

REVISÃO DE LITERATURA

A Psicologia das Lesões Desportivas: importância da intervenção psicológica

Susana Veloso ¹ Ana Patrícia Pires ²

Assistente na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
 Coordenadora da Área de Psicologia do Desporto e das Actividades Físicas Mestre em Psicologia Desportiva
 Correspondência para: veloso.susana@clix.pt

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
 Finalista na Área de Psicologia do Desporto e das Actividades Físicas. Colaboradora no Serviço de Avaliação e Atendimento Psicológico

Resumo

Introdução: A psicologia das lesões desportivas representa um contributo essencial no tratamento das lesões. **Relevância:** A psicologia das lesões desportivas procura compreender melhor os aspectos psicológicos das lesões com objectivo de intervir na promoção da eficácia/eficiência da reabilitação ou tratamento das lesões e na prevenção de recidivas e/ou futuras lesões. **Objectivo:** Esta revisão procura, através de modelos explicativos das lesões (como o modelo do stress e lesão desportiva), compreender os factores de risco psicológico para o desenvolvimento de lesões. **Metodologia:** Baseada na experiência dos autores e na revisão da literatura que abrangeu os temas relacionados com determinantes psicológicas da lesão desportiva e reacções psicológicas à lesão, o processo de intervenção psicológica e seu interface com a recuperação do atleta. **Resultados e Discussão:** A avaliação psicológica, através de entrevista ou outros instrumentos de auto-relato, permite conhecer esses factores, permitindo que a intervenção psicológica seja individualizada e mais eficaz. **Conclusão:** A intervenção deve ser multidisciplinar, seguindo as várias fases do processo de recuperação psicológica e física. Sugerem-se algumas recomendações assentes no princípio de que não é apenas o psicólogo o responsável pela promoção dos aspectos psicológicos que facilitam a recuperação. Os restantes interlocutores, tais como médico, fisioterapeuta, treinador, preparador físico, e mesmo os colegas, amigos e família, têm um papel determinante, contribuir, pelo menos, para a rede de suporte social fundamental.

Palavras-Chave: Psicologia das lesões; avaliação e intervenção psicológica; intervenção multidisciplinar.

Abstract

Introduction: The psychology of athletic injury is very useful to injury treatment. **Relevance:** This science contributes to the efficacy/efficiency promotion of treatment and of injury prevention. **Aim:** This revision looks for to understand psychological risk factors in the development of injuries, by clarifying its models, such as stress model of athletic injury. **Methodology:** It is based on the authors' experience and in literature's revision which enclosed subjects related to psychological aspects and reactions, the process of psychological intervention and its interface with athletic recovery. **Results:** Psychological evaluation made by interview or self report questionnaire turns psychological intervention more efficient to each individual. **Conclusion:** The intervention must follow a multidiscipline model through several phases of psychological and physical recovery process. Some recommendations are suggested based on the principle that it is not only the psychologist who can help in psychological recovery. The other interlocutors such as doctor, physiotherapist, physical trainer, colleagues, friends and family play an essential role, at least, in social support.

Keywords: Psychology of athletic injuries; psychological assessment and intervention; multidisciplinary intervention

Introdução

As lesões são um acontecimento muito prevalente que afecta não só os contextos desportivos, mas também os contextos do exercício e recreação. O aumento de participação no desporto e actividade física foi acompanhado pelo aumento concomitante das lesões (Smith, 1996).

As consequências negativas das lesões ultrapassam claramente a saúde física dos indivíduos, afectando o seu bem-estar psicológico e podendo comprometer o equilíbrio e saúde mental. Sintomas psicológicos resultantes duma lesão, tais como, ansiedade,

depressão, medo, desespero, frustração, impaciência e a não adesão ao plano de tratamento caracterizam esse comprometimento (Botterill, Flint & Ievleva, 1996; Petrie, 1993; Leddy, Lambert & Ogles, 1994; Johnston & Carroll, 1998). As reacções psicológicas mais severas podem ter um impacto mais sério na vida do atleta que as próprias limitações físicas da lesão (Cornelius, 2002). A lesão deve ser vista como um desafio físico e psicológico para o atleta (Heil, 1993). É neste contexto que se insere a psicologia das lesões desportivas, que tem como objectivo aplicar o conhecimento científico da psicologia que contribui para optimização da

recuperação das lesões, assim como, a prevenção da sua ocorrência. Nas últimas décadas surgem trabalhos que reconhecem o papel das variáveis psicológicas e sociais na incidência e recuperação de uma lesão desportiva (Crossman, 1997).

As lesões constituem contratempos e adversidades, que infelizmente, não se podem evitar completamente, pois a própria actividade desportiva tem implícito o risco de ocorrerem. Rotella e Boyce (1998) resumem a importância da experiência de lesão para a carreira dum atleta: "A lesão é um risco necessariamente inerente ao treino desportivo. Em parte, o tornar-se um campeão está na atitude que se tem perante uma lesão através da reabilitação psicológica. Responder à motivação dos técnicos de reabilitação, animando-os, assim como a si próprio, é necessário. Mas também é importante desenvolver a resistência em jogar com dores e aguentá-las e saber quando parar, descansar e receber tratamento. Esta capacidade deve ser considerada igualmente importante" (p.90).

Estudos recentes têm demonstrado a influência positiva da intervenção psicológica na recuperação das lesões (Cupal & Brewer, 2001), no humor durante o tratamento (Johnson, 2000), nos recursos de coping (Evans, Hardy & Fleming, 2000), na auto-confiança dos atletas (Magyar & Duda, 2000) e na própria adesão ao tratamento (Brewer et al., 2000; Scherzer et al., 2001) (citado por Weinberg & Gould, 2003).

Outros estudos permitem compreender a influência que as variáveis psicológicas têm no sucesso do tratamento. Num estudo de Larson e colaboradores (1996) com 482 treinadores foi possível concluir que as principais características dos atletas que lidam eficazmente com a situação de lesão são: cumprem bem o plano de recuperação, têm uma atitude positiva perante o estatuto de lesionado e pela vida em geral, são mais motivados, dedicados e determinados, e fazem mais perguntas obtendo muita informação acerca da lesão. Destes treinadores, 90% consideram ser muito importante a intervenção nos aspectos psicológicos (citado por Weinberg & Gould, 2003).

Deste modo, a investigação sobre o papel dos factores psicológicos na recuperação das lesões, justifica a importância de complementar o tratamento com técnicas

psicológicas que promovem a eficácia dessa reabilitação.

Determinantes Psicológicos de lesões desportivas

As causas primárias das lesões desportivas em atletas são de origem fisiológica, como a fadiga física, sobretreino, problemas musculares ou articulares. No entanto factores psicológicos podem também contribuir para a ocorrência das lesões (Buceta, 1996; Lavalley & Flint, 1996, Johnson, 1997 citados por Samulski, 2002; Rotella & Heyman, 1986 citado por Weinberg & Gould, 2003).

Um dos factores psicológicos mais relacionado com as lesões desportivas é o *stress* (Weinberg & Gould, 2003). Atletas com maiores níveis de *stress* apresentam maior probabilidade de se lesionarem do que atletas com baixos níveis de *stress* nas suas vidas.

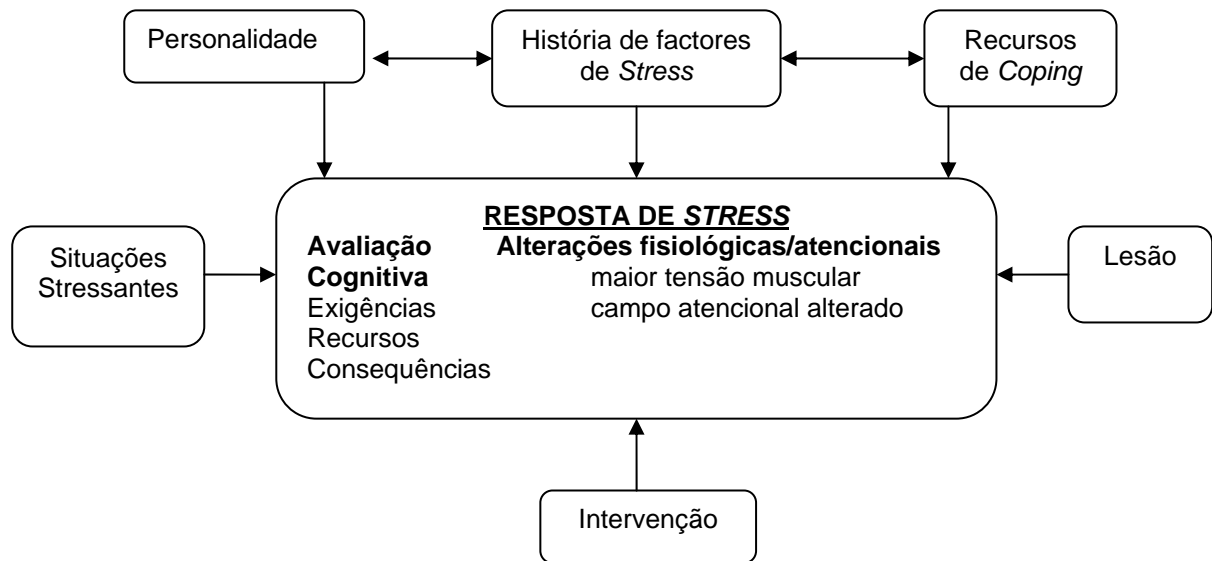
Um estudo revelou que indivíduos com baixa auto-estima, pessimistas, baixam vigor (Ford et al., 2000) ou com níveis elevados de ansiedade (Smith et al., 2000) sofriam mais lesões desportivas ou demoravam mais tempo na recuperação destas.

Mas os factores psicológicos têm outro papel importante no contexto desportivo, pois estes podem contribuir para uma melhor recuperação após uma lesão. É importante ter a consciência que a maioria das vezes as lesões desportivas não causam apenas danos físicos, afectam também o bem-estar psicológico do atleta, sendo este por norma, colocado em segundo plano.

O Modelo de *Stress* e Lesões no Desporto (Figura 1) desenvolvido por Anderson e Williams (1988) estabelece uma relação entre factores psicológicos e lesões desportivas (citado por Samulski, 2002). Este modelo possibilita a identificação de factores propícios ao desenvolvimento de uma lesão.

No centro deste modelo encontra-se a resposta ao *stress*, sendo esta uma resposta psicofisiológica. Na prática desportiva é normal um atleta passar por diferentes situações que se reflectem em diferentes respostas cognitivas. Estas podem ser positivas (e.g. perceber a situação como um desafio) ou negativas (e.g. perceber a situação como ameaçadora). Uma situação potencialmente stressante (e.g. competição

Figura 1: Modelo de Stress e Lesões (Anderson & Williams, 1988)



importante) pode contribuir para a ocorrência de uma lesão, dependendo da avaliação cognitiva que o atleta faz. Se perceber a situação como ameaçadora, esta avaliação cognitiva 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, da coordenação e eficiência muscular e acumulação de fadiga, deixando o atleta exposto à ocorrência de lesões. As alterações do campo atencional levam a um estreitamento do campo visual que pode não permitir que o atleta percepcione elementos ou situações que podem levar à ocorrência de lesões. Por outro lado, provocam também um aumento da distração retirando a focalização da tarefa que está a ser realizada, levando a uma má execução de movimentos Samulski, 2002).

O *stress* não é o único factor psicológico que pode levar ao surgimento de lesões desportivas: a personalidade, história de factores de *stress* e o *coping* influenciam o processo de resposta ao *stress* acima descrito. Estes factores vão ter influência na avaliação cognitiva de uma situação stressante podendo facilitar ou não a relação entre a resposta ao *stress* e a lesão.

Determinados traços de personalidade como o optimismo, auto-estima, vigor e ansiedade desempenham um papel moderador na relação entre a resposta ao *stress* e a lesão (Ford, Eklund & Gordon,

2000; Smith et al., 2000; citados por Weinberg & Gould, 2003).

A história de factores de *stress* é representada por eventos de vida como divórcio, alteração da situação financeira ou morte de um parente ou amigo; situações diárias stressantes como insatisfação com o trabalho, trânsito e lesões prévias. Na presença destes factores a relação entre a resposta ao *stress* e a lesão poderá ser potencializada (Anderson & Williams, 1993; Weinberg & Gould, 1999; citados por Samulski, 2002).

O *coping* ou aptidões de confronto refere-se às estratégias utilizadas (concentração, pensamentos positivos, etc.) para que o indivíduo possa lidar com situações stressantes, estas reduzem a probabilidade de ocorrência de uma lesão (Blackwell & MacCullagh, 1990; Petrie, 1993; citados por Samulski, 2002).

Reacções psicológicas à lesão

A presença de determinadas reacções psicológicas num atleta lesionado tem sido estudada e deu origem a vários modelos que explicam como um atleta reage à lesão desportiva. O Modelo de reacção do atleta à lesão desenvolvido por Kubler-Ross (1969) defende que após o surgimento de uma lesão, o atleta passa por cinco fases emocionais: (1ª) Negação, (2ª) Raiva, (3ª) Negociação, (4ª) Depressão, (5ª) Aceitação e Reorganização.

Após sofrer uma lesão, o atleta entra na fase de negação, pois custa-lhe a acreditar que a lesão lhe possa ter acontecido e tende a negar-lhe importância. Seguidamente, após perceber a situação em que está, passa para a fase de raiva, podendo tornar-se agressivo com as pessoas em seu redor. Na fase seguinte, o atleta começa a negociar consigo mesmo na tentativa de recuperar o mais rápido possível ignorando a sua real situação. Na quarta fase, o atleta reconhece a sua lesão e as consequências desta. Ao consciencializar-se que não poderá participar nos treinos e nas provas desportivas entra em depressão e sente incerteza sobre o seu futuro próximo na actividade desportiva. Por fim, o atleta passa à última fase, na qual aceita a sua lesão e prepara-se para o seu tratamento e posterior retorno à actividade.

A maioria dos atletas que sofre lesões desportivas passa por estas cinco fases, no entanto a facilidade e a rapidez de transição de uma fase para a seguinte varia de atleta para atleta.

Quando a reacção psicológica à lesão desportiva é inadequada, determinados sinais podem ajudar a identificar este tipo de desajustamento. De acordo com Petitpas e Danish (1995) há dez sinais de um ajuste potencialmente problemático a uma lesão desportiva: sentimento de confusão e raiva; obsessão com a questão de quando poderá regressar ao desporto; negação (e.g. “*A lesão não é nada de especial!*”); regresso precoce e repetitivo que leva a uma lesão recorrente; reclamações exageradas sobre as tarefas a realizar; queixas repetidas sobre pequenos problemas físicos; sentimento de culpa por não poder colaborar com a equipa; afastamento de pessoas significantes; súbitas alterações de humor; afirmar que independentemente do que seja feito nunca se vai recuperar (citado por Samulski, 2002).

Num estudo sobre reacções psicológicas após a lesão desportiva comprovou-se que a frustração e a depressão são as reacções mais comuns em atletas lesionados (Jonhston & Carroll, 1998, citado por Samulski, 2002).

O processo de reabilitação psicológica

Pesquisas na área da psicologia das lesões desportivas mostram claramente que uma abordagem holística é recomendada, pois complementa o tratamento físico com estratégias psicológicas que facilitam a recuperação da lesão. O primeiro passo no intuito de possibilitar uma abordagem deste tipo é a compreensão do processo da reabilitação psicológica e recuperação. A figura abaixo representada, descreve as três fases de recuperação que Bianco, Malo e Orlick (1999) identificaram num estudo com atletas de elite seriamente lesionados (Weinberg & Gould, 2003).

Na primeira fase, “Lesão – Doença”, o objectivo principal é ajudar o atleta a lidar com o estado emocional que acompanha o início da sua lesão. A maior fonte de *stress* nesta fase é a incerteza que acompanha a sua condição e ainda a necessidade de realizar um diagnóstico. Desta forma deve haver uma preocupação em ajudar o atleta a compreender a lesão que apresenta.

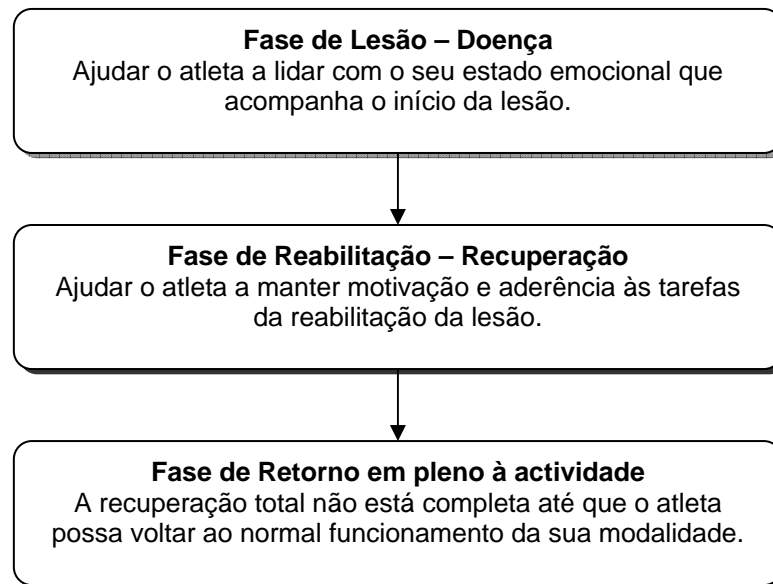
Na segunda fase, “Reabilitação – Recuperação”, deve-se ajudar o atleta a manter a motivação e adesão às tarefas da reabilitação da lesão. Nesta etapa estratégias psicológicas como a formulação de objectivos, pensamentos positivos são muito úteis.

Na última fase, “Retorno à actividade”, considera-se que o atleta, mesmo estando fisicamente apto para a participação desportiva, não tem a sua recuperação completa até retomar o normal funcionamento da modalidade. Evidências recentes revelam, que após uma grave lesão, retomar o normal funcionamento competitivo é mais difícil do que frequentemente se pensa e muitas vezes demora um tempo considerável (Evens et al., 2000, citado por Weinberg & Gould, 2003). Uma intervenção psicológica facilita o processo de recuperação da lesão desportiva através dos seus procedimentos, técnicas e estratégias.

Avaliação psicológica pós-lesão

Antes de se iniciar a intervenção psicológica, é importante que o psicólogo avalie convenientemente a situação e o estado psicológico do atleta. Para tal, pelo menos três tipos de avaliações são fundamentais para garantir um adequado acompanhamento psicológico de todo o processo de recuperação e a eficácia do mesmo:

Figura 2: Fases do processo de reabilitação psicológica (Evens et al., 2000; adaptado por Weinberg & Gould, 2003)



a avaliação da lesão, a avaliação do impacto emocional da lesão e a avaliação da adesão, rendimento e progresso no tratamento (Buceta, 1996).

Avaliação do alcance da lesão

A função de avaliar a gravidade e as consequências de uma lesão pertence à equipa médica, no entanto o psicólogo tem a função de conhecer a situação de forma a prevenir e controlar a ansiedade que uma lesão origina no atleta (Buceta, 1996). Como tal, é desejável obter alguma informação, como por exemplo: Em que consiste exactamente a lesão? A dor poderá impedir o atleta de dormir bem? Em que medida a lesão vai interferir com a actividade normal do desportista? Deve interromper a sua actividade? Vai praticar desporto estando lesionado? Com que limitações? Vai ser submetido a uma intervenção cirúrgica? Vai necessitar da ajuda de alguém na realização das suas tarefas diárias? Como pode ocupar o seu tempo? Irá recuperar totalmente? Quanto tempo necessitará para recuperar e retomar os treinos? Poderá recuperar o rendimento que tinha antes da lesão? Quando iniciará o processo de tratamento e em que vai consistir? Poderá aproveitar este tempo para melhorar competências psicológicas que podem servir para otimizar o seu rendimento e prevenir futuras lesões?

A obtenção de informação junto do treinador é muito relevante, pois permite ao psicólogo perceber se o atleta estará a fazer uma correcta avaliação da sua situação (Buceta, 1996). Algumas das questões mais importantes seriam: como era o rendimento do atleta antes de se lesionar? Existe a ameaça de perder o seu papel/estatuto na equipa? Irá perder alguma competição importante? Irá defrontar alguma competição importante menos preparado do que deveria devido à lesão?

Avaliação do impacto emocional da lesão

No período pós-lesão pode ser útil a aplicação de alguns questionários para avaliar o estado emocional do atleta lesionado, de forma a detectar manifestações emocionais que podem interferir de forma negativa com o processo de tratamento. Para avaliar com precisão as emoções do atleta lesionado um dos questionários mais indicados é o *Profile of Mood States* (POMS) (McNair, Lorr & Droppleman, 1971). Este instrumento é muito sensível às alterações emocionais que podem ocorrer desde o momento da lesão ao da recuperação, dando informação acerca do bom ou mau perfil emocional que o atleta vai apresentando. Um bom perfil emocional (consoante a fase de recuperação em que o atleta se encontra) pode indicar que o impacto negativo da lesão está a ser bem controlado, ou que o desportista se

encontra em boas condições psicológicas para levar a cabo as tarefas do tratamento, ou que se encontra emocionalmente preparado para retomar a sua actividade desportiva.

Podem também ser utilizadas escalas de autoavaliação de forma a assinalar a presença e o nível de intensidade de determinada emoção, ajudando desta forma, o psicólogo e o fisioterapeuta a compreender como se encontra o atleta.

A entrevista é um procedimento fundamental para uma correcta avaliação, pois através desta pode-se obter informação relevante sobre o estado emocional do atleta e quais as situações e cognições que podem estar a afectá-lo de forma negativa.

Avaliação da adesão, rendimento e progresso na reabilitação

A adesão ao programa de tratamento é fundamental para uma boa recuperação da lesão. Duda, Smart e Tappe (1989) distinguem três critérios da adesão: (1) Presença nas sessões de tratamento; (2) Cumprimento das tarefas prescritas e (3) Realização do esforço físico requerido em cada uma das tarefas (citado por Buceta, 1996). Podem ser elaborados registos que permitam avaliar estas questões. Para os dois primeiros critérios podem-se utilizar escalas objectivas de avaliação; para avaliar o terceiro critério recorre-se a uma escala de avaliação subjectiva (e.g. de 0 a 10) que permite quer ao atleta, quer ao fisioterapeuta avaliar o esforço aplicado nas tarefas. Esta mesma escala permite também avaliar a dor e o estado de ânimo durante as sessões.

Determinadas variáveis psicológicas, como a motivação interna para a modalidade e para as tarefas do tratamento, a crença na eficácia do tratamento e a percepção de apoio social por parte do fisioterapeuta, estão relacionadas com a adesão ao tratamento (Duda, Smart & Tappe, 1989, citados por Buceta, 1996). Desta forma, será de extrema utilidade avaliar estas variáveis. A entrevista com o atleta e o uso de outros instrumentos de avaliação são fundamentais para a avaliação de variáveis psicológicas que sejam determinantes para a adesão. Se o atleta apresenta objectivos que acredita verdadeiramente conseguir alcançar, e se considera que o plano de tratamento é o primeiro passo para tal, pode-

se esperar que a motivação seja muito favorável à adesão apropriada ao tratamento. Se o atleta tem objectivos, mas não acredita que conseguirá atingi-los, pode surgir uma situação de elevada ansiedade que afectará a sua correcta adesão ao tratamento. Nesta situação é necessário ajudar o atleta a estabelecer outros objectivos e a recuperar a sua autoconfiança.

O êxito do tratamento depende da adesão às suas tarefas e do rendimento do atleta nas mesmas. Um bom rendimento levará a uma percepção de domínio sobre as tarefas, o que incrementará a motivação para o tratamento que terá um impacto positivo na adesão a este.

A avaliação do rendimento pode fazer-se, inicialmente, utilizando como critério o empenho do atleta, depois pode exigir-se a este, que consiga obter determinados resultados ou que domine determinadas tarefas. O importante é estabelecer previamente critérios objectivos que devem ser cumpridos e elaborar-se o registo dos mesmos.

É também conveniente avaliar o progresso do atleta neste processo e as dificuldades que poderão impedir o mesmo. Poderão ser utilizadas escalas de avaliação para medir o rendimento nas tarefas do tratamento, de forma a servir como indicadores do progresso, estas podem ser complementadas com medidas objectivas (e.g. medir a força muscular adquirida no segmento afectado). A utilização deste tipo de registos periódicos de progresso aos quais o desportista tem acesso, tem um enorme valor terapêutico quando se observa um progresso favorável, pois afecta positivamente a motivação, autoconfiança e adesão do atleta.

Quando o progresso não é o esperado ou porque se avança lentamente, ou devido a retrocessos e ou complicações inesperadas, estes registos permitem ao atleta sentir um certo controlo sobre o processo de reabilitação e o resultado adverso pode ser tomado como ponto de partida, para avaliar quais as dificuldades que estão a interferir para se obter o progresso desejado (Buceta, 1996).

Intervenção psicológica nas lesões desportivas

Após uma avaliação detalhada de toda a situação, o psicólogo poderá prosseguir nas restantes fases do

processo de intervenção. A eficácia do acompanhamento psicológico no tratamento da lesão dependerá muito da relação que se estabelece com o atleta, do cuidado em informar o atleta acerca de todo o processo de tratamento e suas implicações (tarefa que deve antecipar a intervenção quer física, quer psicológica) e finalmente do ensino e implementação das técnicas psicológicas que facilitarão todo o processo de recuperação física e psicológica.

Estabelecimento da relação com o atleta lesionado

Quando um atleta sofre uma lesão, por norma, sente-se frustrado, confuso, vulnerável, deprimido, o que pode causar alguma dificuldade na relação entre atleta e psicólogo. Criar empatia com o atleta é extremamente importante. Dar suporte emocional através de comunicação constante e demonstrar preocupação podem ser aspectos essenciais para reduzir a sensação de isolamento social, esquecimento e afastamento desportivo provocados pela lesão. Um processo de reabilitação eficaz inicia-se com o estabelecimento de uma boa relação entre o atleta lesionado e psicólogo, este deve mostrar-se presente, conhecedor do processo de reabilitação e optimista. No entanto deve ter o cuidado de não ser excessivamente optimista de forma a não criar expectativas irrealistas quanto à recuperação (Samulski, 2002).

Educação sobre o processo de lesão e reabilitação

Ao lidar com atletas lesionados, especialmente quando é a primeira lesão, é fundamental informar o atleta sobre todo o processo de reabilitação e ajudá-lo a compreender a sua lesão em termos práticos, assim como explicar-lhe o que poderá esperar do tratamento. Deve-se informar o atleta que se poderá sentir tentado a retomar a sua prática desportiva antes da devida altura, o que poderá prejudicar a evolução do processo de reabilitação. É importante o atleta saber o tempo médio que ficará sem treinar, sem competir, e os possíveis incómodos ou dores durante a sua recuperação. Deste modo, o atleta sente-se confiante e informado, lidando melhor com o processo de recuperação (Weinberg & Gould, 2003).

Técnicas de intervenção psicológica

As principais técnicas utilizadas no processo de reabilitação são a formulação de objectivos, o auto-diálogo ou auto-instruções, o relaxamento e visualização mental (Buceta, 1996; Botterill, Flin & Ilevleva, 1996; Becker & Samulski, 1998; Weinberg & Gould, 2003)

A *formulação de objectivos* pode ser especialmente útil durante o processo de reabilitação. Theodorakis, Malliou, Papaioannou, Beneca e Filactakidou (1996) concluíram que a formulação de objectivos individuais facilitava o desempenho dos atletas lesionados, tal como com os atletas não lesionados. Esta estratégia, combinada com outras para a promoção de auto-eficácia, contribui para a redução do tempo de recuperação dos atletas.

Os objectivos utilizados para atletas lesionados podem ser: estabelecimento de uma data para retomar os treinos, determinar o número de sessões semanais, estabelecer o número de exercícios por sessão. O estabelecimento de objectivos relaciona-se com a expectativa de sucesso, motivação, controlo e adesão a tarefas que permitam o alcance destes. De forma a aumentar a concentração e empenho dos atletas lesionados nos exercícios de reabilitação, o ideal é formular objectivos para cada sessão (Botterill, et al., 1996, citado por Samulski, 2002).

As *auto-instruções* são frases que uma pessoa diz a si mesma com a intenção de controlar o seu comportamento. Estas servem para recordar aspectos importantes que devem estar presentes em determinado momento, no entanto devem ser congruentes com as crenças do atleta. Podem ser utilizadas para superar momentos de baixa motivação e autoconfiança durante o período de reabilitação e também para preparar o atleta para as situações mais stressantes do processo de reabilitação. As auto-instruções devem ser escolhidas após a realização de entrevista com o atleta pois é fundamental que ele acredite minimamente nelas. Não se trata unicamente de substituir pensamentos negativos por outros positivos mas sim de promover a sua substituição através da modificação das crenças que apoiam as auto instruções-positivas, nomeadamente a respeito da capacidade em cumprir as

Quadro 1: Matriz atencional da dor e da tarefa (Heil, 1993; adaptado por Buceta, 1996)

	Atenção à dor	Distracção da dor
Atenção às tarefas da Reabilitação	- Associação da dor ao rendimento e sucesso na tarefa da reabilitação.	- Atenção externa centrada nas tarefas da reabilitação.
Distracção das tarefas da Reabilitação	- Imaginação de processos que controlam a dor. - Transformação da sensação de dor.	- Atenção centrada em imagens agradáveis. - Atenção centrada em imagens neutras. - Actividade mental rítmica e monótona.

tarefas de reabilitação. Ilevleva e Orlick (1991) mostraram que atletas cujas auto-instruções eram positivas, encorajadoras e determinadas (e.g. "estou a melhorar cada vez mais, com a reabilitação vou conseguir recuperar") recuperavam mais rapidamente do que atletas cujas auto-instruções eram negativas e depreciativas (e.g. "por mais que me empenhe na reabilitação nunca vou conseguir recuperar totalmente") (citado por Samulski, 2002).

A *visualização mental* é uma estratégia bastante útil durante o processo de reabilitação, que pode ser dividida em quatro grupos fundamentais: (1) imagem de recuperação ou afirmação; (2) imagem de cicatrização; (3) imagem de tratamento; (4) imagem de desempenho (Botterill et al., 1996).

No tipo de visualização de imagem de recuperação ou afirmação, pode ser imaginado um objectivo de reabilitação a ser alcançado com sucesso. A visualização de imagem de cicatrização tem vindo a ganhar uma boa aceitação pela medicina actual. Nesta situação a imagem deve ser visualizada individualmente, pois imagens que funcionam bem para um atleta não têm necessariamente de funcionar com outro. Um exemplo de visualização de uma imagem de cicatrização será o atleta visualizar a remoção do tecido lesionado e seguidamente o crescimento do tecido saudável. Na imagem de tratamento, o atleta pode imaginar os efeitos que estão a ocorrer em determinada sessão da reabilitação. A visualização de uma imagem de performance torna-se benéfica, pois o atleta encontra-se incapaz de praticar o seu desporto. A

visualização de imagens que simulem a desempenho do atleta lesionado podem auxiliá-lo a manter presente situações decorrentes do treino ou competição, ajudando-o a manter a sua auto confiança, que por norma é afectada após uma lesão (Botterill et al., 1996).

A utilização de *técnicas de relaxamento* pode ser extremamente benéficas no alívio do *stress* e da dor, assim como podem facilitar o sono e reduzir o nível geral de tensão (Weinberg & Gould, 2003).

Esta estratégia pode ser muito útil antes das sessões de reabilitação, nos períodos entre exercícios, após as sessões de reabilitação, ou mesmo em certos momentos do dia-a-dia. Para obter os benefícios do relaxamento, é necessário que o atleta lesionado saiba dominar esta técnica.

A utilização desta técnica produz determinados benefícios, tais como: diminuição da frequência cardíaca, redução da frequência respiratória, aumento do consumo de oxigénio, redução da tensão muscular e da resposta galvânica da pele, redistribuição do fluxo sanguíneo, redução da pressão arterial e do lactato e colesterol, diminuição da reactividade ao *stress*, melhoria do sistema imunológico e redução do cortisol que inibe a reparação de fibras musculares.

As *técnicas de controlo da dor* são essenciais ao processo de reabilitação. Mas antes de levar o atleta a tentar ignorar uma dor, é crucial ajudá-lo a distinguir a dor que se pode tolerar devendo ser aliviada mediante estratégias mentais, e a dor que indica que a actividade que a provoca deve ser interrompida (Ribeiro, 1996). No

primeiro caso trata-se de uma resposta que o atleta lesionado deve ter a capacidade de suportar, se pretende que o processo de recuperação seja bem sucedido. No segundo caso trata-se de um sinal de perigo, que não deve ser ignorado, pois a insistência na actividade poderá agravar a lesão e inclusivamente colocar em risco a evolução da recuperação da mesma (Ribeiro, 1996).

Como já foi referido, existem estratégias que podem otimizar o processo de reabilitação mediante o controlo da dor. Heil (1993) construiu a Matriz atencional da dor

e da tarefa, que combina duas dimensões atencionais: atenção/distracção da dor e atenção/distracção das tarefas da reabilitação. Nessa matriz podem ser incluídas sete estratégias mentais para o controlo da dor (Quadro 1).

Para terminar, apresentamos um exemplo de algumas recomendações úteis aos principais intervenientes no processo de recuperação de lesões, nomeadamente aos atletas, aos treinadores e aos técnicos de saúde

Quadro 2: Recomendações para lidar com as lesões de final de época e facilitar a recuperação (Weinberg & Gould, 2003)

Recomendações para atletas lesionados

- Aceita e lida de forma positiva a situação
- Foca-te na qualidade do treino
- Procura e usa os recursos de assistência médica
- Usa os apoios sociais sempre que necessário
- Estabelece objectivos
- Confia nos técnicos de saúde
- Trabalha no treino de competências mentais
- Usa a imaginação e visualização
- Inicia e mantém uma atmosfera de competição e envolvimento

Recomendações para treinadores

- Mantenha o contacto e envolvimento com o atleta
- Demonstre empatia e apoio positivos
- Compreenda a diferenças individuais nas lesões e nas emoções às lesões
- Motive encorajando adequadamente
- Estabeleça um treino individualizado, focando a qualidade
- Tenha paciência e expectativas realistas
- Não foque repetidamente a lesão no treino

Recomendações para os profissionais de saúde

- Educa e informe o atleta acerca da lesão e do processo de reabilitação
 - Motive e pressione de forma adequada
 - Demonstre empatia e apoio
 - Tenha uma atitude de apoio (seja caloroso, aberto, e de confiança)
 - Proporcione uma interacção positiva durante o treino
 - Demonstre competência e confiança
 - Promova a confiança do atleta
-

Conclusão

A psicologia das lesões desportivas é de facto um contributo válido para a promoção da eficácia da recuperação de lesões, complementando a recuperação física com uma reabilitação psicológica. Ou seja, o conhecimento sobre as variáveis psicológicas envolvidas, quer na ocorrência da lesão, quer na reacção após a lesão, quer no processo de recuperação, permite-nos intervir nos processos psicológicos e no contexto, de forma a facilitar a reabilitação física garantido a manutenção do bem estar psicológico dos lesionados.

No entanto, a intervenção psicológica nestes casos não deve estar dependente apenas do psicólogo do desporto. Pois, para além de o atleta ter o papel decisivo no sucesso do tratamento, contribuindo com a sua iniciativa, auto-motivação e responsabilidade, os restantes intervenientes, desde a equipa de saúde (médicos, fisioterapeutas) aos técnicos (treinadores, preparadores físicos), passando pelos colegas e pela família e amigos, têm um contributo enorme a dar.

É neste sentido, que devemos sensibilizar todos os profissionais que têm responsabilidades para com os atletas, sejam, médicos, fisioterapeutas, psicólogos e treinadores, mas também, dirigentes, gestores do desporto em geral, familiares e até os próprios atletas, pois acreditamos que todos beneficiaram com mais conhecimentos em psicologia.

O contributo importante a dar pelos psicólogos do desporto exige que se especializem nesta área e contribuam com os seus conhecimentos e experiência profissional para um campo de actuação claramente interdisciplinar.

Bibliografia

- Anderson, M. & Williams, J. (1988). A model of stress and athletic injury: prediction and prevention. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 10, 294-306.
- Becker, B. & Samulski, D. (1998). *Manual de treinamento psicológico para o esporte*. Porto Alegre: Edelbra.
- Botterill, C., Flin, F. & Ievleva, L. (1996). Psychology of injured athlete. In Zachazedwki, J., Magee, D. & Quillen, W. *Athletic Injuries and Rehabilitation*. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 791-806.

Buceta, J. M. (1995). *Psicología y Lesiones Deportivas: prevención y recuperación*. Madrid: Dykinson.

Cornelius, A. (2002). Psychological interventions for injured athletes. Silva, J. & Stevens, D. (Eds.). *Psychological foundations of sport*. Boston: Allyn & Bacon.

Crossman, J. (1997). Psychological rehabilitation from sports injuries. *Sports Medicine*, 23, 333-339.

Heil, J. (1993). Sport and Psychology: current practice and future challenges. *Psychology of sport injuries*. Champaign: Human Kinetics, 291-295.

Johnston, L. & Carroll, D. (1998). The context of emotional responses to athletic injury: a qualitative analysis. *Journal of sport rehabilitation*, 7, 206-220.

Leddy, M., Lambert, M. & Ogles, B. (1994). Psychology consequences of athletic injuries among high-level competitors. *Research quarterly for exercise and sport*. 65, 347-354.

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

Ribeiro, J. L. P. (1996). Dor e recuperação psicológica no desporto e na actividade física. In J. Cruz (Eds). *Manual de psicologia do desporto*. Braga: SHO.

Rotella, B. & Boyce, B. A. (1998). *Case Studies in Sport Psychology*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.

Samulski, D. (2002). *Psicologia do Esporte*. Tamboré. Manole

Smith, A. (1996). Psychological impact of injuries in athletes. *Sports Medicine*, 22, 391-405.

Theodorakis, Y., Malliou, P., Papaioannou, A., Beneca, A. & Filactakidou, A. (1996). The effect of personal goals, self efficacy, and self-satisfaction on injury rehabilitation. *Journal of Sport Rehabilitation*, 5, 214-223.

Weinberg, R. S., & Gould, D. (Eds.) (2003). *Foundations of sport and exercise psychology*. Champaign, IL: Human Kinetics.

Trabalho recebido a: 02 Maio de 2007

Trabalho revisto a: 04 Maio de 2007

Trabalho aceite a: 11 Maio 2007