
Processos e intervenções psicológicas em atletas lesionados e em reabilitação

*Carlos Roberto de Oliveira Nunes;
Max Jaques;
Fabiana Thaís de Almeida;
Georgette Iara Ullmann Heineck*

Resumo

Este estudo teve como objetivo construir e validar uma síntese de processos psicológicos e experiências de suporte social vivenciados por atletas lesionados e em reabilitação, bem como, diretrizes e procedimentos de intervenção psicológica aplicáveis nestes atletas, para se reduzir os impactos emocionais da lesão, os custos e o tempo de tratamento. Conclui-se que atletas jovens devem ser ensinados a prevenir lesões, a reconhecê-las o mais precocemente possível, e a agir de forma eficiente quando lesões são detectada.

Palavras Chave: Lesão, Psicologia do Esporte, Intervenção Psicológica.

Psychological processes and interventions in injured and rehabilitating athletes

*Carlos Roberto de Oliveira Nunes; Max Jaques;
Fabiana Thaís de Almeida; Georgette Iara Ullmann Heineck*

Abstract

This is a theoretical review paper, constructed from existing information in books of Sport Psychology and articles collected in PsycInfo, SciELO and LILACS. It presents a synthesis of psychological processes and social support experienced by injured and in rehabilitation athletes, as well as guidelines and procedures for psychological intervention applied on those athletes to reduce emotional damages of lesion, costs and time of treatment. It is concluded that youth athletes must be taught to prevent injuries, to recognize it earliest possible, and to correctly behave when lesions are detected.

Keywords: Injury, Sport Psychology, Psychological Intervention.

Los procesos y las intervenciones psicológicas en atletas heridos y en rehabilitación

*Carlos Roberto de Oliveira Nunes; Max Jaques;
Fabiana Thaís de Almeida; Georgette Iara Ullmann Heineck*

Resumen

Este es un artículo de revisión teórica, construido a partir de informaciones existentes en libros de Psicología del Deporte y en artículos recogidos en PsycINFO, SciELO y LILACS. Presenta una síntesis de los procesos psicológicos y soporte sociales experimentados por atletas heridos y en rehabilitación, así como, directrices y procedimientos para la intervención psicológica que se aplican en estos atletas, para reducir el daño emocional de las lesiones, los costos y tiempo de tratamiento. Es la conclusión de que se deben enseñarse a atletas jóvenes a prevenir lesiones, reconocerlas tan tempranamente cuanto posible, y agir correctamente cuando se detectan las lesiones.

Palabras-llave: Lesión, Psicología Del Deporte, Intervención Psicológica.

Introdução

Este artigo é uma revisão teórica construída a partir de informações existentes em livros da área de Psicologia do Esporte e artigos coletados no *Psychoinfo*, *SciELO* e *LILACS* sobre processos psicológicos associados às lesões esportivas e à reabilitação. O artigo apresenta importantes informações sobre os processos psicológicos associados à ocorrência de lesões em atletas, os tipos de suporte social encontrados pelos atletas lesionados, bem como os métodos de intervenção psicológica aplicáveis sobre estes atletas, para reduzir seus sofrimentos psicológicos e o tempo necessário de retorno às atividades esportivas.

O esporte de rendimento, na maioria das vezes, está relacionado a execuções de movimentos rápidos e repetitivos, e à ocorrência de fortes impactos, o que submete os atletas a condições propiciadoras de lesões como contusões, fraturas, estiramentos musculares, luxações e entorses. Neste contexto, as lesões são causas freqüentes de afastamento temporário, ou definitivo, de atletas das suas equipes, nas mais diferentes modalidades e níveis técnicos (Borin, Gonçalves & Chalita, 2008; Hensel, Perroni & Leal Junior, 2008; Pastre, Carvalho Filho, Monteiro, Netto Junior & Padovani, 2004; Ruschel et al, 2009). Fatores como colisões e excessos de treinamento e de competições são causas primárias das lesões, que podem se desenvolver de forma progressiva, ou por condições traumáticas (Gomes, 1997; Lopes, Kattan, Costa, Moura & Lopes, 1996).

Durante muito tempo, as lesões eram tratadas exclusivamente do ponto de vista biomédico, no entanto, dadas as mudanças que ocorreram nos últimos anos no meio esportivo, a lesão passou a ser ponto de estudo de outros campos do conhecimento. Tal mudança ocorre, principalmente, em decorrência do caráter político e econômico do esporte, que mantêm a ênfase no alto rendimento esportivo (Waddington, Loland, & Skirstad, 2006).

Há fatores psicológicos fortemente associados à predisposição a lesões, ao tempo de reabilitação e retorno às atividades desportivas, e ao nível de sucesso dos processos de reabilitação (Weinberg & Gold, 2001). As habilidades do atleta para evitar as lesões e enfrentá-las adequadamente são fundamentais para sua longevidade no esporte, e para o desenvolvimento do seu potencial esportivo.

Além disso, o suporte social dado ao atleta, suas possibilidades reais e percebidas de controle sobre a ocorrência e recuperação das lesões, assim como as experiências importantes de vida fora do esporte, são fatores que podem influenciar os riscos de ocorrência de lesão e a reabilitação (Smith, Scott & Wiese, 1990; Weinberg & Gold, 2001). Por extensão, a incidência repetitiva de lesões parece ser um fator indicativo da existência de necessidade de intervenção psicológica sobre o atleta (Maddison & Prapavessis, 2005). Neste mesmo sentido, praticantes e não praticantes de atividade física apontaram que os fatores psicológicos e a intervenção do psicólogo são grandes potencializadores do processo de reabilitação (Freire & Pereira, 2009). Em síntese, o acompanhamento de atletas lesionados é uma atividade do psicólogo do esporte (Rubio, 2007), incluindo-se as intervenções desenvolvidas para se diminuir seus sofrimentos emocionais, para se aprimorar as cognições relacionadas ao enfrentamento do problema, e para se estabelecer, ou reforçar, seus hábitos potencializadores dos processos de reabilitação.

Dentre os fatores psicológicos que intervêm desde a predisposição a lesões até a reabilitação, podem ser citadas as características de personalidade dos atletas, o nível de motivação para a manutenção do engajamento no esporte, a prévia existência de quadros de depressão ou ansiedade, o gênero, o nível atual de estresse, o humor e o status social (Bianco, 1999; Galambos, Terry, Moyle & Locke, 2005; Heredia, Muñoz & Arataza, 2004; Smith et al., 1990; Weinberg & Gold, 2001), além de suas concepções pré-existentes sobre as possibilidades de desenvolvimento de lesões.

Atletas podem desenvolver a percepção de que seu valor social é diretamente vinculado ao seu desempenho esportivo, sendo esperado que estes, ao se lesionarem, mostrem-se muito mais afetados psicologicamente do que outros que não possuem esta percepção (Crossman, 1997). De outro lado, se o atleta tem a compreensão de que a atividade esportiva de rendimento, por suas próprias características, leva ocasionalmente a lesões, ao se lesionar, tenderá a estar mais pronto para adotar estratégias funcionais de reabilitação do que outros atletas que não têm esta compreensão.

Eventos estressantes da vida extra-esportiva também interferem sobre o risco de ocorrência de lesões. O aumento dos eventos negativos de vida, geradores de decepções, tristezas e desapontamentos, parece estar associado a ocorrências mais frequentes de lesões, enquanto o aumento dos eventos positivos de vida, a menor ocorrência (Palmeira, 2002). Por extensão, atletas mais extrovertidos registraram menores taxas de lesão e reabilitações mais eficazes. Provavelmente a extroversão está relacionada a habilidades mais desenvolvidas para enfrentamento – *coping* - de diversos tipos de situações estressantes (Palmeira, 2002).

Adicionalmente, atletas masculinos podem aumentar as chances de lesões, por diversos motivos, entre eles, por “banalizar”, mais do que as mulheres, a dor e a incapacidade para as atividades esportivas (Young, White & McTeer, 1994), e por perceber o fato de expor o corpo a riscos como demonstrações de masculinidade (Young, White & McTeer, 1994).

Da lesão à reabilitação

Para fins de compreensão dos fatores psicológicos, o processo de lesão/reabilitação foi dividido, por Bianco, Malo e Orlick (1999) em três fases, que podem sobrepor-se: a) a primeira vai desde a ocorrência da lesão, com o conhecimento de seus sintomas, até o momento da decisão de obtenção de tratamento; b) a segunda ocorre no período entre as tomadas de decisões quanto aos tratamentos a serem realizados, interrupção da atuação no esporte e o desenvolvimento dos procedimentos terapêuticos; c) a terceira abrange o retorno às atividades esportivas.

Na pesquisa de Bianco et al. (1999), o período entre a ocorrência da lesão e o início da reabilitação durou, em média, uma semana. A intensidade do impacto da lesão sobre as condições psicológicas dos atletas foi influenciada pelas compreensões prévias que eles possuíam sobre os riscos de ocorrência de lesões na atividade esportiva, pelos

conhecimentos que possuíam sobre a lesão e suas implicações sobre a carreira, pelas experiências prévias que já haviam tido com lesões, pela severidade das lesões desenvolvidas, pelos tipos de lesão ou doença, e pelo momento da temporada esportiva. Os atletas lesionados freqüentemente apresentaram preocupações com a carreira e com o futuro, pensamentos sobre a possibilidade de desistência da vida esportiva, e sentimentos de tristeza, frustração e/ou confusão (Bianco et al., 1999).

Adicionalmente, respostas comuns de atletas, neste período, incluem a negação da condição de lesão, o desenvolvimento de respostas emocionais de raiva - muitas vezes dirigidas a pessoas e objetos não relacionados à lesão -, a aceitação da condição limitante, e a reorganização das atividades, pensamentos e decisões, relacionados ao processo de reabilitação a ser enfrentado (Hardy & Crace, 1990). É esperado que a ocorrência da lesão acarrete diminuição de auto-estima e desenvolvimento da percepção de que o esforço anterior, em treinamentos e competições, tenha sido desperdiçado.

Incertezas de diagnóstico e prognóstico de tratamento são importantes indicadores de mal estar psicológico (Bianco et al., 1999). Possivelmente, ao não terem uma compreensão clara de sua situação, atletas podem desenvolver diversos questionamentos em relação à lesão, gerando atribuições supersticiosas sobre os possíveis agentes causadores, as principais características fisiológicas, o nível de gravidade e as implicações futuras da lesão sobre sua carreira.

As preocupações do atleta lesionado podem variar também conforme o momento da temporada em que o time se encontra. Quanto mais decisivo é o momento da temporada, mais intensas provavelmente serão as respostas cognitivas e emocionais apresentadas. Se o período é de competições, o atleta pode se tornar mais apreensivo e frustrado por, depois de algum tempo treinando para obter bom desempenho, não poder demonstrá-lo e ajudar o time na busca da vitória (Weinberg & Gold, 2001).

A fase de tratamento da lesão diz respeito ao período de intervenções visando à reabilitação (Bianco et al., 1999). O modo e a qualidade de enfrentamento do atleta durante esta fase vão depender das características pessoais, da severidade da lesão, da importância das competições que estão por vir e da importância da posição do atleta no contexto da equipe e do esporte. O atleta deve conviver diariamente, durante a fase de tratamento, com sintomas relacionados à lesão; isto é, aqueles diretamente originados da lesão e aqueles derivados dos procedimentos de intervenção, como por exemplo, dores e restrições de movimento que ocorrem após cirurgias. Em qualquer caso, todos estes sintomas sinalizam sua condição presente de restrição.

O processo de reabilitação pode ser demorado e exigir grande investimento pessoal do atleta, pela disciplina imposta de atividades nos tratamentos clínico, cirúrgico, fisioterapêutico e psicológico, pela demora na reaquisição das condições técnica e física anteriores à ocorrência da lesão, ou ainda pelo isolamento das práticas esportivas durante o

período. Este conjunto de circunstâncias pode resultar, especialmente se ocorrerem durante um tempo relativamente longo, na perda de motivação do atleta para a manutenção dos procedimentos de tratamento, ou ainda, para a manutenção na prática esportiva de rendimento, e conseqüente atraso ou insucesso na obtenção dos resultados (Bianco et al., 1999).

Na fase de tratamento há outras possíveis preocupações que o atleta pode apresentar enquanto está fora do time. Por exemplo, a perda de entrosamento com a equipe, a perda da posição de titular, e se o atleta é reserva, a própria perda de posição no time, e o medo de não reconhecimento por pessoas virtualmente importantes, em função do afastamento das competições e treinos (Bianco et al., 1999).

Situações como as apresentadas, por serem normalmente aversivas e associadas a grande intensidade de angústia, podem acarretar em decisões inadequadas do atleta. Ele pode optar por não parar a prática do esporte para realizar o tratamento, quando esta é a prescrição, decidindo continuar treinando e/ou competindo – ou voltar a treinar e competir antes da alta médica -, e prejudicando ainda mais sua condição física. Além disto, há ainda o fato de que as atividades esportivas são, normalmente, intrinsecamente reforçadoras para eles (Smith et al., 1990).

A fase de retorno às atividades de treinos e competições é muito esperada pelo atleta, podendo eliciar ansiedade. Apesar de ser uma etapa de grande alegria, o retorno aos treinamentos é uma parte delicada do trajeto do atleta lesionado, que normalmente se depara com desempenhos muito aquém daqueles obtidos em períodos anteriores à lesão, tendo ainda que enfrentar outros estressores, como a demanda de treinamento, as preocupações com a reconquista da posição no grupo, a re aquisição do condicionamento físico e das habilidades técnicas, e com o risco de recidiva da lesão.

Em conjunto, estes estressores podem resultar em diminuição de auto-confiança, com importantes implicações psicomotoras sobre o desempenho esportivo, como, por exemplo, o receio de realizar movimentos semelhantes àqueles associados com a ocorrência da lesão, ou movimentos geradores de sensações proprioceptivas originadas das estruturas recém tratadas. Isto pode estar relacionado ao medo do atleta de voltar a se lesionar e precisar passar novamente pelas restrições relacionadas ao tratamento e a reabilitação (Rúbio, 2007).

A severidade da lesão parece ser um poderoso fator de influência sobre as respostas emocionais e cognitivas dos atletas lesionados. Lesões mais severas são normalmente associadas a emoções mais intensas e conseqüências comportamentais mais evidentes; de outro lado, normalmente, à medida que avança o processo de reabilitação, com a percepção dos resultados obtidos, derivada da re aquisição das habilidades atléticas, há uma tendência à melhora das respostas emocionais, com substituição de sentimentos negativos por outros, como esperança, otimismo e entusiasmo (Crossman, 1997).

Há também casos em que os atletas apresentam má adaptação à lesão, demonstrando uma ou mais das seguintes respostas de

enfrentamento: a) raiva excessiva e confusão durante o processo de reabilitação; b) obsessão para retorno ao esporte, ou não valorização da gravidade da lesão, com reinício prematuro dos treinos, e conseqüente agravamento da lesão; c) insistência em queixas físicas menores; d) culpa por sentir-se desapontando a equipe; e) afastamento de pessoas significativas; e f) sentimentos de impotência no tratamento da lesão (Weinberg & Gold, 2001).

O Suporte Social

O suporte social tem sido tema de estudos recentes, principalmente voltados ao estabelecimento de condições de saúde (Cupertino, Oliveira, Guedes, Coelho, Milano, Rubac *et al.*, 2006; Matsukura, Marturano, Oishi & Borasche, 2007; Seidl & Troccoli, 2006), e refere-se às condutas de assistência prática, de compartilhamento de informações e de incentivo e conforto emocional (empatia) exibidas por pessoas virtualmente importantes (Hardy & Crace, 1991).

Acredita-se que a relação observada entre as conseqüências de recuperação e o suporte social em populações não esportivas possa ocorrer também com atletas em tratamento de reabilitação de lesões (Hardy & Crace, 1990). Isso por que, através do suporte social, o atleta pode encontrar estratégias de redução de estresse e aumento da motivação para a reabilitação. As maneiras como os familiares, os amigos, os demais atletas da equipe, a comissão técnica e a diretoria da instituição esportiva abordam o problema da lesão, bem como as estratégias usadas para interagir com o atleta lesionado, parecem ser importantes fatores intervenientes sobre o processo de reabilitação. Klenk (2006) destaca que os familiares e os demais atletas da equipe exercem um grande papel na recuperação da lesão, uma vez que são importantes fontes de suporte social.

Os tipos de suporte social que atletas lesionados recebem parecem variar de acordo com a fase de reabilitação em que o atleta se encontra e com os papéis sociais das pessoas envolvidas. Apresentamos o estudo feito por Bianco (2001) que traz a síntese dos tipos de suporte recebidos por esquiadores canadenses lesionados, desde o período de ocorrência da lesão até o retorno às atividades esportivas.

Durante a fase de ocorrência da lesão até o diagnóstico, os esquiadores relataram que os administradores do time forneceram suporte social através do aviso e transmissão de informações para a família do atleta, organização do transporte para a casa e acesso a cuidados médicos. Os técnicos forneceram consolo aos atletas, encorajamento, reafirmação que o atleta estava bem, dividiram experiências de lesão, ofereceram palavras de esperança, organizaram e acompanharam no transporte do atleta. Os colegas de time ofereceram encorajamento, dividiram experiências de lesão, fizeram as malas do atleta, cuidaram da sua alimentação, deram recados e acompanharam o atleta ao aeroporto. Os parentes dos atletas ouviram suas queixas, deram conforto emocional, ofereceram suporte incondicional e expressaram empatia. Já os esquiadores afastados encorajaram, expressaram empatia,

ofereceram palavras de esperança, dividiram experiências de lesão e deram conselhos (Bianco, 2001).

Durante a fase de tratamento e reabilitação, os atletas informaram a Bianco (2001), por exemplo, que: os médicos forneceram diagnóstico e informações específicas sobre a lesão, recomendaram fisioterapeutas e apresentaram informações sobre a condução da intervenção fisioterápica; os fisioterapeutas expressaram empatia e interesse, ofereceram suporte de escuta, encorajamento, aconselhamentos, mantiveram contato com os administradores e foram flexíveis com os horários e procedimentos das sessões; os demais provedores de suporte social mostraram preocupação, ofereceram encorajamento, expressaram confiança e conforto emocional, desafiaram o atleta e dividiram experiências de lesão.

Na fase de retorno às atividades esportivas, médicos e fisioterapeutas reafirmaram ao atleta sobre sua condição de recuperação, e forneceram instruções específicas necessárias à continuidade do tratamento, e retorno aos treinamentos. Outros provedores de suporte reafirmaram que o atleta estava bem, ofereceram encorajamento, expressaram confiança, dividiram experiências de lesão, ofereceram palavras de esperança, trabalharam próximo do atleta e respeitaram seu tempo de recuperação (Bianco, 2001).

Aparentemente, a estratégia mais eficaz de suporte social durante a fase de retorno às atividades esportivas é a demonstração, por parte da equipe, dos familiares e dos amigos, de que o alto desempenho não é esperado ou exigido do atleta neste período. Da mesma forma que qualquer avanço que houver neste retorno é reconhecido e apoiado, uma vez que ele esteja se envolvendo adequadamente nos treinamentos e no próprio processo de recuperação.

Durante todo este processo, o atleta lesionado precisa saber que seus técnicos e companheiros de equipe se preocupam com ele. Se o atleta se engaja adequadamente na própria melhora, é essencial a não-cobrança da equipe em relação à sua atuação durante o processo de reabilitação, pois caso contrário ele poderá sentir angústia de não superar as expectativas de todos em relação ao seu desempenho, prejudicando sua recuperação (Weinberg & Gould, 2001).

Em função das características pessoais de cada atleta, da severidade da lesão, de suas experiências anteriores com lesões, de sua relação com o esporte, de sua reatividade a eventos estressores enfrentados em sua vida esportiva e fora dela, as reações particulares à experiência de lesão podem variar consideravelmente entre atletas. Deste modo, os provedores de suporte social devem estar atentos às necessidades individuais, que podem variar tanto qualitativamente quanto quantitativamente; isto é, podem variar nos tipos de suporte necessários e na frequência com que precisam deste suporte.

Cada pessoa que participa do cotidiano do atleta lesionado pode desempenhar algum papel de suporte social, respondendo às necessidades do atleta e reforçando que ele não está sozinho no doloroso processo de afastamento e recuperação. Mesmo que o provedor não tenha conhecimentos técnicos sobre lesões e reabilitação, pode oferecer

encorajamento, ajudando na manutenção de uma atitude otimista e realista quanto ao tratamento e à recuperação.

Considera-se que o suporte social é multidimensional, na medida em que envolve a concessão de bases materiais para a reabilitação, bem como apoio informacional e emocional ao indivíduo, o que interfere diretamente sobre sua qualidade de vida (Siqueira, 2008). Neste sentido, psicólogos, como membros de Comissões Técnicas, podem trabalhar sobre a organização do grupo de pessoas envolvidas, em termos de concessão adequada e precisa de tipos de suporte social, para que o atleta lesionado, outros atletas da equipe, comissão técnica, diretoria, amigos e familiares passem pelos menores incômodos possíveis, gerados a partir da condição de lesão.

Princípios de Intervenção Psicológica

A manutenção da motivação do atleta em níveis ideais para engajar-se no tratamento é um objetivo a ser constantemente buscado, considerando-se que o sucesso da reabilitação depende muito do seu envolvimento e de sua disciplina para o desenvolvimento das várias tarefas e seguimento das restrições, a serem administrados durante as intervenções médicas, fisioterapêuticas e psicológicas.

As avaliações psicológicas que objetivam embasar as intervenções focadas na reabilitação devem fundamentar-se sobre o seguinte conjunto de fatores: a) a identificação do estado psicológico do atleta anterior à ocorrência da lesão; b) o tipo e nível de gravidade da lesão; c) o prognóstico de recuperação; d) as conseqüências prováveis da lesão para a vida do atleta; e) as cognições apresentadas pelo atleta sobre a lesão e a reabilitação; f) as respostas emocionais apresentadas a partir da experiência de lesão; e g) como o atleta organiza suas ações para enfrentar o processo de reabilitação.

É necessária a identificação do estado psicológico do atleta anterior à lesão, uma vez que há indícios de que experiências agudas de estresse estão associadas ao aumento da probabilidade de ocorrência de lesões (Weinberg & Gould, 2001). Há duas hipóteses alternativas e não excludentes para este fenômeno. Primeiramente, o atleta pode lesionar-se por superposição (a) das demandas físicas originadas dos treinamentos com (b) os processos de contração muscular involuntária decorrentes de ansiedade/angústia, o que geraria sobrecarga muscular e perda de precisão motora, e conseqüentemente, aumento de risco (Nideffer, 1983). Adicionalmente, ou alternativamente, as demandas de atenção para as experiências estressoras acabariam por competir com a atenção focada nas atividades esportivas, reduzindo a precisão de movimentos do atleta, e também aumentando o risco (Williams, Tonyman & Andersen, 1991).

O tipo de lesão, seu nível de gravidade, o prognóstico de reabilitação e as conseqüências prováveis da lesão para a vida do atleta são parâmetros objetivos para a identificação de possíveis distorções cognitivas; isto é, erros de compreensão dos processos e conseqüências da lesão e da reabilitação, que podem levar a respostas emocionais disfuncionais e/ou manutenção do foco de atenção para fatores

irrelevantes ou prejudiciais, à própria reabilitação, com prejuízo para aqueles relevantes.

A identificação das cognições do atleta em relação à experiência da lesão é fundamental. Elas representam os modos como o atleta processa as informações obtidas e recuperadas durante o período que vai desde a ocorrência da lesão até o retorno às atividades esportivas, e estão diretamente associadas às estratégias de enfrentamento adotadas e às respostas emocionais evocadas.

Durante os procedimentos de intervenção, normalmente parece ser útil - e é eticamente correto - se informar o atleta lesionado, da forma mais detalhada possível e dentro do seu nível de compreensão, as características de sua lesão, sua etiologia e as implicações práticas para sua vida esportiva; ou seja, fornecer informações sobre o nível de gravidade da lesão, seus sintomas presentes e futuramente prováveis, suas principais características fisiológicas, os principais fatores de causalidade, o tempo estimado de reabilitação - se possível -, as etapas de reabilitação a serem vencidas, e as implicações da lesão para sua vida esportiva, especialmente em relação a sua condição no clube esportivo e na temporada de competições. O princípio subjacente é que, tendo informações seguras, o atleta ficaria menos propenso a apresentar distorções cognitivas e fantasias prejudiciais ao processo, e mais propenso a apresentar comportamentos adequados às características da lesão.

A percepção de possuir controle sobre o processo de reabilitação, no sentido de que suas ações podem influenciar a recuperação, através do seu envolvimento consciente, parece associar-se com maiores chances de que o atleta construa expectativas positivas e realistas, e visualize bons resultados para o tratamento (Bianco et al, 1999).

Algumas estratégias psicológicas de enfrentamento parecem estar associadas com a redução do tempo de tratamento e reabilitação, de modo que podem se tornar importantes diretrizes de intervenção. Atletas lesionados que estabeleciam metas de tratamento de curto prazo, que apresentavam mais auto-conversões positivas - isto é, mais auto-incentivos e auto-reforçamentos - e que praticavam mais visualizações - mentalizações - de cura obtiveram recuperações mais rápidas do que outros atletas que apresentaram menos frequentemente estas estratégias (Ievleva & Orlick, 1991).

Weinberg e Gould (2001) propuseram um conjunto de princípios focalizado nos fatores psicológicos intervenientes no processo de reabilitação. De acordo com os autores, a intervenção psicológica deve ser focada sobre: a) a busca de proximidade e desenvolvimento de empatia com o atleta lesionado; b) apresentação de informações detalhadas sobre a lesão e a reabilitação; c) aprendizagem, pelo atleta, de habilidades psicológicas específicas de controle; d) aprendizagem, pelo atleta, de habilidades para lidar com retrocessos; e) incentivo ao suporte social; e f) troca de experiências com outros atletas que já passaram por experiências similares.

O vínculo estabelecido entre o atleta e o profissional de Psicologia pode aumentar a motivação do atleta para o engajamento nas

atividades propostas de intervenção (Crossman, 1997). Nos princípios de intervenção sugeridos por Weinberg e Gould (2001), a busca de proximidade e empatia com o atleta é incentivada por facilitar os canais de informação. Adicionalmente, a posse do máximo de informações, pelo atleta, sobre a lesão e o processo de reabilitação, deve inibir respostas de ansiedade relacionadas à catastrofização da experiência vivenciada, além de prepará-lo para possíveis retrocessos.

Autoconversações carregadas com conteúdos de raiva e negativismo - definido como o atleta descrevendo excessivamente os aspectos desvantajosos das experiências de lesão e reabilitação - prejudicam o processo de reabilitação (Smith et al, 1990). Os conteúdos das autoconversações negativistas devem ser substituídos por pensamentos voltados para tarefas às quais o atleta possa ter controle, e que sejam relacionadas ao sucesso do processo de reabilitação (Wiese & Weiss, 1987).

Neste sentido, o atleta pode priorizar sua atenção sobre as "desgraças" que aconteceram em sua vida; isto é, a lesão, o sofrimento, as limitações de movimento, as perdas de treinos, as possíveis perdas de posição na equipe, e outras mais, evocando assim respostas emocionais de ansiedade, depressão e raiva. Alternativamente, o atleta pode priorizar sua atenção e investimento sobre as atividades de reabilitação, de modo que, com moderação e inteligência, acelere a reabilitação a partir de suas próprias ações. Ambas as opções podem ser apresentadas ao atleta lesionado, e comparadas, com ênfase dada às suas consequências prováveis sobre a reabilitação, metodologia que já era empregada por Wiese & Weiss (1987).

Uma vez que ambos os modos de raciocínio retratam aspectos presentes da realidade do atleta lesionado, apenas o confronto entre as duas opções de valorização de atenção e priorização normalmente já supre o efeito desejado de mudança de comportamento (Wiese & Weiss, 1987).

Procedimentos e Métodos de Intervenção Psicológica

Com o objetivo de tornar mais eficazes os processos de reabilitação de atletas lesionados, tem sido proposto, na literatura, o uso de conjuntos de procedimentos de intervenção psicológica que parecem reduzir os custos e o tempo de tratamento (Smith et al., 1990). Os mesmos autores dividiram estes procedimentos em quatro categorias: a) relaxamento; b) visualização; c) reestruturação cognitiva; d) e diálogo interno.

As técnicas de relaxamento são primariamente utilizadas para inibir as tensões musculares, com conseqüente diminuição de respostas emocionais inadequadas. Entre as técnicas de relaxamento, Harris e Harris (1984) citam a meditação, o treino autógeno, a hipnose, o Yoga e o Biofeedback. Pode-se citar ainda, o relaxamento progressivo e a respiração profunda (ver Davis, Eshelman & McKay, 1996; Pesca, 2004). Estas técnicas de relaxamento podem ser utilizadas de acordo com as possibilidades de execução de movimentos apresentadas pelos atletas, bem como, com suas habilidades para exercícios de visualização mental.

As técnicas de visualização mental apresentadas por Smith et al. (1990) consistem em treinos de imaginação, que podem ser realizados por três modos distintos: a) o atleta se imagina realizando movimentos os quais está impedido ou tem dificuldades de execução; b) imagina-se fisicamente curado e com bom condicionamento, obtendo o reconhecimento e os prêmios pelo alto desempenho no esporte; c) imagina-se em processo de cura, como, por exemplo, os tecidos sadios invadindo e substituindo os lesionados. Sabe-se que, no mínimo, as técnicas de imaginação motivam os atletas para o processo de reabilitação. Além disso, é possível que a primeira técnica de visualização apresentada substitua, em parte, o treinamento técnico, de modo que o atleta minimiza suas perdas de habilidades. De qualquer forma, a prática dos técnicos e atletas tem demonstrado a eficiência da visualização mental, assim como aponta Rúbio (2008).

Inclusive, atletas lesionados têm utilizado técnicas de visualização mental para testar e praticar exercício de reabilitação, manter atitude positiva e aumentar seus níveis de motivação, relaxamento e autoconfiança; já no período de retorno às atividades esportivas, os treinos de visualização têm sido utilizados para facilitar a re aquisição de habilidades motoras, o controle de ansiedade, e reduzir os níveis de frustração em relação ao próprio desempenho, bem como, para aumentar a autoconfiança (Hare & Evans, 2008).

As técnicas de reestruturação cognitiva visam organizar os processos de raciocínio do atleta, no sentido de que avalie as experiências de lesão e reabilitação de modo funcional e realista, gerando padrões de respostas emocionais e voluntárias mais eficazes. Entre as técnicas de Reestruturação Cognitiva podem ser citadas o Treino de Inoculação de Estresse (Ross & Berger, 1996), as Técnicas de Estabelecimento de Metas e Objetivos de Curto, Médio e Longo Prazo (Smith et al., 1990) e as Técnicas de Resolução de Problemas e Tomadas de Decisão (Nezu e Nezu, 2008).

Ross e Berger (1996), utilizando o método de inoculação de estresse descrito por Wells, Howard, Nowlin e Vargas (1986), testaram seus efeitos sobre a dor pós-cirúrgica e a reabilitação em atletas que sofreram cirurgias no joelho. Os participantes do grupo experimental, tratado com cirurgia, fisioterapia e Treino de Inoculação de Estresse, precisaram de menos tempo de reabilitação, e apresentaram menos queixas de ansiedade e dor pós-cirúrgica, do que aqueles do grupo controle, tratado apenas através de cirurgia e fisioterapia. Resultados similares foram encontrados com Maddison e Prapavesis (2005).

O aprimoramento dos conteúdos de diálogo interno - também indicado como auto-fala ou auto-conversa - foi relacionado à melhora de desempenho esportivo em atletas de atletismo (Scala & Kerbauy, 2005) e tênis (Hatzigeorgiadis et al., 2008). O princípio de aprimoramento da autoconversa é estabelecer o foco de atenção do atleta sobre os fatores relevantes para o desempenho esportivo, no sentido de aumentar seu controle sobre o próprio desenvolvimento das capacidades esportivas, e de se estabelecer parâmetros de auto-reforçamento. O desenvolvimento de autoconversa funcional pode,

similarmente, ser aplicado com atletas lesionados, para aprimorar seu envolvimento no processo de reabilitação.

Além dos procedimentos citados, dois outros também são indicados em processos de reabilitação: a) o auto-reforçamento, que é administrado pelo atleta, na forma de prêmios e recompensas, quando este alcança objetivos estabelecidos na reabilitação (Crossman, 1997); b) apresentação de instruções, que consiste em oferecê-lo o máximo de informações práticas a respeito de sua lesão, do processo de reabilitação e das implicações prováveis destas experiências para sua carreira esportiva (Weinberg & Gould, 2001).

O auto-reforçamento aplicado quando metas de curto prazo são alcançadas tem um forte efeito motivador nos atletas, no sentido de manterem-se no caminho da reabilitação (Crossman, 1997). A autora sugere, como auto-reforçamento, experiências que sejam apetitivas para o atleta, como, por exemplo, sair com seus amigos, ou ir a um *show*, após uma semana de sucesso na reabilitação.

Quanto à apresentação de instruções, o atleta deve ser bem informado sobre todos os aspectos relevantes associados à lesão, à reabilitação e às implicações sobre a carreira desportiva (Weinberg & Gould, 2001). Estas informações apresentadas devem reduzir a probabilidade de evocação de fantasias de natureza ansiogênica, além de oferecer subsídios necessários para tomadas de decisão que o atleta tem de realizar durante a reabilitação.

Considerações Finais

Neste trabalho, foram abordados fatores psicológicos frequentemente encontrados em atletas lesionados, devendo ser considerado que há grande variabilidade de estilos individuais de enfrentamento de lesões entre atletas, de modo que podem surgir outros padrões de respostas.

Parece ser importante o desenvolvimento de intervenções psicológicas e educacionais anteriormente à ocorrência de lesões. Diversas habilidades psicológicas devem ser desenvolvidas no processo de formação de atletas, para facilitar a prevenção e a recuperação de futuras lesões, como habilidades de resolução de problemas e tomada de decisões, autocontrole, relaxamento, formação de vínculos sociais e visualização mental, cujos desenvolvimentos fazem parte das metas de intervenção de psicólogos do esporte.

Entre as tarefas educacionais, parece ser importante o estabelecimento da compreensão, já entre atletas de categorias de iniciação esportiva, de que as lesões são inerentes ao contexto esportivo, mas que podem ser minimizadas com ações preventivas e ações curativas corretas de reabilitação, sendo que estas ações precisam ser conhecidas.

Outra importante habilidade a ser desenvolvida em atletas jovens é a de reconhecer as sensações proprioceptivas relevantes. Isto é, saber reconhecer quando estão realizando movimentos tecnicamente corretos e seguros, e diferenciar as características de uma sensação de dor derivada das exigências de treinamento, porém sem maiores riscos se os procedimentos preventivos cotidianos forem devidamente

conduzidos, daquelas sensações de dor indicativas do início de uma lesão derivada do excesso de treinamento, ou de algum acidente, cuja manutenção do atleta em atividades de treinamentos e competição pode prejudicar consideravelmente seu desempenho esportivo. De qualquer modo, a dor não deve ser subestimada. No processo de formação de atletas, estes devem ser instruídos sobre como proceder em cada caso, dadas as conseqüências prováveis das diversas opções de decisão e ação.

Por fim, a aplicação de procedimentos de intervenção psicológica associados aos processos de reabilitação deve ser efetuada com critérios definidos e específicos, de acordo com os objetivos para os quais as respectivas metodologias foram criadas. Além disso, a aplicação destes procedimentos se constitui um fértil campo de pesquisa, pois poucos estudos têm testado diretamente as ligações entre os fatores psicológicos aprendidos e a reabilitação física (Smith, 1996).

Referências

Bianco, T. (2001) Social Support and Recovery From Sport Injury: Elite Skiers Share Their Experiences. *Research Quarterly for Exercise and Sport by the American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance*, 72(4) 376-388.

Bianco, T., Malo, S. & Orlick, T.(1999). Sport Injury and Illness: Elite Skiers Describe Their Experiences. *Research Quarterly for Exercise and Sport by the American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance*, 70(2), 157-169.

Borin, J. P.; Gonçalves, A. & Chalita, L. V. S. (2008). Lesões de atletas de elite do basquetebol paulista através de modelagem para dados categóricos nominais. *Revista de Educação Física*. 141:4-1. Recuperado em 03 de outubro de 2010, de <http://www.revistadeeducacaofisica.com.br/artigos/2008.2/artorig1.pdf>.

Crosman, J. (1997). Psychological rehabilitation from sports injuries. *Sports Medicine*, 23(5), 333-339.

Cupertino, A. P. F. B.; Oliveira, B.H.D; Guedes, D.V.; Coelho, E.R.; Milano, R.S.; Rubac, J.S. *et al.* (2006). Estresse e suporte social na infância e adolescência relacionados com sintomas depressivos em idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(3): 371-378.

Davis, M.; Eshelman, R.R. & McKay, M. (1996). *Manual de Relaxamento e Redução do Stress*. São Paulo: Summus.

Freire, V. M.; Pereira, M. E. (2009). Crenças estereotipadas acerca de atletas que sofreram lesões. *Ciências & Cognição 2009*, 14 (2): 225-234.

Galambos, S.A.; Terry, P.C.; Moyle, G. M. & Locke S.A. (2005). Psychological predictors of injury among elite athletes. *British Journal of Sports Medicine*, 39, 351-354.

Gomes, C. T. S. (1997). Pubialgia. *Revista Brasileira de Ortopedia*. 32(12), 949-953.

Hardy, C. J. & Crace, R. K. (1990). Dealing within injury. *Sport Psychology Training Bulletin*, 1(6), 1-8.

Hardy, C. J. & Crace, R. K. (1991). Social support within sport. *Sport Psychology Training Bulletin*, 3(1): 1-8.

Hare, R. & Evans, L. (2008). Imagery Use During Rehabilitation From Injury: A Case Study of an Elite Athlete. *The Sport Psychologist*, 22: 405-422.

Harris, D. V. & Harris, B. L. (1984). *Sports Psychology: mental skills for physical people*. New York: Leisure Press Publisher.

Hatzigeorgiadis, A.; Zourbanos N.; Goltsios, C. & Theodorakis, Y. (2008). Investigating the Functions of Self-Talk: The Effects of Motivational Self-Talk on Self-Efficacy and Performance in Young Tennis Players. *The Sport Psychologist*, 22: 458-471.

Hensel, P.; Perroni, M. G. & Leal Junior, E. C. P. (2008). Lesões musculoesqueléticas na temporada de 2006 em atletas da seleção brasileira feminina principal de canoagem velocidade. *Acta ortop. bras.* 16 (4):233-237. Recuperado em 03 de outubro de 2010, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-78522008000400009&script=sci_arttext&tlng=es.

Heredia, R. A.; Muñoz, A.R.; & Arataza, J. L. (2004). The effect of psychological response on recovery of sport injury. *Research in Sports Medicine*, 12, 15-31.

Ievleva, L. & Orklick, T. (1991). Mental links to enhanced healing. *The Sport Psychologist*, 5(1), 24-40.

Klenk, C. A. (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. Recuperado em 03 de outubro de 2010, de <http://digitalcommons.uri.edu/srhonorsprog/9>

Lopes, A. S.; Kattan, R., Costa, S., Moura, C. E. & Lopes, R. S. (1996). Estudo clínico, diagnóstico e tratamento das lesões totais do tendão de Aquiles. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 31(12), 969-980.

Maddison, R. & Prapavessis, H. A (2005). Psychological approach to the prediction and prevention of athletic injury. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 27, 289-310.

Maher, C. A. & Rodts, M. F. (1994). Competitive athletes and injuries: A rehabilitation performance perspective. *Orthopaedic Nursing*, 13(5), 31-37.

Matsukura, T. S.; Marturano, E.M.; Oishi, J.; Borasche, G. (2007). Estresse e suporte social em mães de crianças com necessidades especiais. *Rev. Bras. Educ. Espec.*, 13(3): 415-428.

Nezu, A. M. & Nezu, C. M. (2008). Treinamento em Solução de Problemas. In V. Caballo (Org). *Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento*. (Cap. 22, pp. 471-493) São Paulo: Santos Editora.

Nideffer, R. M. (1983). The injured athlete: Psychological factors in treatment. *Orthopedic Clinics of North America*, 14: 373-385.

Palmeira, A. J. L. S. (2002). Eventos de Vida, Aptidões de Confronto e Personalidade: Estudos dos seus Efeitos na Previsão e Reabilitação de Lesões Desportivas. Recuperado em 8 de setembro de 2002, de <http://www.fmh.utl.pt/desporto/lpt/1mestrado%20teses.htm>.

Pastre, C. M.; Carvalho Filho, G.; Monteiro, H. L.; Netto Junior, J. & Padovani, C. R. (2004). Lesões desportivas no atletismo: comparação entre informações obtidas em prontuários e inquéritos de morbidade referida. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 10(1):1-8. Recuperado em 03 de outubro de 2010, de <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v10n1/01.pdf>.

Pesca, A. D. (2004) *Intervenção Psicológica em um Trabalho Interdisciplinar na Recuperação de Atletas Lesionados de Futebol*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

Rodriguez, M. S. & Cohen, S. (1998). Social Support. *Encyclopedia of Mental Health*, 3: 535-544.

Ross, M. J. & Berger, R. S. (1996). Effects of Stress Inoculation Training on Athletes' Postsurgical Pain and Rehabilitation After Orthopedic Injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2): 406-410.

Rubio, K. (2007) Da psicologia do esporte que temos à psicologia do esporte que queremos. *Rev. Bras. Psicol. Esporte*, 1(1): 01-13.

Rubio, K. (2008). Imaginação e Criação de Estados Mentais. *Revista Brasileira de Psicologia do Esporte*, 2: 01-22.

Ruschel, C. et al. (2009) Incidência de lesões em velejadores brasileiros de diferentes níveis técnicos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*. 15(4): 268-271. Recuperado em 03 de outubro de 2010, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-86922009000500007&script=sci_arttext&lng=pt.

Scala, C. T. e Kerbauy, R. R. (2005). Autofala e esporte: estímulo discriminativo do ambiente natural na melhora de rendimento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental Cognitiva*, 7(2): 145-158.

Seidl, E. M. F.; Troccoli, B. T. (2006). Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em HIV/aids. *Psic.: Teor. e Pesq.*, 22(3): 317-326.

Siqueira, M. M. M. (2008). Construção e validação da Escala de Percepção de Suporte Social. *Psicol. estud.*, 13(2): 381-388.

Smith, A. M., Scott, S. G. & Wiese, D. M. (1990). The psychological effects of sports injuries coping. *Sports Medicine*, 9(6), 352-369.

Smith, A.M. (1996). Psychological impact of injuries in athletes. *Sports Med.*, 22(6), 391-405.

Waddington, I., Loland, S., & Skirstad, B. (2006). Introduction – Pain and injury in sport. In Waddington, I., Loland, S., & Skirstad, B. Pain and injury in sport – social and ethical analysis (pp. 1-13). New York: Routledge.

Weinberg, R. S. & Gould, D. (2001). *Fundamentos da Psicologia do Esporte e do Exercício* (2ª ed.). São Paulo: Artmed Editora.

Wells, J. K., Howard, G. S., Nowlin, W. F. & Vargas, M. J. (1986). Presurgical anxiety and postsurgical pain and adjustment: Effects of a stress inoculation procedure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54: 831-835.

Wiese, D. M. & Weiss, M. R. (1987). Psychological rehabilitation and physical injury: implications for the sports medicine team. *Sports Psychologist*, 1: 318-330.

Williams, J. M, Tonyman, P. & Andersen, M. B. (1991). The effects of stressors and coping resources on anxiety and peripheral narrowing. *Journal of Applied Sport Psychology*, 3: 126-141.

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

Sobre os autores

Carlos Roberto de Oliveira Nunes

Professor do Departamento de Psicologia da Universidade Regional de Blumenau.

Max Jaques

Acadêmico de Psicologia da Universidade Regional de Blumenau.

Fabiana Thaís de Almeida

Psicóloga graduada pela Universidade Regional de Blumenau.

Georgette Iara Ullmann Heineck

Psicóloga graduada pela Universidade Regional de Blumenau.

Contato

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Universidade Regional de Blumenau (FURB) – Dpto de Psicologia
- Rua Antônio da Veiga, 140 – Bairro Victor Konder – CEP 89012-900 –
Blumenau/SC. Fone(47) 3321-0280

TELEFONE

(47) 3321 0280

E-MAIL

cnunes@furb.br,
mjaques@al.furb.br,
fabi.bnu@uol.com.br,
geiara@ig.com.br