

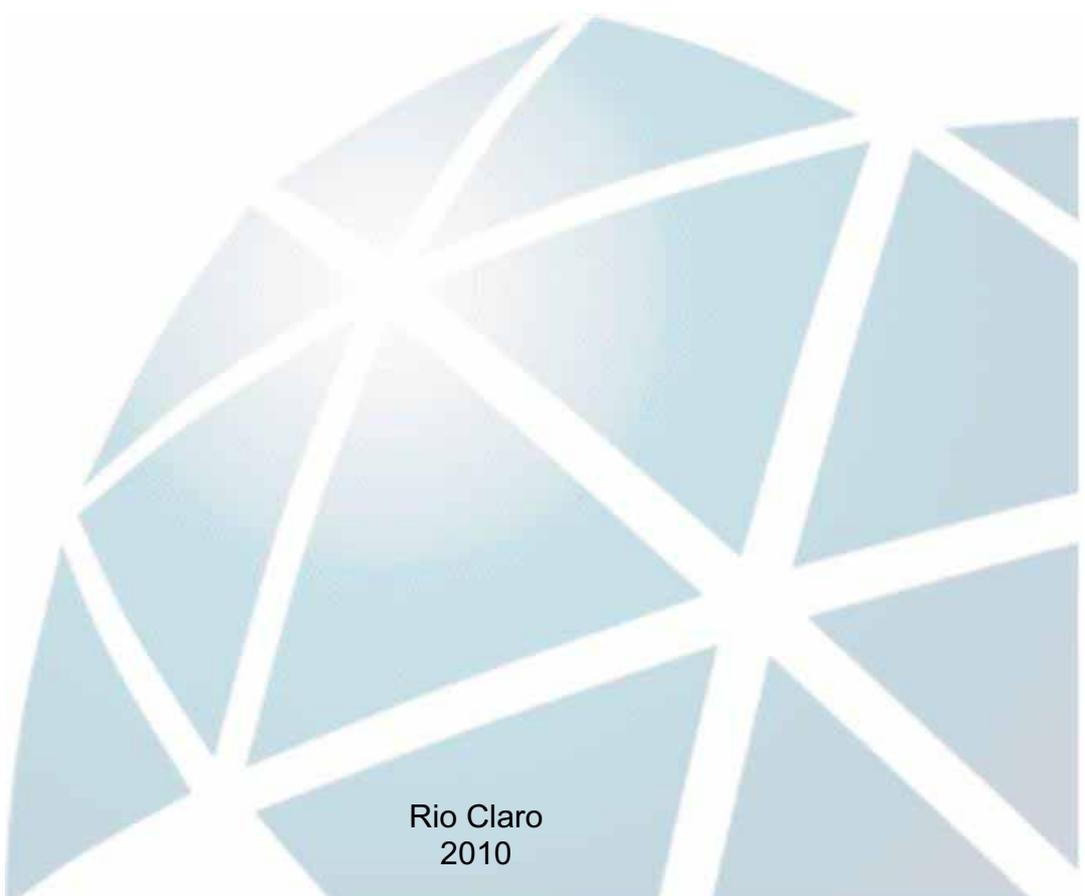
---

**BACHARELADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

---

**MATHEUS BURATTI SANCHES**

**A RECUPERAÇÃO PSICOLÓGICA DE  
ATLETAS LESIONADOS DO FUTEBOL**



Rio Claro  
2010

MATHEUS BURATTI SANCHES

A RECUPERAÇÃO PSICOLÓGICA DE ATLETAS  
LESIONADOS DO FUTEBOL

Orientador: Prof. Dr. Afonso Antonio Machado

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Instituto de Biociências da Universidade Estadual  
Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Câmpus de Rio  
Claro, para obtenção do grau de Bacharel em  
Educação Física.

Rio Claro

2010

Sanches, Matheus Buratti

A recuperação psicológica de atletas lesionados do futebol / Matheus Buratti Sanches. - Rio Claro : [s.n.], 2010  
56 f. : il., figs., gráfs., tabs.

Trabalho de conclusão (bacharelado - Educação Física) -  
Universidade Estadual Paulista, Instituto de Biociências de  
Rio Claro

Orientador: Afonso Antonio Machado

1. Futebol. 2. Lesões no esporte. 3. Psicologia do esporte.  
I. Título.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>04</b>
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>05</b>
<b>2.1. A lesão no esporte.....</b>	<b>05</b>
<b>2.1.2. A lesão no futebol.....</b>	<b>08</b>
<b>2.2. A psicologia e a lesão.....</b>	<b>10</b>
<b>2.2.1. Fatores psicológicos desencadeantes de lesões.....</b>	<b>11</b>
<b>2.2.2. A descoberta da lesão.....</b>	<b>14</b>
<b>2.2.3. Reações psicológicas associadas às lesões.....</b>	<b>15</b>
<b>2.3. A recuperação da lesão.....</b>	<b>18</b>
<b>2.3.1 Mudanças na vida de um atleta quando se encontra lesionado.....</b>	<b>20</b>
<b>2.3.2. O processo de recuperação.....</b>	<b>21</b>
<b>2.3.3. Tratamento psicológico.....</b>	<b>21</b>
<b>3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>28</b>
<b>4. OJETIVOS.....</b>	<b>28</b>
<b>5. ANÁLISE E DISCUSSÃO.....</b>	<b>29</b>
<b>6. CONCLUSÃO.....</b>	<b>46</b>
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>49</b>
<b>8. APÊNDICE.....</b>	<b>55</b>

## RESUMO

A intervenção psicológica na prática esportiva pode ser realizada através de determinados programas psicológicos de treinamento assim como através de aconselhamento e acompanhamento. As metas principais que podem ser alcançadas através de medidas psicológicas de treinamento são a melhoria planejada e sistemática das capacidades e habilidades psíquicas individuais do rendimento, estabilização e otimização do comportamento na competição e aceleração e otimização de processos de regeneração psicológica. A lesão no esporte tem sido alvo de atenção da psicologia do esporte, em função do número crescente de atletas lesionados, influenciados pela alta exigência do esporte de rendimento, bem como do desejo humano de cada vez querer ir além. Essa demanda máxima em busca do rendimento durante as competições juntamente com o aumento das cargas de trabalho durante os treinamentos ajudam a produzir um progressivo crescimento no número de lesões. Participaram desta pesquisa quinze atletas de futebol, sexo masculino, sendo dez atletas da categoria profissional, um atleta da categoria sub-20 e quatro atletas da categoria sub-17. Eles se encontravam lesionados ou em fase inicial de retorno às atividades, da cidade de Limeira, interior do Estado de São Paulo. A pesquisa, de vertente qualitativa, utilizou-se de um questionário subjetivo (Apêndice) contendo perguntas relacionadas à atual lesão do atleta e também a recuperação fisioterápica e psicológica; para análise dos dados foram feitas leituras e propostas de aglutinação de elementos, por categorização da amostra. A ausência de um psicólogo, em especial do esporte nas equipes, no programa de reabilitação dos atletas entrevistados, fez com que não houvesse a implementação de técnicas de atendimento psicológico, tais como as de visualização ou relaxamento. Com a ausência do psicólogo do esporte nas equipes, fica evidente a falta de estrutura que acomete a maioria das equipes do futebol, principalmente no Brasil, onde até mesmo as equipes tidas como tradicionais e maiores, em sua maioria não possui um psicólogo do esporte, não dando assim um suporte total e ideal para o atleta, tanto na recuperação da lesão, acelerando os passos e extinguindo do atleta os medos que surgem após a instalação da lesão, bem como fazendo a manutenção do atleta após essa lesão, e até mesmo como forma de prevenção de lesão.

**Palavras chaves:** lesões no esporte, psicologia do esporte, futebol, recuperação psicológica.

## 1. INTRODUÇÃO

A psicologia do esporte é ainda uma ciência muito recente, mas em constante e acelerada evolução e aperfeiçoamento. Não mais subestimada a sua importância nas mais variadas modalidades esportivas, a psicologia do esporte vem, nos últimos anos, se emancipando de sua “ciência mãe”, a psicologia.

Para Thomas (1983), a psicologia do esporte é uma área parcial das ciências do esporte, assim como a medicina desportiva ou a pedagogia desportiva, cujo objetivo é elaborar, empiricamente, os conhecimentos psicológicos necessários à solução dos problemas da prática desportiva.

Segundo Nitsch (apud SAMULSKI, 1992), a psicologia do esporte analisa as bases e efeitos psíquicos das ações esportivas, considerando por um lado a análise de processos psíquicos básicos (cognição, motivação, emoção) e por outro lado a realização de tarefas práticas do diagnóstico e da intervenção.

Samulski (1992) destaca como tarefas da psicologia do esporte o ensino, pesquisa, extensão e intervenção. Quanto aos campos de aplicação são citados o esporte de rendimento, esporte escolar, esporte recreativo e o esporte de reabilitação.

A intervenção psicológica na prática esportiva pode ser realizada através de determinados programas psicológicos de treinamento assim como através de aconselhamento e acompanhamento. As metas principais que podem ser alcançadas através de medidas psicológicas de treinamento são a melhoria planejada e sistemática das capacidades e habilidades psíquicas individuais do rendimento, estabilização e otimização do comportamento na competição e aceleração e otimização de processos de regeneração psicológica (SAMULSKI, 1992).

Por outro lado, Gabler (apud SAMULSKI, 1992) entende como meta principal do acompanhamento psicológico, influenciar atletas como indivíduos, equipes e como grupos sociais, de tal forma que possam realizar suas possibilidades máximas de rendimento na competição. Conforme Samulski (1992), o aconselhamento psicológico tem como meta ajudar aos técnicos e desportistas a entender e solucionar da melhor maneira possível os seus problemas psicológicos e sociais. No entanto, enfatiza que as diferentes formas de intervenção psicológica devem ser aplicadas em conjunto segundo o problema psicológico existente.

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1. A lesão no esporte**

A lesão no esporte tem sido alvo de atenção da psicologia do esporte, em função do número crescente de atletas lesionados, influenciados pela alta exigência do esporte de rendimento, bem como do desejo humano de cada vez querer ir além (DOBANSZKY & MACHADO, 2000). Essa demanda máxima em busca do rendimento durante as competições juntamente com o aumento das cargas de trabalho durante os treinamentos ajudam a produzir um progressivo crescimento no número de lesões. (McDONALD & HARDY, 1990 apud MENDO, 2002).

Sendo que a lesão é um fator de ordem negativa que pode atingir o atleta em qualquer circunstância e modalidade esportiva, segundo Bajin (1982) e Weinberg e Gould (2001).

De acordo com Krauss & Conroy (apud MENDO, 2002), durante a prática esportiva ocorrem cerca de três milhões de lesões entre os desportistas. Boyce & Sobolewski (apud MENDO, 2002) estimam que, durante a prática esportiva, são produzidas cerca de 44% de todas as lesões. Vale salientar que este elevado número de lesões traz um considerável custo financeiro aos clubes, administradores, sociedades esportivas e companhias de seguros, além de prejudicar demasiadamente a carreira profissional dos atletas, podendo até mesmo encerrar a carreira, em casos extremos.

Há diversas definições e tipos de lesão, variando de acordo com os autores. Puig (1994, apud DOBANSZKY & MACHADO, 2000), considera a lesão como um traumatismo que provoca uma disfunção temporal ou permanente do atleta, reduzindo sua capacidade de rendimento.

Já para Meneses (apud SOUZA, 1999), as lesões relacionadas com a prática esportiva, classificam-se em típicas e atípicas. As lesões típicas são as mais frequentes assim como feridas, contusões, contraturas musculares, câibras, distensões, entorses, luxações e fraturas. Já as lesões atípicas dificilmente acontecem no cenário esportivo, pois são conseqüências de acidentes.

O Sistema Nacional de Registros de Lesões Esportivas (NAIRS), nos Estados Unidos, classifica as lesões esportivas, segundo o tempo de afastamento do atleta para recuperação, em três graus: lesões menores (de um a sete dias de afastamento), lesões moderadamente

sérias (de oito a 21 dias de afastamento) e lesões sérias (acima de 21 dias de afastamento ou com lesões permanentes).

Para Henserson & Carroll (apud MENDO, 2002), as lesões não podem ser categorizadas como típicas, pois cada desportista é um indivíduo e como tal, cada um reage de maneira diferente diante situações similares. Portanto, os fatores psicológicos variam entre os desportistas e influem no tempo de recuperação destes, evidenciando assim que metas pessoais reais deveriam ser estabelecidas para cada atleta.

Partindo de uma outra linha de pensamento as lesões desportivas podem ser classificadas em agudas e crônicas. Enquanto Ayres e Gonçalves (apud SOUZA, 1999) identificam as lesões desportivas como conseqüências de acidentes e imprevistos causadas por um agente mecânico, Amorim (apud SOUZA, 1999), as consideram decorrentes de movimentos bruscos, em que é solicitado do indivíduo um esforço para o qual ele não se encontra preparado. Por sua vez, as lesões desportivas crônicas, de acordo com Ayres e Gonçalves (apud SOUZA, 1999), são causadas por uma exposição repetitiva de uma estrutura óssea, muscular, tendínea ou articular, enquanto que para Amorim (apud SOUZA, 1999), são lesões consecutivas de uma mesma estrutura, sem nunca haver recuperação completa.

Dentre os fatores causadores de lesões esportivas estão os fatores extrínsecos e intrínsecos. Entre os extrínsecos estão instalações esportivas, tipos de calçados, proteção corpórea, condições de tempo, objetos do esporte e doping. Já os fatores intrínsecos são: vida diária, escolha do esporte ideal, inaptidão para o esporte, treinamentos e deficiências esportivas (MENESES apud SOUZA, 1999).

Outros fatores importantes para o surgimento e recuperação das lesões são: a falta de uma equipe médica adequada, composta por médico, fisioterapeuta, psicólogo do esporte entre outros. A falta dessa equipe em instituições e clubes pode dificultar o processo de reabilitação, agravando a lesão e também fazendo com que surja outra lesão.

Carazzato e Arena (2007) ainda evidenciam que a incidência de determinadas lesões esportivas em jovens pode variar como decorrência de uma série de fatores, tais como o tipo de esporte praticado, o tempo da prática esportiva e o nível de competição do atleta (estadual, nacional e internacional). A ocorrência de lesões típicas do esporte é comum em todo programa de treinamento esportivo. A combinação de diferentes fatores, como a organização esportiva, o treinamento técnico, o sistema de competições e a falta de estrutura médica adequada, podem favorecer riscos para a saúde dos jovens envolvidos.

Dobranszky & Machado (2000) determinaram que um conjunto de fatores, internos e externos, também pode estimular a ocorrência de lesões. Como fatores internos citam a motivação, medo, ansiedade, a composição morfo-fisiológica, o uso de drogas, instabilidade emocional e fatores relativos à personalidade e história de vida do atleta.

Entre os fatores externos, estão as dificuldades com equipamento e ambiente de treino, superproteção familiar assim como o estresse do meio esportivo, merecedor de maior destaque.

Em seu estudo com jovens desportistas, Arena e Carazzato (2007), concluíram que a criança que se inicia por volta dos 10 anos de idade no esporte e nele permanece competindo por vários anos nas categorias menores é exposta a um tempo prolongado (em anos) de treinamento e, em consequência disso, as lesões esportivas são inevitáveis. Os autores citam que na literatura estudos encontram que as principais lesões esportivas em jovens de diferentes esportes indicam certos tipos de lesões predominantes.

Sendo assim Powell e Barber-Foss (2000) observaram maior ocorrência de entorses e lesões musculares. E também para Taylor e Attia (2000), as lesões mais comuns são as entorses e luxações (32%), fraturas (29,4%) e contusões (19,3%). No Brasil, Carazzato *et al* (1988) em estudo sobre lesões de atletas jovens, constataram que os tipos mais comuns são o entorse de tornozelo, lombalgia e entorse de joelho.

Presentes na nova perspectiva e realidade do esporte de rendimento estão como fatores causadores de lesões, o desejo de superação (motivação) envolvido muitas vezes de forma irracional na busca de seus objetivos assim como o uso de drogas associadas à melhora do rendimento esportivo inibindo os mecanismos necessários para a identificação dos limites das capacidades do atleta.

A intenção de superar associada com a ansiedade pode influenciar de maneira negativa na recuperação de um atleta, de modo que um retorno precoce às atividades esportivas, muitas vezes, resulta em um comprometimento de estrutura lesionada ou de outra lesão por não estar totalmente apto para atividades, gerando, então, uma nova lesão ou um agravamento da antiga. Normalmente esses casos ocorrem com atletas que tem total dedicação ao esporte e não se vêem fora dele por nenhum motivo, retornando o mais rápido possível para suas atividades, queimando etapas do processo de recuperação e se prejudicando.

Vale salientar que o excesso de motivação, bem como sua ausência, pode interferir na ocorrência de lesões (CARR & MURPHY, 1995 apud DOBRANSZKY & MACHADO,

2000). No entanto, Dobranszky e Machado (2000) encaram o estresse como o grande vilão no processo de aquisição de uma lesão no esporte, pois se instala no desequilíbrio entre os recursos internos disponíveis pelo indivíduo e a quantidade de exigências do meio esportivo. (DOBANSZKY & MACHADO, 2000).

Através do modelo interacionista proposto por Andersen e Williams (1988, apud MENDO, 2002) foi possível estabelecer uma relação entre o estresse e a lesão sugerindo intervenções específicas para reduzir o risco de lesões desportivas.

O treinamento desportivo é atualmente difícil, estressante e demanda grandes exigências de dedicação. Isto é primordial para que o treinador compreenda o aspecto psicológico da lesão em sua prevenção ou reabilitação para fomentar os princípios psicológicos para um melhor cuidado do desportista (HENDERSON & CARROLL apud MENDO, 2002).

Segundo Meneses (apud SOUZA, 1999), as lesões desportivas podem ser diminuídas quando se trabalha de forma consciente e bem planejada o condicionamento geral do atleta, ou seja, condições físicas, técnicas, táticas e psicológicas.

Quando um atleta sofre uma lesão, a ação de outros fatores sociais como os amigos, pais, crianças influem na motivação para recuperação. Em algumas ocasiões a melhora atribuída às pessoas a sua volta se pode converter em um forte reforçador para manter a dor, mais do que ajudar a conseguir uma efetividade na reabilitação. (MENDO, 2002).

De acordo com Dobranszky & Machado (2000), a recuperação do atleta lesionado deve ser acompanhada por toda a equipe de profissionais que trabalham com o atleta, tais como o treinador, médico, fisioterapeuta e psicólogo. “É importante que o atleta esteja consciente de seus limites e potencialidades, sendo que alguns recursos se mostram eficazes neste processo, tais como o estabelecimento de metas e treinamento mental” (DOBANSZKY & MACHADO, 2000).

### **2.1.2. A lesão no futebol**

Todas as modalidades esportivas estão sujeitas as causas e fatores provocantes e agravantes de lesões, a lesão é um fator que pode ocorrer em qualquer prática de atividade física. Essas lesões também estão inclusas no futebol, o esporte mais popular e praticado no mundo, tendo em torno de 400 milhões de adeptos, de diversas classes sociais e faixas etárias.

Com essa imensa quantidade de praticantes, também há uma grande ocorrência de lesões no futebol, pois é um esporte que exige certo grau de condicionamento físico para uma prática adequada, havendo ainda movimentos bruscos, intenso contato físico.

Na prática de futebol amador, ou por lazer apenas, é um momento que pode ocorrer um grande número de lesões, pois muitos praticantes não estão aptos a praticar a atividade no nível que o praticante gostaria, fazendo com que haja uma superexposição do corpo do “atleta”, pois este não se encontra preparado fisicamente. Há também casos de pessoas que praticam o futebol apenas por lazer, não tomando o mínimo cuidado para a prática correta, sem o uso de equipamentos de jogo e de proteção, caso da caneleira.

Como exemplo, podemos citar a atuação dos “atletas de fim de semana”, que são aquelas pessoas que praticam o esporte somente no final de semana como forma lúdica, sendo que alguns destes podem não estar completamente conscientes, terem ingerido álcool e praticarem futebol, aumentando imensamente as chances de ocorrer uma lesão, não apenas musculoesquelética, mas também em casos mais extremos um infarto, entre outros problemas que não se restringem apenas a prática em si do esporte.

Se tratando de nível profissional, há grandes exigências no meio esportivo, fazendo com que os atletas extraiam o máximo de suas capacidades técnicas, táticas, físicas e psicológicas. Sobre isso Kunze (1987) refere-se ao futebol como um esporte que exige resistência, velocidade e força como princípios decisivos, adicionando também agilidade e flexibilidade, fazendo com que os jogadores se exponham aos seus limites máximos de exaustão e, conseqüentemente, predispondo-os às lesões.

Essa exposição física dos atletas de alto nível associada com a exigência de movimentos bruscos, mudanças rápidas de direção e incessante repetição de movimentos em treinos e jogos, aumentam por si só a probabilidade de lesões agudas pelo maior número de lesões, associando ainda as lesões pó “overuse”, que são uma somatória de sobrecargas em uma determinada região ou musculatura devido aos motivos já citados.

Segundo Palacio *et al* (2008), o futebol é a maior causa de lesões em atletas no mundo e estas são responsáveis por 50 a 60% de todas as lesões esportivas na Europa. Dentre todos os traumas físicos tratados em hospitais europeus, de 3,5% a 10% são causados pelo futebol.

Ainda segundo Palacio *et al* (2008), visando o ponto socioeconômico, é importante salientar que, por vezes, os jogadores necessitam de cuidados médicos intensos e com diferentes períodos de reabilitação, algumas vezes com internação hospitalar ou no próprio

departamento médico do clube. Fazendo com que a ausência desses jogadores em suas atividades dentro de campo causa-lhes grandes prejuízos financeiros e para suas carreiras, não mencionando alguns verdadeiros desastres financeiros para seus clubes, patrocinadores e agentes.

Muitas vezes, o próprio atleta recusa-se a permanecer em tratamento ou mesmo receber a terapia conveniente, pois, no futebol, a pressão para o não afastamento e/ou a volta precoce do jogador ainda em tratamento são um fato comum. Quando levado em consideração o esporte de alto rendimento, é muito mais rentável e benéfico para os atletas e clubes garantir a prevenção da lesão esportiva do que desenvolver todo o processo de recuperação pertinente à determinada lesão.

## **2.2. A psicologia e a lesão**

O atleta nunca irá querer se machucar, principalmente em níveis elevados de competição, ainda mais se essa contusão lhe traga um grande tempo para recuperação, então para tanto, deve-se ter um acompanhamento ideal antes da lesão, durante a lesão e também após a lesão, para o completo retorno das práticas esportivas e para alcançar o desempenho satisfatório de anteriormente. Perante a isso é de suma importância o psicólogo do esporte intervindo no tratamento do jogador lesionado fazendo com que ele volte o mais rápido possível a sua performance ideal e trabalhando com os medos, incertezas e outras dúvidas que passam pela cabeça do atleta quando este se encontra lesionado.

A cultura geral glorifica o heroísmo, força, velocidade e coragem, estes adjetivos estão também presentes no contexto esportivo, principalmente a busca incessante pelo máximo do desempenho esportiva, busca por resultados, títulos, recordes e metas históricas, e a partir desse princípio surgem máximas que se encaixam no esporte, tais como, “no pain, no gain” (sem dor, sem ganho) e “hurt is temporary, pride is forever” (sofrimento é temporário, orgulho é pra sempre). Esses lemas são usados como incentivo para maximizar o desempenho dos atletas, entretanto muitas vezes eles erroneamente são utilizados, gerando um excesso de uso da musculatura gerando em muitas vezes lesões para os atletas.

### **2.2.1 Fatores psicológicos desencadeantes de lesões**

O tema lesão em geral, é negado pelos atletas até que ela aconteça, para eles a lesão não é permitida, a dor é ignorada e inaceitável. Há muitos estudos que visam estabelecer uma relação entre a dinâmica da personalidade e a disposição do acidente (lesão). Muitos trabalham tentam provar que os fatores psicológicos, como a tolerância à dor, estresse, medo, depressão, seriam fatores determinantes, tanto na disposição da lesão, bem como sobre a história da lesão psicológica.

Como já foi dito muitos fatores podem influenciar e causar o surgimento de uma lesão, tendo como fatores internos e externos como os causadores de lesão. Os fatores internos compõem a parte do próprio atleta, tanto física e genética como psicológica também, analisando a parte psicológica que ajuda a desenvolver lesões nos atletas, temos muitos fatores que geram a lesão, e que com um acompanhamento psicológico adequado poderiam diminuir a ocorrência de lesões por esses fatores.

Dobranszky & Machado (2000, apud EPIPHANIO, 2000), citam que na literatura da Psicologia do Esporte é destacado que há fatores internos influenciadores de lesões relativos à variáveis de personalidade e história de vida do atleta. Alguns autores discordam dessa afirmação sendo que Becker (2000) em sua pesquisa, não encontrou resultados satisfatórios sobre a interferência dos aspectos de personalidade na ocorrência de lesões. Entretanto, muitos outros autores como Tamorri et al. (1992), apresentam dados que mostram que a tendência a lesões está mais associada à personalidade do atleta do que com a periculosidade do esporte. Anderson & Willians (1998) corroboram com a idéia, e fala que fatores como personalidade e estresse psíquico, são apontados como fatores de risco para o desenvolvimento de lesões.

Puig (1994) cita que a instabilidade emocional pode ser um importante fator para predispor às lesões, pois a instabilidade juntamente com a resposta do atleta a lidar com grandes exigências que o esporte lhe compete, poderá desencadear em uma futura lesão. Podendo ver a importância da psicologia das lesões esportivas como uma relevante medida de prevenção das lesões.

A predisposição à lesão pode ser justificada pelos ganhos secundários que uma lesão pode fornecer ao atleta. Este processo, na maioria das vezes, ocorre ao nível inconsciente, como uma defesa do indivíduo às pressões do meio esportivo, podendo colocá-lo em uma posição mais passiva, logo menos ameaçadora (BECKER, 2000). Mostrando assim a omissão

do atleta no esporte, vulgarmente conhecido como atleta “chinelinho”, que foge das pressões “promovendo” inconscientemente lesões, e até mesmo retardando o processo de recuperação, por medo de voltar às atividades e pressões que sua profissão gera.

Becker (2000) apresentou uma interessante entrevista que relata que atletas que possuem um maior índice de autoconhecimento lesionam-se com uma maior frequência do que os atletas inseguros, sendo que isso pode ser explicado por Epiphanio (2000) que fala que estes mesmos atletas inseguros arriscam-se menos.

Outro fator psicológico que pode desencadear em uma lesão é o medo. O medo que se caracteriza como um estado de alerta do organismo, causa alterações orgânicas provenientes do sistema nervoso central. As alterações podem ser agudas, que são as que ocorrem imediatamente, ou crônicas, que são as que ocorrem ao longo de um período. O medo pode ser causado por muito motivos, provocando diversas reações tanto físicas como fisiológicas.

O aumento na secreção de alguns hormônios, principalmente a epinefrina (adrenalina) e o cortisol, irá causar aumento da frequência cardíaca, aumento da temperatura corpórea, menor sensibilidade à dor, maior requerimento energético, entre outras alterações. O medo crônico pode gerar aumento da tensão muscular e alteração do metabolismo energético, podendo levar a modificações na composição corporal do atleta, causando problemas para a performance e/ou para a recuperação da lesão (EPIPHANIO & DE LUCAS, 2000).

A ansiedade também é apontada como outro aspecto que interfere na ocorrência de lesões no esporte, por provocar uma ativação geral do organismo quando o indivíduo sente-se ameaçado. Ansiedade em certos pontos é visto como boa para a prática do esporte, entretanto segundo Wann (1997), onde observa que quando o atleta está com um nível muito elevado ansiedade, pode aumentar o risco de lesão devido ao mau funcionamento do organismo, causando uma atenção reduzida e desperdício de energia.

Entretanto, atletas que possuem ansiedade-traço encontram-se mais vulneráveis à ocorrência de lesões, por terem recursos menos eficientes para lidar com eventos estressantes e por criarem mais situações estressantes do que indivíduos que não possuem essa característica (EPIPHANIO, 2000).

Outro fator que ganha destaque quando se trata de fatores que levam a lesão, é o desejo de superação vivenciado por alguns atletas. Muitas vezes de maneira irracional, imprópria e inseqüente os atletas, que se vêem altamente envolvidos com o esporte, com o clube ou com a competição buscam a superação de seus limites e até mesmo dor em busca do

melhor resultado para si e sua equipe. A motivação tem grande influência nesse desejo de superação, entretanto, o excesso de motivação, bem como a ausência dela, pode interferir na ocorrência de lesões.

Em meio dessa busca incessante para quebra de marcas e de recordes que a cada dia exigem mais dos atletas, principalmente dos atletas de alto rendimento, existe um outro fator que pode desencadear em algum tipo de lesão, que é o crescente uso de drogas que são associadas à melhora da performance. Segundo Carr & Murphy (1995, apud EPIPHANIO, 2000) as drogas anabólicas e estimulantes são as que mais podem oferecer riscos ao atleta em relação à ocorrência de lesões, pois as drogas anabólicas indicam uma sobrecarga, devido ao aumento de massa muscular, nos tendões e articulações, e para as drogas estimulantes por inibirem a sensação de fadiga e dor, mecanismos necessários para identificação dos limites das capacidades do atleta.

O estresse é tido como um fator externo que pode influenciar a ocorrência da lesão, por ser mobilizado por demanda externa, entretanto ele ganha destaque e “caminha” associado com os fatores internos por ser totalmente dependente dos fatores internos do indivíduo, obtendo diferentes respostas a diferentes estímulos para diferentes indivíduos. O estresse ocorre de acordo com a demanda externa, sendo provocada por agentes estressores, que para Heil (1993) e Buceta (1996) são: a competitividade interna e externa, técnicos, dirigentes, torcida, familiares e amigos, auto-cobrança, mídia e excesso de treinamento.

Isso nos facilita entender que todos esses agentes estressores atuaram na forma interna do atleta, fazendo com que influencie no seu comportamento dentro e fora das atividades. O estresse aumenta a vulnerabilidade do organismo com relação às lesões desportivas, pois pode causar déficit de atenção, funcionamento corporal defeituoso e deixar o sistema imunológico enfraquecido (BUCETA, 1996 apud EPIPHANIO, 2000).

Além da importância de descobrir os agentes causadores de lesões, e as maneiras para tratamento, essa identificação dos fatores é importante para a prevenção de uma possível lesão.

### 2.2.2. A descoberta da lesão

A descoberta de uma lesão é um momento muito delicado e dramático na vida de um atleta, principalmente este se for de alto nível e estiver passando por uma boa fase em sua carreira, e também se torna preocupante de acordo com a gravidade da lesão, podendo mantê-lo afastado de uma semana a oito meses até, no caso de uma ruptura do ligamento cruzado do joelho. É claro que há lesões que não necessitam sequer de afastamento das atividades e treinamentos, entretanto outras podem agravar drasticamente a carreira do atleta, sendo que em casos mais extremos fazendo com que precocemente acabe com a carreira do atleta.

Temos um exemplo aqui no Brasil, que é o caso do tenista três vezes campeão do Torneio Roland Garros, Gustavo Kuerten, o Guga, que devido a uma lesão estrutural do lado direito do quadril, que foi um rompimento de uma fibrocartilagem que recobre a parte anterior da articulação do quadril, não conseguiu se recuperar completamente e sempre que atuava o fazia com dores, aos poucos o desmotivando e fazendo com que colocasse fim a sua brilhante carreira de atleta.

Buceta (1996) classifica as lesões de acordo com a gravidade em termos de recuperação, sendo elas:

**Lesões leves:** são aquelas lesões que requerem tratamento, mas não há necessidade de interrupção do treinamento desportivo.

**Lesões moderadas:** que são aquelas que requerem tratamento e limita a prática esportiva. Não há necessidade de interrupção total dos treinamentos.

**Lesões graves:** são aquelas lesões que implicam em um período longo de recuperação, normalmente sendo necessárias intervenções cirúrgicas e ou hospitalização.

**Lesões graves que causam deterioração crônica:** são lesões que impedem que o indivíduo recupere o seu funcionamento anterior à lesão, obrigando-o a alterações em seu envolvimento com o esporte ou até alterações de modalidade esportiva.

**Lesões que causam incapacidade permanente, ou catastrófica:** são as lesões que impedem a continuidade da prática esportiva, necessitando de um grande trabalho de apoio para a reformulação de atividades de vida do atleta.

Quando descobre a lesão o atleta passa por misto de informações e sentimentos que acabam por “embaralhar” a sua cabeça. O momento da lesão envolve grande sofrimento para o atleta tanto físico, através da dor causado pelo trauma, como psicológico, pois é nesse

momento que o atleta se depara com sua limitação humana, mobilizando intenso sofrimento psíquico permeado pelas dúvidas sobre conseqüências da lesão e a inconformação por não ter conseguido ir além, fazendo com que em casos mais extremos o atleta entre até mesmo em depressão devido à impossibilidade de atuar. (EPIPHANIO, 2000).

### **2.2.3. Reações psicológicas associadas às lesões**

Há a presença de reações psicológicas adversas após a instalação de uma lesão ter sido confirmada, entretanto há alguns modelos de reações de atletas à lesão, e o mais aceito é o modelo de *grief reaction*, proposto por Kubler-Ross (1969). Segundo esse modelo o atleta passa por cinco estágios emocionais e seqüenciais através de etapas específicas:

- 1- Negação
- 2- Raiva
- 3- Barganha ou negociação
- 4- Depressão
- 5- Aceitação e reorganização

Segundo Samulski e Azevedo (2002), logo após o atleta sofrer a lesão ele entra em uma fase de negação, cujo em choque, não acredita que a lesão possa ter acontecido com ele e tende a negar-lhe importância. Após a visualização da situação, se instala o estado de raiva, no qual o atleta passa a se tornar agressivo com as pessoas à sua volta. Logo após, passa-se a fase da barganha, no qual o atleta aparenta querer negociar consigo mesmo na tentativa de se recuperar mais rápido.

Nessa fase ele promete a si mesmo caso retorne logo as atividades e se cure da lesão, se empenhar exaustivamente nos treinamentos, ou até mesmo passar a ser mais gentil com as pessoas que estão a sua volta. No próximo estágio, o atleta reconhece a lesão e suas conseqüências. Ao se conscientizar da falta de possibilidade de participação no esporte, ele passa por um período de depressão e incerteza sobre o seu futuro no esporte. E, o último, segue-se à fase de aceitação, em que o atleta aceita a lesão e passar a estar pronto para o processo de retorno as suas atividades.

A maioria dos atletas passa pelas cinco fases, porém a velocidade e a facilidade para a transição entre elas variam de uma pessoa para outras, podendo durar dias ou até meses

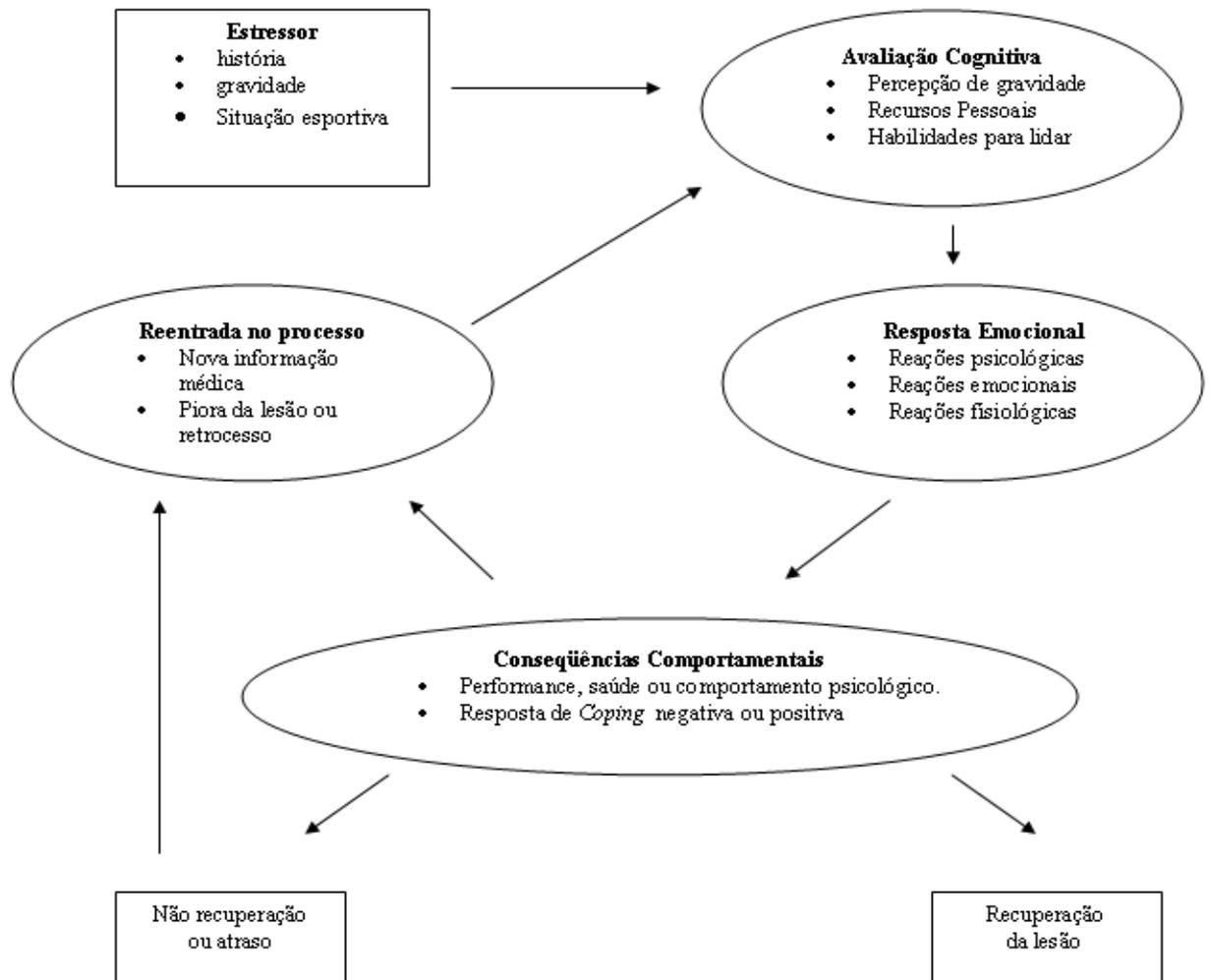
(GORDON et al., 1991). Podendo observa-se que os desportistas referem-se de forma diferente ao trauma e as manifestações emocionais, nada seqüenciais e não organizadas. Além disso, o impacto da lesão sobre o desportista depende da etiologia da lesão, dos fatores situacionais e pessoais, indicando que as reações psicológicas são individuais e únicas (XAVIER, 2007).

Há outro modelo que é proposto por Petitpas & Danish (1995), no qual os autores apresentaram possíveis reações psicológicas observadas após uma lesão esportiva (Tabela 1).

<b>Reações psicológicas associadas à lesão esportiva</b> <b>(adaptado por Petitpas &amp; Danish)</b>	
<b>Reação psicológica</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>
Perda da Identidade	Quando um atleta não participa mais de um esporte devido a uma lesão, ele pode experimentar uma sensação de perda de sua identidade pessoal. Essa perda pode afetar seriamente seu autoconceito.
Medo e Ansiedade	Quando lesionados, atletas podem experimentar altos níveis de medo e ansiedade. Eles se preocupam se vão ou não se recuperar, se uma lesão recidiva pode ocorrer, se vão perder sua vaga no time. Por não estar treinando e competindo, eles, têm tempo suficiente para esse tipo de preocupação.
Falta de Confiança	Devido à incapacidade de treinar e competir além de capacidade física deteriorada, o atleta pode perder sua autoconfiança aos a lesão. Menor autoconfiança pode resultar em menor motivação, redução de desempenho, além de aumentar a possibilidade de uma lesão adicional, já que o atleta pode tentar manter níveis anteriores de desempenho.
Redução do Desempenho	Devido à redução da autoconfiança e perda de treinamento, o atleta pode ter uma redução de seu desempenho após a lesão.  Muitos atletas têm dificuldades em reduzir sua expectativa de desempenho após uma lesão e esperam retornar com os mesmos níveis que obtinham antes do problema.

**Tabela 1.** Reações psicológicas associadas à lesão esportiva (adaptado por Petitpas & Danish, 1995, p. 255-281).

Segundo Xavier (2007) há outro modelo proposto à avaliação cognitiva, embasado na Teoria de Lazarus, que tem sido mais utilizado para explicar as reações psicológicas ao trauma físico, pois enfatiza que, em face de um estressor, o desportista avalia cognitivamente a situação ameaçadora ou não, com base na percepção da gravidade da lesão e possibilidades de recuperação.



**Figura 1. Modelo de Avaliação Cognitiva (FONTE: XAVIER, 2007).**

Mesmo sendo modelos de avaliações de reações psicológicas diferentes há uma relação entre elas demonstrando os sentimentos que se passa pela cabeça do atleta quando este se encontra lesionado, este modelos ajudam a facilitar o árduo trabalho na parte psicológica do atleta para o retorno em condições normais das atividades.

Com o auxílio desses modelos, de outros mais, é possível que as respostas do atleta em relação às lesões esportivas que sofreram, sejam estudadas pela psicologia do esporte, em associação com todas as técnicas de recuperação tanto física como psicologicamente. É sabido

que sem o estudo e aplicação de técnicas para a recuperação psicologia no tratamento, o retorno às atividades será mais tardio e talvez não seja uma recuperação completa.

### **2.3. A recuperação da lesão**

A recuperação de uma lesão é um momento de muita dor e incertezas, no qual o atleta se encontra em um ambiente em que não está habituado, repletos de aparelhos de fisioterapia e recuperação, e a impossibilidade de exercer a sua atividade. Sendo assim é de extrema importância quando um atleta se lesiona pela primeira vez informá-lo sobre o processo de lesão, de recuperação, das técnicas implantadas, tanto psicológicas como médicas, fazendo com que o atleta se sinta seguro, mais confortável e informado sobre o que lhe espera, podendo lidar de uma melhor maneira com a reabilitação (SAMULSKI & AZEVEDO, 2002).

Ele passa por uma fase de incapacidade tanto física, técnica e psicológica. Sendo que muitas coisas em sua vida muda e sai do normal que se encontrava antes da aquisição da lesão, o ambiente familiar é mais triste, ocorre ausência dos treinamentos, falta de contato com seus companheiros, o fato de ficar “trancado” em uma sala de recuperação, são todas mudanças que ocorrem na vida de um atleta. Sendo assim Becker (2000), estabeleceu as principais mudanças na vida do atleta, após a lesão, passando desde mudanças físicas, desportivas até psicossocial. As principais mudanças são:

a) Bem-estar físico

- Lesão física;
- Dor da Lesão;
- Tratamento e Reabilitação da lesão;
- Restrição Física Temporária;
- Mudanças Físicas Permanentes;

b) Bem-estar emocional

- Trauma Psicológico;
- Depressão;
- Ansiedade;
- Sentimento de Perda;

- Ameaça à Performance no futuro;
- Demandas Emocionais do Tratamento e da Reabilitação;

c) Bem-estar social

- Perda de Importante Papel Social;
- Separação da Família amigos e companheiros de time;
- Novos relacionamentos com o Departamento médico;
- Necessidade de Depender dos Outros.

d) Autoconceito

- Sensação de Perda de Controle;
- Alteração de Auto-Imagem;
- Ameaça de Metas Futuras e Valores;
- Ameaça de Perda da Posição na Equipe;
- Necessidade de tomar decisões sobre circunstâncias estressantes.

Como pode ser visto na classificação de Becker (2000) são várias mudanças que ocorrem na vida do atleta, quando este se encontra lesionado, muda o seu “network”, sua rede de contatos passa a ser os médicos, fisioterapeutas e atletas que também se encontram lesionados ou em recuperação, num ambiente cercado de incertezas e desconfianças. Esse rompimento com os treinamentos, com a comissão técnica e com os companheiros de equipe, causa um grande desequilíbrio emocional no atleta, aumentando-se mais quando este se encontra em uma situação de necessidade de dependência de alguém. Muitas vezes é afetado o papel do atleta na família, cuja família depende dele muitas vezes, e esse se encontra impossibilitado de exercer seu papel tanto na família, como no meio social e esportivo.

### **2.3.1. Mudanças na vida de um atleta quando se encontra lesionado**

Se anteriormente à lesão o atleta era um membro ativo da equipe, treinava e competia, tinha uma boa saúde e aptidão física, homeostase psicológica e a imprensa e os contatos sociais focalizavam seu desempenho e sucesso desportivo, logo após sofrer a lesão o

esportista se afasta da equipe, os treinamentos são substituídos por sessões de reabilitação, o atleta sente dor, tem repercussões negativas em sua esfera psicológica e a imprensa e os contatos focalizam apenas a lesão que lhe acomete e o tempo necessário para o seu retorno e prática de atividades do nível normal e ideal antes de adquirir a lesão (NATA, 1998 apud BRANDÃO e AGRESTA, 2008).

Em um estudo Morales (2006) faz algumas premissas de como atuar com um atleta lesionado, sendo alguma delas:

- Deve-se explicar devidamente ao atleta que a lesão é um acidente de trabalho, risco lógico e probabilidade inevitável no desempenho de sua função. Também se deve esclarecer a gravidade da lesão, tratamento, recuperação e tempo para a volta.
- Constante acompanhamento de um psicólogo durante todo o processo de recuperação para trabalhar com motivação do atleta, manuseio do sentimento de frustração e nível de limitação devido à dor.
- Conhecer o jogador e a sua lesão para lidar com os picos de depressão, que geralmente ocorrem logo no início do processo de recuperação, onde o atleta se encontra inativo ou com poucos movimentos.
- Não se deve excluir o atleta lesionado das atividades do grupo, procurando utilizar os mesmos ambientes, mesmos horários, refeições, mesmo que este faça um trabalho diferente.
- Mesmo que o atleta receber a alta médica e estar apto para o retorno das atividades, não quer dizer que ele está pronto para o jogo, e sim para voltar a treinar com o restante do grupo, pois eles está pronto apenas em relação à cura da lesão, começando a sim a ser incorporado para alcançar um nível suficiente para jogar e no mínimo equivale ao restante da equipe.

Para um melhor programa de recuperação, o atleta deve ter apoio de seus familiares, apoio e confiança de seu treinador, da comissão técnica e de seus companheiros, mostrando-lhe que ele é essencial e todos aguardam ansiosamente o seu retorno.

### **2.3.2 O processo de recuperação**

Logo após o incidente com a lesão o atleta é encaminhado para o departamento médico e inicia o processo reabilitação, que para Andrews, Harrelson & Wilk (2000) “é o programa dinâmico de exercícios prescritos para prevenir ou reverter os efeitos deletérios de inatividade enquanto o indivíduo recupera seu nível precedente de competição”. Segundo Pesca (2004), o processo de reabilitação tem o objetivo de reduzir a dor e a resposta inflamatória quanto ao traumatismo, retorno da amplitude ativa de movimento plena sem a presença de dor, redução de derrame, retorno da potência, força e resistência muscular plena, e retorno das atividades funcionais assintomáticas plenas no nível da pré-lesão.

E ainda para Andrews, Harrelson & Wilk (2000) é importante para o processo de recuperação, a volta precoce do atleta aos exercícios de fortalecimento e amplitude, pois no momento em que o atleta permanece inativo ele estará perdendo consideravelmente a sua aptidão física. Essa volta precoce se dá através de diversas modalidades que podem ser essenciais no controle e na redução de respostas.

Durante o processo de recuperação são utilizadas diversas técnicas terapêuticas e fisioterápicas como biofeedback, massagem, compressão, e também a utilização de instrumentos estimuladores que se utilizam com calor, frio e eletricidade.

A técnica mais comumente utilizada tanto por especialista como por leigos no assunto, é a crioterapia, que consiste na utilização do frio para estimular algumas respostas fisiológicas, como: queda da temperatura corporal, alívio da dor, aumento ou diminuição da dor (ANDREWS, HARRELSON & WILK, 2000 apud PESCA, 2004). Essa comum técnica normalmente é utilizada quando ocorre uma lesão e de imediato coloca-se gelo para a diminuição do inchaço que a lesão provocou, sendo utilizado para o controle de lesões atléticas agudas crônicas.

### **2.3.3 Tratamento psicológico**

Além do trabalho de recuperação fisioterápico é necessário ter bastante atenção para a recuperação psicológica e mental do atleta, sendo que existem algumas técnicas específicas que ajudam o fisioterapeuta e psicólogo do esporte a acelerar o processo de reabilitação tanto mental como físico, gerando um correto e compassado caminhar entre a psicologia do esporte e a medicina/fisioterapia.

A literatura traz muitas técnicas psicológicas que podem ser utilizados no contexto esportivo, principalmente quando se trata de recuperação. Ainda segundo Mendelsohn (1999), existem muitas técnicas que utilizam imagens mentais para modificar, aprender, elaborar e antecipar movimentos, podendo até minimizar os sintomas que possam prejudicar o desempenho do atleta e a reabilitação de atletas que se encontram lesionados.

De acordo com a Nata (1998), para a utilização de técnicas e estratégias psicológicas deve-se levar em consideração algumas informações:

1- estabelecer uma boa linha de comunicação com o atleta, de forma a criar uma atmosfera receptiva e positiva para sua reabilitação;

2- estar ciente do impacto que a lesão gera e pode gerar na vida do atleta, tanto social como profissional;

3- educá-lo sobre a lesão, sobre o tratamento e seus processos, e sobre o que se faz necessário para alcançar o sucesso na terapia;

4- mostrar para o atleta que ele é responsável por sua recuperação, fazendo com que ele fique totalmente comprometido e focado com o processo de reabilitação e cura;

5- quando possível utilizar da imaginação no tratamento da lesão.

Segundo Hough & Kleinginna (2002, apud PESCA, 2004), é necessário fazer considerações perante o grau da lesão, ao grau de motivação do atleta para participar de uma intervenção psicológica, ao histórico psicossocial e por último, à habilidade cognitiva para aprender novas técnicas tanto terapêuticas quanto mentais. Sendo assim Mendelsohn (1999) divide o processo de intervenção pós-lesão em duas etapas:

1ª etapa - INMOVILIZACIÓN: consiste em uma das piores partes da reabilitação, onde o atleta apresenta grandes tensões e dores, e uma visão negativa de sua recuperação. Para uma melhor eficácia do tratamento deve-se fazer com que o atleta denigre essa visão negativa da sua situação e passe a ter uma imagem positiva. O autor ainda cita quatro técnicas que podem ser aplicadas no atleta, sendo elas: técnicas de relaxamento; técnicas de visualização; habilidade de comunicação e estabelecimento de metas.

2ª etapa – MOVILIZACIÓN: é a etapa que o atleta apresenta melhora na recuperação e melhora na funcionalidade motora. Essa etapa engloba três períodos, que são: recuperação, período em que o atleta necessita de habilidades e estratégias para lidar com o nível de fatores estressores e de ansiedade, mantendo um nível positivo de motivação no tratamento, para esse

período é aconselhado pelo autor a utilizar as técnicas de visualização e estabelecimento de metas, habilidade de comunicação e técnicas de relaxamento; readaptação, período em que ocorre a melhora da qualidade física do atleta, nesse momento pode-se utilizar as técnicas de visualização, estabelecimento de metas e diálogo interno; volta ao treinamento, após o trabalho de compensação de habilidades esportivas e treinamentos técnicos e táticos, defasado pelo afastamento causado pela lesão; esse momento é o qual o atleta deve perder o medo da dor e do fracasso e aos poucos ir aumentando a carga de trabalho juntamente com seus companheiros, afim de que haja um equilíbrio tanto técnico, tático e físico com o grupo. Para esse momento é possível utilizar de técnicas de visualização para a volta das atividades, habilidade de comunicação e visualização de metas.

Em seu trabalho Pesca (2004) ainda relata que com a ajuda de técnicas de relaxamento muscular progressivo, exercícios de relaxamento e visualização, técnicas que são utilizadas para relaxar o corpo, com isso é possível lidar melhor com a lesão, dor e resposta ao estresse. Samulski e Azevedo (2002) também citam o estabelecimento de metas, o relaxamento, a visualização e também a autoconservação.

O estabelecimento de metas (*goal-setting strategies*) é utilizado como uma maneira para que o atleta se envolva mais com o processo e também para fornecer estímulo com a decorrência do tratamento. Tamorri et al. (1992) colocam a lesão como uma competição, onde o atleta tem algo a ser conquistado com ele, seus temores e dúvidas. Este método utiliza como meta, o estabelecimento de uma data para o retorno à competição; quantidade de exercícios de mobilidade, força ou resistência a serem realizados; número de sessões restantes; número de sessões por semana; cargas a serem trabalhadas e metas de amplitude de movimento a serem alcançadas.

Este tipo de técnica pode ser estabelecido por sessão, por dia, por semana ou mês. O ato de estabelecer uma meta trabalha com o a expectativa de alcançar o sucesso, posteriormente visando alcançar a meta de recuperação traçada. Deve-se saber trabalhar com o prazo de metas, sendo que metas exageradas podem produzir um aumento na motivação, entretanto um prazo mais longo para o alcance da meta pode gerar um sentimento de frustração. (BOTTERILL et al., 1996 apud SAMULSKI & AZEVEDO, 2002). Theodorakis et al. (1996, apud SAMUSLKI & AZEVEDO, 2002) observaram que a implantação de metas é um fator determinante para a melhora do desempenho do indivíduo em um processo de recuperação.

Samulski e Azevedo também citam a autoconservação (*self-conservation*), que tem grande importância para lidar com a diminuição da autoconfiança que acomete o atleta lesionado, fazendo com que os atletas aprendam a lidar com suas emoções e bloquear pensamento ruins e negativos quanto a sua recuperação ou a seu futuro, como “eu nunca serei como antes” ou “nunca irei melhorar” e substituí-las por palavras e pensamentos positivos como “eu posso vencer isso” e também “estou melhorando cada vez mais”.

Pensar de maneira positiva contribui para a melhora da auto-estima e auxilia no tratamento tanto físico como mental. Em seu estudo Ievleva & Orlick (1991), demonstraram que atletas lesionados com autoconservação positiva e determinada, tiveram o seu retorno a atividades mais rápido do que atletas com autoconservação negativa.

A técnica de visualização (*imagery*) também é comumente utilizada no âmbito de recuperação, há muitos anos ela é utilizada para melhorar o desempenho do atleta. Para Richardson & Latuda (1995), todos os atletas podem acelerar o seu próprio processo de recuperação utilizando imagens como estratégia psicológica. A utilização de um modelo imaginário junto com um tratamento terapêutico permite ao atleta lidar melhor com suas dores internas e externas, diminuir o tempo do processo de recuperação e manter a capacidade física, de certa forma, que se encontra em deterioração.

Epiphanyo apud Tamorri et al. (1992) fala que a preparação mental pode ocorrer em três níveis: cognitivo, que irá auxiliar no processo de reflexão, aumentando assim a capacidade de análises críticas e de controle do processo perceptivo, e motor; psicomotor, que aumenta a capacidade de aprendizagem, controle e regulação do movimento, melhorando a autoconsciência do movimento; psico-afetivo conta com a melhora a parte emotiva do atleta, lidando com angústias, e influenciando assim na auto-estima, autoconfiança e na capacidade de resolver problemas.

Já Samulski e Azevedo dividem as técnicas de visualização em outras quatro principais técnicas, sendo elas a de imagem de recuperação ou afirmação, imagem de cicatrização, imagem de tratamento e imagem de performance (BOTTERIL et al. 1996).

Começando pela técnica que é denominada como Imagem de recuperação ou afirmação, ela consiste em imaginar uma meta de reabilitação sendo atingida, ou imaginar uma pessoa com capacidade de atingir todos os objetivos. Basicamente essa técnica consiste em selecionar um objetivo, imaginar-se realizando este objetivo com o máximo de detalhes possíveis e ir avançando pelas fases até que esse objetivo seja alcançado.

A técnica de Imagem de cicatrização tem ganhado grande atenção e aceitação pela área da medicina. Ela consiste na visualização da capacidade do corpo em se curar de um modo forte e efetivo. Boterril et al. (1996) cita um exemplo para essa técnica com um atleta em recuperação de uma fratura, que imagina o fluxo sanguíneo chegando até a área traumatizada e produzindo a cicatrização.

Para a técnica Imagem de tratamento, o atleta depois de esclarecido o método de tratamento, imagina os efeitos o tratamento e os efeitos deste. Sendo que, por exemplo, quando o atleta for realizar a aplicação de um ultra-som, ele pode imaginar a entrada da onda produzida pelo aparelho na região lesionada, e essa onda causando um aumento do metabolismo e estimulando a cicatrização do tecido.

A técnica de Imagem de performance é muito utilizada no esporte devido a incapacidade que o atleta tem em praticar atividades por se encontrar lesionado, sendo assim essa técnica visa simular a performance específica do atleta para ajuda-lo no treinamento de ocasiões presentes em treinos ou competições, além de manter a confiança que normalmente se afeta quando o atleta se encontra inapto para o esporte (BOTTERILL et al. 1996). Como exemplo dessa prática, podemos citar um jogador de futebol em um treinamento de finalizações, realizando inúmeros chutes sem sentir dor ou incômodo em seu quadríceps durante a recuperação de um estiramento.

Também é muito citada na psicologia esportiva as técnicas de relaxamento, ela é muito útil para alívio da dor e do estresse gerados pela lesão, bem como facilitar o sono e reduzir o nível de tensão. Entre muitas técnicas de relaxamento temos uma bastante utilizada que é a técnica de relaxamento progressivo de Jacobson. Essa técnica foi desenvolvida por Jacobson em 1939 e também pode ser chamada de relaxamento neuromuscular (BECKER & SAMULSKI, 1998).

A técnica tem como objetivo principal evitar o gasto desnecessário de energia e poupar forças, atuando na regulação do estresse. Ela é de fácil aprendizagem, sendo utilizada para diminuir as tensões, sendo que ela não favorece recuperação física, e sim trabalhando para reduzir distúrbios psíquicos (WEINECK, 1999), entretanto Becker e Samulski (1998) contradizem dizendo que o relaxamento progressivo traz efeitos tanto físicos quanto psíquicos, alguns efeitos são: redução das dores devido ao aumento do limiar de dores; aumento da tolerância ao estresse; redução ou eliminação de sentimentos desagradáveis;

redução da pressão arterial e frequência cardíaca; redução da tensão psicofísica; economia na energia psicofísica; e aumento do rendimento motor.

Alguns benefícios, tais como redução da frequência cardíaca e diminuição à sensibilidade a dor, se deve à respiração profunda e ao relaxamento geral do organismo, passando a reagir mais lentamente e com pouca intensidade (WEINECK, 1999). A técnica de relaxamento progressivo consiste em relaxar a musculatura com uma série de exercícios, iniciando primeiramente com os membros superiores, passando por cabeça, pescoço e ombros, logo após o tronco e por último, membros inferiores, até que o corpo todo esteja relaxado.

Um grande empecilho para a continuidade do tratamento de reabilitação é a presença da dor. A dor pode representar um obstáculo, em certos momentos impossibilitando o atleta de realizar os exercícios propostos pela fisioterapia. Devido a essa grande importância da dor na recuperação, a utilização de técnicas psicológicas de controle, também chamadas de *pain coping strategies*, estão ganhando grande foco na literatura e sendo adotadas no processo de recuperação de um atleta lesionado (SAMULSKI & AZEVEDO, 2002). Normalmente, essas técnicas consistem em tirar o foco da dor, direcionando a atenção para longe da dor, ou também se focando na dor, visando reinterpretá-la de uma maneira diferente (SAMUSLKI & AZEVEDO, 2002).

Outro fator que pode influenciar no seguimento do tratamento, é a aderência do atleta ao processo de recuperação, ocorrendo assim o não cumprimento do atleta à prescrição médica, redução de adesão ao tratamento, falta de esforço ou letargia são alguns acontecimentos que são relatados pelos profissionais responsáveis pela recuperação do atleta (BRANDÃO & AGRESTA, 2008).

Um fator que pode influenciar nessa adesão ao tratamento são os traços de personalidade, cujo um estudo feito Eichenhofer et al., e citados por Duda et al. (1989) e Brandão & Agresta (2008), que relacionava os traços de personalidade com a adesão ao tratamento, observou que somente os sujeitos com personalidade-estado eram influenciados quanto a adesão ao tratamento, se mostrando menos propício a continuidade do mesmo. Sendo que atletas ansiosos tendem a sentir uma quantidade de dor não compatível á lesão, apresentando modificações no estado de humor, sono, alimentação, dificuldades para se relacionar, depressão (BRANDÃO & AGRESTA, 2008).

Outras características psicológicas influenciam e prejudicam o correto seguimento do tratamento, tais como: falta de motivação, atitude mental negativa, tendência a ignorar as instruções do fisioterapeuta, ausência de apoio social, baixa autoconfiança, entre outros (WEISE et al., 1991; BUCETA, 1996 e BRANDÃO & AGRESTA, 2008). Um dos principais fatores que podem influenciar de maneira positiva na recuperação de um atleta lesionado, é a abordagem interdisciplinar, ou seja, a ação de várias áreas em busca de um só objetivo, a reabilitação do atleta.

São cada vez mais eficazes os tratamentos que inter-relacionam profissionais de diversas áreas, tais como o profissional da educação física, fisioterapeuta, médico, psicólogo e nutricionista. Sobre a intervenção psicológica no atleta, ela não deve ficar apenas nas mãos do psicólogo do esporte, havendo cooperação também dos outros profissionais, e também da comissão técnica. Essa inter-relação busca um aumento da qualidade do programa de reabilitação, havendo trocas de experiências, e aumentando assim a velocidade, de maneira adequada, de recuperação da lesão sofrida pelo atleta, fazendo com que ele volte o mais rápido possível para a prática das atividades.

### 3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

#### **Participantes**

Participaram desta pesquisa quinze atletas de futebol do sexo masculino, sendo dez atletas da categoria profissional, um atleta da categoria sub-20 e quatro atletas da categoria sub-17. Estes atletas se encontravam lesionados ou em fase inicial de retorno às atividades, da cidade de Limeira, interior do Estado de São Paulo.

#### **Procedimento**

A pesquisa, de vertente qualitativa, utilizou-se de um questionário subjetivo (Anexo I) contendo perguntas relacionadas à atual lesão do atleta e também a recuperação fisioterápica e psicológica; para análise dos dados foram feitas leituras e propostas de aglutinação de elementos, por categorização da amostra.

### 4. OBJETIVOS

Esta pesquisa se prendeu à alguns objetivos que balizaram suas indagações, dentre estes temos:

#### ***Geral:***

Analisar a importância do psicólogo do esporte no processo de recuperação de atletas lesionados para, a partir de então, identificar e estabelecer métodos e técnicas de intervenção na busca de uma melhor eficiência e eficácia neste processo.

#### ***Específicos:***

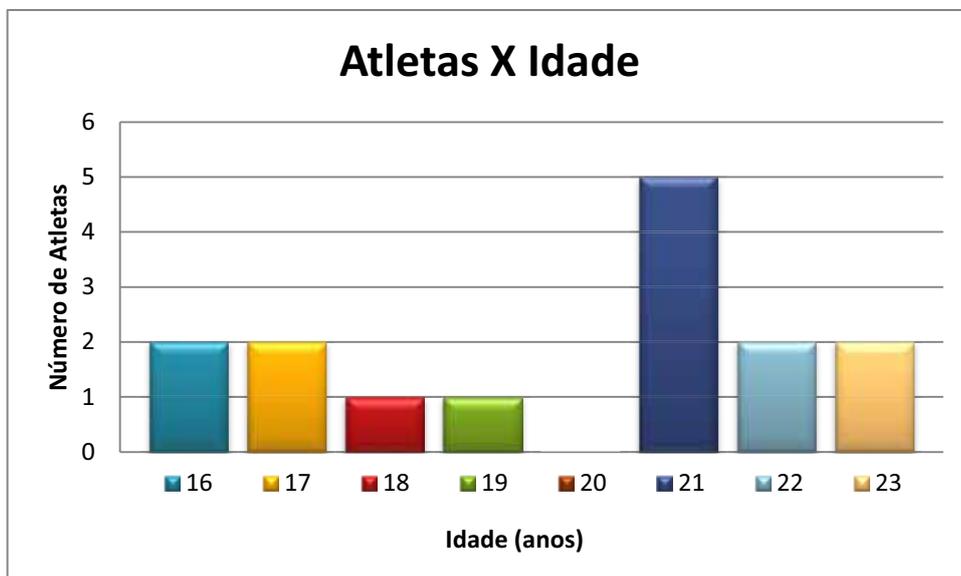
- Identificar a ocorrência dos vários tipos de lesões, em atletas do futebol.
- Constatar a frequência com que ocorrem as lesões desportivas nestes atletas.
- Analisar a metodologia utilizada pelo atleta e/ou equipe médica no processo de recuperação de uma lesão.
- Verificar a incidência dos psicólogos do esporte no processo de reabilitação de um atleta lesionado, analisando as técnicas por eles adotadas.

## 5. ANÁLISE E DISCUSSÃO

### 1. IDADE E CATEGORIA DOS JOGADORES



**Gráfico 1**



**Gráfico 2**

Do grupo estudado, quatro atletas integram a categoria Sub-17, com idades de 16 e 17 anos; um atleta integra a categoria Sub-20 com 19 anos; e doze atletas são integrantes da categoria profissional contando com um atleta de 18 anos e o restante com idades entre 20 a 23 anos.

## 2. TIPOS DE LESÃO



**Gráfico 3**

Em relação às que acometeram os atletas entrevistados, observa-se que todas as lesões são consideradas como típica, pois são tidas como as mais freqüentes e que acontecem dentro do cenário desportivo (MENEZES apud SOUZA, 1999). Dentre as lesões citadas, a maioria delas (cinco) foi gerada por entorse de alguma determinada região do corpo; outras quatro lesões caracterizaram-se como resultantes de rompimento de ligamento; outras três lesões por distensão muscular, e ainda lesões como: distensão muscular, fadiga acentuada e fratura, apresentando uma lesão em cada caso.

### 3. REGIÃO DO CORPO LESIONADA



**Gráfico 4**

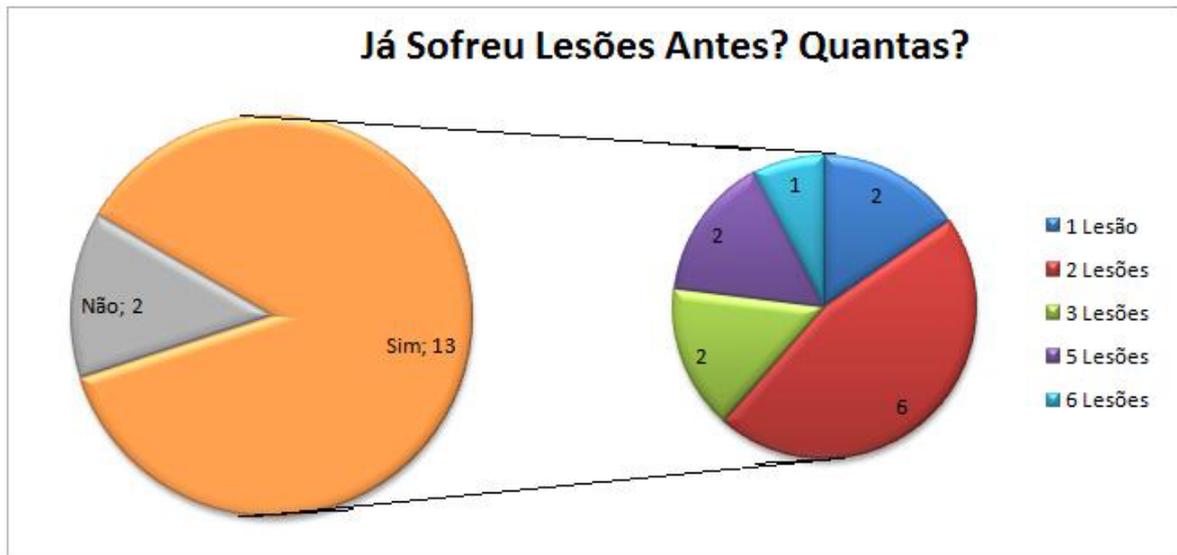
No futebol, a maior exigência é o uso dos membros inferiores, dessa forma, o maior risco de lesão localiza-se nessa região devido ao esforço nela aplicada, ao contato da área com outros jogadores em jogadas tido como perigosas como é o caso do “carrinho” ou até mesmo de lesões que ocorrem devido à superfície em que é realizada a atividade, podendo citar um campo de jogo em que haja grande quantidade de buracos.

De todos os tipos de lesões analisadas elas se caracterizam por serem todas nos membros inferiores, sendo assim a maior parte das lesões sofridas, seis delas, ocorreram no joelho, outras duas lesões foram no tornozelo e outras duas no quadríceps, uma lesão ocorreu no gastrocnêmio, uma outra no púbis e a última no pé. É possível ver que oito de todas as lesões ocorreram em articulações como a do tornozelo e joelho, que normalmente tem um tempo de recuperação maior dependendo se a lesão envolver ligamentos da articulação.

As articulações estão mais sujeitas á lesões, pois em um esporte como o futebol, onde o esporte é muito rápido e dinâmico, a estrutura deve estar apta a realizar movimentos de acordo com a situação em que lhe é empregada, sendo assim, segundo Amorim (apud SOUZA, 1999), essas lesões podem acontecer decorrentes a movimentos bruscos em que é solicitado do indivíduo um esforço maior do que ele se encontra preparado para realizar.

Normalmente lesões na articulação do joelho e tornozelo ocorrem ou devido a entorses dos mesmos ou a rotação da região apoiado à superfície.

#### 4. JÁ SOFREU ALGUMA LESÃO ANTERIORMENTE?

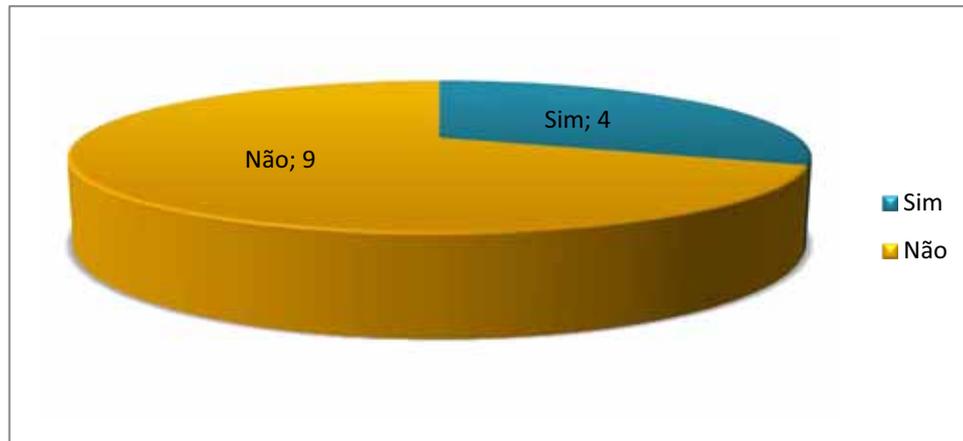


**Gráfico 5**

Dos quinze atletas entrevistados apenas dois responderam que não haviam sofrido lesão anteriormente e o restante (treze atletas) sofreu algum tipo de lesão antes da atual. O gráfico nos mostra que muitos atletas já sofreram outras lesões até mesmo por estarem um longo tempo realizando praticando o esporte fazendo com que haja em determinados casos sobrecarga nas estruturas do jogador.

Em relação à quantidade de lesões sofridas anteriormente, dos treze atletas que sofreram algum tipo de lesão antes, seis deles responderam que já sofreram outras duas lesões antes da atual; dois atletas citaram que sofreram apenas uma lesão anteriormente; outros dois atletas falaram que sofreram outras três lesões antes da atual; mais dois atletas citaram outras cinco lesões e somente um atleta alegou ter sofrido seis lesões antes da última lesão. A grande quantidade de lesões já sofrida pelos atletas pode ser classificada como lesões crônicas e explicada por exposição repetitiva de uma de uma determinada estrutura, seja ela óssea, muscular, tendínea (AYRES & GONÇALVES apud SOUZA, 1999) ou também sendo lesões consecutivas da mesma estrutura nunca sendo elas totalmente recuperadas (AMORIM apud SOUZA, 1999).

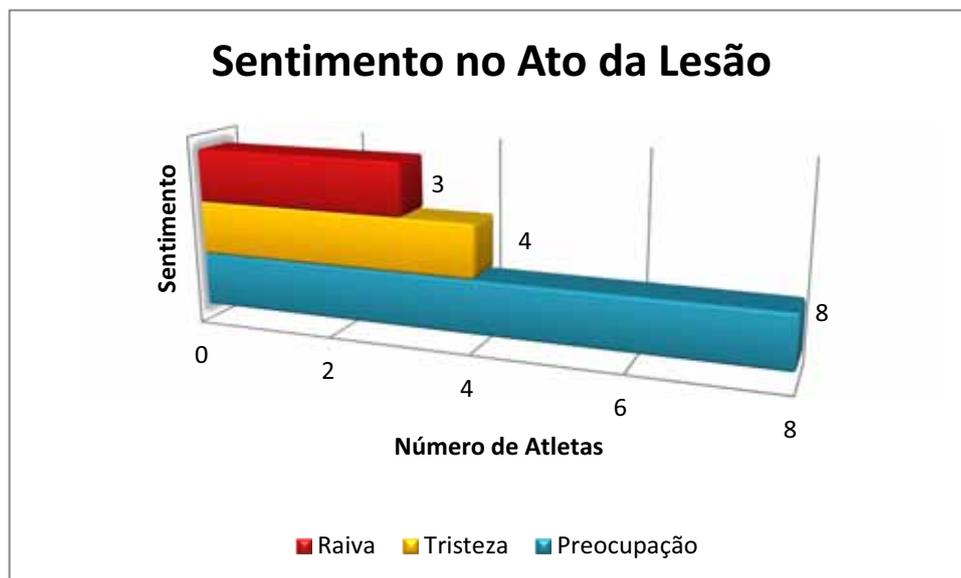
## 5. HOUVE NECESSIDADE DE CIRURGIA?



**Gráfico 6**

Dos treze atletas que responderam que já haviam sofrido algum tipo de lesão antes da atual ou da mais recente lesão sofrida apenas quatro deles foi o caso de submeter-se a cirurgia. Desses quatro atletas que sofreram cirurgia, dois fizeram cirurgia de reconstrução de ligamento do joelho, um passou por artroscopia no joelho devido a uma fissura no menisco e um atleta passou por uma cirurgia no nariz devido a uma fratura no local. A cirurgia é um fator agravante na recuperação gerando um maior tempo de recuperação e fisioterapia, a cirurgia é mais evasiva fazendo com que normalmente a recuperação venha associada de dor, dificuldade para realizar movimentos com grande amplitude e medo sobre a reabilitação.

## 6. COMO VOCÊ ESTAVA SE SENTINDO NO MOMENTO EM QUE OCORREU A LESÃO?



**Gráfico 7**

A maioria dos atletas (oito) disse que se encontrava preocupado com a lesão, muitos devido ao interrompimento das atividades, outros quatro atletas disseram ficar triste pelo mesmo motivo ao do primeiro grupo e por não poder ajudar a equipe com o afastamento, e o ultimo grupo com três jogadores descreveu-se com raiva por ter sofrido a lesão, isto se deve a grande quantidade de lesões que eles já sofreram e por estar diante de mais uma delas causando a pausa forçada nas atividades e também onde se encontravam em um nível bom de desempenho esportivo e interrompendo essa fase positiva da carreira.

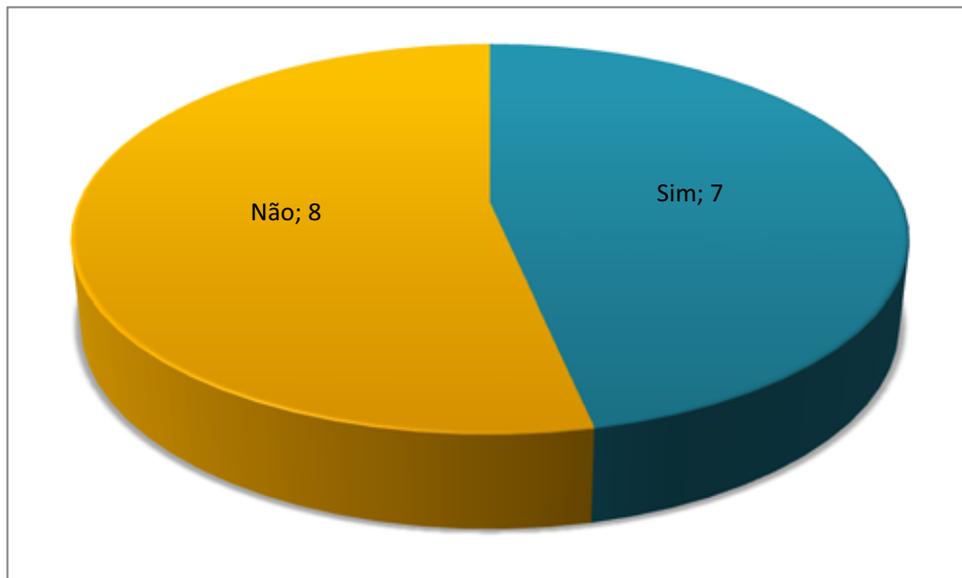
## 7. O QUE MAIS TE PREOCUPA NO MOMENTO?



**Gráfico 8**

Em relação ao que mais preocupa o atleta no momento foram apontados alguns fatores como: voltar às atividades em seis atletas, dor em três atletas, a lesão em dois atletas, o afastamento das atividades em dois atletas e dois atletas responderam melhorar a carreira profissional. Nesse caso seria importante o acompanhamento do psicólogo do esporte na reabilitação do atleta para evitar essas maiores preocupações fazendo com que o atleta se foque para a total reabilitação da lesão, sem que nada no futuro possa vir a incomodá-lo novamente, e após a total recuperação ele pensar em outros fatores como uma melhora na carreira profissional.

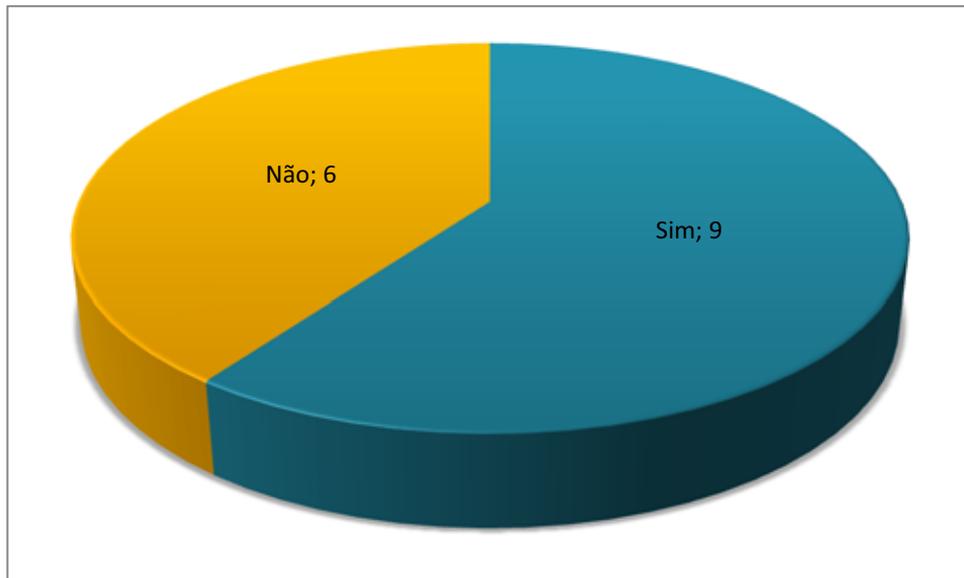
## 8. TEM MEDO DE NÃO RECUPERAR O MESMO RENDIMENTO ANTERIOR À LESÃO?



**Gráfico 9**

Dos quinze atletas do estudo, oito deles responderam que não tem medo de não recuperar o mesmo rendimento anterior, talvez isso se deva a média de idade baixa do estudo, onde se engloba atletas com no máximo vinte e três anos em início de carreira profissional. Em contrapartida, os outros sete atletas dizem temer não recuperar o rendimento que tinham antes de se acometerem à lesão, nesses casos é aconselhado o encaminhamento do atleta a um psicólogo do esporte para que ele possa fazer o acompanhamento individualizado do atleta, e fazendo-lhe perceber que se estiver clinicamente e psicologicamente recuperado da lesão ele pode retornar as atividades e desenvolver uma performance semelhante ou superior a anterior.

## 9. TEM MEDO DE SOFRER OUTRA LESÃO?



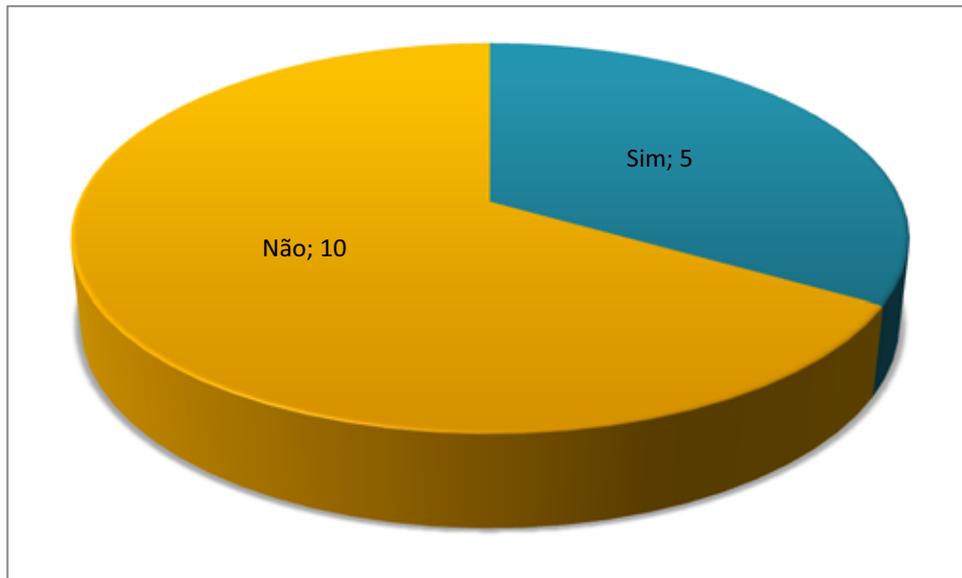
**Gráfico 10**

Dos atletas do estudo, nove deles responderam “sim” em relação a temer se lesionar novamente, isso pode dever-se à experiência negativa dessa atual lesão e também a complicação que esta geraria em relação ao rendimento e carreira do atleta.

Os outros seis atletas apontaram não temer outra lesão, muitos se tratando como ocorrência normal na área em que atuam.

Com esse grande número de atletas que temem ter uma nova lesão, deve haver um trabalho de um psicólogo do esporte para que este pensamento seja banido da cabeça do atleta, fazendo com que a possibilidade de uma nova lesão seja caracterizada como um incidente que pode ocorrer na carreira a qualquer instante, como já relatado por outros atletas.

## 10. TEM MEDO DE ENCERRAR A CARREIRA DEVIDO A ESSA LESÃO?



**Gráfico 11**

Durante o processo de recuperação, dez atletas apontaram que não temeram abandonar a carreira de jogador de futebol devido a essa lesão, entretanto cinco atletas apontaram temer abandonar a carreira devido à lesão, tendo em vista alguns dos motivos como o grau da lesão e a grandes quantidades de lesões que já sofreu. Esses casos de atletas que temem encerrar a carreira devido a uma lesão são muito delicados e necessitam de um acompanhamento de um psicólogo esportivo, para evidenciar que lesões são comuns no esporte que praticam e devido a uma idade considerada inicial para o esporte profissional, essas preocupações não devem existir, fazendo com que o atleta possa desempenhar o seu papel e fazer com que recupere-se o mais rapidamente e adequadamente da lesão, sem deixar nenhuma “seqüela” que possa vir a prejudicá-lo sendo psicologicamente ou fisicamente.

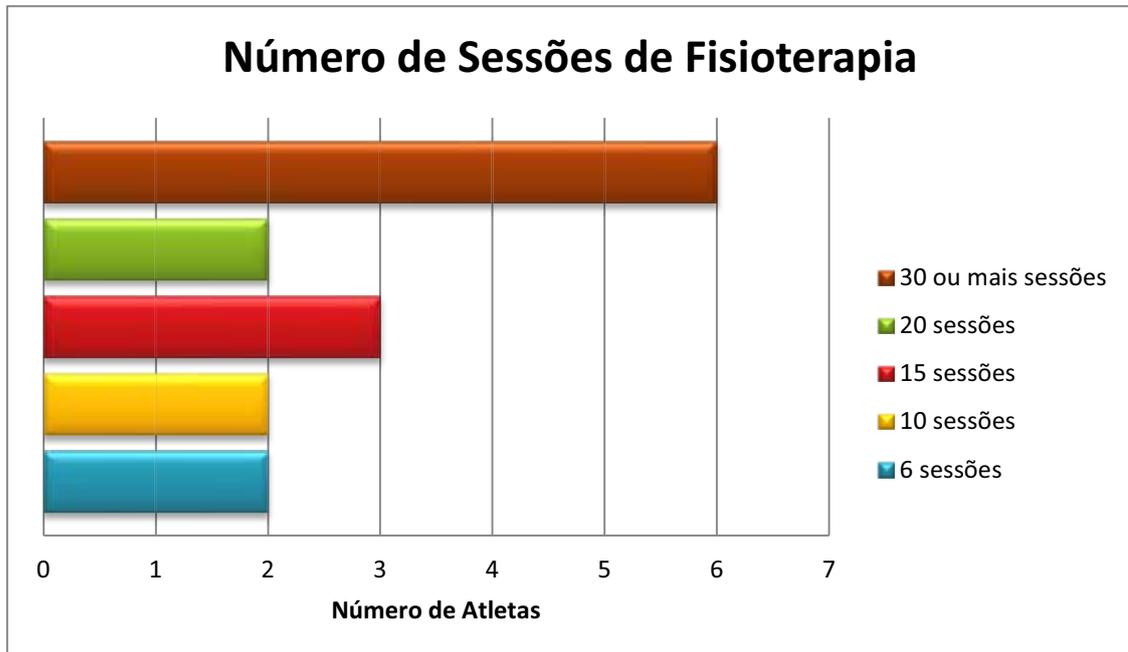
## 11. TEMPO MÉDIO DE RECUPERAÇÃO



**Gráfico 12**

Em relação ao tempo médio de recuperação da lesão e retorno as atividades normais, dois atletas tiveram um tempo estimado inferior a 30 dias para o seu retorno; seis atletas de 30 a 45 dias para retornarem; dois atletas com dois meses para voltar; dois atletas demoram quatro meses, e mais três atletas com seis meses de recuperação, esses três últimos atletas tiveram um tempo de retorno maior por sofrerem com rompimento de ligamentos, sendo um deles rompimento de ligamento do tornozelo e os outros dois, rompimento de ligamento do joelho.

## 12. QUANTIDADE DE SESSÕES DE FISIOTERAPIA



**Gráfico 13**

Em relação à quantidade de sessões de fisioterapia para a recuperação da lesão, os dados representam as sessões estimadas e as realizadas. Sendo assim temos dois atletas com seis sessões de fisioterapia; dois atletas com dez sessões; três atletas com quinze sessões; dois atletas com vinte sessões e seis atletas com trinta ou mais sessões. Podendo evidenciar assim que lesões mais graves como, lesões em ligamentos, meniscos e fraturas requerem uma maior quantidade de sessões de fisioterapia para se tornarem aptos para o retorno às atividades normais.

**OBSERVAÇÃO:** Do número total de atletas que participaram do estudo, apenas treze fizeram as sessões de fisioterapia tendo em vista que os outros dois quando aplicado o questionário, ainda não haviam iniciado as sessões de fisioterapia.

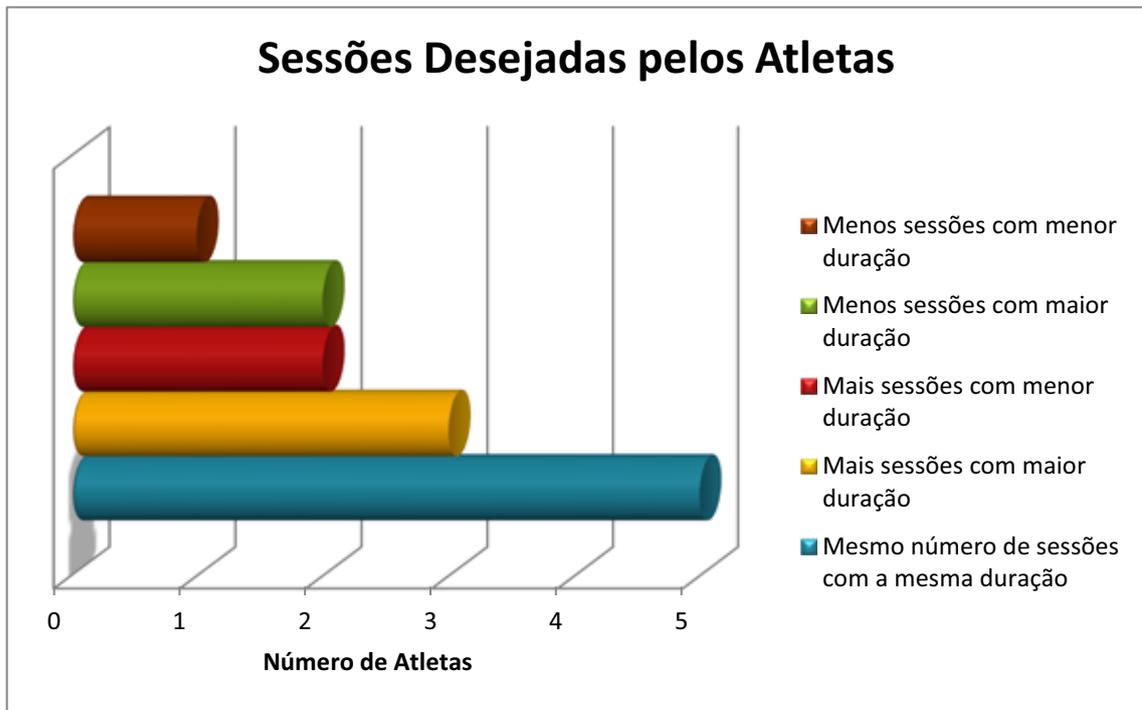
### 13. COMO VOCÊ SE SENTIU DURANTE AS SESSÕES DE FISIOTERAPIA?



**Gráfico 14**

Dos estados emocionais pré-estabelecidas no questionário, os estados de o atleta se encontrar ansioso, tranqüilo e desconfortável foram as que mais apareceram, seguidas de o atleta encontrar-se nervoso, apreensivo e animado, e por último com poucas citações entre os atletas, estão a sensação de estar calmo, feliz, alegre e indiferente. Podendo assim o resultado evidenciar, que aos estados emocionais negativos em relação a sua recuperação e retorno as atividades estiveram mais presentes nos atletas durante as sessões de fisioterapia, e que os estados emocionais positivos pouco estiveram presentes devido ao momento que o atleta se encontra. Esses estados emocionais também variam de acordo com o tempo de fisioterapia que o atleta é submetido e também de acordo com as sessões que lhe restam para o término da fisioterapia, sendo que neste último pode ele gerar uma sensação de alegria e felicidade por estar próximo do seu retorno às atividades ou de desconfiança e medo em voltar às atividades e poder sentir dor ou voltar com o desempenho muito inferior ao que ele se encontrava anteriormente.

## 14. AVALIAÇÃO DA QUANTIDADE DE SESSÕES DE FISIOTERAPIA E TEMPO DE CADA UMA

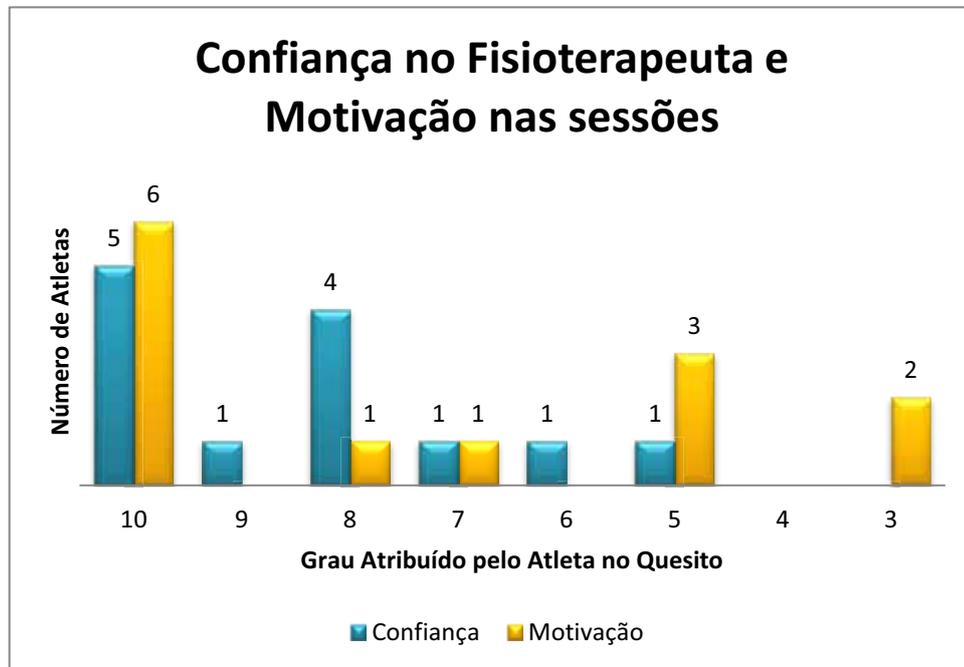


**Gráfico 15**

No questionário os atletas sugestionaram sobre a quantidade de sessões de fisioterapia que fizeram e a duração de cada uma delas, anotando qual seria o ideal para eles. Tendo assim resultados tais como: cinco atletas se mostraram satisfeitos com a quantidade de sessões e com o tempo de cada sessão; três atletas gostariam de ter mais sessões com uma maior duração; dois atletas apontaram preferencialmente ter mais sessões de fisioterapia com uma duração menor; dois atletas gostariam de uma menor quantidade de sessões com uma maior duração e somente um atleta apontou como de sua preferência uma menor quantidade de sessões e menor duração.

Tendo em vista os resultados apresentados nesse gráfico podemos apontar que uma considerável quantidade de atletas (seis) estava feliz com o trabalho fisioterápico implantado em relação ao número de sessões e duração, entretanto a maioria gostaria de algumas mudanças ou ao número de sessões ou ao tempo de cada uma delas, podendo ser explicado pela busca da rápida recuperação e retorno às atividades e também por uma recuperação adequada que não cause dores ou lesione a região novamente.

## 15. GRAU DE CONFIANÇA NO TRABALHO DO FISIOTERAPEUTA E GRAU DE MOTIVAÇÃO DURANTE AS SESSÕES DE FISIOTERAPIA



**Gráfico 16**

O questionário continha uma pergunta relacionada ao grau de confiança do atleta no trabalho realizado pelo fisioterapeuta, onde zero seria desconfiança total e dez, confiança total no trabalho. Como resultados, obtivemos cinco atletas totalmente satisfeitos e confiantes no trabalho do fisioterapeuta, quatro atletas apontando uma nota oito para a confiança no trabalho, um atleta apontando nota nove, um atleta apontando nota sete, um atleta dando nota seis e um último apresentando uma nota cinco em relação à confiança no trabalho do fisioterapeuta.

Os resultados nos mostram que a grande maioria tem uma boa confiança no trabalho e a minoria se mostrou pouco confiante no trabalho do fisioterapeuta. Dos atletas que participaram de sessões de fisioterapia (treze atletas), foi perguntado o quanto cada um se sentia motivado a participar das sessões, em uma escala de zero a dez, onde zero indicava sem motivação e dez indica totalmente motivado.

Dos treze atletas, seis se mostraram totalmente motivados atingindo dez na escala; um atleta apontou oito, e um outro sete na escala para motivação; três apontaram cinco na escala e outros dois apontaram três na escala de motivação durante as sessões de fisioterapia. Esses resultados apontam que a maioria dos atletas se sentia motivada nas sessões a fim de acelerar

a recuperação, apresentar melhores resultados nas sessões e voltar o mais rápido possível para as atividades, entretanto notaram-se também atletas pouco motivados principalmente devido ao estado que se encontram (lesionado), onde há abatimento e onde se encontram nervosos e desconfortáveis.

## **16. HOUE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO?**

A totalidade dos atletas entrevistados afirmou não receber nenhum tipo de atendimento psicológico durante a instalação e recuperação da lesão. Mostrando-nos assim a precariedade do suporte ao atleta lesionado da equipe. Muitas equipes sequer possuem um psicólogo a disposição, quando isso acontece o psicólogo atende de maneira coletiva, jamais sendo individualizado o atendimento para cada atleta, fazendo com que possa assim refletir em uma possível instalação de lesão e até mesmo queda no rendimento do atleta por não ter um suporte psicológico para si.

Além disso, é importante salientar que sem a atuação de um psicólogo do esporte é dificultada a recuperação psicológica do atleta lesionado, abrindo mão de um suporte importante para a recuperação tanto da lesão como recuperação do estado psicológico do atleta, como é o caso de atletas que podem vir a se abater por ter sofrido determinada lesão ou até mesmo por estarem muitas vezes no departamento médico, fazendo com que passem a imaginar jamais voltar a desempenhar o seu papel ideal dentro do esporte, ou até mesmo nunca mais praticar as atividades rotineiras sem a presença da dor.

## 6. CONCLUSÃO

Antes mesmo de este estudo ser realizado, o futebol sempre foi tido como um esporte que gera muitas lesões, sendo elas de diferentes graus de complicação ou de tempo de afastamento, podendo haver necessidade de cirurgia ou não.

Através do estudo envolvendo revisão bibliográfica e questionário, pudemos entender melhor a vida do atleta em relação às lesões no esporte e ao aspecto psicológico que envolve desde a instalação da lesão até as sessões de fisioterapia para uma melhor reabilitação tanto da lesão como do psicológico do jogador.

Pudemos evidenciar que até mesmo jogadores tidos como “jovens” pela pouca idade que possuem, já sofreram diversas lesões, contabilizando se não como casos raros, mas como pouquíssimos casos de atletas que não sofreram alguma lesão em toda a sua “vida futebolística”. Como o esporte escolhido para essa pesquisa foi o futebol, a grande maioria das lesões nesse cenário esportivo são sofridas nos membros inferiores, embora haja alguns casos que possa ocorrer lesão em outras regiões do corpo, sendo que essas normalmente ocorrem por quedas ou por choques, podendo fraturar mãos, braços ou até mesmo lesionar a cabeça ou outra região da parte superior do corpo.

Entretanto, majoritariamente as lesões ocorrem nas regiões dos membros inferiores, dando grande ênfase às articulações como joelho e tornozelo, que são regiões do corpo onde absorvem muito impacto dos movimentos realizados pelos membros inferiores, fazendo com que haja as lesões mais sérias e que afastam atletas por um longo tempo das atividades, principalmente quando envolve uma lesão que atinja ligamentos, tendo que por muitas vezes haver a necessidade de submeter o atleta lesionado a uma cirurgia.

Analisando a parte psicológica do atleta ao sofrer a lesão, pode-se notar que no momento da aquisição da lesão nos atletas ocasionaram sentimentos diferentes como tristeza, preocupação e raiva, este último se enquadrando no modelo de *grief reaction*, proposto por Kubler-Ross (1969) em que o atleta passa por cinco estágios emocionais ao se lesionar. Após sofrer uma lesão e se ver incapacitado a realizar os programas de atividades normalmente, o atleta é acometido por uma série de preocupações, variando desde seu retorno as atividades a uma melhor projeção na carreira futebolística.

Um ponto que influencia de maneira negativa no campo de recuperação de um atleta lesionado é a ausência de um acompanhamento psicológico do esporte no processo de reabilitação, tendo em vista esse ponto, do grupo de atletas que participou do estudo, pode-se

notar que nenhum teve um acompanhamento de um psicólogo do esporte para recuperar não somente a lesão física, mas como também o trauma gerado pela lesão em seu psicológico.

Dos quinze atletas que se submeteram ao emprego do questionário apenas seis deles contavam com um suporte de psicólogo nos treinamentos, entretanto esse suporte era feito para todo o grupo de jogadores de maneira que não haja uma individualização do trabalho. Quando um desses jogadores se lesionou não houve o acompanhamento deste mesmo psicólogo para suprir as necessidades psicológicas do atleta durante desde a instalação da lesão, passando pela fase de recuperação com sessões de fisioterapia e até o seu retorno ao desempenho ideal estimado para o atleta. Não há sequer uma inter-relação entre o trabalho do fisioterapeuta com o do psicólogo do esporte deixando uma imensa lacuna na recuperação do jogador, fazendo com que possa retardar o tempo estimado de recuperação e até mesmo gerar muita insegurança para o atleta, podendo gerar dores e medo de se lesionar novamente.

Foi possível analisar no estudo, que surgem algumas preocupações na cabeça de alguns atletas, como o medo de não retornar ao seu desempenho anterior à lesão, medo de sofrer outra lesão e até em casos mais extremos onde o atleta encontra-se com seu estado psicológico abalado pela lesão ou pelas sucessivas lesões, de o atleta temer abandonar prematuramente a carreira de futebol.

Com a aplicação do questionário foi possível notar que durante as sessões de fisioterapia, o atleta passa por uma mistura de sentimentos associados à motivação, desde ansiedade, passando por nervosismo e em alguns casos de animação e alegria, esses sentimentos variam de acordo com o estado psicológico do jogador, variando desde ansiedade-traço de cada jogador à ansiedade-estado em que cada atleta se encontra, também podendo variar do grau da lesão do atleta e do tempo restante para o término das sessões.

Tendo em vista essa fase, é altamente aconselhado ter um acompanhamento de um psicólogo do esporte para poder trabalhar o grau de ansiedade e motivação do atleta durante as sessões, fazendo com que o atleta maximize o tempo das sessões, estimulando-o para que haja a mais rápida recuperação, porém a mais adequada, sendo este o desejo maior do atleta, bem como dos médicos, fisioterapeutas e da equipe.

A ausência de um psicólogo, principalmente de um psicólogo do esporte nas equipes, no programa de reabilitação dos atletas entrevistados, fez com que não houvesse a implementação de técnicas de atendimento psicológico, tais como as de visualização ou

relaxamento, já para o atendimento médico imediato, todos afirmaram fazer o tratamento com gelo, crioterapia, e medicação, até o início da fisioterapia.

Com a ausência do psicólogo do esporte nas equipes, fica evidente a falta de estrutura que acomete a maioria das equipes do futebol, principalmente no Brasil, onde até mesmo as equipes tidas como tradicionais e maiores, em sua maioria não possui um psicólogo do esporte, não dando assim um suporte total e ideal para o atleta, tanto na recuperação da lesão, acelerando os passos e extinguindo do atleta os medos que surgem após a instalação da lesão, bem como fazendo a manutenção do atleta após essa lesão, e até mesmo como forma de prevenção de lesão.

Sendo assim, pode-se entender que seria ideal a presença do psicólogo do esporte em equipes de futebol, pois o futebol é um esporte com elevados números de lesões, trabalhando em concomitância com todo o departamento médico e principalmente do fisioterapeuta. Entendendo isso, o futebol pode evoluir e chegar a patamares ideais para a prática sadia do esporte em alto nível.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMATUZZI, M. M.; GREVE, J.M.A.; CARAZZATO, J. G.: **Reabilitação em medicina do esporte**, 1ª ed. São Paulo: Roca, 2004.

ANDERSEN, M. B. & WILLIAMS, J. M. A model of stress and athletic injury: Prediction and prevention. **Journal of Sport and Exercise Psychology**, 10(3), 1988, p.294-306.

ANDREWS, J. R., HARRELSON L. G. & WILK, K. E. **Reabilitação física das lesões desportivas**. Ed. Guanabara Koogan, 2ª ed. Rio de Janeiro, 2000.

ARENA, Simone S.; CARAZZATO, João G. A relação entre o acompanhamento médico e a incidência de lesões esportivas em atletas jovens de São Paulo. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, vol.13 n. 4 Niterói Julho/Agosto, 2007.

BAJIN, B. **An analysis of injuries in amateur sport, in particular women's gymnastics**. Unpublished manuscript. Ottawa: Canadian Gymnastic Federation, 1982.

BECKER JUNIOR, B. **Manual de psicologia do esporte & exercício**. Novaprova, Porto Alegre, 2000, 399p.

BRANDÃO, M. R. F. **Aspectos Psicológicos de Las Lesiones Deportivas**. Colombia, Memorias copamede, 1999, 47p.

BUCETA, J.M. **Psicologia y lesiones deportivas: prevencion y recuperacion**. Dykinson, Madrid, 1996. 188p.

BURITI, M. A. **Psicologia do Esporte**. Campinas: Editora Alínea, 1997.

BUTT, D. S. **The Psychology of sport**. The Behavior, motivation, personality and performance of athletes. 2ª edição, New York; HYKindson, 1987.

CARR, C. M.; MURPHY, S. M. Alcohol and drugs in sport. In: MURPHY, S. M. **Sport psychology interventions**. Human Kinetics, Champaign, IL. 1995, p.283 – 306.

DA SILVA, A. S.; ABDALLA, R. J.; FISBERG, M. F. **Incidência de lesões musculoesqueléticas em atletas de elite do basquetebol feminino**. Acta ortop. Brás. Vol.15 no.1 São Paulo 2007.

DOS SANTOS, J. B; MORO, A. R .P; XAVIER, A. J; ALVES, J. B. M; SOUZA, G. M; BENETTI, G. M. F. Proposta de auxílio cognitivo (PAC) para atletas. **Revista Digital Efdeportes. Buenos Aires** – Buenos Aires. Ano 10, n.52, 2005. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com>>. Acesso em: 21 abr. 2010.

EPIPHANIO, E. H. Psicologia do esporte aplicada à problemática da lesão desportiva. In: MACHADO, A. A.; DOBRANSZKY, I. A. **Delineamento da psicologia do esporte: evolução e aplicação**. Campinas: Tecnocópias, 2000. p.111-120.

EPIPHANIO, E. H; DE LUCAS, R. D. **Aspectos psicológicos relacionados à prevenção e recuperação de lesões no esporte**. Investigação, Franca, v.2, n.2, 2000, p.25-30.

FEIJÓ, O. G. **Psicologia para o esporte: corpo e movimento**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Shape Ed., 1998.

GOULART, L. F.; DIAS, R. M. R.; ALTIMARI, L. R. **Variação do equilíbrio muscular durante uma temporada em jogadores de futebol categoria sub-20**. Rev. Bras. Med. Esporte vol.14 no1. Niterói Jan./Feb.2008.

GRISOGONO, V. **Lesões no esporte**. Editora Martins Fontes. São Paulo, 1989.

HARRIS, D. V.; HARRIS, B. L. **The Athlete's guide to sports psychology mental skills for physical**. Champaign: HKP,1984.

- HEIL, J. **Psychology of sport injury**. Human Kinetics Publishers, 1993. 338 p.
- IEVLEVA, L.; ORLICK, T. Mental links to enhanced healing: an exploratory study. **Journal of the Sport Psychologist**, 1991, p. 25-40.
- KREMER, J. M. D.; SCULLY, D. M. **Psychology in Sport**. Champaign: HKP, 1995.
- KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a Morte e o Morrer**, 7<sup>a</sup> ed, São Paulo: Martins Fontes, 1993.
- KUNZE, A. **Futebol**. Lisboa: Desporto, 1987.
- LAWTHER, J. **Psicologia desportiva**. Fórum, Rio de Janeiro. 1973. 204p.
- MACHADO, A. A. **Psicologia do Esporte**. Temas Emergentes I. Jundiaí: Ápice editora, 1997.
- MACHADO, A. A.; BRANDÃO, M. R. **Aspectos Psicológicos do Rendimento Esportivo**. Atheneu, 2008.
- MACHADO, A. A.; DOBRANSZKY, I. A. **Delineamentos em Psicologia do Esporte: evoluções e aplicações**. 01. ed. Campinas: Tecnocópias, 2000. 189 p.
- MENDELSON, D. C. Lesiones deportivas: prevención y rehabilitación desde la psicología del deporte. **Revista Digital Efdportes**. Buenos Aires. Ano 4, n.17, 1999. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com>>. Acesso em: 12 maio 2010.
- MENDO, A. H. La Intervención Psicológica en las lesiones deportivas. **Revista Digital Efdportes. Buenos Aires** – Buenos Aires. Ano 8, n.52, 2002. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com>>. Acesso em: 14 maio 2010.
- MORALES, D. F. **Tratamiento y recuperación de lesiones traumáticas físicas y psicológicas en el fútbol profesional**. 2006 Disponível em: <<http://www.psicodeporte.net>> Acessado em: 30 mar 2010. 111

MURPHY, S. M. **Sport psychology interventions**. Human Kinetics, Champaign, IL, 1995. 389 p.

NATA – National Athletic Trainer’s Association. **Psychology of injury**. Champaign: Human Kinetics, 1998.

NIDEFFER, R. M. Psychological aspects of sport injuries: issues in prevention and treatment. **International Journal of Sport Psychology**, v.20, 1989, p. 241-55.

PALACIO, E. P.; CANDELORO, B. M.; LOPES, A. A. Lesões nos jogadores de futebol profissional do Marília Atlético Clube: estudo de corte histórico do campeonato brasileiro de 2003 a 2005. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte** vol.15 no.1 Niterói Jan./Feb. 2009.

PALMEIRA, A. Antecedentes Psicológicos de La Lesión Deportiva. **Revista de Psicología Del deporte**. Federación española de Psicología Del deporte. Universitat de les Illes Balears. Vol.8, nº 1, 1998.

PALMI, J. Componentes psicológicos en la prevención e intervención de lesiones deportivas. **Revista de Psicología General y Aplicada**, v.48, n,1, 1995, p. 161-70.

PESCA, A. D. **Intervenção psicológica em um trabalho interdisciplinar na recuperação de atletas lesionados de futebol**. 2004. 93 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Curso de Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

PETITPAS, A. & DANISH, S. **Caring for injured athletes**. In S, Murphy; **Sports Psychology Interventions**. Champaign: Human Kinetics, 1995, p. 255-281.

POWELL, J. W.; BARBER-FOSS, K. D. Sex-related injury patterns among selected high school sports. **Am J Sports Med**. 2000; p.385-91.

PUIG, E. R. **Estudo psicológico del lesionado deportivo: análisis de una casuística lesional**. Apunts, v.31, 1994, p.201-12.

RIAL, C. F.; SUÁREZ, J. C. **Una propuesta sobre la rehabilitación psicológica de las lesiones deportivas**. Disponível em: <<http://psicodeporte.nu>>. Acesso em: 03 mar. 2010.

RICHARDSOM, P. A.; LATUDA, L. M. Therapeutic Imagery and Athletic Injuries. **Journal of Athletic Training**, v. 30(1): 1995, p. 10–12.

SAMULSKI, D. **Psicologia do Esporte**. São Paulo: Editora Manole Ltda, 2002.

SAMULSKI, D. **Psicologia do Esporte**. Teoria e aplicação prática. Belo Horizonte: UFMG, 1992.

SHUER M. L.; DIETRICH, M. S. Psychological effects of chronic injury in elite athletes. **West J Med** 1997 Feb; 166: p.104-109

SILVA, A. R. **Psicologia Esportiva e Preparo do Atleta**. Rio de Janeiro. Fundação Getúlio Vargas, 1967.

SINGER, R. N. **Psicologia dos Esportes: mitos e verdades**. São Paulo: Harper & Row do Brasil, 1977.

SMITH, A. M. **Psychological impact of injuries in athletes**. Sports Medicine, vol. 22, n.6, 1996, p.392-405.

SOUZA, U. L. **Lesões esportivas e recuperação psicológica**. 1999. 44 f. Monografia (Monografia) - Curso de Educação Física, Departamento de Educação Física, Universidade Estadual Paulista, Rio Claro, 1999.

TAMORRI, S.; BENZI, M.; PIGOZZI, F.; VENTO, A.; BUONAMANO, R. **Las lesiones y la recuperación psicológica**. Stadium, v,25, n. 26, 1992, p.18-22.

TAYLOR, B.L.; ATTIA, M.W. Sports-related injuries in children. **Acad Emerg Med**. 2000, p.1376-82.

THOMAS, A. **Esporte: introdução à psicologia**. Rio de Janeiro: Ao livro técnico, 1983.

WANN, D. L. **Sport Psychology**. Prentice Hall, New Jersey, 1997.

WEINBERG, R. S.; GOULD, D. **Fundamentos da psicologia do esporte e do exercício**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

WEINECK, J. **Treinamento Ideal**. São Paulo: Manole. (9ª ed), 1999.

WILLIAMS, J.M. & ANDERSEN, M. B. Psychosocial antecedents of sports injury: Review and critique of the stress and injury model. **Journal of applied sport psychology**. Vol. 10, 1998, p.5-25.

XAVIER, A. R. S. **As Reações psicológicas associadas às lesões esportivas**. Peru: Bitacora no Centro Esportivo Virtual (CEV), 2007.

## **8. APÊNDICE**

### **Questionário aplicado**

## RECUPERAÇÃO PSICOLÓGICA EM ATLETAS LESIONADOS NO FUTEBOL

Questionário Inicial

Idade: \_\_\_\_\_

Categoria: \_\_\_\_\_ Dia da Lesão: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Local da lesão (Cidade / Estado): \_\_\_\_\_

Tipo de lesão: \_\_\_\_\_

Região do corpo que lesionou: \_\_\_\_\_

Tempo que levou para ser atendido: \_\_\_\_\_

Tempo que levou para ser medicado: \_\_\_\_\_

- 1) Há quanto tempo você está jogando / treinando?
- 2) Quantas lesões você já sofreu durante o tempo em que está jogando futebol?
- 3) Que tipo de lesões você já sofreu? Há quanto tempo?
- 4) Você já se submeteu alguma cirurgia? Qual? Como foi sua recuperação?
- 5) Como você estava se sentindo física e emocionalmente antes da lesão?
- 6) Como você estava se sentindo (raiva, tristeza, preocupado, medo) no momento em que ocorreu a lesão?
- 7) Você está satisfeito com sua vida pessoal, familiar e profissional?
- 8) O que mais está lhe preocupando neste momento?
- 9) Você teve ou teve medo de não recuperar o mesmo rendimento anterior à lesão?
- 11) Você teve ou teve medo de encerrar/abandonar a carreira devido essa lesão?

Tempo médio de recuperação:

Número de atendimentos psicológicos:

Número de atendimentos fisioterápicos:

Quantidade de aplicações das técnicas – Relaxamento / visualização ( )

1) Em geral, como você se sentiu durante as sessões realizadas? Assinale quantas opções desejar:

- |                                  |                                      |                                  |   |
|----------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Feliz   | <input type="checkbox"/> Indiferente | <input type="checkbox"/> Animado | <input type="checkbox"/> Apreensivo     |
| <input type="checkbox"/> Ansioso | <input type="checkbox"/> Tranquilo   | <input type="checkbox"/> Calmo   | <input type="checkbox"/> Desconfortável |

Alegre                       Nervoso                       Outros

2) Em uma escala de 0 à 10, qual o seu grau de confiança no trabalho realizado pela terapeuta?

0-----3-----5-----8-----10

Zero para desconfiança e dez para confiança total

3) O quanto você se sentia motivado a participar das sessões?

0-----3-----5-----8-----10

Zero para sem motivação e dez para totalmente motivado

4) Em relação ao número de sessões realizadas e o tempo de cada uma, você gostaria:

Mais sessões com a mesma duração

Mais sessões com mais duração

Mais sessões com menos duração

Menos sessões com mais duração

Menos sessões com mais duração

Menos sessões com menos duração

O mesmo número de sessões com a mesma duração

Caso tenha respondido um dos 6 primeiros itens, para você qual seria o número ideal de sessões (quantas vezes na semana, ou a cada quantos dias), e o tempo de duração de cada uma ?

5) Na sua avaliação, qual foi a influência das visualizações durante as sessões de reabilitação?

6) Na sua avaliação, qual foi a influência das técnicas de relaxamento durante as sessões de reabilitação?

7) Se passou pelo estabelecimento de metas, qual sua avaliação durante a reabilitação?

8) Qual sua avaliação do trabalho interdisciplinar (Psicologia e Fisioterapia) durante a sua reabilitação?

9) Que críticas e sugestões você pode dar para que o trabalho da psicóloga fique melhor?

10) Outros comentários:

