AUTORES: José Vasconcelos-Raposo ¹Rute Carvalho ¹Carla M. Teixeira ¹Jaime Tolentino Neto ²¹ Dept. Educação e Psicologia,
Universidade de Trás-os-Montes e Alto
Douro, Vila Real, Portugal² Dept. Educação Física, Universidade
Estatal de Montes Claros, Montes
Claros, Brasil<https://doi.org/10.5628/rpcd.14.02.110>**Relevância da intervenção
psicológica em casos
de lesão de atletas****PALAVRAS CHAVE:**

Lesões. Reabilitação psicológica.

Equipa terapêutica.

SUBMISSÃO: 16 de Maio de 2014

ACEITAÇÃO: 25 de Agosto de 2014

RESUMO

O objectivo deste artigo foi fazer uma revisão da literatura sobre o impacto psicológico que as lesões têm no psiquismo do atleta. Para além deste aspeto foram ainda consideradas as implicações da lesão no sistema familiar e, consequentemente, como a família se pode transformar em elemento *stressante*. Destaca-se a necessidade de se desenvolver intervenções terapêuticas alicerçadas numa equipa que envolva todos os agentes que, de uma forma ou outra, intervêm no processo de recuperação dos atletas lesionados. Com o presente trabalho demonstram-se as vantagens da inclusão de psicólogos do desporto nas equipas técnicas dos clubes desportivos.

**The relevance of psychological interventions
in athletic lesions****ABSTRACT**

The purpose of this article was to review the literature about the psychological impact that injuries have in the psychic of the athlete. Apart from this, other aspects were considered, the implications of the athlete's injury in the family system and, consequently, how the family can become a stressful element. We emphasize the need to develop therapeutic interventions embedded in a concept of therapeutic team involving all agents who, in one way or another, actively participate in the recovery of injured athletes. The present work demonstrates the advantages of including sports psychologists in technical teams in highly competitive sports clubs.

KEY WORDS:

Lesions. Psychological rehabilitation. Therapeutic team.

INTRODUÇÃO

O objetivo deste artigo é apresentar uma revisão e reflexão sobre a problemática das lesões com o intuito de apoiar técnicos desportivos e profissionais de saúde sobre o processo de como ajudar os atletas a lidar com a lesão de forma positiva, com os elementos adversos de forma a diminuir o tempo de recuperação, assim como evitar reincidências. Para isso efetuámos uma revisão de literatura centrada em publicações na área da psicologia aplicada e reabilitação desportiva. Para podermos entender que tipo de intervenção preventiva pode ser aplicada no foro psicológico, é necessário saber quais os fatores que mais predis põem os atletas para as lesões desportivas, assim como os atletas tendem a reagir psicologicamente aquando da ocorrência de lesões, uma vez que só com este tipo de conhecimento se torna possível tomar medidas, tanto do tipo curativo como preventivo. Com estas práticas salvaguardam-se os melhores interesses do atleta, das equipas, assim como dos investidores nas capacidades atléticas das pessoas em causa.

Por lesão desportiva deve entender-se qualquer dano físico contraído enquanto se participava em atividades desportivas de carácter competitivo e que se traduz em níveis de disfuncionalidade do organismo, que tende a produzir dor e que implica a interrupção total ou parcial da atividade desportiva ^(4,55). Aproximadamente metade dos atletas de competição, em algum momento da sua carreira, contraem lesões que impossibilitam a sua participação desportiva. Para além da dimensão pessoal do competidor qualquer lesão representa, também, perdas financeiras para os clubes onde esses atletas jogam ^(14, 34, 53).

As lesões representam avultados prejuízos quer a nível dos atletas quer dos clubes, tanto porque não jogam, o que justificou o investimento feito pelas organizações, como pelos custos acrescidos associados às intervenções terapêuticas a que os atletas são sujeitos ⁽³⁷⁾. Com base nestes factos, torna-se evidente a urgência sentida pelos clubes para agirem de forma a prevenir as lesões, daí que estejam, até certo ponto, interessados em investir na compreensão dos factores associados à incidência das lesões, assim como nos processos que assegurem recuperações rápidas e mais baratas. O que se pretende é manter rentável o investimento feito no atleta. Para o atleta, estar inativo pode representar perda de valor, na medida em que o seu lugar ao ficar disponível para ser ocupado por outro oferece uma oportunidade para que os suplentes demonstrem mais valias. Estar sem jogar pode ser *stressante* para o atleta lesionado mas, de qualquer forma exige, sempre, que haja um esforço redobrado para a reintegração na equipa e nas melhores condições para render ao mais alto nível. Mas os custos vão para além dos deste tipo, nomeadamente as consequências que a lesão pode ter ao nível do psiquismo dos atletas.

A intensificação dos níveis competitivos e o aumento no número de praticantes representam acréscimos na incidência de lesões ⁽⁴⁵⁾. As causas das lesões são múltiplas, contudo, indubitavelmente, os factores psicológicos fazem-se sentir, tanto na origem da lesão como no processo de recuperação ⁽⁵²⁾. As lesões desportivas devem ser entendidas na sua plenitude, ou seja, tomando em consideração as causas de ordem física assim como as de origem emocional ⁽¹⁰⁾.

A intensidade competitiva e o número elevado de competições, assim como o aumento do volume e intensidade dos treinos contribuem para um aumento progressivo das lesões ^(27, 30). Uma boa gestão do esforço e do ritmo competitivo tende a estar associado a baixos níveis de incidência de lesões ⁽⁵⁵⁾. Outros domínios psicológicos como o ser extrovertido e autoconfiante tendem a relacionar-se negativamente com a incidência de lesões ⁽³²⁾. Palmeira ⁽³²⁾ argumentou que os indivíduos extrovertidos tendem a sofrer menores taxas de lesão, possivelmente porque têm uma teia de apoio social mais ampla, porque talvez comuniquem melhor e mais rapidamente que os introvertidos alertando os seus companheiros e treinadores sobre a situação de risco em que, eventualmente, se encontram. Indivíduos com preocupações excessivas (ansiedade) de se lesionarem tendem a sofrer mais lesões. Tem sido avançado que a ocorrência de lesões nestes indivíduos poderá ser fruto dos níveis de *stress* que vivenciam, o que leva à diminuição da resistência do organismo e, consequentemente, a mais lesões. Estas interpretações têm eco nos estudos que têm demonstrado que são os atletas temperamentalmente mais reservados os que tendem a sofrer mais lesões ⁽¹⁹⁾. Indivíduos com personalidades dependentes também parecem estar mais predispostos a contrair lesões ⁽²³⁾ quando comparados com sujeitos com traços mais acentuados de independência.

A adesão dos atletas a estilos de vida *stressantes*, conjugados com outras variáveis do foro psicossocial poderá contribuir para a previsão da incidência de lesões. A literatura científica na área das lesões tende a demonstrar que as mulheres sofrem mais lesões do que os homens, mas que essas estavam mais dependentes de aspectos específicos das modalidades praticadas do que propriamente a acontecimentos *stressantes* na vida do atleta em geral.

Tem sido sugerido que os atletas com elevados níveis de optimismo e vigor tendem a apresentar uma atitude mais positiva para com o processo de reabilitação, assim como também tendem a apresentar tempos mais curtos de paragem competitiva que outros, devido a lesões. Nesta linha de pesquisa, Ford, Eklund e Gordon ⁽¹¹⁾ argumentam que os atletas otimistas, vigorosos e com elevada autoestima global tendem a lidar melhor com as situações *stressantes* nas suas vidas, e isso faz-se sentir em níveis inferiores de ocorrência de lesões. Por sua vez, os atletas que apresentam níveis elevados de ansiedade aparentam ter uma maior predisposição para a incidência de lesões no desporto ^(12, 17).

As lesões desportivas têm consequências nefastas para o funcionamento físico do atleta, fazendo-se manifestar através de sintomas negativos e adversos para o seu bom funcionamento psicológico. Tal facto, por sua vez, tem repercussões na qualidade dos treinos e, consequentemente, no rendimento atlético ⁽⁴²⁾. Sempre que ocorre uma lesão há, naturalmente, um conjunto de reações por parte dos atletas na forma de pensamentos, receios e emoções que, de uma forma ou outra, refletem a insegurança que psiquicamente se instala nos sujeitos. As inseguranças que advêm de uma lesão desportiva provocam uma redução na autoestima e na autoconfiança, instalando-se alguma confusão quanto às eventuais

consequências. Ao nível emocional, os atletas poderão vivenciar períodos de frustração, raiva, confusão, depressão e medo ^(17, 37) e baixa da autoestima ⁽⁴⁶⁾. Num segundo momento, alguns atletas entram em choque, após tomarem consciência da dimensão da lesão e experimentam sentimentos de incerteza e medo por considerarem que a lesão os tornou mais vulneráveis e que, conseqüentemente, correm o risco de perderem o lugar que ocupam na equipa, receando pela sua independência.

A dimensão psicológica das emoções avalia-se pelos medos e receios relativamente às consequências das lesões, algo que está intimamente associado à gravidade diagnosticada da lesão, e que varia de indivíduo para indivíduo ⁽⁸⁾. Tracey ⁽⁴⁶⁾ concluiu que os desportistas mais afetados psicologicamente são aqueles que atribuem mais importância ao momento em que a lesão teve lugar do que propriamente à gravidade desta. Segundo vários autores ^(6, 25, 49) as consequências negativas das lesões afetam o bem-estar e comprometem a saúde mental do atleta, tal como manifestado através de sintomas como medo, impaciência, frustração, desespero, depressão e a conseqüente não adesão ao tratamento.

Para os profissionais da saúde, tal como os psicólogos e fisioterapeutas, a lesão representa um desafio que tem de ser ultrapassado através das suas competências técnicas e científicas. Mas, simultaneamente, é um desafio complexo na medida em que implica ter em consideração as dificuldades físicas e psicológicas que os atletas têm de ultrapassar ⁽¹⁵⁾, para que o atleta possa regressar à competição nas melhores condições e o mais rapidamente possível.

Para a Psicologia as lesões desportivas são um fenómeno sociocultural e, por essa razão, devem ser estudadas numa vertente epidemiológica e noutra relacionada com as repercussões das lesões na vida social e profissional do atleta. Na realidade poderemos encontrar casos em que os atletas percepcionem mais vantagens na sua inatividade do que na sua recuperação propriamente dita. A ênfase sobre os fatores epidemiológicos e socioculturais ganha relevo com o emergir da medicina comportamental na década de 1970. Um outro aspecto a ter em conta foi a integração e a evolução na aplicação de novas tecnologias nos processos terapêuticos, que tiveram como implicação maior a redução acentuada no tempo de recuperação dos atletas. Esta evolução rápida, por sua vez, acentua a necessidade de recorrer ao apoio psicológico para que a reabilitação se concretize concomitantemente com a resolução dos receios e eventuais conflitos que tenham surgido associados à ocorrência da lesão. As intervenções psicológicas são de índole diversa ⁽³⁰⁾, mas podem ser agrupadas em dois pólos: 1) razões de natureza pessoal e relacional e 2) as razões meramente desportivas e económicas. A primeira refere-se à situação em que o atleta, ao lesionar-se, vê limitadas as suas capacidades físicas e as eventuais dimensões que estas podem ter no meio sociocultural onde vive; a segunda refere-se às consequências de ordem financeira que o atleta poderá percepcionar como estando em risco, pela razão de ser substituído por outro colega.

Para o sucesso das intervenções no domínio terapêutico, quer seja ao nível fisioterapêutico quer psicológico, importa ter em consideração o apoio social de que beneficia o atleta tanto ao nível da família como dos colegas de equipa ⁽²⁶⁾. Outro aspecto a ter em conta é o empenho do próprio atleta, tal como é evidenciado na adesão ao tratamento e ao ritmo de progressão terapêutica, na medida em que estas contribuem para a manutenção dos níveis motivacionais e de autorresponsabilização necessários ao processo de cura ⁽⁴²⁾. Segundo Weinberg e Gould ⁽⁵⁰⁾, o cumprimento, por parte do atleta, do plano de tratamento, assim como a atitude positiva que tem para com o processo terapêutico está, significativamente, associado ao sucesso clínico. Já os que têm uma atitude negativa face ao processo de recuperação têm mais dificuldades na restituição da saúde. Em parte, tal facto pode ser explicado pelos baixos níveis motivacionais que tendem a coexistir com níveis menores de empenhamento por parte dos atletas. Esta situação tem efeitos ainda mais nefastos quando a estas manifestações se acrescenta a falta de apoio social e ausência de definição de objetivos, tanto para o tratamento como para o regresso à competição desportiva.

FACTORES PSICOLÓGICOS NA LESÃO DESPORTIVA

O estudo da relação entre a psicologia e as lesões desportivas tem ocorrido fundamentalmente a dois níveis: primeiro, na identificação daqueles atletas que estão em maior risco de lesão e, num segundo momento, acontece ao nível da intervenção terapêutica em que contribui para o processo de cura através do aceleração da recuperação. Para esse efeito os psicólogos recorrem a técnicas como a definição de objectivos, a imagética, as técnicas de relaxamento e de controlo da dor, desenvolvendo e consolidando o apoio social necessário para assegurar o sucesso desportivo dos atletas, para que os atletas possam recuperar melhor, mas também manterem-se mentalmente preparados para que, logo que recuperados, possam integrar a competição sem grandes quebras de rendimento.

Para além da intervenção dos psicólogos temos de considerar os outros agentes de saúde que intervêm no processo, nomeadamente os fisioterapeutas. Hemmings e Poverly ⁽¹⁶⁾, dois fisioterapeutas, constataram que aproximadamente 83% dos atletas em tratamento apresentavam queixas do foro psicológico, para além daquelas que os levaram ao tratamento em curso. Já Arvinen-Barrow, Hemmings, Weigand e Becker ⁽²⁾ e Sheppard ⁽⁴³⁾, também fisioterapeutas, referiram que na prática alguns profissionais já recorrem a técnicas do foro psicológico mas que gostariam de aprofundar os seus conhecimentos sobre as metodologias de intervenção psicológica, assim como sobre o modo e forma de uso dessas técnicas sendo dada primazia às que se dedicam ao controlo da dor ⁽⁶⁾.

Ao falar sobre lesões, a tendência é para que se assumam apenas a componente física e a elas associada. No entanto, na opinião de Samulski e Azevedo ⁽⁴²⁾ há factores sociais e

psicológicos que se constituem como motivos importantes para a incidência de lesões desportivas. Numa primeira fase da investigação, aproximadamente na década de 1970, com base nas evidências, defendia-se que elevados níveis de *stress* eram a fonte primária para a incidência de lesões. A investigação identificara que atletas que vivenciavam nas suas vidas períodos de *stress* elevado eram aqueles que mais tendiam a se lesionar. Entre os agentes *stressantes* foram descritas variáveis como: ocorrências de vida percebida como negativa como, por exemplo, situações de luto, desemprego súbito de um parente próximo; mas, outros aspetos de carácter aparentemente positivo também se fizeram representar, nomeadamente a realização académica, início de uma nova relação amorosa, entre outros, mas que resultaram num aumento do risco de lesão ⁽³⁷⁾.

A incidência de lesões tal como apresentada na descrição que Samulski e Azevedo ⁽⁴²⁾ fazem do modelo de Andersen e Williams pode ser prevenida se se estiver atento na identificação dos possíveis fatores de risco já reconhecidamente associados. Este modelo preconiza que indivíduos com determinadas características de personalidade quando complementadas com menores recursos de *coping*, e em situações potencialmente *stressantes*, tenderão a sofrer mais lesões na medida em que apresentam redução do campo visual, maior tensão muscular e nível de distração ⁽⁶⁾. Em 1998, este modelo foi revisto e foi-lhe acrescentada, como variável causal, a relação bidirecional entre a história dos factores de *stress*, os recursos de *coping* e a personalidade.

O *stress* é, de facto, um dos factores causais de lesões desportivas e que se faz sentir nas relações complexas que acontecem antes, durante e depois de uma lesão ^(8, 29, 39, 50). Kerr e Minden, tal como descrito por Prieto ⁽³⁹⁾, estudaram um grupo de ginastas olímpicas canadianas, durante um período relativamente próximo dos Jogos Olímpicos, para avaliar a presença de acontecimentos *stressantes* nas suas vidas. O objetivo foi relacionar o período de ocorrência de lesões com o tempo de recuperação; quase metade das ginastas que se lesionaram tinham experimentado eventos *stressantes* na semana anterior à competição e cerca de 40% no dia da competição. Num estudo realizado mais recentemente, Rivas et al. ⁽⁴¹⁾ concluíram que os níveis de *stress* e ansiedade vivenciado antes das competições estão, frequentemente, associados com a incidência de lesões. Estes resultados são consistentes com os que foram sugeridos por Fawkner, McMurray, e Summers ⁽⁹⁾, Cano, Zafra e Toro ⁽⁵⁾, Ivarson e Johnson ⁽²⁰⁾ e Johnson e Ivarson ⁽²⁴⁾. Os resultados do estudo de Johnson e Ivarson ⁽²⁴⁾ evidenciaram que 23% da ocorrência de lesões poderia ser explicada por quatro fatores: eventos *stressantes*, ansiedade somática (traço), falta de confiança e mecanismos de *coping* pouco eficientes.

Na opinião de Ford et al. ⁽¹¹⁾, a relação entre fatores psicológicos e lesões tende a acentuar-se sempre que os atletas se apresentam com baixa autoestima, baixo vigor e níveis elevados de pessimismo e ansiedade. Ainda associado a estas variáveis temos que os períodos de recuperação tendem a ser mais longos. Segundo Prieto ⁽³⁹⁾, os elementos

stressantes com maior impacto foram: conflitos familiares, problemas financeiros ou múltiplas dificuldades quotidianas. Outras de carácter mais específico também se podem fazer sentir, nomeadamente: prática desportiva não supervisionada; competição excessiva sem ter em consideração os períodos de recuperação; estilo de vida inadequado à condição de atleta; treino desportivo duro e associado a uma participação competitiva mal planeada e muito exigente; o atleta para além da sua atividade profissional descuida integrar nas suas rotinas de vida tempo para o lazer e outros comportamentos de saúde. Já na pesquisa de Ivarson, Johnson e Podlog ⁽²¹⁾ a ansiedade, os eventos de natureza negativa que ocorrem na vida dos atletas, expressos nas dificuldades do dia-a-dia justificam cerca de 24% da variância quanto à ocorrência de lesões. Estas dificuldades fazem-se repercutir na dificuldade diária para a prática, no cumprimento de tarefas previstas, na percepção de pressão social dos familiares, amigos e até dos companheiros de equipa, assim como o desafio para alcançar determinados objetivos contribuem para níveis elevados de *stress* no indivíduo.

É errado pensar que todos os atletas repudiam a ocorrência de lesões. Na realidade há relatos de atletas que de forma inconsciente procuraram a lesão, como estratégia para escapar a uma situação de *stress* a que estavam submetidos. Em parte isto acontece graças aos défices atencionais que ocorrem como consequência de uma ativação muito baixa ou o inverso. De forma a contrariar as sensações de *stress* os atletas podem envolver-se em atividades recreativas que incluam o exercício físico, o que pode ter efeitos prejudiciais; adesão a comportamentos agressivos e de risco físico devido a *stress* extremo podem contribuir para a ocorrência de lesões; uma sobre ativação muscular específica dificulta a coordenação motora e a flexibilidade e tem como consequência o declínio da qualidade dos movimentos corporais envolvidos na atividade desportiva, aumentando o risco de lesões. Há propostas teóricas no sentido que o *stress* enfraquece o sistema imunitário e, consequentemente, as lesões podem ser mais frequentes. Em alguns casos os atletas tentam combater o *stress* laboral ou familiar praticando exercício físico em acréscimo ao que já fazem, mas essa é uma estratégia pouco hábil, pois pode levar a situações de excesso de carga de treino o que, consequentemente, aumenta o risco de lesão ⁽³⁹⁾.

Na opinião de Díaz, Buceta e Bueno ⁽⁷⁾, quanto maior for a frequência, a intensidade e/ ou a duração das situações *stressantes*, maiores tenderão a ser os níveis de *stress* no atleta. O *stress*, por si só, não é eficaz enquanto variável explicativa dos níveis de vulnerabilidade de um atleta a lesões desportivas. A literatura da especialidade sugere que, aproximadamente, metade das lesões tem uma forte relação com componentes associados às opções comportamentais do próprio atleta ⁽²⁹⁾. Outros fatores relevantes para a ocorrência de uma lesão são os fatores externos à vida profissional do desportista, assim como a ocorrência de comportamentos inadequados dos adversários. Ivarson ⁽²²⁾ refere que o receio e a ansiedade associados a *coping* negativo, assim como outros acontecimentos de vida *stressantes* apresentam-se como fatores capazes de predizer cerca de 23% das lesões desportivas.

Mendelsohn ⁽²⁹⁾ e Gunnoe, Horodyski, Tennant, e Murphey ⁽¹³⁾ referem fatores, internos e externos aos próprios atletas, como sendo promotores da vulnerabilidade a lesões, de entre eles: a má preparação física, as más condições para a prática desportiva, os campeonatos curtos, as competições em número excessivo, as predisposições genéticas, as influências sociais (e.g., má alimentação), o *stress*, a pressa de regressar à competição sem ter em consideração o necessário respeito a ter *vis-à-vis* os prazos necessários para implementar e assegurar os efeitos da ação adequada à reabilitação, as mudanças na equipa técnica (que sempre acarretam formas diferentes de trabalhar), as derrotas e o clima negativo que se instala após essas terem lugar, os baixos níveis de motivação e os níveis de violência que acontecem nos jogos, são as fundamentais causas para a incidência de traumas.

Para além destes, Florean ⁽¹⁰⁾ argumenta que os fatores que afetam a vulnerabilidade de um atleta a uma lesão desportiva são de índole física, psicológica e social. Refere que o excesso e/ ou deficiência de treino, o cansaço físico e a ocorrência de períodos de aquecimento inadequados apresentam-se como causas físicas para a incidência de lesões; no que se diz respeito às variáveis psicológicas, este autor sugere que se faça uma distinção clara entre as variáveis pessoais e o *stress* produzido por determinadas situações sociais. Os fatores de índole pessoal dizem respeito à história de lesões anteriores e a problemas familiares, enquanto os fatores *stressantes* podem estar relacionados com as exigências do treino, mudança de cidade ou de país, alternâncias de motivação, exigências das competências a atingir, associado a mudanças de estilo de vida, e todos os fatores de carácter geral que ultrapassam os que são inerentes à vida desportiva. As variáveis sociais são aquelas que estão ligadas à exposição dos atletas à sociedade em geral e às pessoas que constituem o agregado familiar, sendo os pais de particular relevo quando se trata de atletas em iniciação desportiva.

Para Palmi ^(33, 34), os grandes fatores de risco a ter em conta na predisposição para uma lesão são quatro, nomeadamente: 1) fatores médico-fisiológicos, 2) fatores psicológicos como a personalidade e a capacidade de *coping*; 3) fatores desportivos, como o estatuto de jogador suplente; e 4) comportamento agressivo por parte do adversário. Ao nível dos componentes médico-fisiológicos, temos a herança genética, o temperamento, o limiar de tolerância à dor, o esquema corporal, e o grau de autoestima que interagem produzindo uma determinada atitude, ou uma predisposição específica para a lesão ⁽²⁹⁾. Zafra, Álvarez e Redondo ⁽⁵⁴⁾, realizaram uma pesquisa com 92 futebolistas com idades compreendidas entre os 10 e os 15 anos. Nesse estudo constataram que consoante aumentava o escalão de competição, também aumentava tanto a autoconfiança como a ansiedade, e a percepção de êxito, mas concomitantemente verificaram que a motivação diminuía. Para estes autores esta dinâmica poderá ter por implicação um acréscimo nos níveis de risco para contrair lesões.

IMPLICAÇÕES PSICOLÓGICAS

DAS LESÕES

As reações dos atletas às lesões têm sido objeto de teorização por parte de vários autores, de entre os quais se destaca o modelo explicativo de Kübler-Ross denominado de *Grief Reaction*, inicialmente desenvolvido para explicar luto, mas posteriormente adaptado em múltiplos contextos de entre os quais o da reabilitação atlética. Este modelo sugere a existência de cinco fases pelas quais o atleta passa emocionalmente após a ocorrência de uma lesão, designadamente; 1) negação, 2) raiva, 3) negociação, 4) depressão e 5) aceitação ⁽⁴⁹⁾.

Logo após a incidência de uma lesão, o atleta entra em fase de negação. Segue-se um período de choque, durante o qual o atleta não acredita que a lesão lhe possa ter acontecido e tende a não lhe atribuir importância. O atleta, após se consciencializar das consequências reais da lesão, manifesta sentimentos de raiva, por vezes na forma de agressividade, para com aquelas pessoas que normalmente o acompanham de mais perto no seu dia-a-dia. Ultrapassada esta fase segue-se a de negociação, altura em que o atleta procura encontrar a maneira como poderá recuperar o mais rápido possível, para regressar à competição. Com a ausência dos treinos e da competição tende a instalar-se um estado depressivo. É nesta fase que o atleta reconhece e aceita a lesão e as suas consequências, é quando se consciencializa da impossibilidade de participar nas atividades inerentes à sua condição de desportista, e isto é acompanhado com a instalação de um sentimento de incerteza quanto ao seu estatuto dentro da equipa e quanto à sua carreira. Na última fase, o atleta aceita o tratamento e adopta os comportamentos de adesão adequados para garantir o regresso, com sucesso, à competição. Tipicamente a maioria dos atletas quando sofre uma lesão passa por estas cinco fases. No entanto, importa ter presente que as transições entre fases ou até a sequência entre elas variam de indivíduo para indivíduo.

O ajuste psicológico do atleta à lesão pode ser problemático e, por essa razão, importa prestar atenção aos seguintes dez sinais ⁽³⁶⁾: 1) sentimento de confusão e raiva; 2) obsessão com a ideia do quando poderá regressar ao desporto; 3) negação (e.g. "a lesão não é nada de especial"); 4) regresso desatempado e repetitivo que acaba por provocar lesões recorrentes; 5) reclamações exageradas sobre as tarefas a realizar; 6) queixas repetidas sobre pequenos problemas físicos; 7) sentimento de culpa por não colaborar com os colegas de equipa nas competições; 8) afastamento de pessoas significantes; 9) súbitas alterações de humor; e 10) manifesto medo que, independentemente do que seja feito, nunca recuperará. Ainda relacionados a estes sinais, Petitpas e Danish ⁽³⁶⁾ sugerem a ocorrência de quatro reações psicológicas associadas à lesão desportiva: 1 — perda de identidade; 2 — medo e ansiedade; 3 — falta de confiança; e 4 — redução do desempenho. Quando as equipas técnicas de saúde de um clube se depararem com estes sinais e reações devem, de imediato,

referir o atleta para os serviços de psicologia do desporto, não só para se assegurarem de boas recuperações da lesão, como também para intervirem de forma preventiva quanto às reincidências graças à inadequação da adesão do atleta ao tratamento.

A história e o tipo da lesão também podem afetar as reações psicológicas dos atletas. Atletas que já sofreram lesões apresentam níveis reduzidos de inquietação, uma vez que estão mais informados acerca das implicações físicas destas. Assim, os lesionados numa segunda vez, apresentam menores índices de apreensão, ansiedade e depressão do que aqueles que se lesionam pela primeira vez. Contudo, na opinião de Short, Reuter, Brandt, Short, e Kontos,⁽⁴⁴⁾ os reincidentes estão mais cientes das probabilidades mais elevadas de reincidência de lesão e, por esse motivo, demonstram maior preocupação e sentem menos confiança nas suas capacidades para evitar uma nova lesão. Lesões que implicam uma intervenção cirúrgica ou um processo de recuperação lento podem provocar conflitos e angústias no atleta, o que pode fazer com que o período de reabilitação seja percebido como mais cansativo, tanto física como emocionalmente⁽³⁵⁾. Os atletas que sofrem lesões com fraturas, que implicam cirurgia e, conseqüentemente, dão lugar a cicatrizes perceptíveis apresentam mais receios sobre as eventuais reações dos grupos de suporte social em que se inserem do que outros que não apresentam danos aparentes e que, por essa razão, são mais frequentemente confrontados com questões sobre a sua ausência da competição⁽³⁷⁾.

A síndrome de esgotamento crónico (*burnout*) na opinião de Estrada⁽⁸⁾ deve ser considerada um dano psicológico. O *burnout*, para um atleta de alto rendimento pode representar um problema grave, pois é uma reação psicológica emocional que afeta, não só o seu rendimento, mas outros aspetos essenciais para a adaptação do indivíduo nas dimensões biológicas e sociais, impossibilitando-o de funcionar saudavelmente. Dentro das implicações psicológicas, como as perturbações como falta de energia, insónia, ansiedade, depressão, funcionamento social e a percepção de infelicidade, entre outros, podem ser manifestações de *stress* e/ ou *burnout* do atleta. Importa estar atento para o facto que, sempre que um atleta sofre uma lesão, seguem-se alterações ao seu ritmo de vida, o que poderá fazer-se sentir em sintomas diversos e, entre eles podemos destacar a insónia e o sentimento de debilidade física e afetiva que resultam, fundamentalmente, das conseqüências fisiológicas que advêm da paragem dos treinos. Estas sensações, na opinião de Mendelsohn⁽²⁹⁾, são desagradáveis, particularmente para quem se habituou a sentir em boa forma física e a despendar diariamente níveis elevados de energia. Para outros atletas, as reações poderão apresentar-se de forma mais dramática sendo mesmo possível que assumam dimensões de agressividade para com quem possa ser visto como estando relacionado com a ocorrência da lesão. De forma menos frequente, instalam-se sentimentos depressivos por “invejarem” os seus colegas que se mantêm em competição.

Quando um atleta se lesiona com grande regularidade observam-se várias reações emocionais entre as quais se destacam, pela maior ocorrência, a frustração, a depressão⁽²⁵⁾ a ansiedade, a diminuição na autoestima⁽⁴²⁾ e a raiva⁽²⁶⁾.

INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA PERANTE O ATLETA LESIONADO

De acordo com Hough e Kleinginna⁽¹⁸⁾ deve-se ter em consideração, para o planeamento de intervenções com técnicas psicológicas, a história psicossocial do atleta, o nível da lesão, a motivação que o atleta apresenta para ser sujeito a uma intervenção, e a habilidade cognitiva deste para aprender novas técnicas, principalmente as de relaxamento. Várias técnicas apresentam-se com grande valor para complementar o processo convencional de reabilitação: Entre elas o relaxamento muscular progressivo e a imagética/ visualização apresentam-se, particularmente, eficientes para relaxar o corpo permitindo que a pessoa lesionada lide melhor com a resposta ao *stress*, à lesão e à dor.

FACTORES PSICOLÓGICOS NA LESÃO DESPORTIVA

No mundo do desporto moderno, onde os investimentos no rendimento dos atletas são fundamentais, a prevenção das lesões é da maior importância. Qualquer proposta de intervenção profissional deverá fazer prevalecer a importância da prevenção, mais do que as estruturas de intervenção pós-lesão, em particular quando tomamos em consideração os benefícios psicológicos e económicos que o rendimento desportivo dos atletas representam^(33, 34). Assim, é prática comum que no desenvolvimento de um qualquer programa de intervenção psicológica, para a prevenção de lesões, seja incluída a observação e análise sistemática dos diferentes factores de risco privilegiando os seguintes aspectos:

- Melhorar a formação específica dos técnicos: informação de factores de risco, importância da preparação física e importância dos hábitos desportivos;
- Treinar recursos psicológicos: controlo da ativação, controlo atencional, controlo de imagens e pensamentos e ajuste de objectivos;
- Planificar o treino e a competição com objectivos realistas: progressão do nível de exigência, variedade de exercícios e situações, ajuste do treino a cada sujeito;
- Melhorar os recursos técnicos: prestar informação ao atleta sobre o que ocorrerá pós-tratamento aquando do regresso aos treinos e à competição. Isto pode ser feito através da análise de vídeos e treinos mentais que simulem as condições e o contexto da competição.

No planeamento da preparação dos atletas, tal como este implica o envolvimento de toda uma equipa técnica, mas com particular relevo para o treinador e psicólogo, devem estar integradas as observações inerentes à intervenção preventiva⁽¹⁰⁾. O psicólogo, no trabalho que desenvolve com cada atleta, operacionaliza os objectivos possíveis de conquista estabelecidos em conjunto com o treinador. Desta forma, procura-se aumentar os níveis de motivação, fortalecer a autoconfiança e, conseqüentemente, controlar as variáveis que tendem a afectar a tomada

de decisões e adequação do timing destas. A intervenção do psicólogo deve visar a preparação do atleta para manter níveis de rendimento atlético mesmo sobre a influência de situações de *stress* elevado. Isto faz-se ajudando o desportista a identificar as variáveis que tendem a ser percebidas como *stressantes* e assim desenvolver estratégias de *coping* que lhe permitam alcançar o seu estado óptimo de prestação. Neste tipo de intervenção deve ser dada particular importância ao trabalho a ser desenvolvido com os atletas que normalmente são suplentes.

Há muitas vantagens para que as equipas promovam intervenções de preparação mental para lidar com eventuais lesões. Por exemplo, Mendelsohn ⁽²⁹⁾ sugere que no caso das lesões se atue preventivamente através da preparação mental. Para isso recomenda que se tenha em conta o nível cognitivo, psicomotor e afetivo do atleta. Esta preparação deverá visar o aumento das capacidades do atleta para: 1 — analisar de forma crítica; 2 — ajuizar; 3 — tomar decisões; 4 — controlar as respostas aos estímulos que advêm dos processos perceptivos; 5 — melhorar as capacidades de aprendizagem; 6 — controlar a regulação do movimento; 7 — desenvolver o controlo da emotividade e da ansiedade; 8 — aumentar os níveis de autoestima e da autoconfiança; 9 — melhorar a capacidade para enfrentar os problemas.

O psicólogo deve procurar intervir no sentido de fortalecer o impacto dos grupos sociais de apoio, uma vez que estes podem constituir-se como um elemento moderador da relação entre situações *stressantes* e lesões ⁽¹¹⁾, tais como as estratégias de *coping* ⁽³⁾, o suporte social ⁽⁶⁾, e a ansiedade-traço ⁽³⁸⁾. Para o efeito, deve ser fomentado o contacto informal entre todos os membros da equipa, potenciar o apoio dos familiares, assim como orientar os treinadores e diretores sobre os comportamentos de ajuda que poderão ter, promovendo uma boa relação entre os agentes intervenientes na vida do atleta e, finalmente, promover sessões de trabalho com o propósito de consolidar o mútuo apoio para se atingirem os objectivos desportivos tanto individuais como os de grupo ⁽⁴⁰⁾.

Para além dos aspetos já referidos importa, ainda, modificar as variáveis pessoais relevantes na direção mais apropriada a uma vida saudável, de modo a que o atleta lide com os elementos *stressantes* e as situações ameaçadoras de forma mais eficaz e assim acabe percebendo que dispõe de recursos suficientes para enfrentá-las. Na prática, importa saber validar todo o sistema de crenças e algumas atitudes do atleta como são as crenças relacionadas ao medo associado à incidência de uma lesão. Essas crenças e atitudes poderão servir para lidar com comportamentos de risco identificados ao longo do processo terapêutico e poderão, ainda, ser utilizadas para reforçar as práticas/ mudanças que se desejam programar. As crenças podem ser ferramentas eficazes para se conseguir a diminuição do impacto psicológico de situações potencialmente *stressantes* e alheias ao treino e à competição, para lidar eficazmente com as exigências do treino e da competição desportiva, assim como para visionar imagens associadas a lesões que tenham sofrido anteriormente. Tendo em consideração todos estes aspetos, os atletas devem ser preparados para as aparições em público e para lidarem adequadamente com os meios de comunicação ⁽⁴⁰⁾.

São tarefas prioritárias para os psicólogos treinar o controlo atencional dos atletas, utilizar o *biofeedback*, a imagem mental e o relaxamento pode ser eficaz para lidar com as situações que contribuem negativamente para a prestação desportiva e aumentam a vulnerabilidade a uma lesão. Deve ensinar-se aos atletas estratégias psicológicas para controlar o stress de forma a procurar reduzir o risco de nova lesão desportiva ⁽³⁷⁾.

INTERVENÇÃO PÓS-LESÃO

Antes de iniciar qualquer intervenção, o psicólogo deverá ter a preocupação em se familiarizar com a história do atleta, as circunstâncias em que a lesão teve lugar, assim como procurar entender o tipo de apoio social com que o atleta pode contar durante o tratamento. É ainda da maior importância estar atento aos esquemas cognitivos que guiam o pensamento do atleta nos múltiplos aspetos que se relacionam com a lesão contraída e a sua relação com a carreira desportiva. Quando avalia o alcance da lesão, o psicólogo deverá ter a preocupação de avaliar a eventual comorbilidade da depressão e da ansiedade. O psicólogo deverá, ainda, ter a preocupação de se informar junto do fisioterapeuta e do treinador sobre detalhes relativos a alguns aspetos, eventualmente, interferentes com a qualidade de vida. Alguns dos elementos sobre os quais se deve informar são: 1 — em que consiste exatamente a lesão? 2 — a dor poderá impedir o atleta de dormir bem?; 3 — como era o rendimento do atleta antes de se lesionar?; e 4 — se existe uma ameaça real para a perda de estatuto na equipa? Para avaliar o impacto emocional da lesão, o psicólogo poderá recorrer a questionários sendo um dos mais utilizados o *Profile of Mood States* – POMS ⁽²⁸⁾. Para avaliar a adesão e o progresso na reabilitação o psicólogo utiliza a entrevista.

Todo o processo de reabilitação deverá começar com o estabelecimento de uma boa relação entre atleta e terapeuta ⁽⁴²⁾. Nesta relação os terapeutas intervenientes devem ter o cuidado de não criar falsas expectativas em relação à recuperação. Devem dar apoio emocional e demonstrar preocupação. Estes elementos da relação podem ser essenciais para contribuir para amenizar o impacto negativo associado ao afastamento dos treinos e da competição e a consequente sensação de isolamento social ⁽⁴⁹⁾.

SUPORTE SOCIAL

A relação entre saúde e apoio social tem sido alvo de pesquisa desde a década de 1980. Tem sido argumentado que este apoio se repercute ao nível do sistema endócrino, imunológico, cardiovascular e funcionamento geral, na recuperação de doenças, lesões e manutenção da saúde. Apesar destas constatações, os mecanismos através dos quais estes ganhos ocorrem continuam sem estar devidamente esclarecidos. Entre outros argumentos,

defende-se que um bom apoio social serve de elemento protetor do impacto nefasto que o *stress* pode ter tanto na doença como no processo de recuperação, na medida em que influencia os estados emocionais. Um bom apoio social poderá ainda constituir-se como a fonte energética necessária para se proceder a mudanças no estilo de vida e, consequentemente, ter repercussões a nível neuroendócrino e efeitos sobre o sistema imunitário. Pode ainda apresentar-se como da maior importância para que o indivíduo aceite, viva e adira aos tratamentos necessários. Sabemos que um dos maiores problemas no que se refere à recuperação de lesões é a adesão ao plano de tratamento, pois uns encurtam esse período enquanto outros o prolongam desnecessariamente.

O suporte social tem sido caracterizado em seis tipos: ouvir, apreciação técnica, desafio técnico, desafio emocional e partilha da realidade social ⁽¹⁾. O apoio social é também uma fonte eficaz de informação sobre a lesão e o consequente processo de reabilitação/ educação ^(1, 42, 50). É importante educar o atleta sobre a lesão e sobre o processo e tempo necessário para a reabilitação de forma a evitar que retome prematuramente a prática desportiva, o que, quando acontece, prejudica a evolução do processo de reabilitação.

DEFINIÇÃO DE OBJECTIVOS

A definição de objectivos consiste no processo de se planear antecipadamente o que se pretende realizar no futuro e a forma como se deseja conseguir concretizar tais feitos ^(47, 48). Para que o processo funcione bem, os objetivos a definir devem ser específicos, mensuráveis, precisos, realistas e adequadamente calendarizados ⁽⁴⁸⁾. Ainda como requisito essencial temos que nos assegurar que essas metas, assim como as ações necessárias para as concretizar, dependam exclusivamente do empenho do próprio.

Das diferentes tipologias de definição de objectivos, no âmbito da saúde, de uma forma muito particular, importa que se adoptem objetivos de processo e nunca de resultado. Ou seja a escolha deve recair na sequência das tarefas e na forma como essas devem ser realizadas ao longo do tratamento e tal como estão dependentes do controlo do lesionado. Sempre que assim não é corre-se o risco de diminuir os níveis de adesão à terapêutica e, consequente, baixar os níveis motivacionais do atleta para fazer tudo o que é preciso fazer para ser bem-sucedido na sua recuperação ⁽⁶⁾.

Como parte integrante do processo terapêutico devem ser estabelecidos alguns objetivos. Estes devem incidir, fundamentalmente, na realização das tarefas necessárias para assegurar uma boa recuperação e, em função dos progressos, também se deve estabelecer uma meta relativamente ao período necessário para uma total reabilitação. Apenas como elemento complementar se devem estabelecer metas com base em datas específicas para a recuperação. A ênfase deverá estar na qualidade do trabalho que o atleta e o terapeuta

devem realizar para um regresso à competição, que se deseja ser o mais rápido possível. Uma estratégia a seguir é utilizar os conhecimentos já adquiridos com a prática terapêutica, com casos iguais ou semelhantes, e falar num número aproximado de sessões que tendem a ser necessárias. Mas deve ser, sempre, enfatizado que este número depende do empenho pleno do atleta ao processo terapêutico. Para que o desportista se mantenha empenhado na realização das tarefas deverá existir o cuidado de se definirem metas diárias ^(35, 42).

VISUALIZAÇÃO/ MENTALIZAÇÃO

A imagética consiste na criação ou recriação de experiências na mente de quem a pratica. Enquanto processo pode assumir várias formas: o indivíduo pode imaginar-se e ver-se a realizar determinadas tarefas; o indivíduo centra a sua recriação nas sensações cenestésicas associadas à área afectada pela lesão. A imagética curativa poderá incluir metáforas visuais mas que concomitantemente sejam concretas e relacionadas com os processos fisiológicos envolvidos no processo de cura. Um exemplo é quando um doente com cancro imagina uma batalha entre as células saudáveis e as cancerígenas, certificando-se que são as boas que vencem as más. No caso dos atletas convém educá-los sobre a anatomia dos locais lesionados e depois trabalhar no sentido deste visionar o funcionamento adequado.

Neste processo, importa não esquecer que há grandes oscilações sobre as preferências dos atletas quanto ao tipo de imagética a ser aplicado. Recorrer a esta técnica não pode ser transformado em sobrecarga de *stress* para os desportistas em causa. Antes de qualquer profissional recomendar o uso desta técnica deverá ter o cuidado de se familiarizar com ela, praticando-a e aprendendo a implementá-la. Para além deste aspecto, o da experiência pessoal, o profissional deverá procurar familiarizar-se com a literatura científica referente a esta temática ⁽⁶⁾.

As técnicas de imagética neste contexto terapêutico podem ser organizadas em quatro grupos: 1 — imagens de afirmação e/ ou recuperação; 2 — imagens associadas ao processo de cicatrização; 3 — imagens relacionadas ao tratamento propriamente dito; e 4 — imagens de realização desportiva ou de *performance* ⁽⁴²⁾. Um exemplo de imagética associada à cicatrização poderá ser o exercício de o atleta imaginar o fluxo sanguíneo a chegar à área lesionada. Para que esta prática seja bem-sucedida é importante educar os atletas sobre os aspetos anatómicos e fisiológicos básicos que ocorrem durante o tratamento. Com o propósito de manter o atleta preparado mentalmente para o regresso à competição poder-se-á pedir-lhe para se imaginar em situações de competição e a realizar as tarefas que lhe seriam exigidas. Este processo tende a ser facilitado recorrendo ao visionamento de vídeos dos jogos que têm lugar enquanto lesionado. Há ainda quem sugira que o atleta visionasse vídeos onde realizou, com sucesso tarefas no passado que envolviam a estrutura anatómica agora lesionada ^(35, 42).

DISCURSO INTERIOR POSITIVO

Esta técnica cognitiva consiste em que o atleta aprenda a desenvolver um discurso dirigido a si próprio. Tal como no caso da imagética é uma forma de processamento cognitivo básico e que a vasta maioria de nós o faz com alguma regularidade no seu dia-a-dia, mas só que não de uma forma positivamente articulada.

O discurso interior (ou auto-conversa) pode ser positivo, neutro ou negativo. Apenas em raras exceções é que o discurso negativo exerce algum efeito motivador. A literatura científica da especialidade é quase unânime ao afirmar que um discurso positivo se faz repercutir no aumento dos níveis motivacionais. Já o neutro é útil enquanto ferramenta para o sujeito se auto instruir aquando da realização das tarefas. Para os propósitos terapêuticos deveremos encorajar o discurso positivo.

Esta é uma técnica que poderá ainda servir de complemento a outros processos cognitivos, como por exemplo o bloquear pensamentos negativos substituindo-os com afirmações positivas. Como consequência da aplicação deste procedimento tendem a verificar-se ganhos ao nível da autoconfiança ^(1, 6, 42).

RELAXAMENTO

A importância do domínio das técnicas de relaxamento no contexto das intervenções psicológicas é algo que há muito é tido como bem estabelecido, tanto que se constitui como um elemento de primordial importância na concretização de alguns programas psicoterapêuticos. No entanto, apesar de todo este reconhecimento, são poucos os pesquisadores que se debruçam sobre o efeito terapêutico que estas possam ter. Em parte, esta lacuna poderá estar associada ao fato de que apesar de existirem múltiplas técnicas para induzir o relaxamento, um vasto número de pessoas tende a desenvolver um conjunto de procedimentos ou rotinas individualizadas que proporcionam os mesmos efeitos.

De qualquer forma o relaxamento é reconhecidamente uma técnica eficaz na promoção da redução dos níveis de stress, na melhoria da qualidade de sono, no alívio da dor e redução do nível geral de tensão. Para além destes aspetos há ainda a considerar os sugeridos por Naoi e Ostrow ⁽³¹⁾, nomeadamente: 1 — diminuição da frequência cardíaca; 2 — redução da frequência respiratória; 3 — redução da resposta galvânica da pele; 4 — redistribuição do fluxo sanguíneo; 5 — reforço do sistema imunológico, etc.

TÉCNICAS PSICOLÓGICAS

DE CONTROLO DA DOR

As técnicas psicológicas de controlo da dor têm por base os princípios associativos e dissociativos, tal como prescritos pelas teorias cognitivistas e, na prática, assumem as características na prática que abaixo apresentamos:

- Técnicas mal-adaptativas: manifestam-se em comportamentos de resignação e de negação (e.g., “tento negar as sensações de dor”; “desisto de aplicar qualquer medida contra a dor”);
- Técnicas motivacionais: referem-se a autoinstruções positivas que relativizem a dor (e.g., “penso que a dor é passageira”; “convenço-me que vou superar a dor”);
- Regulação da tensão corporal: procura-se desenvolver o controlo da tensão muscular associada à dor (e.g., “tento reduzir tensões que causem dor”; “procuro relaxar os meus músculos...”);
- Atividade corporal: através do movimento procura-se desviar a atenção da dor (e.g., “pratico exercícios para esquecer a dor”);
- Estabelecimento de metas: através destas visa-se desenvolver a compreensão e o planeamento de objectivos para controlo da dor;
- Técnicas de relativização: consistem em comparações intra ou interpessoais relacionadas à dor (e.g., “penso que outras pessoas estão em situações piores que a minha”);
- Técnicas de distração: procura mudar o foco atencional do sujeito (e.g., “vejo TV para não pensar na dor”; “vou ter com os meus amigos para me distrair”).

A intervenção pós-lesão deve ser analisada em função de dois momentos ^(29, 33, 34), são eles: 1 — imobilização; e 2 — mobilização. Na primeira fase, o atleta experiencia períodos de grande tensão graças aos seus receios e pela visão negativa que poderá ter relativamente à sua recuperação. Estes aspetos são acentuados pela presença da dor. As intervenções, nesta primeira fase, devem procurar avaliar a incidência de ansiedade e o desenvolvimento de estratégias terapêuticas que visem promover uma aceitação positiva da realidade. São técnicas essenciais para esta fase do processo terapêutico o relaxamento, a imagética e a definição de objetivos.

O segundo momento, também designado como fase de mobilização, tende a prolongar-se no tempo e refere-se ao período em que as terapêuticas são aplicadas e a recuperação dos níveis de funcionalidade motora tem lugar. Nesta fase terapêutica os atletas devem ser encorajados a aplicar a imagética associada ao tratamento propriamente dito. A fase de mobilização divide-se em três fases, e em cada uma delas aplicam-se técnicas e estratégias específicas da psicologia: 1 — a fase de recuperação é quando se aplicam estratégias para o controlo do stress e da dor, e para manter os níveis de motivação para a realização das tarefas terapêuticas diárias; 2 — a fase de readaptação, onde já se objetiva um trabalho para também melhorar a condição física do atleta; e, 3 — o regresso do atleta ao con-

texto social da equipa e aos treinos. Nesta última fase deverá existir uma boa articulação de atividades terapêuticas entre treinador, preparador físico, fisioterapeuta e psicólogo, pois é neste período de transição que o atleta se confrontará, na realidade, com os receios que construiu aquando da contração da lesão. Para o psicólogo é de fundamental importância estar atento à qualidade das eventuais mudanças nas dinâmicas relacionais que poderão ter lugar no contexto dos diferentes grupos de apoio do atleta.

CONCLUSÕES

Vários factores podem estar na origem de uma lesão. Factores físicos, condições de treino e/ ou competição e, não menos importantes, factores psicológicos. Estas variáveis psicológicas prendem-se com factores psicossociais e com variáveis de personalidade do atleta. Segundo a revisão da literatura realizada o *stress* parece ser o fator mais determinante na predisposição de um atleta para ter uma lesão.

A reabilitação de um atleta resulta de um processo complexo que vai para além de se ter em consideração apenas os fatores fisiológicos e psicológicos. É da maior importância analisar a lesão também ao nível dos custos objetivos e subjetivos desencadeados pela mesma. Assim, para além das intervenções terapêuticas específicas é da maior importância desencadear intervenções de nível mais global, no que se refere ao processo de gestão da reabilitação do atleta. A investigação científica sugere que o contributo da psicologia para a reabilitação facilita todo o processo, inclusive possibilitando um regresso à competição mais rápido e com menores custos de readaptação ao ritmo competitivo.

A revisão da literatura que realizámos, para os propósitos do presente trabalho, sugere que a psicologia tem um papel da maior importância para a reabilitação plena de atletas lesionados, uma vez que contribui expressivamente para diminuir a vulnerabilidade dos atletas às lesões desportivas. A falta de estudos em países de língua portuguesa é uma evidência da ausência de apoio psicológico aos atletas em geral, e aos profissionais em particular.

REFERÊNCIAS

1. Armatas V, Chondrou E, Yiannakos A, Galazoulas C, Velkopoulos D (2007). Psychological aspects of rehabilitation following serious athletic injuries with special reference to goal setting: A review study. *Physical Training*. Acedido a partir de http://ejmas.com/pt/2007pt/ptart_galazoulas_0707.html
2. Arvinen-Barrow B, Hemmings D, Weigand C, Becker C (2007). Views of chartered pshysiotherapists on the psychological contente of their practice: Follow-up 2007. *Journal of Sport Rehabilitation* 16(2): 111-112.
3. Brewer BW (1998). Psychological applications in clinical sports medicine: Current status and future directions. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 5 (1): 91-102.
4. Buceta JM (1996). *Psicología y lesiones deportivas: Prevención y recuperación*. Madrid: Dykinson.
5. Cano L, Zafra A, Toro E (2010). Effect of injuries on psychological variables among under-19 soccer players. *Revista Latinoamericana de Psicología* 42(2): 265-277.
6. Cohen R, Nordin S, Abrahamson E (2010). Psychology and sports rehabilitation. In Comfort P, Abrahamson E (Eds.). *Sports rehabilitation and injury prevention*. Oxford: John Wiley & Sons, 275-296.
7. Díaz P, Buceta JM, Bueno AM (2002). Estrés y vulnerabilidad a las lesiones deportivas. *Selección* 11(2): 86-94.
8. Estrada PR (2007, Fevereiro). Implicaciones psicológicas de las lesiones deportivas. *Lecturas, Educación Física y Deportes, Revista Digital*. Acedido em a partir de <http://www.efdeportes.com/efd105/implicaciones-psicologicas-de-las-lesiones-deportivas.htm>
9. Fawkner HJ, McMurray NE, Summers RJ (1999). Athletic injury and minor life events: A Prospective Study. *Journal of Science and Medicine in Sport* 2(2): 117-124
10. Florean A (2002, Janeiro). Lesiones deportivas: Importancia e prevención. *Lecturas, Educación Física y Deportes, Revista Digital*. Acedido a partir de [Http://www.efdeportes.com/efd44/lesion.htm](http://www.efdeportes.com/efd44/lesion.htm)
11. Ford I, Eklund R, Gordon S (2000). An examination of psychosocial variables moderating the relationship between life stress and injury time-loss among athletes of a high standard. *Journal of Sport Sciences* 18: 301-312.
12. Galambos SA, Terry PC, Moyle GM, Locke SA (2005). Psychological predictors of injury among elite athletes. *British Journal of Sports Medicine* 39: 351-354.
13. Gunnoe AJ, Horodyski M, Tennant LK, Murphey M (2001). The effect of life events on incidence of injury in high school football players. *Journal of Athletic Training* 36(2): 150-155.
14. Hardy CJ, Crace RK (1990). Dealing with injury. *Sport Psychology Training Bulletin* 1: 1-8.
15. Heil J (1993). *Psychology of sport injury*. Champaign, IL: Human Kinetics.
16. Hemmings B, Poverly L (2002). Views of chartered pshysiotherapists on the psychological contents of their practice: A preliminar study in the UK. *British Journal of Sports Medicine* 36: 61-64.
17. Heredia RA, Muñoz AR, Artaza JL (2004). The effect of psychological response on recovery of sport injury. *Research in Sports Medicine* 12: 15-31.
18. Hough S, Kleinginna C (2002). Individualizing relaxation training in spinal cord injury: Importance of injury level and person factos. *Rehabilitation Psychology* 47(4): 415-425.
19. Irwin RF (1975). Relationship between personality and the incidence of injuries to high school football participants. *Dissertation Abstracts International* 36: 4328-A.
20. Ivarson A, Johnson U (2010). Psychological factors as predicotrs of injuries among sénior soccer players: A prospective study. *Jornal of Sports Science and Medicine* 9 (2): 347-352.
21. Ivarson A, Johnson U, Podlog L (2013). Psychological predictors of innury occurrence: A prospective investigation of professional Swedish socccer players. *Journal of sport Rehabilitation* 22(1): 19-26.
22. Ivarsson A (2008). *Psychological predictors of sport injuries among soccer players*. Tese de mestrado, Halmstad: School of Social and Health Sciences, University of Halmstad.

23. Jackson D, Jarrett H, Bailey D, Kausek J, Swanson M, Powell J (1978). Injury prediction in the young athlete: A preliminary report. *The American Journal of Sports Medicine* 6: 6-12.
24. Johnson U, Ivarson A (2011). Psychological predictors of sport injuries among junior soccer players. *Scandinavian Journal of Medicine & Science* 21(1): 129-136.
25. Johnston L, Carroll D (1998). The context of emotional responses to athletic injury: A qualitative analysis. *Journal of Sport Rehabilitation* 7: 206-220.
26. Klenk CA (2006). *Psychological response to injury, recovery and social support: A survey of athletes at an NCAA division I university*. Honors program at the University of Rhode Island. Senior Honors Projects. Paper 9. Acedido a partir de <http://digitalcommons.uri.edu/srhonorsprog/9>
27. McDonald SA, Hardy CHJ (1990). Affective Response Patterns of the Injured Athlete: An Exploratory Analysis. *The Sport Psychologist* 4: 261-274.
28. McNair D, Lorr M, Droppelman L (1971). *Manual for the profile of mood states*. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Service.
29. Mendelsohn DC (1999). Lesiones deportivas: prevención y rehabilitación desde la Psicología del Deporte. *Lecturas, Educación Física y Deportes, Revista Digital*. Acedido a partir de <http://www.efdeportes.com/efd17a/lesion.htm>
30. Mendo AH (2002, Setembro). La intervención psicológica en las lesiones deportivas. *Lecturas, Educación Física y Deportes, Revista Digital*. Acedido a partir de <http://www.efdeportes.com/efd52/lesion.htm>
31. Naoi A, Ostrow A (2008, Março). The effects of cognitive and relaxation interventions on injured athletes' mood and pain during rehabilitation. *Athletic Insight, The Online Journal of Sport Psychology* 10 (1). Acedido a partir de <http://www.athleticinsight.com/Vol10Iss1/InterventionsInjury.htm>
32. Palmeira A (1998). Antecedentes psicológicos de la lesión deportiva. *Revista de Psicología del Deporte* 8(1): 117-132.
33. Palmi J (1995). Componentes psicológicos en la prevención e intervención de lesiones deportivas. *Revista de Psicología General y Aplicada* 48(1): 161-170.
34. Palmi J (2001). Visión psico-social en la intervención de la lesión deportiva. *Cuadernos de Psicología del Deporte* 1(1): 69-79.
35. Pesca AD (2004). *Intervenção psicológica em um trabalho interdisciplinar na recuperação de atletas lesionados de futebol*. Tese de mestrado não publicada, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.
36. Petitpas A, Danish S (1995). Caring for the injured athlete. In Murphy S (Ed.), *Sport Psychology Interventions*. Champaign, IL: Human Kinetics, 255-282.
37. Petitpas AJ, Brewer BW (2004). Injury in sport. In C.D. Spielberg (Eds), *Encyclopedia of applied psychology*. USA: Elsevier Academic Press, 293-297.
38. Petrie TA (1993). Coping skills, competitive trait anxiety, and playing status moderating effects on the life stress-injury relationship. *Journal of Sports and Exercise Psychology* 15: 261-274.
39. Prieto RG (2007a, Julho). El estrés y las lesiones deportivas (I). El estrés previo a la lesión. *Lecturas, Educación Física y Deportes, Revista Digital*. Acedido a partir de <http://www.efdeportes.com/efd110/el-estres-y-las-lesiones-deportivas.htm>
40. Prieto RG (2007b, Agosto). El estrés y las lesiones deportivas (II). Estrategias para el control del estrés como medida preventiva de lesiones en el deporte. *Lecturas, Educación Física y Deportes, Revista Digital*. Acedido a partir de <http://www.efdeportes.com/efd111/estrategias-para-el-control-del-estres-como-medida-preventiva-de-lesiones-en-el-deportista.htm>
41. Rivas C, Romero A, Perez-Llantada M, Llavale A, Pourtau M, Molina I, Gonzalez J, Garcia-Mas A (2012). Psychological well-being, general health, perceived autonomy and injuries in soccer players. *Revista Psicología del Deporte* 21(2): 365-371.
42. Samulski D, Azevedo DC (2002). Psicología aplicada às lesões esportivas. In Samulski D (Ed.), *Psicologia do esporte*. Tamboré: Manole, 277-299.
43. Sheppard K (2004). Foreword. In Kolt, Anderson (Eds.), *Psychology in the physical and manual therapies*. London: Churchill Livingstone.
44. Short SE, Reuter J, Brandt J, Short MW, Kontos AP (2004, Dezembro). The relationships among three components of perceived risk of injury, previous injuries and gender in contact sports athletes. *Athletic Insight, The Online Journal of Sport Psychology* 6(3): 38-46.
45. Smith AM (1996). Psychological impact of injuries in athletes. *Research in Sports Medicine* 22: 391-405.
46. Tracey J (2003). The emocional response to the injury and rehabilitation process. *Journal of Applied Psychology* 15: 279-293.
47. Vasconcelos-Raposo J (1994). *Manual de definição de objetivos*. Vila Real, SDE-UTAD: Vila Real.
48. Vasconcelos-Raposo J (2011). Novo modelo de definição de objetivos. In Alves J, Paula-Brito A (Eds). *Manual de psicologia do desporto para treinadores*. Lisboa: Visão e Contextos, 187-214.
49. Veloso S, Pires AP (2007). A psicologia das lesões deportivas: Importância da intervenção psicológica. *Revista Portuguesa de Fisioterapia no Desporto* 1(2): 38-47.
50. Weinberg RS, Gould D (2003). *Foundations of sport and exercise psychology*. Champaign, IL: Human Kinetics.
51. Williams JM, Andersen MB (1998). Psychosocial antecedents of sport injury: Review and critique of the stress and injury model. *Journal of Applied Sport Psychology* 10: 5-25.
52. Williams JM, Roepke N (1993). Psychology of injury and injury rehabilitation. In R. Singer, M. Murphy & L. Tennant (Eds). *Handbook of research on sport psychology*. New York: Mac-Millan, 815-838
53. Zafra AO (2008, Abril). El papel de la psicología en la prevención de lesiones deportivas en el deporte de iniciación. *Psicodeportes*. Acedido a partir de http://www.psicodeportes.com/articulos/psicologia_deporte/EL_papel_de_la_psicologia_en_la_preencion_de_lesiones_deportivas_en_el_deporte_de_iniciacion.pdf
54. Zafra AO, Álvarez MD, Redondo AB (2005). Variables psicológicas, categorías deportivas y lesiones en futbolistas jóvenes: Un estudio correlacional. *Análise Psicológica* 23(4): 449-459.
55. Zafra AO, Montalvo C, Sánchez F (2006). Factores psicológicos y vulnerabilidad a las lesiones deportivas: un estudio en futbolistas. *Revista de Psicología del Deporte* 15(1): 37-52.