos. Antes da participação, os participantes depararam-se com um consentimento informado, e após declararem a aceitação de participação no estudo, tinham acesso ao protocolo de avaliação. Este era composto por quatro questionários destinados a recolher informação de caracterização dos participantes, estilos de vinculação, ansiedade competitiva, e lesão. O estudo recebeu o parecer favorável da Comissão de Ética da FPCEUP.

Instrumentos

Questionário de Caracterização. Este era composto por um conjunto de questões tendo em vista a recolha de informação sociodemográfica (e.g., idade, género, escolaridade) bem como informação sobre a prática desportiva (e.g., tipo de atleta, o desporto que pratica, os anos de prática, as horas semanais de prática, etc.).

Escala de Vinculação do Adulto (EVA). Este é um instrumento adaptado à população portuguesa por Cannavaro (1995), com base no instrumento original Adult Attachment Scale-R, desenvolvido por Collins e Read (1990). Este instrumento tem por objetivo avaliar a vinculação nos adultos, a partir de três dimensões da vinculação: conforto com a proximidade, confiança nos outros e ansiedade face ao abandono. Cada dimensão é composta por 6 itens. Para cada um, é pedido aos participantes que indiquem em que medida cada afirmação os descreve, utilizando uma escala de 5 pontos, entre 1 “Nada caraterístico em mim” e 5 “Extremamente caraterístico em mim”. Assumindo a vinculação como um fenómeno categórico, os valores obtidos nas três dimensões são utilizados para classificar os participantes em quatro estilos de vinculação, nomeadamente, um estilo seguro e três tipos de estilo inseguro (i.e., preocupado, desligado e amedrontado). Contudo, recentemente, Zhang et al. (2022) sugeriu perspetivar as orientações da vinculação adulta em dimensões contínuas. Por isso, neste estudo, em vez de classificarmos os indivíduos relativamente ao estilo de vinculação, foi considerado o grau em que reportaram maior ou menor proximidade com outros, confiança nos outros e ansiedade face ao abandono. Assim, foram obtidos valores relativamente a cada

dimensão calculando a média dos respetivos itens. Neste estudo, as três subescalas mostraram valores de fiabilidade ($\alpha = .58$ para conforto com a proximidade, $\alpha = .51$ para confiança nos outros, $\alpha = .87$ para ansiedade face ao abandono).

Escala de Ansiedade no Desporto - 2 (EAD-2). Este é um instrumento de avaliação multidimensional do traço de ansiedade competitiva, traduzido por Cruz e Gomes (2007) a partir da “Sport Anxiety Scale-2” (SAS-2), desenvolvida por Smith, Smoll, Cumming e Grossbard (2006). O instrumento engloba um total de 15 itens, distribuídos por uma escala de ansiedade somática e duas escalas de ansiedade cognitiva, especificamente, preocupação e perturbação da concentração. Cada subescala é composta por 5 itens. Foi pedido aos participantes que indicassem com que frequência experienciaram cada uma das situações descritas, numa escala de quatro pontos (1 = Nunca; 4 = Quase sempre). Os resultados finais de cada subescala foram obtidos somando os valores atribuídos a cada um dos respetivos itens. Este instrumento também permite obter um valor total do traço de ansiedade competitiva, resultante do somatório das três subescalas. Neste estudo, a consistência interna quer das subescalas quer do questionário como um todo foram muito bons ($\alpha = .83$ para ansiedade somática, $\alpha = .91$ para ansiedade cognitiva – preocupação do tempo, $\alpha = .80$ para ansiedade cognitiva – perturbação da concentração, $\alpha = .90$ para ansiedade total).

Questionário Nórdico Músculo-Esquelético (QNMD). Este é um instrumento validado para a população portuguesa por Mesquita et al. (2010), com base no original “The Nordic Musculoskeletal Questionnaire” desenvolvido por Kuorinka et al. (1987). O instrumento inclui um diagrama corporal que identifica nove zonas (pescoço, ombros, cotovelos, punhos/mãos, região torácica, região lombar, ancas/coxas, joelhos e tornozelos/pés). É pedido aos participantes para indicar se já sofreram alguma lesão em cada uma delas, no último ano (e.g., “*Considerando os últimos 12 meses teve algum problema no pescoço, durante a prática da sua atividade desportiva?*”). A variável dependente “Número de lesões” foi obtida através do somatório do número de partes identificadas como tendo sofrido lesões. Para cada parte identificada como tendo sido alvo de uma lesão, foi ainda avaliado o seu impacto a dois níveis, pedindo ao atleta para (a) indicar se a mesma levou a que o atleta tivesse de faltar a treinos (e.g., “*Considerando os últimos 12 meses teve que faltar a algum treino da sua atividade desportiva, por causa de algum problema no pescoço?*”) e (b) classificar o nível da dor experienciada de 0 (*Sem dor*) a 10 (*Dor máxima*). Respetivamente, as variáveis dependentes foram obtidas através do somatório do número total de faltas a treinos (“Número de treinos falhados”) e da média do nível de dor (“Dor”) para as zonas corporais lesionadas.

Estratégia de análise de dados

Para a realização das análises estatísticas recorreu-se ao programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), na versão 27.

Numa primeira fase calculamos médias e desvios padrão, bem como a assimetria e a curtose das variáveis em estudo, o que nos permitiu analisar a distribuição das mesmas. Considerou-se não haver graves desvios à distribuição normal se os valores de assimetria e curtose, respetivamente, fossem abaixo de $|3|$ e $|10|$ (Kline, 2016).

Para testar o papel mediador da ansiedade na relação entre as dimensões de vinculação e o número e impacto das lesões do atleta foram realizadas análises de mediação, com recurso ao PROCESS v4.2 desenvolvido Andrew F. Hayes (Hayes, 2017). Organizamos as análises em dois conjuntos de modelos. No primeiro conjunto analisamos o papel mediador das três subescalas de ansiedade (ansiedade somática, preocupação e perturbação da concentração) na relação entre cada uma das dimensões da vinculação e cada uma das variáveis do número e impacto das lesões separadamente (total de 9 modelos). No segundo conjunto analisamos o papel mediador da ansiedade total na relação entre cada uma das dimensões da vinculação e cada uma das variáveis do número e impacto das lesões separadamente (total de 9 modelos). A qualidade de todos os modelos foi avaliada bem como todos os efeitos diretos e indiretos entre as variáveis.

3. Resultados

Análises preliminares

Na Tabela 2 apresentam-se as medidas descritivas de todas as variáveis. Como se pode ver pela análise dos valores de assimetria e curtose não se verificaram grandes desvios à distribuição normal dado que os valores foram, respetivamente, inferiores a 3 e 10 ($As < 1.55$, $Ku < 3.60$).

A análise das correlações entre todas as variáveis revelou que as dimensões da vinculação estavam relacionadas entre si ($-.34 < r < .35$), assim como as variáveis da ansiedade ($.42 < r < .86$) e do número e impacto das lesões ($.41 < r < .57$). Verificaram-se ainda correlações significativas entre as dimensões da vinculação e as variáveis de ansiedade ($-.21 < r < .42$) bem como entre as variáveis de ansiedade cognitiva – perturbação da concentração e ansiedade total com as variáveis do número e impacto das lesões ($.15 < r < .22$). Na Tabela 2 podem ser consultadas todas as correlações.

Tabela 2*Estatísticas descritivas e correlações entre as variáveis do estudo*

Variáveis	<i>M</i>	<i>DP</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Conforto com a Proximidade	3.62	0.50									
2. Confiança nos Outros	3.37	0.49	.35***								
3. Ansiedade face ao Abandono	2.18	0.78	-.33***	-.34***							
4. Ansiedade Somática	7.99	2.71	-.19**	-.15*	.30***						
5. Ansiedade Cognitiva - Preocupação do Tempo	12.64	3.97	-.16*	-.20**	.38***	.42***					
6. Ansiedade Cognitiva - Perturbação da Concentração	7.47	2.42	-.15*	-.15*	.33***	.55***	.52***				
7. Ansiedade Total	28.11	7.43	-.20**	-.21**	.42***	.77***	.86***	.81***			
8. Número de Lesões	1.96	1.63	-.08	-.14	.27***	.13	.12	.19**	.17*		
9. Número de Treinos Falhados	0.92	1.07	-.10	-.10	.10	.15*	.13	.15*	.17*	.57***	
10. Dor	4.93	2.75	-.09	-.09	.12	.11	.16*	.22**	.20**	.41***	.45***

Nota. * $p \leq .05$. ** $p \leq .01$. *** $p \leq .001$

Análise global dos modelos de mediação

Os resultados globais de todos os modelos testados podem ser consultados nas Tabelas 3 e 4.

Subescalas da ansiedade. Relativamente aos modelos de mediação entre vinculação e o número e impacto das lesões, incluindo as três variáveis de ansiedade como mediadoras, apenas quatro foram significativos. Nomeadamente, os modelos com a ansiedade somática e cognitiva a mediar as relações entre as três dimensões da vinculação e a dor ($R = .23$, $R^2 = .05$, $p = .04$) bem como o modelo com a ansiedade somática e cognitiva a mediar as relações entre a ansiedade face ao abandono e o número de lesões ($R = .29$, $R^2 = .08$, $p < .01$).

Ansiedade total. Relativamente aos modelos de mediação entre vinculação e o número e impacto das lesões, incluindo a variável da ansiedade total como mediadora, sete foram significativos. Nomeadamente, os modelos com a ansiedade total a mediar as relações entre o conforto com a proximidade e o número de treinos falhados e a dor ($R = .19$, $R^2 = .03$, $p = .04$; $R = .20$, $R^2 = .04$, $p = .02$), os modelos com a ansiedade total a mediar as relações entre a confiança nos outros e as três dimensões da lesão ($R = .20$, $R^2 = .04$, $p = .02$; $R = .19$, $R^2 = .03$, $p = .04$; $R = .20$, $R^2 = .04$, $p = .02$) e os modelos envolvendo a ansiedade total como mediadora das relações entre a ansiedade face ao abandono e o número de lesões e a dor ($R = .28$, $R^2 = .08$, $p < .001$; $R = .20$, $R^2 = .04$, $p = .02$).

Tabela 3

Modelos globais de mediação – subescalas da ansiedade

Modelos	R	R ²	F (4,180)	p
Conforto com a proximidade --> Ansiedade competitiva --> N° de lesões	.20	.04	1.86	.12
Conforto com a proximidade --> Ansiedade competitiva --> N° de treinos falhados	.19	.04	1.66	.16
Conforto com a proximidade --> Ansiedade competitiva --> Dor	.23	.05	2.56	.04
Confiança nos outros --> Ansiedade competitiva --> N° de lesões	.22	.05	2.30	.06
Confiança nos outros --> Ansiedade competitiva --> N° de treinos falhados	.19	.04	1.66	.16
Confiança nos outros --> Ansiedade competitiva --> Dor	.23	.05	2.55	.04
Ansiedade face ao abandono --> Ansiedade competitiva --> N° de lesões	.29	.08	4.17	.003
Ansiedade face ao abandono --> Ansiedade competitiva --> N° de treinos falhados	.18	.03	1.50	.20
Ansiedade face ao abandono --> Ansiedade competitiva --> Dor	.23	.05	2.51	.04

Tabela 4*Modelos globais de mediação – ansiedade total*

Modelos	<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>F</i> (4,180)	<i>p</i>
Conforto com a proximidade --> Ansiedade Total --> N° de lesões	.18	.03	2.94	.06
Conforto com a proximidade --> Ansiedade Total --> N° de treinos falhados	.19	.03	3.27	.04
Conforto com a proximidade --> Ansiedade Total --> Dor	.20	.04	3.84	.02
Confiança nos outros --> Ansiedade Total --> N° de lesões	.20	.04	3.78	.02
Confiança nos outros --> Ansiedade Total --> N° de treinos falhados	.19	.03	3.25	.04
Confiança nos outros --> Ansiedade Total --> Dor	.20	.04	3.86	.02
Ansiedade face ao abandono --> Ansiedade Total --> N° de lesões	.28	.08	7.49	<.001
Ansiedade face ao abandono --> Ansiedade Total --> N° de treinos falhados	.18	.03	2.93	.06
Ansiedade face ao abandono --> Ansiedade Total --> Dor	.20	.04	3.79	.02

Efeitos diretos das dimensões da vinculação na ansiedade

Subescalas de ansiedade. Verificamos a existência de efeitos diretos significativos das três subescalas de vinculação nas três subescalas de ansiedade. Nomeadamente, maiores níveis de conforto com a proximidade e de confiança nos outros, bem como menores níveis de ansiedade face ao abandono contribuíram para maior ansiedade quer somática quer cognitiva nas suas duas dimensões (i.e., preocupação do tempo e perturbação da concentração) ($B > 0.74$, $p < .04$). Os resultados completos apresentam-se na Tabela 5.

Ansiedade total. Verificamos que quanto maior o conforto com a proximidade ($B = -3.04$, $p < .01$) e a confiança nos outros ($B = -3.04$, $p < .01$) menor era a ansiedade total do atleta. Paralelamente, quanto maior a ansiedade face ao abandono ($B = 3.99$, $p < .001$), maior era a ansiedade total do atleta. Os resultados completos apresentam-se na Tabela 6.

Tabela 5*Efeitos diretos da vinculação na ansiedade – subescalas da ansiedade*

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Efeitos diretos do conforto com a proximidade na:				
Ansiedade somática	-1.03	0.40	-2.61	.01
Ansiedade cognitiva - preocupação do tempo	-1.27	0.58	-2.18	.03
Ansiedade cognitiva - perturbação da concentração	-0.74	0.36	-2.08	.04
Efeitos diretos da confiança nos outros				
Ansiedade somática	-0.85	0.41	-2.1	.04
Ansiedade cognitiva - preocupação do tempo	-1.63	0.59	-2.56	.01
Ansiedade cognitiva - perturbação da concentração	-0.76	0.36	-2.08	.04
Efeitos diretos da ansiedade face ao abandono				
Ansiedade somática	1.06	0.24	4.33	<.001
Ansiedade cognitiva - preocupação do tempo	1.90	0.35	5.47	<.001
Ansiedade cognitiva - perturbação da concentração	1.03	0.22	4.78	<.001

Tabela 6*Efeitos diretos da vinculação na ansiedade – ansiedade total*

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Conforto com a proximidade --> Ansiedade total	-3.04	1.08	-2.81	.006
Confiança nos outros --> Ansiedade total	-3.24	1.10	-2.94	.004
Ansiedade face ao abandono --> Ansiedade total	3.99	0.64	6.26	<.001

Efeitos diretos dos níveis de vinculação no número e impacto das lesões

Apenas se verificou um único efeito significativo, como é possível confirmar nas tabelas 7 e 8, entre ansiedade face ao abandono e o número de lesões, isto é, quanto maior a ansiedade face ao abandono ($B = .05, p < .01$), maior era o número de lesões sofridas pelo atleta.

Tabela 7*Efeitos diretos da vinculação no número e impacto das lesões – subescalas da ansiedade*

	B	SE	t	p
Efeitos diretos do conforto com a proximidade no/a				
Número de Lesões	-0.15	0.24	-0.58	.56
Número de Treinos Falhados	-0.15	0.16	-0.93	.35
Dor	-0.30	0.41	-0.72	.47
Efeitos diretos da confiança nos outros no/a				
Número de Lesões	-0.36	0.25	-1.43	.15
Número de Treinos Falhados	-0.15	0.17	-0.93	.35
Dor	-0.30	0.42	-0.71	.48
Efeitos diretos da ansiedade face ao abandono no/a				
Número de Lesões	0.50	0.16	3.04	.003
Número de Treinos Falhados	0.05	0.11	0.48	.63
Dor	0.16	0.28	0.57	.57

Tabela 8*Efeitos diretos da vinculação no número e impacto das lesões – ansiedade total*

	B	SE	t	p
Conforto com a Proximidade --> N° e impacto das lesões	-0.27 - (-0.14)	0.16 - 0.41	-0.95 - (-0.56)	.35 - .58
Conforto com a proximidade --> Número de lesões	-0.14	0.24	-0.56	.58
Conforto com a proximidade --> Número de treinos falhados	-0.15	0.16	-0.95	.35
Conforto com a proximidade --> Dor	-0.27	0.41	-0.66	.51
Confiança nos Outros --> N° e impacto das lesões	-0.35 - (-0.15)	0.16 - 0.42	-1.39 - (-0.68)	.17 - .50
Confiança nos outros --> Número de lesões	-0.35	0.25	-1.39	.17
Confiança nos outros --> Número de treinos falhados	-0.15	0.16	-0.92	.36
Confiança nos outros --> Dor	-0.28	0.42	-0.68	.50
Ansiedade face ao Abandono --> N° e impacto das lesões	0.05 - 0.50	0.11 - 0.28	0.47 - 3.02	.003 - .64
Ansiedade face ao abandono --> Número de lesões	0.50	0.16	3.02	.003
Ansiedade face ao abandono --> Número de treinos falhados	0.05	0.11	0.47	.64
Ansiedade face ao abandono --> Dor	0.16	0.28	0.57	.57

Efeitos diretos da ansiedade no número e impacto das lesões

Subescalas de ansiedade. Os resultados, apresentados na tabela 9, mostram que quanto maior a ansiedade cognitiva - perturbação da concentração ($B = 0.22 - 0.23, p = .04$), maior era a dor.

Ansiedade total. Verificamos que a ansiedade total reportada pelos atletas era preditora de um maior número de lesões vivenciada pelos atletas, ou seja, quanto maior era a ansiedade total nas mediações envolvendo o conforto com a proximidade e a confiança nos outros, maior era o número de lesões ($B = .04, p = .03; B = .03, p = .04$). Por outro lado, verificou-se que uma maior ansiedade total estava associada a um maior número de treinos falhados devido a lesão ($B = 0.02, p = .03-.05$) bem como a maior a dor vivenciada pelos atletas ($B = 0.07, p = .01-.03$). Os resultados estão deste efeito, estão presentes na tabela 10.

Tabela 9*Efeitos diretos da ansiedade no número e impacto das lesões – subescalas da ansiedade*

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Efeitos diretos da ansiedade somática no/a:				
Número de Lesões	0.01	0.05	0.20	.84
	-0.004	0.05	-0.08	.94
	0.01	0.05	0.18	.86
Número de Treinos Falhados	0.03	0.04	0.81	.42
	0.03	0.04	0.86	.39
	0.03	0.04	0.86	.38
Dor	-0.04	0.09	-0.39	.70
	-0.03	0.09	-0.37	.71
	-0.03	0.09	-0.35	.73
Efeitos diretos da ansiedade cognitiva - preocupação com o tempo no/a:				
Número de Lesões	0.01	0.04	0.21	.83
	-0.02	0.04	-0.44	.66
	0.002	0.04	0.07	.95
Número de Treinos Falhados	0.01	0.02	0.60	.55
	0.01	0.02	0.54	.59
	0.01	0.02	0.54	.59
Dor	0.04	0.06	0.69	.49
	0.04	0.06	0.59	.56
	0.04	0.06	0.64	.52
Efeitos diretos da ansiedade cognitiva - perturbação da concentração no/a:				
Número de Lesões	0.11	0.06	1.75	.08
	0.09	0.06	1.46	.15
	0.11	0.06	1.74	.08
Número de Treinos Falhados	0.03	0.04	0.76	.45
	0.03	0.04	0.73	.47
	0.03	0.04	0.76	.45
Dor	0.23	0.11	2.11	.04
	0.22	0.11	2.05	.04
	0.23	0.11	2.11	.04

Tabela 10*Efeitos diretos da ansiedade no número e impacto das lesões – ansiedade total*

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Ansiedade total --> Número de lesões	0.02 - 0.04	0.02	0.92 - 2.20	.03 - .36
Conforto com a proximidade --> Número de lesões	0.04	0.02	2.20	.03
Confiança nos outros --> Número de lesões	0.03	0.02	2.02	.04
Ansiedade face ao abandono --> Número de lesões	0.02	0.02	0.92	.36
Ansiedade total --> Número de treinos falhados	0.02	0.01	1.96 - 2.14	.03 - .05
Conforto com a proximidade --> Número de treinos falhados	0.02	0.01	2.14	.03
Confiança nos outros --> Número de treinos falhados	0.02	0.01	2.13	.03
Ansiedade face ao abandono --> Número de treinos falhados	0,02	0.01	1.96	.05
Ansiedade total --> Dor	0.07	0.03	2.20 - 2.50	.01 - .03
Conforto com a proximidade --> Dor	0.07	0.03	2.50	.01
Confiança nos outros --> Dor	0.07	0.03	2.49	.01
Ansiedade face ao abandono --> Dor	0.07	0.03	2.20	.03

Efeitos indiretos dos níveis de vinculação no número e impacto das lesões via ansiedade

Subescalas da ansiedade. Os resultados, apresentados na tabela 11, mostraram que a ansiedade foi um mediador da relação entre ansiedade face ao abandono e as variáveis da lesão. Especificamente, verificamos que as três dimensões da ansiedade como um todo (i.e., efeito total) mediaram a relação entre ansiedade face ao abandono e número de treinos falhados ($B = 0.09$, 95% CI = [0.01, 0.18]) e bem intensidade da dor ($B = 0.26$, 95% CI = [0.01, 0.54]). Além disso, a ansiedade cognitiva (perturbação da concentração) mediou a relação entre ansiedade face ao abandono e a dor, maior ansiedade face ao abandono estava associada a uma maior intensidade da dor ($B = 0.23$, 95% CI = [0.01, 0.50]).

Ansiedade total. Os resultados, apresentados na tabela 12, mostraram efeitos indiretos da ansiedade total como mediadora da relação entre a vinculação e número e impacto das lesões. Especificamente, verificamos que a ansiedade total mediou a relação entre (a) o conforto com

a proximidade e o número de lesões ($B = -0.11$, 95% CI = $[-0.24, -0.02]$); o número de treinos falhados ($B = -0.07$, 95% CI = $[-0.16, -0.01]$), e a intensidade da dor ($B = -0.20$, 95% CI = $[-0.45, -0.03]$); (b) a confiança nos outros e o número de lesões ($B = -0.10$, 95% CI = $[-0.27, -0.01]$), o número de treinos falhados ($B = -0.07$, 95% CI = $[-0.18, -0.01]$), e a intensidade da dor ($B = -0.22$, 95% CI = $[-0.51, -0.02]$); e (c) ansiedade face ao abandono e o número de treinos falhados ($B = 0.09$, 95% CI = $[0.01, 0.18]$) e a intensidade da dor ($B = 0.26$, 95% CI = $[0.03, 0.52]$), mas não o número de lesões.

Tabela 11

Efeitos indiretos dos níveis vinculação no número e impacto das lesões – subescalas da ansiedade

Modelos	B	SE	95% CI
Conforto com a proximidade --> número de lesões (efeito total)	-0.10	0.07	$[-0.25, 0.02]$
Ansiedade somática	-0.01	0.05	$[-0.11, 0.11]$
Ansiedade cognitiva - preocupação do tempo	-0.01	0.05	$[-0.13, 0.08]$
Ansiedade cognitiva - perturbação da concentração	-0.08	0.07	$[-0.24, 0.02]$
Conforto com a proximidade --> número de treinos falhados (efeito total)	-0.07	0.04	$[-0.16, 0.002]$
Ansiedade somática	-0.03	0.03	$[-0.10, 0.04]$
Ansiedade cognitiva - preocupação do tempo	-0.02	0.03	$[-0.10, 0.04]$
Ansiedade cognitiva - perturbação da concentração	-0.02	0.03	$[-0.10, 0.04]$
Conforto com a proximidade --> dor (efeito total)	-0.18	0.13	$[-0.46, 0.05]$
Ansiedade somática	0.04	0.08	$[-0.13, 0.22]$
Ansiedade cognitiva - preocupação do tempo	-0.05	0.09	$[-0.28, 0.10]$
Ansiedade cognitiva - perturbação da concentração	-0.17	0.11	$[-0.40, 0.004]$
Modelos			
Confiança nos outros --> número de lesões (efeito total)	-0.10	0.08	$[-0.27, 0.04]$
Ansiedade somática	-0.008	0.05	$[-0.12, 0.08]$
Ansiedade cognitiva - preocupação do tempo	-0.004	0.06	$[-0.13, 0.13]$
Ansiedade cognitiva - perturbação da concentração	-0.08	0.08	$[-0.27, 0.02]$
Confiança nos outros --> número de treinos falhados (efeito total)	-0.07	0.05	$[-0.19, 0.01]$
Ansiedade somática	-0.03	0.04	$[-0.12, 0.02]$
Ansiedade cognitiva - preocupação do tempo	-0.02	0.04	$[-0.11, 0.06]$
Ansiedade cognitiva - perturbação da concentração	-0.02	0.04	$[-0.12, 0.04]$
Confiança nos outros --> dor (efeito total)	-0.21	0.15	$[-0.53, 0.04]$
Ansiedade somática	0.03	0.07	$[-0.14, 0.18]$
Ansiedade cognitiva - preocupação do tempo	-0.06	0.11	$[-0.32, 0.14]$
Ansiedade cognitiva - perturbação da concentração	-0.17	0.13	$[-0.46, 0.03]$

Modelos	<i>B</i>	<i>SE</i>	95% CI
Ansiedade face ao abandono --> número de lesões (efeito total)	0.06	0.07	[-0.08, 0.22]
Ansiedade somática	-0.004	0.05	[-0.12, 0.10]
Ansiedade cognitiva - preocupação do tempo	-0.03	0.06	[-0.16, 0.09]
Ansiedade cognitiva - perturbação da concentração	0.09	0.07	[-0.03, 0.26]
Ansiedade face ao abandono --> número de treinos falhados (efeito total)	0.09	0.05	[0.01, 0.18]
Ansiedade somática	0.03	0.03	[-0.03, 0.10]
Ansiedade cognitiva - preocupação do tempo	0.03	0.05	[-0.07, 0.12]
Ansiedade cognitiva - perturbação da concentração	0.03	0.05	[-0.06, 0.13]
Ansiedade face ao abandono --> dor (efeito total)	0.26	0.13	[0.01, 0.54]
Ansiedade somática	-0.04	0.08	[-0.20, 0.14]
Ansiedade cognitiva - preocupação do tempo	0.07	0.12	[-0.17, 0.30]
Ansiedade cognitiva - perturbação da concentração	0.23	0.12	[0.01, 0.50]

Nota. CI = intervalo de confiança.

Tabela 12

Efeitos indiretos dos níveis de vinculação no número e impacto das lesões – ansiedade total

	<i>B</i>	<i>SE</i>	95% CI
Conforto com a proximidade			
Número de lesões	-0.11	0.06	[-0.24, -0.02]
Número de treinos Falhados	-0.07	0.04	[-0.16, -0.01]
Dor	- 0.20	0.11	[-0.45, -0.03]
Confiança nos Outros			
Número de lesões	-0.10	0.07	[-0.27, -0.01]
Número de treinos Falhados	-0.07	0.05	[-0.18, -0.01]
Dor	-0.22	0.13	[-0.51, -0.02]
Ansiedade face ao Abandono			
Número de lesões	0.06	0.07	[-0.07, 0.20]
Número de treinos Falhados	0.09	0.04	[0.01, 0.18]
Dor	0.26	0.12	[0.03, 0.52]

Nota. CI = intervalo de confiança.

4. Discussão

Este estudo procurou investigar o papel da ansiedade como variável mediadora da relação entre as dimensões de vinculação dos atletas e o número e impacto de lesões desportivas. Para isso, explorámos, por um lado, o efeito mediador das dimensões específicas da ansiedade, nomeadamente, a ansiedade somática e cognitiva (preocupação e perturbação da concentração) e, por outro lado, o efeito mediador da ansiedade total (Cruz & Gomes, 2007). Sendo a vinculação um dos principais preditores da ansiedade (Salinas-Quiroz, 2023), esperávamos que o grau em que um atleta se sente próximo dos outros, confia nos outros e/ou vivencia ansiedade face ao abandono fosse contribuir para os seus níveis de ansiedade competitiva, aumentando, por sua vez, a vulnerabilidade do atleta a lesões, em virtude da perda de níveis de concentração/atenção durante os treinos e jogos e/ou reduzida ou insuficiente capacidade de perceção de estímulos ameaçadores. De forma geral, os resultados do estudo confirmaram esta hipótese. Ainda assim, através da análise dos resultados globais dos modelos de mediação foi possível constatar que esta mediação foi mais evidente quando considerando o score compósito da ansiedade, considerando as três dimensões conjuntamente. Tratando-se de um estudo preliminar sobre o tema, optamos por, independentemente da significância dos modelos, analisarmos todos os efeitos diretos e indiretos observados, de forma a fornecer uma análise mais compreensiva sobre as relações. De seguida, analisamos os resultados referentes às relações diretas, que apoiam a interpretação dos efeitos indiretos, posteriormente discutidos.

Efeitos diretos: vinculação e ansiedade

De acordo com o expectável, os resultados evidenciaram a existência de efeitos diretos significativos das três dimensões de vinculação nas três subescalas de ansiedade. Os atletas que apresentaram níveis de conforto com a proximidade e confiança nos outros superiores e de ansiedade face ao abandono inferiores, vivenciaram menores níveis de ansiedade competitiva quer nas suas dimensões somática e cognitiva, quer na ansiedade total. A literatura refere que as relações de vinculação são determinantes na forma como influenciam certos indicadores relativos à saúde mental, nomeadamente a ansiedade (Rapee, 1997). Desta forma,

compreendemos que, desde cedo, as dinâmicas relacionais do atleta com as suas figuras de vinculação parecem ser fundamentais no rendimento competitivo do atleta, dado que perante maiores níveis de ansiedade, maior será a probabilidade de a mesma afetar e influenciar a preparação dele para o momento de competição (Woodman & Hardy, 2003).

No seio de relações onde predomine uma abertura para falar sobre os problemas, mas simultaneamente uma autonomia por parte da figura vinculada para os resolver, ao invés de os evitar, cria nela uma maior capacidade de regulação emocional e consequente capacidade de lidar com os problemas. Estas competências geram uma maior sensação de conforto com a proximidade e um à-vontade em relação aos outros que leva, tendencialmente, a uma vivência de menor ansiedade (Nielsen et al., 2017).

No domínio de relações entre figura vinculada e figura de vinculação em que impera a desconfiança e o sentimento de solidão, e onde está continuamente presente o afeto negativo (raiva, culpa, desgosto, medo), a tendência natural é recorrer a estratégias de regulação emocional assentes na supressão das emoções. É ainda comum a presença de um medo de rejeição, que molda o grau de contacto social para praticamente nulo. Estes indicadores implicam a redução dos níveis de conforto com a proximidade e confiança nos outros, exponenciando a ansiedade perante a possibilidade de abandono, o que parece culminar numa maior sensação de ansiedade por parte do atleta em situações de competição (Mikulincer & Shaver, 2016).

Efeitos diretos: ansiedade e lesões

Uma maior ansiedade competitiva é problemática devido à sua associação com lesões no contexto desportivo (Cruz, 1996). De forma geral, os nossos resultados confirmaram esta premissa ao mostrar que a ansiedade total reportada pelos atletas era preditora de um maior número de lesões por eles sofridas. Especificamente, os modelos que analisaram as dimensões da ansiedade, mostraram ainda que apenas a ansiedade cognitiva (perturbação da concentração) foi preditora da intensidade da dor, isto é, quanto mais os atletas reportaram sentir a sua concentração afetada, mais dolorosas parecem ter sido sentidas as lesões. Como um todo, estes resultados foram de encontro ao modelo teórico de Buceta (1996), que foi o ponto de partida

para o desenho do presente estudo. As respostas de stresse e a ansiedade geradas pelas exigências da competição desportiva – vivenciada como um situação extremamente stressante – promovem uma percepção da mesma como demasiado aversiva e ameaçadora (Cruz, 1994), o que conjugando com as variáveis pessoais (como as dimensões de vinculação mas não só; por exemplo, estilo de coping, ansiedade-traço, autoconfiança, autoestima, entre outras), vão expondo o atleta a consequências prejudiciais relevantes, que proporcionam uma maior vulnerabilidade às lesões desportivas e/ou à sua recuperação.

Neste sentido, torna-se importante precisar que a ansiedade cognitiva, como uma componente integrante das respostas de ansiedade e stresse, ao ser “ativada” pelos inúmeros estímulos relativos à competição e ao seu ambiente envolvente, parece conduzir a uma perturbação atencional e um aumento da falta de autoconfiança dos atletas (Martens et al., 1983). Consequentemente, leva-os a tornarem-se menos vigilantes a pistas de perigo do meio ambiente desportivo ou, ainda, menos atentos ao que estão a fazer, aumentando o risco de lesões acidentais (Smith et al., 1990). Além do aumento da vulnerabilidade à lesão, tal como aqui demonstrado, atletas com maior ansiedade cognitiva parecem apresentar uma maior sensibilidade perante sinais físicos como a sensação de dor, isto é, são sujeitos que normalmente desenvolvem uma hipervigilância à dor, o que os leva a estarem numa constante monitorização da mesma, acabando por aumentar a percepção subjetiva relativa à intensidade da dor (Edwards et al., 2006). De forma mais específica, indivíduos com níveis elevados de ansiedade cognitiva tendem a hiperbolizar a percepção da ameaça relativamente à dor, tendo uma interpretação da lesão como uma maior “ameaça” do que realmente é (Quartana et al., 2009).

Efeitos diretos: vinculação e lesões

Na relação direta da vinculação com o número e impacto de lesões, importa referir que apenas se verificou uma única associação significativa, nomeadamente, entre a ansiedade face ao abandono e o número de lesões. Temos encontrado este único efeito direto entre vinculação e lesões não é particularmente surpreendente, pois a nossa hipótese era que esta relação não seria direta, mas sim mediada pela ansiedade competitiva. A forma como a vinculação pode estar ligada ao número de lesões, de treinos falhados ou à dor, é determinada pelo efeito

mediador da ansiedade. A emergência da relação direta entre ansiedade face ao abandono e número de lesões pode ter a ver precisamente com a natureza desta dimensão da vinculação, que envolve uma componente de ansiedade. Esta dimensão define-se como o grau de ansiedade sentida pelo indivíduo, relacionada com questões interpessoais de receio de abandono ou de ser rejeitado (Canavarro et al., 2006). Assente nesta definição, é clara a sua aproximação com as variáveis de ansiedade, também evidente na análise das correlações (tabela 2), o que poderá estar na origem do efeito direto que obtivemos.

Efeitos indiretos

Tal como previsto, os resultados colocaram a ansiedade total como mediadora da relação entre a vinculação e número e impacto das lesões. Especificamente, verificamos que a ansiedade total mediou a relação entre (a) o conforto com a proximidade e o número de lesões, o número de treinos falhados, e a intensidade da dor; (b) a confiança nos outros e o número de lesões, o número de treinos falhados, e a intensidade da dor; e (c) a ansiedade face ao abandono e o número de treinos falhados e a intensidade da dor, mas não o número de lesões. Isto quer dizer que quanto maior era o conforto com a proximidade e a confiança nos outros, menor foi a ansiedade total e, sequencialmente, menor o número de lesões, de treinos falhados e intensidade da dor. Pelo contrário, quanto maior era a ansiedade face ao abandono, maior foi a ansiedade total e, conseqüentemente, maior foi o número de treinos falhados e maior foi a intensidade da dor do atleta. Em suma, verificamos uma relação clara entre vinculação e lesões via ansiedade, mas apenas quando considerada na sua globalidade. Nos modelos que analisaram as dimensões somática e cognitiva da ansiedade separadamente apenas encontramos dois efeitos. Um deles replica os resultados anteriores mostrando a ansiedade total (isto é, as três dimensões consideradas como um todo) como mediadora da relação entre ansiedade face ao abandono e número de treinos falhados devido a lesão bem como intensidade da dor. Só encontramos um único efeito mediador de uma dimensão específica da ansiedade, nomeadamente, quanto maior foi a ansiedade face ao abandono vivenciada pelo atleta, maior foi o nível de ansiedade cognitiva (perturbação da concentração) e, conseqüentemente, maior foi a intensidade da dor por ele sentida.

De forma geral, os resultados relativos ao efeito mediador da ansiedade na relação entre vinculação e lesões vão de encontro às nossas hipóteses e à literatura existente. A vinculação como um dos principais preditores do nível de ansiedade (Read et al., 2018), sob a égide de três dimensões está associada a maiores ou menores níveis de ansiedade competitiva. Como discutido anteriormente, o enquadramento das relações significativas que cada atleta tem em relação ao estilo de vinculação é determinante nos níveis de ansiedade que o mesmo apresenta. Os estilos de vinculação seguro e desligado predizem atletas com baixos níveis de ansiedade, enquanto estilos de vinculação preocupado e amedrontado indiciam maiores níveis de ansiedade (Salinas-Quiroz et al., 2023). Por sua vez, e tal como teorizado no modelo de Buceta (1996), a ansiedade constituiu-se como fator determinante não só da vulnerabilidade do atleta à lesão (Heil, 1993; Ivarsson et al., 2013; Pargman, 1993; Williams & Roepke, 1993), mas também do seu impacto, em termos de treinos falhados e dor percecionada.

Uma menor ansiedade competitiva e, por sua vez, menor vulnerabilidade às lesões parece surgir em atletas que experienciaram uma relação com as figuras de vinculação assente numa dualidade entre a procura de autonomia e a procura de ajuda emocional, que lhes permitiu desenvolver um maior conforto com a proximidade e confiança nos outros (Terzi, 2013). A presença consistente destas duas dimensões, proporciona uma maior sensação de bem-estar e capacidade de regular estados emocionais negativos, típicos de situações de competição, o que os leva a experienciar uma maior tranquilidade relativamente à competição, estando menos expostos ao risco de lesão, quer no que ao número diz respeito, quer relativamente ao impacto em termos de gravidade da lesão e da dor sentida (Gillath et al., 2008). Um menor impacto das lesões é desejável pois, confrontando-se com lesões menos graves e com uma sensação de dor mais reduzida, o prognóstico para a recuperação dos atletas torna-se mais favorável e menor é a probabilidade de complicações no processo de reabilitação (Kamper et al., 2008).

Por outro lado, atletas que vivenciaram relações em que predominavam estratégias de regulação assentes na negação das necessidades afetivas e na autossuficiência emocional, em que o medo da rejeição estava continuamente presente e dificultava o estabelecimento de relações, predomina um menor conforto com a proximidade e confiança nos outros (Miga et al., 2010). As consequências propiciadas por este padrão de relação com a figura de vinculação, aumentam os níveis de ansiedade do atleta em competição, o que aumenta o défice de atenção/concentração perante os estímulos que enfrenta, colocando-os numa posição de maior probabilidade de sofrerem as denominadas “lesões acidentais” (Zhang et al., 2022).

Implicações para a prática

A psicologia do desporto tem sido reconhecida pela sua importância para aumentar o rendimento desportivo, mas ainda não é muito popular associar esta área de conhecimento à prevenção de riscos psicossociais (Tavares, 2019). A baixa perceção sobre a relação entre variáveis psicológicas e surgimento de lesões constitui um fator de risco, dado que ter uma perceção realista ajustada é uma forma de prevenção. Dessa maneira, os atletas conseguem adotar comportamentos preventivos eficazes, assentes na identificação consciente dos estímulos exigentes que enfrentam e na consciência dos próprios recursos para os enfrentar (Garit et al., 2021). A prevenção de lesões deve ter em conta os fatores psicológicos de risco e centrar-se em aspetos como o treino de recursos psicológicos, planeamento conjunto com o atleta de objetivos realistas para o treino e competição e melhoria de recursos técnicos, promovendo feedback informativo ao atleta sobre a execução dos movimentos e criando condições que aproximem o mais possível o treino das condições e ambiente da competição (Carvalho, 2009). Em relação a este último, nada como recordar o momento em que Mikel Arteta, treinador do Arsenal FC, decidiu colocar a tocar o mítico “You’ll Never Walk Alone”, durante um treino de preparação de um jogo em Anfield Road, com o intuito de familiarizar e gerar habituação nos seus jogadores, com o ambiente que iriam encontrar mal entrassem em campo.

Este estudo representa um contributo ímpar no campo de investigação das lesões desportivas, ao demonstrar que as dimensões de vinculação têm uma relação com o nível de ansiedade do atleta que por sua vez influencia o aparecimento e as implicações das lesões. Estes resultados sustentam a importância da existência da figura do psicólogo no contexto desportivo. A evidência relativamente ao impacto (indireto) que as várias dimensões de vinculação tiveram no número de lesões, de treinos falhados e na intensidade de dor sentida, demonstram a forma como é importante desenvolver um trabalho preventivo sobre os fatores psicológicos. Para além disto, os resultados mostram como a presença de ansiedade em todos os atletas pode aumentar a vulnerabilidade à lesão dos atletas, influenciando assim o seu rendimento desportivo (Cruz, 1996). Em face disto, o psicólogo do desporto assume-se como um elemento fundamental no desenvolvimento junto dos atletas, de um trabalho de prevenção dos fatores psicológicos nas lesões, uma competência idiossincrática comparativamente às aptidões dos restantes profissionais integrantes de uma estrutura desportiva.

Limitações e sugestões para estudos futuros

Os resultados anteriormente discutidos deverão ser lidos à luz de, pelo menos, cinco limitações. Uma limitação do presente estudo foi a dimensão da amostra ($N = 185$). O método de divulgação foi *online*, no entanto a taxa de adesão foi baixa. A dimensão da amostra pode afetar a validade e a generalização das conclusões retiradas, uma vez que os resultados podem não ser representativos da população em geral. Uma amostra maior seria capaz de aumentar o poder estatístico do estudo e até a realização de análises mais complexas, o que teria sido benéfico. Aliás, o tamanho da amostra inviabilizou uma representatividade equitativa de atletas pelos quatro estilos de vinculação, originando a necessidade da nossa abordagem focada nas três dimensões da vinculação.

Apesar da referência à “lesão” ter sido concretizada através do termo “problema” (dor, desconforto ou dormência), a recolha de dados com o Questionário Nórdico Músculo-Esquelético foi exposta ao viés pessoal do participante tanto em termos daquilo que ele determinou como lesão, bem como daquilo que ele se recordou relativamente a lesões nessa época desportiva. Para além disto, este instrumento apenas contabilizou o número de partes do corpo lesionadas, não salvaguardando a possibilidade de o atleta ter tido mais do que uma lesão na mesma parte corporal. Em estudos futuros seria importante complementar a auto-perceção dos atletas com uma análise das lesões por profissionais de saúde, que tenham sido responsáveis pela avaliação e diagnóstico da lesão no atleta (Ekstrand et al., 2018).

O estudo realizado assumiu um desenho de investigação correlacional, que permite caraterizar a natureza das relações entre as diversas variáveis, todavia não possibilita retirar conclusões relativamente à causalidade (Ioannidis, 2005). Em estudos futuros com uma maior disponibilidade temporal, seria interessante a utilização de uma metodologia longitudinal, que permitisse acompanhar os participantes a longo prazo e constatando como as mudanças numa variável precedem mudanças noutra ao longo do tempo.

Apesar dos efeitos positivos, inerentes à heterogeneidade da amostra em relação ao desporto que praticam, seria útil replicar os modelos desenvolvidos neste estudo em atletas praticantes do mesmo desporto e procurar comparar resultados entre diferentes modalidades desportivas. Esta sugestão tem a sua relevância assente no facto de que determinadas lesões são inevitáveis, fruto da natureza competitiva de cada modalidade e concretizando estudos que focassem em atletas de uma única modalidade iria permitir controlar esse viés.

Por último, relativamente à consistência interna da escala de vinculação do adulto (EVA), importa ressaltar que a dimensão conforto com a proximidade e confiança nos outros apresentaram valores de consistência interna inferiores a .60, o que indicia que os itens que integram cada uma destas dimensões, podem não estar suficientemente correlacionados para medir esse construto (Cortina, 1993). No futuro seria importante perceber se este é um problema do instrumento, o que poderá requerer alguma modificação; ou se foi um artefacto do presente estudo.

5. Conclusão

Apesar das limitações, este trabalho traz um contributo importante para a área da Psicologia do Desporto a nível nacional e internacional, na medida em que apresenta uma análise pioneira da relação entre vinculação, ansiedade e lesões em atletas. O enfoque na importância da prevenção de fatores psicológicos demonstrou a relevância de dar seguimento a novos estudos relacionados com esta temática, que podem conduzir a resultados importantes no que ao número e impacto das lesões, durante a época desportiva, diz respeito.

A realização de mais estudos com objetivos semelhantes, possivelmente abordando novos fatores psicológicos, para além da vinculação, podem conduzir a um maior reconhecimento da significância do tema por parte de atletas, treinadores, equipas técnicas e instituições desportivas no geral. A partir do momento em que essa valoração passar a existir, o papel do psicólogo do desporto e a perceção da necessidade de o mesmo estar presente no seio dos clubes, vai ser mais valorizado.

Concluindo, os resultados alcançados nesta dissertação, apesar de preliminares, evidenciaram uma relação da vinculação dos atletas com número e impacto das lesões sofridas, via ansiedade experienciada na competição. Perspetivando o caminho a seguir posteriormente, consoante a validação por partes dos agentes envolventes dos contextos desportivos, será bastante possível e realista desenvolver um trabalho de prevenção quer diretamente junto de atletas, quer indiretamente trabalhando em cooperação com as equipas técnicas, que culmine numa redução da prevalência de lesões em atletas profissionais e não profissionais.

Referências

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (2015). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Psychology press. <https://doi.org/10.4324/9780203758045>
- Anderson, P. A. & Guerrero, L. K. (1998). Principles of communication and emotion in social interaction. In P. A. Anderson & L. K. Guerrero (Eds.), *Handbook of communication and emotion* (pp.49 – 88). London: Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-012057770-5/50005-9>
- Anunciação, L. (2021). *Conceitos e análises estatísticas com R e JASP*. Nila Press.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: retrospect and prospect. *American journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x>
- Bretherton, I., & Munholland, K. A. (2008). Internal working models in attachment relationships: Elaborating a central construct in attachment theory.
- Buceta, J. M. (1996). *Psicología y Lesiones Deportivas: Prevención y Recuperación*. Madrid: Dykinson.
- Canavarro, M. C., Dias, P., & Lima, V. (2006). A avaliação da vinculação do adulto: Uma revisão crítica a propósito da aplicação da Adult Attachment Scale-R (ASS-R) na população portuguesa. *Psicologia*, 20(1), 156-186. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v20i1.381>
- Carvalho, R. C. (2009). Aspectos psicológicos das lesões desportivas: prevenção e tratamento. *O Portal dos Psicólogos*.
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of personality and social psychology*, 58(4), 644.
- Cook, J. L., & Purdam, C. R. (2009). Is tendon pathology a continuum? A pathology model to explain the clinical presentation of load-induced tendinopathy. *British journal of sports medicine*, 43(6), 409-416. <https://doi.org/10.1136/bjsm.2008.051193>

- Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of applied psychology*, 78(1), 98. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0021-9010.78.1.98>
- Cranley, M. S. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing research*, 30(5), 281-284.
- Cruz, J. F. (1994). *Stress, ansiedade e rendimento na competição desportiva: Importância das competências e processos psicológicos*. Dissertação de doutoramento. Universidade do Minho: Braga.
- Cruz, J. F. A. (1996). Stress e ansiedade na competição desportiva: natureza, efeitos e avaliação. *Manual Psicologia do Desporto*. <https://hdl.handle.net/1822/21084>
- Cruz, J. F. A., & Dias, M. A. (1996). Factores psicológicos associados às lesões desportivas. *Manual Psicologia do Desporto*. <https://hdl.handle.net/1822/22156>
- Cruz, J. F., & Gomes, A. R. (2007). Escala de Ansiedade no Desporto (EAD-2) - Versão para investigação [The Sport Anxiety Scale-2: Version for research]. Manuscrito não publicado. Braga: Universidade do Minho.
- Edelstein, R. S., & Shaver, P. R. (2004). Avoidant attachment: Exploration of an oxymoron. In *Handbook of closeness and intimacy* (pp. 407-422). Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9781410610010>
- Edwards, R. R., Bingham III, C. O., Bathon, J., & Haythornthwaite, J. A. (2006). Catastrophizing and pain in arthritis, fibromyalgia, and other rheumatic diseases. *Arthritis Care & Research: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 55(2), 325-332. <https://doi.org/10.1002/art.21865>
- Ekstrand, J., Lundqvist, D., Lagerbäck, L., Vouillamoz, M., Papadimitiou, N., & Karlsson, J. (2018). Is there a correlation between coaches' leadership styles and injuries in elite football teams? A study of 36 elite teams in 17 countries. *British Journal of Sports Medicine*, 52(8), 527-531. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2017-098001>
- Fearon, R. P., & Roisman, G. I. (2017). Attachment theory: progress and future directions. *Current opinion in psychology*, 15, 131-136. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2017.03.002>

- Gillath, O., Selcuk, E., & Shaver, P. R. (2008). Moving toward a secure attachment style: Can repeated security priming help?. *Social and Personality Psychology Compass*, 2(4), 1651-1666. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2008.00120.x>
- Gomes, A. R., Martins, C., & Silva, L. (2011). Eating disordered behaviours in Portuguese athletes: The influence of personal, sport, and psychological variables. *European Eating Disorders Review*, 19(3), 190-200. <http://hdl.handle.net/1822/12443>
- Hayes, A. F. (2017). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. Guilford publications.
- Hejna, W. F., Rosenberg, A., Buturusis, D. J., & Krieger, A. (1982). The prevention of sports injuries in high school students through strength training. *Strength & Conditioning Journal*, 4(1), 28-31.
- Ioannidis, J. P. (2005). Why most published research findings are false. *PLoS medicine*, 2(8), e124. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004085>
- Ivarsson, A., & Johnson, U. (2010). Psychological factors as predictors of injuries among senior soccer players. A prospective study. *Journal of sports science & medicine*, 9(2), 347. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24149706>
- Ivarsson, A., Johnson, U., & Podlog, L. (2013). Psychological predictors of injury occurrence: a prospective investigation of professional Swedish soccer players. *Journal of sport rehabilitation*, 22(1), 19-26. <https://doi.org/10.1123/jsr.22.1.19>
- Kamper, S. J., Rebeck, T. J., Maher, C. G., McAuley, J. H., & Sterling, M. (2008). Course and prognostic factors of whiplash: a systematic review and meta-analysis. *Pain*, 138(3), 617-629. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2008.02.019>
- Kline, R. B. (2016). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (4th ed.). New York, NY: The Guilford Press.
- Krug, E. G., Sharma, G. K., & Lozano, R. (2000). The global burden of injuries. *American journal of public health*, 90(4), 523. <https://doi.org/10.2105/ajph.90.4.523>
- Li, H., Moreland, J. J., Peek-Asa, C., & Yang, J. (2017). Preseason anxiety and depressive symptoms and prospective injury risk in collegiate athletes. *The American journal of sports medicine*, 45(9), 2148-2155. <https://doi.org/10.1177/0363546517702847>

- Martens, R., Burton D., Vealey R., Smith D. & Bump L. (1983). *The development of the Competitive State Anxiety Inventory-2*. University of Urbana, Champaign-Illinois.
- Martens, R., Vealey, R.S., & Burton, D. (1990a). *Competitive anxiety in sport*, Champaign, IL: Human Kinetics.
- Meredith, P. J., Strong, J., & Feeney, J. A. (2005). Evidence of a relationship between adult attachment variables and appraisals of chronic pain. *Pain Research and Management*, 10, 191-200. <https://doi.org/10.1155/2005/745650>
- Mesquita, C. C., Ribeiro, J. C., & Moreira, P. (2010). Portuguese version of the standardized Nordic musculoskeletal questionnaire: cross cultural and reliability. *Journal of Public Health*, 18, 461-466. <https://doi.org/10.1007/s10389-010-0331-0>
- Miga, E. M., Hare, A., Allen, J. P., & Manning, N. (2010). The relation of insecure attachment states of mind and romantic attachment styles to adolescent aggression in romantic relationships. *Attachment & human development*, 12(5), 463-481. <https://doi.org/10.1080/14616734.2010.501971>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2010). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. Guilford Publications.
- Nielsen, S. K. K., Lønfeldt, N., Wolitzky-Taylor, K. B., Hageman, I., Vangkilde, S., & Daniel, S. I. F. (2017). Adult attachment style and anxiety—The mediating role of emotion regulation. *Journal of Affective Disorders*, 218, 253-259. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.04.047>
- Pargman, D. (Ed.) (1993). *Psychological bases of sport injuries*. Morgantown, WV: Fitness Information Technology. <http://dx.doi.org/10.1123/tsp.21.4.495>
- Pluim, B. M., Staal, J. B., Windler, G. E., & Jayanthi, N. (2006). Tennis injuries: occurrence, etiology, and prevention. *British journal of sports medicine*, 40(5), 415-423. <https://doi.org/10.1136/bjsm.2005.023184>
- Quartana, P. J., Campbell, C. M., & Edwards, R. R. (2009). Pain catastrophizing: a critical review. *Expert review of neurotherapeutics*, 9(5), 745-758. <https://doi.org/10.1586/ern.09.34>

- Rapee, R. M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 17(1), 47-67. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(96\)00040-2](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(96)00040-2)
- Read, D. L., Clark, G. I., Rock, A. J., & Coventry, W. L. (2018). Adult attachment and social anxiety: The mediating role of emotion regulation strategies. *PloS one*, 13(12), e0207514. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207514>
- Sajedi, H., & Kirkbir, F. (2020). The Effect of Competitive Anxiety on the Injury Level of Student-Athletes of Karadeniz Technical University. *Journal of Educational Issues*, 6(2), 98-106. <https://doi.org/10.5296/jei.v6i2.17365>
- Salinas-Quiroz, F., Domínguez-Espinosa, A. D. C., & Mercado, S. P. R. (2023). Impact of attachment styles, need for social approval, and emotional regulation on mental health: A parallel mediation model. *Revista de Psicología*, 41(1), 269-305. <https://doi.org/10.18800/psico.202301.011>
- Simionato, E. K. (2015). Lesões mais comuns em jogadores profissionais de futebol de campo. *Lecturas: Educación Física y Deportes*. <http://repositorio.unesc.net/handle/1/3141>
- Simpson, J. A., & Rholes, W. S. (2017). Adult attachment, stress, and romantic relationships. *Current opinion in psychology*, 13, 19-24. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.04.006>
- Smith, R. E., Smoll, F. L., & Schutz, R. W. (1990). Measurement and correlates of sport-specific cognitive and somatic trait anxiety: The Sport Anxiety Scale. *Anxiety research*, 2(4), 263-280. <https://doi.org/10.1080/08917779008248733>
- Smith, R. E., Smoll, F. L., Cumming, S. P., & Grossbard, J. R. (2006). Measurement of multidimensional sport performance anxiety in children and adults: The Sport Anxiety Scale-2. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 28, 479-501. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1123/jsep.28.4.479>
- Sonnby-Borgström, M., & Jönsson, P. (2004). Dismissing-avoidant pattern of attachment and mimicry reactions at different levels of information processing. *Scandinavian Journal of Psychology*, 45(2), 103-113. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2004.00385.x>
- Tavares, N. (2019). *Mind7 das Lesões*. Edições Mahatma.

- Terzi, S. (2013). Secure attachment style, coping with stress and resilience among university students. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 1(2), 97-109.
- Vlaeyen, J. W., & Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85(3), 317-332. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(99\)00242-0](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(99)00242-0)
- Weiß, M., Büttner, M., & Richlan, F. (2024). The Role of Sport Psychology in Injury Prevention and Rehabilitation in Junior Athletes. *Behavioral Sciences*, 14(3), 254. <https://doi.org/10.3390/bs14030254>
- Williams, J., & Roepke, N. (1993). Psychology of injury and injury rehabilitation. In R. Singer (Ed.), *Handbook of research on sport psychology*, New York: McMillan. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/9781118270011.ch18>
- Woodman, T. I. M., & Hardy, L. E. W. (2003). The relative impact of cognitive anxiety and self-confidence upon sport performance: A meta-analysis. *Journal of sports sciences*, 21(6), 443-457. <https://doi.org/10.1080/0264041031000101809>
- Zhang, X., Li, J., Xie, F., Chen, X., Xu, W., & Hudson, N. W. (2022). The relationship between adult attachment and mental health: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 123(5), 1089. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/pspp0000437>
- Zurita-Ortega, F., Chacón-Cuberos, R., Cofre-Bolados, C., Knox, E., & Muros, J. J. (2018). Relationship of resilience, anxiety and injuries in footballers: Structural equations analysis. *PloS one*, 13(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212083>