1.1 Unidade 1

Beatriz Galilea Ballarini

Introdução

Antes de começar com o desenvolvimento do módulo, apresentaremos um caso que se converteu em um mito esportivo por seu espírito de superação, compromisso esportivo (e também social), bem como pelo respeito ao cumprimento de alguns objetivos impostos pelo próprio atleta que marcaram toda a sua carreira. Este caso ilustra o modo de se enfrentar a uma lesão e, portanto, converte-se em um bom testemunho para todos os atletas.

Caso:

> O atleta com o número 36 apareceu no túnel, mancando, com o joelho sangrando e precariamente vendado. A poucos quilômetros do início da maratona, Akhwari tinha tropeçado, o que causou um profundo corte no seu joelho e uma luxação na articulação. Mas, apesar da dor e do conselho de alguns assistentes da competição, ele decidiu terminar a corrida. Akhwari completou a maratona. Apesar de sua lesão, começou a correr assim que pisou na pista. Correu como podia, arrastando a perna ferida e com uma clara expressão de sofrimento em seu semblante. Ele percorreu os últimos 400 metros dos 42,195 quilômetros em meio à ovação do público. Chegou por último, mas foi mais aplaudido mais que o vencedor.
>
> Ele teve que permanecer internado por duas semanas em um hospital devido à lesão e à quantidade de sangue perdido. A mídia o batizou como "Rei sem coroa" no dia seguinte. Não era para menos. Quando lhe perguntaram por que ele havia continuado apesar da lesão e das nulas possibilidades de conseguir um bom resultado, sua resposta foi simples: "**Meu país não me enviou a 15 mil quilômetros, à Cidade do México, para iniciar a corrida. Eles me enviaram a 15 mil quilômetros para completar a corrida".** (Rebollo, 2016, https://espndeportes.espn.com/olimpicos/nota/_/id/1566689/los-atletas-que-combatieron-lesiones-y-dolor-para-completar-sus-metas-olimpicas)

Carolina Marín é a protagonista de outro interessante caso. Ela é uma jogadora espanhola de badminton e compete na categoria individual feminina, presente na lista das 10 melhores do ranking da BWF.

> Quando o médico me mostrou a ressonância e escutei a palavra "ruptura", desabei. Saí da clínica chorando, mas a caminho de casa no carro, eu disse: ok, é isso aí, amanhã operam você. Aí troquei o chip: se seu corpo estiver bem, o joelho vai melhorar; mas se ficar em casa chorando e deprimida, isso será como mandar mensagens negativas ao joelho. (Givio, 2019, https://elpais.com/deportes/2019/04/20/actualidad/1555772398_334921.html)

María Martínez, psicóloga esportiva de Carolina Marín, comentou o seguinte:

> Seu trabalho mudou com a ruptura do ligamento cruzado. Elas são vistas mais tempo juntas na pista. A psicóloga costuma passar pelo pavilhão quase que diariamente. "Meu trabalho consiste em duas partes e uma delas, a do treinamento psicológico como tal, continua. Continuamos nos preparando nas mesmas coisas para quando ela tiver que voltar a treinar [sem muletas e com as duas pernas] e a competir. E também há uma parte nova, que vela pelo bem-estar emocional: deve-se estar atento aos sinais emocionais para prevenir qualquer mal-estar. Uma lesão é um processo muito estressante para qualquer atleta porque, às vezes, inclui dor e horários intempestivos. Deve-se tentar manter os estados emocionais regulares para poder enfrentar todo o processo, e para que os níveis de estresse que o corpo experimenta a nível fisiológico também estejam regulados e não saiam do controle", analisa. Há estados emocionais que facilitam a recuperação (vigor, energia, sensação de apoio social) e outros que a impedem (tensão e fadiga). Por isso, é fundamental controlá-los. (Givio, 2019, https://elpais.com/deportes/2019/04/20/actualidad/1555772398_334921.html)

A partir desses dois depoimentos, distantes no tempo e com modalidades esportivas claramente diferentes, aprendemos o quão importante é converter uma experiência dolorosa de crise em um desafio, no qual a motivação, o compromisso e a superação pessoal são os impulsores da necessidade de se recuperar para voltar à prática esportiva o quanto antes e, principalmente, garantir a saúde antes do rendimento.

As lesões esportivas são consideradas, frequentemente, um "risco profissional", e são poucos os atletas que conseguem escapar delas ao longo de sua carreira. Elas não são espontâneas, têm suas causas, mas são, principalmente, imprevisíveis, pouco oportunas e, além disso, ocasionam interrupções, obstáculos e dificuldades no progresso esportivo.

Algumas destas lesões são o resultado da interação com o ambiente esportivo (más condições das instalações, terreno de jogo sujeito às intempéries, etc.), ou com outras pessoas ou objetos (colisão com alguém do mesmo time ou do time adversário). Entretanto, se considerarmos as pesquisas neste campo, podemos comprovar (com mais frequência do que supomos) que as lesões relacionam-se com variáveis que se referem à própria atuação do atleta: um aquecimento realizado de maneira rápida ou mal executado, falta de domínio de uma ação motora, fadiga, falta de atenção, excesso ou falta de tensão - tudo isso pode estar por trás da causa originadora de uma lesão.

Um estudo realizado por Kraus e Conroy (1984) afirma que, anualmente, ocorrem entre 3 e 5 milhões de lesões esportivas nos Estados Unidos, com uma alta porcentagem entre adolescentes e adultos. Segundo Cratty (1982), os atletas predispostos às lesões tendem a sentir-se inseguros e muito ansiosos. Além disso, este autor considera que os atletas ansiosos atribuem suas lesões à falta de concentração ou de atenção e/ou a um domínio insuficiente da ação motora. De maneira similar, os atletas com excesso de treino, cansados e/ou com dores, tendem a estar predispostos às lesões, especialmente quando passam por mudanças importantes em seu estilo de vida. Por exemplo, um novo local de treino, uma troca de treinador, diferenças em uma organização esportiva (federação, clube), ou em si mesmo (luto, dificuldades sentimentais, transições esportivas importantes por mudança de categoria, início ou conclusão de estudos acadêmicos, etc.).

Outro estudo, realizado por Palmi (2001), mostra que 40% dos atletas passam por um processo lesivo, de menor ou maior gravidade, ao longo da temporada, (Ortín, Garcés de los Fayos, Olmedilla, 2010). Tudo isso tem gerado uma evolução nas áreas da psicologia esportiva que pesquisam a relação entre a lesão e o grau de influência no rendimento psicológico.

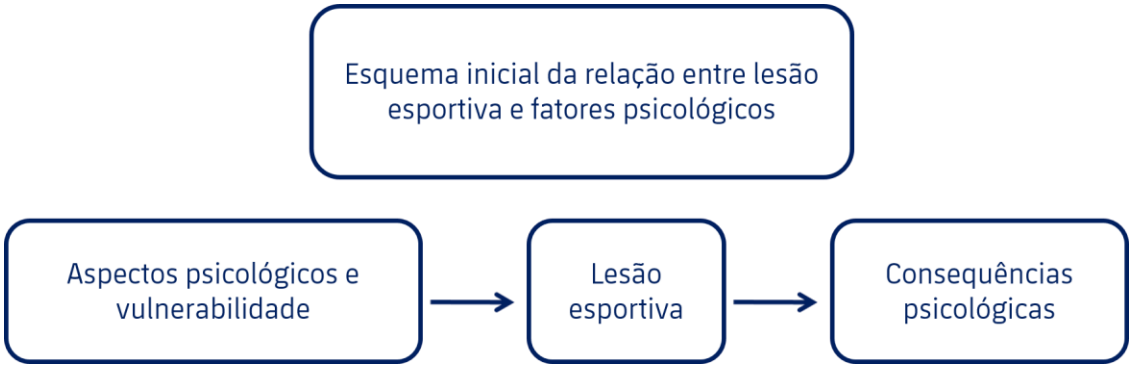
Ao longo desta unidade analisaremos algumas das pesquisas que esclarecem este processo, bem como modelos explicativos com relação às variáveis psicológicas por trás de uma lesão. Também abordaremos o papel da intervenção psicológica na reabilitação da lesão esportiva.

Variáveis psicológicas e sua relação com as lesões esportivas

Para um atleta, uma lesão não afeta apenas o âmbito funcional, mas também o psicológico, social e, em muitos casos, o econômico. As variáveis psicológicas desempenham um papel determinante na recuperação de uma lesão esportiva. Conforme destacado por Olmedilla e García-Mas (2009), uma grande quantidade de pesquisas foi gerada a respeito, cujas linhas poderiam ser resumidas em 5 pontos principais:

1) O primeiro aponta a relação entre a fraqueza psicológica e a possibilidade de sofrer uma lesão, como nos indica a figura 1. É fundamental identificar as variáveis psicológicas que determinam a possibilidade de lesão.

Figura 1: Lesões e sua relação com as variáveis psicológicas.



Fonte: Weinberg e Gould, (1996)

2) O segundo ponto consiste em identificar como cada atleta dá importância ao plano psicológico e reconhece nele um potencial causador de lesão. O objetivo é localizar a influência do perfil psicológico (Crossman, Jameson e Hume, 1990; Heil, Zemper e Carter, 1993; Olmedilla, Ortín e Ortega, 2004; Olmedilla, Ortega e Abenza, 2007; Reuter e Short, 2005).
3) O terceiro ponto de análise é pesquisar o histórico de lesões esportivas e como elas influenciam o plano psicológico do sujeito. (Gaoua, Rejeb e Chtara, 2005; Newcomer e Perna, 2003; Short, Reuter, Brandt, Short e Kontos, 2004).

4) O quarto ponto se relaciona com o plano psicológico e emocional vivido pelo atleta diante de uma lesão. Isso é importante, já que gera um determinado tipo de adesão diante da reabilitação físico-esportiva.

5) O último ponto está relacionado com a possibilidade de gerar propostas de intervenção para trabalhar psicologicamente a lesão esportiva. Isto é, prevenção, recuperação em caso de lesão e retorno à competição.

A psicologia esportiva relacionada ao estudo das lesões é um campo de pesquisa relativamente novo. Como mencionado anteriormente, são feitas pesquisas desde a prevenção até a recuperação.

Palmi (2001) diferencia dois tipos de fatores causadores de lesão: os internos (aspectos médicos, fisiológicos, biomecânicos e psicológicos) e os externos (infraestrutura e material esportivo, mudanças nos planos de treino e comportamento de outros atletas).

Por exemplo, em idades mais precoces (nos períodos de formação) quando os treinamentos são intensificados (em cargas e em horas), costumam ocorrer períodos de incômodos e de sobrecargas que, algumas vezes, geram lesões de maior ou menor importância no atleta. É um momento muito importante para

estar alerta diante das advertências dos atletas e também para ensiná-los a diferenciar um incômodo de algo que pode ser uma dor prévia a uma lesão.

Fatores associados à lesão:

Fatores internos: fisiológicos, psicológicos, biomecânicos, de idade, histórico de lesões, mau treinamento em determinados movimentos, falta de trabalho em prevenção, maus hábitos alimentares.

Fatores externos: condições ambientais inadequadas, instalações esportivas não apropriadas para a realização dos treinamentos, ritmo de jogo inadequado.

Além disso, entre os fatores psicológicos externos, encontram-se os situacionais e os esportivos. São eles: o resultado, a superfície do terreno de jogo, a orientação e o tipo de esporte praticado, o histórico de lesões de cada atleta e a quantidade de anos destinados ao treino.

Buceta (1996) propõe as seguintes categorias de variáveis situacionais:

1- Acontecimentos pessoais que geram estresse: inconvenientes nas relações familiares, problemas econômicos, situações cotidianas que geram mal-estar.

2- Acontecimentos na vida esportiva que geram mal-estar: mudança de clube, subida de categoria, troca de treinador ou de técnico.

3- Dinâmicas na vida dos atletas: mudança de cidade de residência, viagens, costumes esportivos de extrema disciplina.

4- Exigências diretas do treino: permanente exigência para melhoras no esporte, avaliações, excesso de treino.

5- Exigências diretas da competição: dúvida com relação aos resultados, falta de capacidade para controlar o próprio desempenho, incapacidade para superar a derrota.

6- Outros acontecimentos vinculados à vida esportiva: relações com os dirigentes, representantes, mídia.

7- Questões diretamente relacionadas a um passado lesivo: movimentos que antes geraram uma lesão e hoje são um risco potencial.

Com relação à lesão esportiva, Olmedilal (2005) diferencia uma série de variáveis, as quais são as mais estudadas neste campo: estratégias cognitivas e recursos de enfrentamento (18,94% dos estudos), estado de ânimo (10,18%), autoconfiança (8,07%), apoio social (6,32%), estresse psicossocial (5,61%) e ansiedade (5,26%). Bem atrás estão a motivação (3,16%), o otimismo/pessimismo (2,11%), a personalidade (2,11%) e a concentração (1,75%).

Andersen e Williams (1988) trabalham num modelo focado no estresse relacionado de maneira direta à psicologia e à lesão esportiva. Tal modelo diferencia 3 fatores que indicam a propensão do atleta à lesão: personalidade, histórico de acontecimentos estressantes e recursos psicológicos para enfrentar momentos de estresse.

Algo para ser destacado é que aqueles atletas que desenvolvem destrezas psicológicas (por exemplo: traçar objetivos, visualização e relaxamento) conseguem enfrentar melhor o estresse e, portanto, diminuir o risco de lesão vinculada ao estresse.

Modelo de Andersen e Williams (1988).

O modelo defende que o atleta, ao enfrentar momentos estressantes, gera uma avaliação cognitiva diante de tal momento, o qual produz mudanças fisiológicas e de atenção, aumentando assim a possibilidade de lesão. Os componentes relacionados à personalidade, histórico de momentos estressantes e capacidade de enfrentamento tanto podem provocar maior estresse como ajudar a controlá-lo.

Figura 2: Modelo do estresse

Fonte: Andersen e Williams (1988).

Este modelo não só descreve as variáveis psicológicas relacionadas ao esporte, mas também representa de que maneira elas interagem com a resposta do atleta ao estresse. Isso evidencia as ações que podem ser realizadas para enfrentar uma lesão.

Díaz, Buceta e Bueno (2004) apresentam uma relação entre as variáveis vinculadas ao estresse e as alterações psicológicas, comportamentais. A essa relação, Thompson e Morris (1994) adicionam seus estudos baseados na relação entre o estresse e a diminuição da visão periférica do atleta, gerando maiores

possibilidades de lesão. Além disso, diminui-se a ativação, afetando excessivamente a ansiedade ou hostilidade ou, por definição, a depressão e o esgotamento. Isso está relacionado diretamente às possibilidades de lesões.

Autores como Junge (2000) e Petrie (1993) concluem que:

1- Durante as competições, a possibilidade de lesão aumenta com relação aos treinos.
2- As possibilidades de lesão aumentam nos dias anteriores às competições.
3- As possibilidades de lesão aumentam nas transições de categorias.
4- Trocas de treinadores e modificações nos planejamentos esportivos aumentam as possibilidades de lesão.

5- Os jogadores titulares, por contarem com uma maior frequência de carga esportiva, são mais propensos a sofrer lesões que os jogadores reservas.

Um ponto a ser considerado de acordo com o que foi analisado é o fato de haver uma relação entre o passado lesivo e as futuras lesões. Uma lesão pode se transformar em um fator de risco para futuras lesões, o que leva a um estado de potencial estresse. Desta maneira, é gerado um círculo vicioso que provoca maiores níveis de ansiedade, pouca atenção e pouca autoconfiança no atleta.

Bahr e Krosshaug (2005) defendem que a lesão deve ser analisada a partir de diferentes fatores e perspectivas. Esta análise multifatorial é determinante para identificar fatores de risco tanto internos quanto externos.

Fatores psicológicos e sua relação com as lesões esportivas

Os estudos relacionados com a psicologia e a recuperação esportiva podem ser resumidos em dois modelos teóricos:

1- Questões relacionadas à estabilidade emocional do atleta.

2- Modelo de resposta psicológica diante da lesão esportiva e seu consecutivo processo de recuperação.

Kubler-Ross (1969) afirmam que os modelos focados nas respostas emocionais são produto de reações psicológicas. Essas reações resumem-se a:

1. Negação da lesão, raiva, aborrecimento. É o momento imediatamente após a lesão no qual o atleta não entende nem aceita o ocorrido.

"Por que isso tinha que me acontecer agora que eu estava tendo minutos na equipe?".

"Com certeza o médico verá que não é tão grave e voltarei a jogar em poucos dias".

2. Negociação ou ajuste. É o momento em que o atleta tende a racionalizar para compreender a realidade da situação.

"Aceito a lesão, mas com algumas sessões voltarei e jogarei na final do campeonato".

3. Depressão gerada por uma sensação de perda ao aceitar a situação real e suas consequências (funcional, esportiva, status, papel, entre outras).

"Tenho tanta dor que acho que algo está errado. Não estão me contando tudo".

"Já era, perdi a temporada".

4. Aceitação e reorganização do futuro. É o momento de início da reabilitação e quando o jogador volta à atividade.

"Ok. O que aconteceu já passou e tenho que aceitar".

"Estou nas melhores mãos e vou me recuperar. Voltarei a ser o mesmo de sempre".

Os pontos mencionados anteriormente não necessariamente respondem a uma sequência igual para todos os atletas. É importante destacar que as reações emocionais dos atletas estão relacionadas à gravidade da lesão, à idade dos indivíduos, seus recursos psicológicos e, em algumas ocasiões, ao momento da temporada.

Petitpas e Danish (1995), depois de analisar vários atletas, descreveram uma série de reações psicológicas que acompanham a lesão.

Figura 3: Reações psicológicas.

Perda da identidade: ao sofrer uma lesão, os atletas deixam de participar dos treinos e das competições, experimentando uma perda de identidade, uma parte de si mesmos relacionada a seu autoconceito.

Medo e ansiedade: a dúvida diante da evolução da lesão, a preocupação com a cura da lesão, a incerteza de voltar a se lesionar, a perda do status na equipe seriam motivos para gerar medo e ansiedade no atleta.

Falta de confiança: a incapacidade de participar dos treinos e das competições deteriora a condição física e técnica, e podem produzir uma diminuição da confiança em si mesmo. Junto a isso, a motivação pode diminuir e, portanto, pode haver um desempenho esportivo menor.

Diminuição do desempenho: devido à perda da confiança e à diminuição dos treinos, os atletas poderiam experimentar perdas em seu desempenho esportivo, inclusive ao voltar à normalidade nos treinos e na competição. A expectativa de voltar a ser o de antes requer um processo que o atleta nem sempre consegue administrar devido às expectativas muito altas ou pouco realistas.

Fonte: Petitpas e Danish (1995).

Petitpas e Danish (1995) também propõem indicadores que podem sugerir uma má adaptação à lesão.

Figura 4: Situações problemáticas

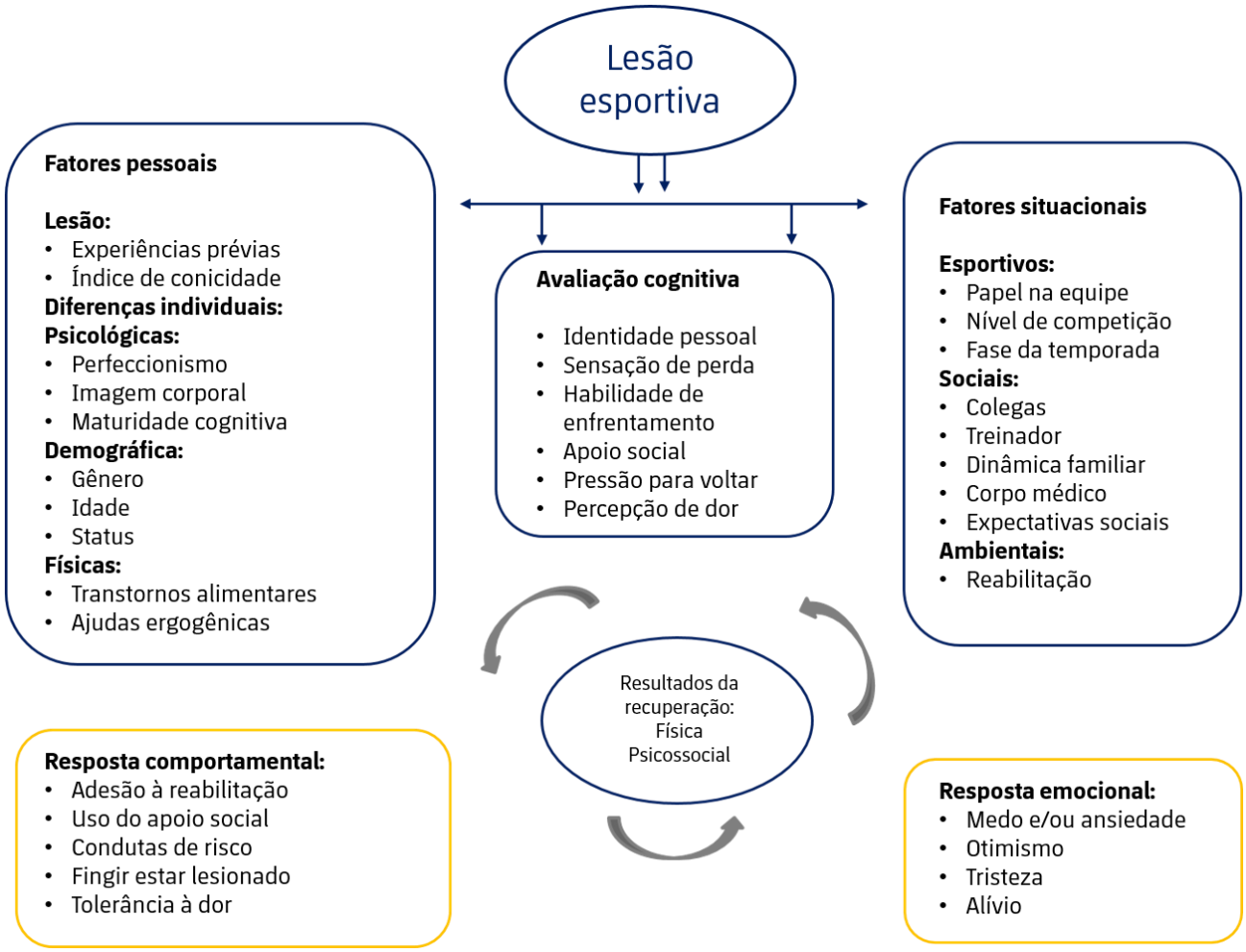
Sinais de ajuste às problemáticas das lesões esportivas
• Sentimento de fúria e confusão • Pensamentos obsessivos com relação ao tempo de duração da lesão • Negação ("as lesões não são graves", "não são nada") • Volta à atividade muito cedo, com risco de recaída • Insistência de queixas sobre variáveis físicas • Sentimento de culpa com respeito ao grupo • Distanciamento de pessoas importantes • Mudanças repentinas no estado de ânimo • Verbalizações negativas ("não importa o que eu fizer, não vou me recuperar")

Fonte: Weinberg e Gould (1996).

Wiese-Bjornstal, Smith, Shaffer e Morrey (1998) criaram uma proposta integrada com relação às respostas psicológicas diante da lesão esportiva e o consequente processo de recuperação. Este modelo envolve teorias vinculadas aos processos de estresse e de dor.

Os processos de recuperação dispõem de uma característica dinâmica: as avaliações cognitivas podem afetar as emoções que, por sua vez, afetam o comportamento.

Figura 5: modelo de resposta psicológica à lesão



Fonte: Wiese-Bjornstal et al. (1998)

O modelo integrado da resposta psicológica à lesão e ao processo de reabilitação de Wiese-Bjornstal et al. (1998), relaciona de forma dinâmica a previsão dos componentes da lesão com a resposta a ela. Fatores pessoais e situacionais intermedeiam as apreciações cognitivas do lesionado e estas, por sua vez, influenciam a resposta emocional e comportamental obtendo, por fim, a resposta psicológica global do atleta lesionado.

Como mencionado, sabe-se que o estresse é uma variável relacionada à possibilidade de produzir lesões. Além disso, ele é vinculado à geração de complicações nos processos de recuperação. Daí vem a importância, por parte do atleta e da equipe de psicólogos, de controlar variáveis como a ansiedade, a confiança e a motivação, para alcançar uma reabilitação ideal.

Buceta (1996) propõe uma série de consequências que atentam contra o desempenho esportivo durante os processos de prevenção e recuperação de lesões.

1- As lesões esportivas provocam dor, incômodo, limitam a autonomia e aumentam a possibilidade de conter disfunções maiores.

2- De acordo com a gravidade, as lesões podem diminuir a atividade física esportiva durante longos períodos de tempo e até de maneira definitiva.

3- As lesões produzem mudanças no contexto esportivo (baixas, renovações, etc.), no contexto pessoal do indivíduo e no âmbito laboral e social.

4- Muitas vezes são acompanhadas de depressão, insatisfação, raiva, irritabilidade e ressentimento. Isso afeta o bem-estar do sujeito lesionado e de seu entorno.

5- A reabilitação das lesões exige tempo, dedicação e esforço, não esquecendo um estado de ânimo positivo que favoreça a constância, a persistência e a resistência à dor e à frustração.

Psicologia esportiva e sua contribuição ao processo lesivo

Williams e Andersen (1998) estabelecem duas linhas fundamentais de prevenção:

1- Modificar a avaliação cognitiva do momento estressante.

2- Mudar as variáveis psicológicas e de atenção da resposta ao estresse. Isso é possível através de treino psicológico orientado ao enfrentamento.

A seguir, apresentaremos um exemplo de estratégia de enfrentamento. Ela pode ser utilizada por um fisioterapeuta que planeja os exercícios de reabilitação para uma lesão esportiva.

Exemplo: é comum que o atleta lesionado concentre sua atenção na variável dor, o que provoca tensão e certa apreensão ao exercício de reabilitação. Uma estratégia psicológica é desviar a atenção para outras variáveis que foram afetadas pela lesão, como o tônus ou a força muscular, entre outros. É conveniente que o fisioterapeuta acentue os exercícios relacionados com outras variáveis e colabore na elaboração de indicadores de melhora que engajem o atleta no processo de reabilitação e mantenham um alto nível de motivação para a melhora total.

O atleta responde a um questionário para avaliar a melhora em cada um dos parâmetros físicos que intervenham em um ou em vários exercícios de reabilitação.

Figura 6: gráfico de avaliação

Variáveis	Avaliação
Tônus muscular	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Força	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Dor	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Fonte: elaboração própria.

Esta avaliação poderia ser realizada nos momentos em que são esperadas mudanças na melhora da lesão.

O estresse como variável que atenta contra a lesão esportiva

Durante o processo de reabilitação esportiva, o estresse pode ser considerado um inconveniente que atenta contra esse processo. Por isso, considera-se necessária a utilização de técnicas de relaxamento, visualização, controle de objetivos ou técnicas de aceitação e compromisso. Após a aplicação das técnicas mencionadas, são manifestadas melhorias na recuperação. Elas são observadas no estado de ânimo, dor, recursos de enfrentamento, acompanhamento social e controle da ansiedade.

Com relação à dor, é importante considerar um bom processo de recuperação e que a autopercepção da lesão não adquira um sentido catastrófico.

Com respeito ao tratamento lesivo, este será ideal à medida que o atleta vai se engajando no mesmo. Ele deve ser abordado de maneira multidisciplinar e envolver os profissionais que trabalham com o sujeito.

Para alcançar a recuperação ideal na terapia física, deve-se complementá-la com uma intervenção psicológica. Em outras palavras, devem ser considerados os aspectos psicológicos presentes em um processo lesivo. Neste sentido, Williams (1996) propõe:

1- Estabelecer com o atleta lesionado uma aliança terapêutica junto a todos os profissionais que formam a equipe (médicos, fisioterapeutas, reabilitadores e preparadores físicos).

Exemplo

- Análise das etapas da lesão que o atleta passará.
- Análise dos exercícios e dos objetivos traçados através da prática destes.
- Reforçar a melhora quando os objetivos forem alcançados.

2- Assegurar um conhecimento por parte do atleta sobre sua lesão, além de dar-lhe informação acerca da reabilitação a que ele será submetido.

Exemplo

Ao receber a notícia, o atleta está em um estado de surpresa, o qual muitas vezes não lhe permite entender o alcance da lesão, a importância de todo o processo de reabilitação e de cumprir com o mesmo. A confiança na equipe médica é essencial.

3- Aprendizagem de técnicas psicológicas de enfrentamento.

Exemplo

Apresentação de objetivos e técnicas de visualização.

4- Preparação para possíveis recaídas.

Exemplo

Revisar com o atleta as possíveis variáveis, tanto internas (estresse, hábitos de vida, técnica esportiva, etc.) quanto externas (instalações esportivas, revisão de planos de treino em conjunto com o treinador e preparador físico) que poderiam favorecer as recaídas de lesões.

5- Incentivar o apoio social de toda a equipe esportiva e da família.

Exemplo

A aproximação ao campo de treino permite ao atleta manter sua identidade de grupo. Alguns momentos do processo de reabilitação podem ser realizados perto dos campos de treino.

Palmi (2001) trabalha sobre um programa de prevenção de lesões esportivas, no qual desenvolve os seguintes aspectos:

1) Melhorar o nível acadêmico dos profissionais do esporte na temática específica e na conscientização dos possíveis riscos que facilitam a aquisição de lesões, bem como assumir comportamentos para diminuir os riscos de lesão.

2) Melhorar os recursos psicológicos do atleta através de programas de treinamento mental individualizados, com o objetivo de otimizar a proteção pessoal com relação ao desempenho esportivo.

3) Planejar o treinamento e a competição com objetivos realistas e exigência progressiva (treinos, competições, carga mental, descansos).

4) Otimizar as habilidades motoras para uma melhor execução esportiva, que previne uma potencial lesão.

Palmi (2001) propõe um programa de intervenção no qual destaca dois momentos fundamentais.

Figura 7: Programa de intervenção

Programa de intervenção psicológica pós-lesão	
Fase de imobilização	Habilidades de comunicação da equipe médica Relaxamento Visualização
Fase de mobilização	**Recuperação:** Habilidades de comunicação da equipe médica Relaxamento (tempo de trabalho reduzido) Determinação de objetivos do programa Melhora de aprendizagem esportiva Apoio social **Readaptação:** Imaginário de enfrentamento Feedback no trabalho Determinação de objetivos semanais Diálogo tentativa **Repetição do treinamento:** Habilidades de comunicação da equipe médica Imaginário de enfrentamento Imaginário de perícia Determinação de objetivos esportivos

Fonte: extraído de Palmi (2001).

Fase de imobilização

O sujeito começa a recuperar gradativamente suas condições motoras iniciais. Na etapa de imobilização, o atleta experimenta sensações de dor, estresse, etc. Estas variáveis, junto com a autopercepção, acompanham o processo de recuperação. Deve-se ter cuidado com as consequências do estresse durante este processo, já que ele pode se transformar em um obstáculo durante a etapa.

A adesão ao tratamento, apesar de ser muito importante para a evolução da recuperação da lesão, é um processo complexo para ser estudado devido às múltiplas variáveis e cuja abordagem deve ser multidisciplinar. Palmi e Sole (2014) afirmam que as **variáveis pessoais** (a personalidade do atleta, os estados de ânimo ao longo do processo de recuperação, a manutenção da identificação esportiva, a motivação e a impaciência) e **situacionais** (apoio social, principalmente dos treinadores e da equipe, comunicação e confiança com a equipe médico-esportiva) condicionarão o grau de adesão. Nesta fase da reabilitação, as intervenções psicológicas serão convenientes para manter tais variáveis em uma linha positiva:

- Técnicas de relaxamento.
- Técnicas de *mindfulness*.
- Técnicas de visualização.
- Apoio da equipe e do *staff* técnico.
- Estabelecimento de objetivos claros progressivos, alcançáveis e avaliáveis.
- Garantir o sentido de pertencimento e permitir que o atleta realize o máximo de seu trabalho de reabilitação perto da equipe.
- Reduzir a pressão sobre o atleta.
- Manter a confiança e a autonomia dos atletas.

Fase de mobilização

Esta fase corresponde ao ciclo mais amplo da recuperação de uma lesão. É uma fase em que se deve considerar a percepção do atleta com respeito a sua possibilidade de regresso ao treinamento. O momento da temporada e os objetivos esportivos da equipe também devem ser considerados.

Podlog, L. e Eklund, R.C. (2006) apontam algumas das variáveis mais frequentes no período pós-lesão:

1- A ansiedade por uma recaída.

2- O medo de não voltar ao desempenho anterior.

3- Sentimentos de isolamento.

4- Falta de identificação esportiva.

5- Falta de apoio social e pressão do entorno, o que provoca medo, raiva, tristeza.

A seguir são apresentadas algumas fases nos processos lesivos, cujas características são diferentes em cada uma delas:

- **De recuperação** propriamente dita, em que o atleta segue um planejamento para sua reabilitação esportiva.

- **Readaptação,** que se refere à fase de aproximação à ação esportiva, em que são incorporados exercícios parecidos ao esporte. É uma fase que, muitas vezes, é realizada perto da equipe.

- **Volta ao treinamento** ou à competição.

Os objetivos do foco de atenção variam de acordo com a fase:

1- Na fase de imobilização, o objetivo é trabalhar com o atleta sobre as estratégias de controle da ansiedade e de aceitação da realidade. O treinamento em habilidades de comunicação facilitará a interação entre atleta e *staff* médico, técnicas de relaxamento, buscando máxima adesão ao tratamento.

2- Durante a fase de mobilização, o objetivo é focar no desenvolvimento das habilidades de comunicação, visualização e relaxamento.

   O controle da atenção também é trabalhado. Com as técnicas de visualização, o atleta repete mentalmente as ações motoras.

   Os processos de recuperação de lesões são os momentos indicados para o desenvolvimento dessas técnicas, já que durante a temporada há pouco tempo para este tipo de trabalho. Desta maneira, o atleta pode ser educado neste tipo de comportamento.

Antes de finalizar, seria interessante destacar os fatores que, após analisadas as evidências científicas, são mais significativos com relação à lesão esportiva.

A categoria esportiva ou o nível competitivo

Autores como Olmedilla, Andréu e Blas (2005) realizaram um trabalho com jogadores de futebol e identificaram uma relação entre lesões esportivas e a categoria do jogador: juvenil (54,1%), mirim (20%) e infantil (14%).

Lesões em situação de derrota

Os estudos de Ortín, Jara e Berengüí (2008) mostram como o índice lesivo aumenta em momentos em que o resultado esportivo é adverso em comparação com os momentos onde o resultado é favorável. Eles defendem que os resultados adversos geram estresse no jogador e, conforme indicado, o estresse está relacionado ao aumento da possibilidade de lesão.

Histórico de lesões anteriores

Autores como Hawkins e Fuller (1999) afirmam que 25% das lesões ocorrem devido a lesões anteriores. Essa informação merece destaque, já que é necessária para trabalhos preventivos.

Treinamento e competição

As competições produzem mais lesões que os treinos. Isso é observado tanto em jovens quanto em adultos (Emery, Meeuwisse e Hartmann, 2005).

O material analisado até o momento mostra que os fatores psicológicos influem na incidência das lesões, nas respostas a estas e nos enfrentamentos dos processos de reabilitação resultantes.

Nas avaliações da lesão, é importante:

- Dispor de indicadores que permitam estabelecer os riscos, do ponto de vista psicológico, que poderiam favorecer a precipitação de uma lesão e prevenir futuras recaídas.

- Desenvolver programas que levem em conta as técnicas de enfrentamento para atletas e treinadores.

- Apontar a importância dos treinadores nestes processos. Gerar proximidade com o atleta lesionado, dar-lhes *feedback* positivo e realizar recomendações específicas neste momento de transição.

Finalmente, é fundamental destacar que, em um processo de reabilitação esportiva, a intervenção pluridisciplinar de médicos, fisioterapeutas, reabilitadores, *staff* técnico e psicólogos é fundamental para garantir a superação de um momento tão delicado para o atleta.

1.2 Intervenção psicológica nas lesões

Beatriz Galilea

1. Introdução

Ao longo desta unidade serão analisados programas psicológicos na intervenção de lesões, além de alguns instrumentos que permitem orientar a intervenção da reabilitação. Por fim, serão realizadas algumas recomendações para médicos e fisioterapeutas, já que eles são os profissionais mais próximos do atleta ao longo do processo de recuperação.

Programa de intervenção psicológica durante a lesão

Os programas de intervenção psicológica em atletas lesionados estão basicamente voltados à redução do estresse.

David (1991) e Fenker e Lambiotte (1987) defendem que os programas psicológicos destinados à prevenção de lesões são dirigidos ao desenvolvimento de habilidades gerais, onde se avalia sua repercussão na incidência de lesões esportivas.

Palmi (2001) mostra conteúdos destinados à intervenção psicológica para a prevenção de lesões:

Capacitar os treinadores na temática

a) Informação de fatores de risco, tanto para atletas quanto para técnicos. Na unidade anterior, nos concentramos nos fatores internos: variáveis de personalidade, gênero, idade e competências psicológicas. Também observamos os fatores externos: o planejamento do treino, as mudanças, as instalações e a modalidade esportiva.

b) Trabalhar no papel desempenhado pela preparação física, isto é, nas fases de aquecimento e de recuperação dos treinos (alongamentos).

c) Educação em costumes e hábitos de vida (alimentação, descanso, entre outros).

Treinar recursos psicológicos

a) **Controle de ativação:** treinar o controle da tensão durante o processo de reabilitação. A dor e a incapacidade funcional propiciam alterações no estado de tensão, tanto física quanto psicológica, que demandam uma correta gestão do relaxamento.

b) **Controle da atenção:** neste ponto, a atenção deve ser orientada ao que é relevante em cada momento do processo de reabilitação. A dor é uma variável

que ocupa a atenção do atleta. Portanto, focar em outras variáveis facilita o processo.

c) **Controle de imagens e pensamentos:** desenvolver e treinar as técnicas de visualização ajuda na conscientização da zona lesionada (músculo, fibra, articulação). A utilização de palavras-chave ("estamos indo bem", "isso funciona") também facilita o processo de reabilitação.

d) **Ajuste de objetivos:** conscientizar-se sobre cada momento do processo de reabilitação permite ser realista na concretização de cada fase.

Planejamento com objetivos realistas

É importante levar em conta os seguintes pontos:

a) Progressão de exigência.

b) Variedade de exercícios e situações.

c) Ajuste do treinamento à individualidade.

Melhorar os recursos técnicos

a) Informação pós-execução.

b) Análises de vídeos: ações bem-sucedidas e errôneas.

c) Treinos que simulam as condições de competição.

Olmedilla, Ortín e De La Vega (2006) refletem diferentes momentos da reabilitação esportiva, junto com os conteúdos da recuperação e a intervenção psicológica com relação às ações de outros profissionais (médicos, fisioterapeutas, reabilitadores).

Em lesões de longa duração é importante levar em conta a interação entre as variáveis físicas (, controladas pelos médicos e fisioterapeutas) e as variáveis mais psicológicas (resposta emocional à lesão, pensamentos associados a ela, preocupação com o futuro no esporte, etc.), em conjunto com o apoio social (famílias, *staff* técnico e colegas), como mostram Olmedilla et al.(2006) em seu programa.

Figura 8: lesão e intervenção psicológica:

FASES	CONTEÚDOS DE RECUPERAÇÃO	INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA
FASE INICIAL (29/1 - 24/2)	Tratamento médico e fisioterapia.	Avaliação. Esclarecimento de dúvidas sobre o processo de reabilitação (conjunto médico) Apresentação de objetivos. Contrato de compromisso.
FASE DE TREINAMENTO COMPENSATÓRIO (25/2-17/3)	Fisio + mobilidade articular e alongamentos + equilíbrio pélvico + meio aquático (deslocamentos e coord. dinâmica, natação e mov. art. e alongamentos joelho estáticos), marcha fracionado: de 10' a 40' bicicleta fracionado (selim alto): de 15' a 30' musculação circuito geral de força em máquina + fortalecimento joelho últimos 15° quadríceps e primeiros 15° ísquios.	Adequação de expectativas sobre a recuperação. Início do treinamento de controle da ativação através da respiração e Jacobson. Comprovação da adesão ao programa estabelecido.
FASE DE TREINAMENTO TRANSITIVO (18/3-30/3)	Fisio + mobilidade articular e alongamentos * equilíbrio pélvico + musculação circuito geral de força em máquina + fortalecimento joelho últimos 15° quadríceps e primeiros 15° ísquios - corrida trabalho fracionado: de 10' a 30' e regulado com pulsômetro (145 - 165 px') + circuito físico-técnico + futebol-tênis.	Adequação de expectativas sobre a recuperação. Continuação do treinamento de controle da ativação através da respiração e Jacobson. Comprovação da adesão ao programa estabelecido. Revisão das sensações de confiança que o atleta tem ao realizar exercícios com bola, bem como de força nos quais está envolvido o joelho lesionado. Revisão dos objetivos traçados.

FASE DE TREINAMENTO PRÉ-COMPETITIVO (31/3-4/4)	Treinamento com grupo fisio + mobilidade articular e alongamentos + equilíbrio pélvico + musculação circuito geral de força em máquina + fortalecimento joelho últimos 15º quadríceps e primeiros 15º ísquios + futebol passes combinados, rondos, posse de bola (coringa), partidas ¼ campo, partidos 1/2 campo, movimentos táticos, centros e chutes, e partida 11 contra 11.	Adequação de expectativas sobre o retorno à equipe. Consolidação do treinamento de controle da ativação através da respiração e Jacobson. Revisão das sensações de confiança que o atleta tem ao realizar exercícios de jogo real no campo de treino. Apresentação de objetivos competitivos iniciais.

Fonte: Omedilla et al. (2006).

Avaliação do atleta lesionado

As intervenções psicológicas começam com a informação que cada atleta tem com respeito aos acontecimentos e como estes o impactaram. Desta maneira é realizada uma avaliação com base na informação obtida. Geralmente, a incerteza produzida pelo processo de recuperação com respeito aos tempos gera mal-estar no atleta, não pela lesão em si, mas pela incerteza de sua recuperação.

Por este motivo é importante trabalhar em conjunto e de maneira multidisciplinar com a equipe de profissionais que rodeia o atleta. Uma maneira de gerar uma ordem neste sentido é confeccionando uma ficha para o atleta.

A ficha do atleta é uma ferramenta que serve para coletar informação em um sentido amplo. Deste modo, pode-se ver o sujeito desde uma ótica holística, conhecer sua realidade e entender diferentes aspectos que podem modular sua experiência durante o processo de recuperação.

A título de exemplo, apresentamos a ficha usada pelo Departamento de Psicologia do FC Barcelona.

Figura 9: Ficha do atleta

Ficha do atleta

Nome e sobrenome:

Data de chegada no clube:

Categoria/posição:

O que sabemos sobre a família (pais, irmãos, família numerosa).

- Antecedentes familiares esportivos.
- Acontecimentos de vida importantes.

Atitude com o treinador:

Atitude com a equipe:

Atitude em treinamentos e partidas:

O que você destaca no atleta (nível esportivo, emocional). O que você acha que deve ser melhorado:

Que aspectos está trabalhando com ele:

O que gostaria que fosse alcançado:

Como o atleta reage a diferentes situações (protocolos de prevenção, lesão, tolerância à dor):

Fonte: Departamento de psicologia FC Barcelona. Arquivo próprio. Inédito.

A seguir, apresentamos um questionário que permite obter dados com relação à percepção da lesão por parte do atleta, bem como sua opinião sobre a incorporação total ao treinamento.

Mostraremos um questionário realizado e publicado pela Revista de Psicologia do Esporte, onde se fornece uma visão nova nas variáveis psicológicas associadas do atleta uma vez finalizado o processo de reabilitação.

Figura 10: Modelo

Alternativa 1: Questionário sobre o estado percebido para retomar o treino esportivo em grupo	
Alternativa 2: Autopercepção sobre Return to play após lesão esportiva	
Alternativa 3: Autopercepção sobre a reincorporação esportiva ao grupo após lesão	
Informação prévia	**Jogador:** **Idade:** **Demarcação:** **Lesão:** **É uma reincidência?** **Tempo decorrido:** **Tempo estimado:**
P1 Como você avalia o progresso no processo de recuperação de sua lesão?	Horrível (1) Pode ser melhorado (2) Bom (3) Muito bom (4) Perfeito (5)
P2 Como está seu estado de ânimo com a lesão?	Horrível (1) Pode ser melhorado (2) Bom (3) Muito bom (4) Perfeito (5)
P3 Como está seu estado físico para voltar à equipe?	Horrível (1) Pode ser melhorado (2) Bom (3) Muito bom (4) Perfeito (5)
P4 Você sente algum incômodo que possa impedir o desenvolvimento normal do treinamento?	Muitos (1) Algum (2) Não sei (3) Insignificante (4) Nenhum (5)
P5 Você acha que poderia realizar sem medo e sem dor aquele gesto que lhe provocou mais dor ou insegurança desde o primeiro dia da lesão?	Impossível (1) Difícil (2) Tenho dúvidas (3) Certamente (4) Óbvio (5)
P6 Que porcentagem de possibilidades você acha que tem de reincidência desta lesão a curto prazo?	100% (1) 75% (2) 50% (3) 25% (4) 0% (5)

P7 Você sente algum tipo de pressão em seu entorno com respeito a sua saída do treino em grupo?	Excessiva (1) Alta (2) Normal (3) Alguma (4) Nenhuma (5)
P8 Considerando tudo aquilo que possa interferir em sua lesão (estado físico, medo, angústia, insegurança, pressão, entorno, etc.). Como você qualificaria seu estado GLOBAL atual para voltar ao grupo?	Horrível (1) Pode ser melhorado (2) Bom (3) Muito bom (4) Perfeito (5)
Pontuação total obtida (/40)	

Fonte: extraído de Gómez, P et al. (2014).

Para pontuar o questionário, deve-se levar em conta:

- Mais de 30 pontos: o jogador pode retornar com confiança.
- Entre 25 e 29 pontos: deve-se considerar outro tipo de provas competitivas.
- Menos de 25 pontos: ainda não está preparado para o retorno ao esporte.

Técnicas psicológicas orientadas à recuperação da lesão esportiva

A seguir, apresentaremos algumas técnicas que podem ser incorporadas ao planejamento da recuperação física do atleta lesionado. Elas podem ser empregadas para a gestão das variáveis psicológicas que acompanham um processo como o que trabalhamos.

Estabelecimento de objetivos

É uma técnica amplamente utilizada em diversos contextos. No caso do trabalho com atletas lesionados, ela permite estimular a motivação, o estabelecimento de objetivos e as ações a serem alcançadas que animam e guiam o atleta durante o processo de recuperação. Também ajuda a monitorar a evolução e os passos realizados, permite ter um papel proativo e favorece a confiança através da conquista dos diferentes objetivos traçados.

Aspectos a serem levados em conta para o estabelecimento de objetivos:

- Formulados em termos do que se quer conseguir.
- Que sejam específicos.
- Que sejam mensuráveis.
- Que sejam realistas e alcançáveis.
- Que sejam formulados de maneira positiva.
- Que sua conquista não dependa exclusivamente da pessoa.

- Que seja estabelecido um tempo para sua concretização.

A seguir, apresentamos um modelo que pode ser utilizado para estabelecer objetivos e monitorar a evolução da conquista. A fila **indicadores** refere-se aos aspectos que serão considerados na hora de avaliar se o objetivo foi alcançado ou não.

Figura 11: Guia para o estabelecimento de objetivos

Estabelecimento de objetivos: Ligamentos cruzados do joelho	
Objetivos .	Recuperação funcional do joelho.
Indicadores de concretização .	. Diminuição da dor. . Amplitude do ângulo de flexão do joelho. . Força do quadríceps. . Tônus muscular do quadríceps.
Data de realização	Primeiros 15 dias. Primeiro mês. Segundo mês. Terceiro mês. Quarto mês. Quinto mês. Sexto mês.

Fonte: elaboração própria.

Sintonia da autoconfiança

Neste caso, propõe-se realizar uma avaliação continuada da confiança do atleta.

Figura 12: Ficha de motivação

Objetivo: quando e como Em que grau me sinto capaz de realizá-lo Como eu me sentiria se conseguisse? Que aspectos podem me ajudar a conseguir? Que aspectos podem dificultar a realização e como posso superá-los?	Realizar seis séries nas quais tenho dificuldade. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Feliz, alegre, motivado. Realizar o exercício com supervisão. Estar muito cansado ou ficar entediado. Se eu detectar que isso ocorre, posso dizer para mim mesmo palavras e frases motivadoras (por exemplo, "vamos, você pode..."). Também posso estabelecer pequenos desafios para que não se torne chato (por exemplo, superar uma marca) ou pedir para alguém me estimular enquanto realizo o exercício.
Resultado O que aprendi de mim?	Foi realizado em sua totalidade. Não me rendi e acabei as séries. Estou orgulhoso de mim. Estou satisfeito com meu dia. Realizar tarefas faz-me sentir capaz de tudo.

Fonte: elaboração própria.

A abordagem multidisciplinar é importante no momento de realizar uma intervenção de caráter psicológico com o atleta lesionado. As variáveis relacionadas ao estresse e à ansiedade serão diretamente afetadas segundo o estado de gravidade da lesão. Isso, como se sabe, implica uma possível deterioração das atividades cotidianas, das jornadas de treinamento etc. Por isso, o acompanhamento de diferentes profissionais se torna indispensável durante as etapas lesivas.

O acompanhamento social é vital durante as etapas lesivas. Palmi (2001) marca uma série de pautas a serem levadas em conta:

- Acompanhamento da equipe médica.
- Acompanhamento dos treinadores.
- Acompanhamento do grupo familiar e amigos mais íntimos.

Ao trabalhar nesta linha, vamos conseguir predispor o atleta lesionado com relação a seu processo de reabilitação para:

- O estabelecimento de metas concretas e respostas favoráveis.
- Níveis ideais de autoconfiança.
- Dirigir a atenção a questões relevantes para uma recuperação ideal.

- Diminuir a importância, quanto ao grau de impacto, que possa ser gerada pela avaliação social.

Estratégias de enfrentamento para a aderência ao tratamento de recuperação

A seguir, propõe-se um conjunto de estratégias que podem ser facilitadoras para o profissional que trabalha com um atleta lesionado:

Expressar empatia: aceitar e respeitar o atleta lesionado, o que não necessariamente quer dizer aprovar tudo.

Desenvolver a discrepância: conseguir que o atleta se conscientize sobre onde se encontra e onde quer estar com respeito à lesão.

Trabalhar a resistência e evitar discutir sobre a conveniência e a utilidade da mudança: os argumentos diretos podem gerar resistência por parte dos atletas.

Apoiar e promover o senso de autoeficácia: transmitir a crença na possibilidade de mudar.

Cada uma destas cinco estratégias que favorecem o processo de reabilitação será desenvolvida:

Expressar empatia

Faz parte de uma aptidão importante nas relações com o outro. Isto significa que devem aceitar e tolerar sua forma de pensar e, principalmente, aceitar e perceber a lesão. Neste sentido, é relevante gerar uma relação socioafetiva, onde o indivíduo se sinta ouvido, respeitado e compreendido emocionalmente.

Deve-se levar em conta:

- Entender os pontos de vista do atleta.
- Compreender suas mudanças de humor como parte do processo.
- Compreender que ele se sente bloqueado quanto à tomada de decisões.
- Entender o atleta em seu processo ajuda na mudança de atitude.

Desenvolver a discrepância

Uma segunda estratégia é criar e potencializar, na mente do/da paciente, uma discrepância entre: onde a pessoa está e onde gostaria de estar. Dar-se conta das discrepâncias pode aumentar a motivação para a mudança (Miller e Rollnick, 2013).

Neste ponto, deve-se trabalhar com objetivos claros e alcançáveis. São estudadas as possíveis consequências do comportamento e se eles são compatíveis com os objetivos propostos. Desta maneira, o atleta pode identificar se está no caminho comportamental correto.

Pontos recomendáveis:

- Os profissionais geram discrepância com a intenção de que o atleta supere seu comportamento atual, o qual não lhe permite continuar com sua recuperação.
- Tentar fazer com que o atleta identifique seus hábitos e consiga gerar uma perspectiva concreta de para onde quer ir, para entender que comportamentos deve modificar.
- Treinar as emoções relacionadas às dúvidas e aos conflitos para identificá-las e evitar que se manifestem.
- O atleta deve fazer uma lista de ações que realizará para mudar sua conduta caso seja necessário.

Trabalhar com a resistência

A resistência à mudança (de hábito) por parte do atleta se transforma em um inconveniente no momento de otimizar sua recuperação. É comum que os atletas manifestem uma certa resistência, que deve ser considerada como fonte de informação e não como um impedimento por parte dos profissionais que acompanham.

O terapeuta deve estar muito atento aos sinais de resistência apresentados pelo atleta. Seu inadequado manejo no processo de reabilitação prevê resultados com pouco sucesso para a intervenção terapêutica, além da pouca adesão ao mesmo. O reconhecimento da resistência é de suma importância para o avanço do processo de reabilitação.

A equipe de profissionais deve interpretar as intenções do atleta e trabalhar a partir desse ponto. Isso marca o caminho a ser percorrido pelo atleta. Assim, a resistência se transforma em uma oportunidade para trabalhar com o atleta sem chegar ao confronto.

A seguir, são enumerados tipos de resistência:

- Argumentar: o atleta não confia na capacidade do profissional, embora não o conheça. Tenta impor seu ponto de vista sobre o que acontece.
- Desafiar: o atleta se nega de maneira permanente às sugestões da equipe profissional.
- Menosprezo: o atleta não respeita os profissionais, sem justificativas claras ou pertinentes.
- Hostilidade: o atleta se opõe ao tratamento. Mostra-se de maneira indiferente.
- Discutir: o atleta intervém no discurso do profissional sem levar em conta o que ele diz.
- Negar: o atleta não reconhece seus problemas nem se mostra interessado em fazê-lo.
- Culpar: o atleta responsabiliza outros pelo que está passando.

- Desculpar-se: o atleta reconhece a razão de sua postura de maneira permanente.
- Minimizar: o atleta diz que os profissionais superestimam sua situação.
- Pessimismo: o atleta se comunica em tom pejorativo com respeito aos profissionais.
- Renúncia: o atleta não leva em conta a sugestão e a opinião da equipe profissional.
- Descarga: o atleta não mostra interesse na possibilidade de mudar sua conduta.

Evitar a discussão

Um processo de reabilitação não deve gerar conflito. O confronto deve ser evitado. É importante identificar os problemas e intervir. Também é fundamental que a equipe de profissionais não confronte o atleta.

Pontos recomendáveis

- Se o atleta apresentar resistência, é sinal de que o plano utilizado deve ser modificado.
- É importante identificar as emoções do atleta para gerar um adequado canal de diálogo sem entrar em discussões.
- Os argumentos de índole pessoal não devem ser defendidos às cegas e deve-se demonstrar uma postura aberta às diferentes opiniões.
- Gerar consciência do que deve ser mudado, identificando a gravidade do problema.
- Estimular o grau de confiança nos próprios recursos para seguir em frente. Autoconfiança.

Autoeficácia

O objetivo é gerar um estado de responsabilidade e compromisso no atleta. Ele deve se identificar como alguém capaz de mudar sua conduta diante do estado gerado pela lesão. Ele é o único responsável por assumir esse papel. A autoeficácia é um fator motivacional e tem grande influência na adoção e manutenção de um novo comportamento.

O estímulo que se deve gerar, como profissionais, é o seguinte

- Você é capaz de superar isso.
- Você pode conseguir.
- O desejo é uma chave que abre a possibilidade de uma mudança.
- Veja todo o progresso que você fez, lembre-se de que há algumas semanas você não era capaz e agora consegue fazer isso perfeitamente.

Pontos recomendáveis

- Se o atleta teve alguma experiência negativa durante seu processo de recuperação, deve-se fazer com que ele encare isso como algo normal

e que faz parte do processo. Inclusive uma lesão pode se converter em um crescimento pessoal, na descoberta de competências psicológicas para superar momentos de crise.

- Dispor de diferentes tipos de terapias alternativas e confiáveis.

Para terminar, pode-se estabelecer que a lesão esportiva deve ser guiada pela equipe médica, a qual deve informar permanentemente o estado da mesma. Fornecer recursos aos profissionais e aos atletas contribui para converter um processo muito difícil em uma oportunidade para desenvolver competências psicológicas que serão úteis para qualquer situação de conflito no desempenho esportivo.

Ao longo desta unidade quisemos transmitir a importância de construir habilidades e recursos para enfrentar a lesão esportiva e se conscientizar de que ela se trata de um processo longo e que envolve o grupo de apoio (família, colegas, *staff* técnico, médico, fisioterapeutas, etc.). Isso permite a construção de pontes de confiança necessárias para uma melhor e rápida recuperação e, consequentemente, uma eficaz volta aos treinos e competições.

Referências

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

Bahr, R. e Krosshaug, T. (2005). Understanding injury mechanisms: a key component of preventing injuries in sport. *British Journal of Sports Medicine*, 39, 324-329.

Buceta, J. M. (1996). *Psicología y lesiones deportivas: Prevención y recuperación.* Madri: Dykinson.

Cratty, B. J. (1982). *Desarrollo perceptual y motor en los niños.* Barcelona: Paidós.

Crossman, J., Jameson, J. e Hume, K.M. (1990). Perceptions of athletic injuries by athletes, coaches, and medical professionals. *Perceptual and Motor Skills*, 71, 848-850.

Díaz, P., Buceta, B. M. e Bueno, A. M. (2004). Situaciones estresantes y vulnerabilidad a las lesiones deportivas: un estudio con deportistas de equipo. *Revista de Psicología del Deporte*, *14* (1), 7-24.

Emery, C.A., Meeuwisse, W.H. e Hartmann, S.E. (2005). Evaluation of risk factors for the injury in adolescent soccer implementation and validation of an injury surveillance system. American Journal of Sports Medicine, 33 (12), 1882-1891.

Gómez, P et al. (2014). Diseño y validación de un cuestionario sobre percepción del deportista respecto a su reincorporación al entrenamiento tras una lesión. *Revista Psicología del Deporte*, *23* (2), 479-487.

Heil, J., Zemper, E. e Carter, C. (1993). Behaviours factors in fencing injury. Proceeding 8th World Congress Sport Psychology, p. 574-577. Lisboa: ISSP.

Hawkins, R.D. e Fuller C.W. (1999). A prospective epidemiological study of injuries in four English professional football clubs. British Journal of Sports Medicine, 33 (3), 196-203.

Fenker, R. e Lambiotte, J. (1987). A performance enhancement program for a college football team: One incredible season. *The Sport Psychologist*, 1, 224-236.

Junge, A. (2000). The influence of psychological factors on sports injuries: Review of the literature. The American Journal of Sports Medicine, 28, 10-15.

Gaoua, N. Rejeb, R. B. e Chtara, M. (2005). Sport injury prevention: what place for psychological intervention? *British Journal of Sports Medicine*, *39*(6), 385-386.

Giovio, E. (22 de abril de 2019). *Las dos psicólogas que apuntalan la recuperación de Carolina Marín.* Acessado em https://elpais.com/deportes/2019/04/20/actualidad/1555772398_334921.html

Kraus, J. F. e Conroy, C. (1984). Mortality and morbidity from injuries in sports and recreation. *Annual Review of Public Health*, 5, 163-192.

Kübler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. Nova Iorque: Macmillan.

Newcomer, R. R. e Perna, F. M. (2003). Features of posttraumatic distress among adolescent athletes. *Journal of Sports Sciences*, *38* (2), 163-166.

Olmedilla, A. (2005). Factores psicológicos y lesiones en futbolistas: un estudio correlacional. Múrcia: Quaderna.

Olmedilla, A., Andreu, M.D. e Blas, A. (2005). Variables psicológicas, categorías deportivas y lesiones en futbolistas jóvenes: un estudio correlacional. Analise Psicológica, 4 (XXIII), 449-459.

Olmedilla, A. e García-Mas, A. (2009). El modelo global psicológico de las lesiones deportivas. *Acción Psicológica*, *6* (2), 77-91.

Olmedilla, A., Ortín, F.J. e Ortega, E. (2004). Un análisis descriptivo de la percepción de los jugadores de fútbol respecto a los factores que pueden provocar lesiones. Cuadernos de Psicología del Deporte, 4(1-2), 201-212.

Olmedilla, A., Ortín, F. J. e De la Vega, R. (2006). Lesiones deportivas y psicología: análisis, investigación y propuestas de intervención. Em: E. Garcés de los Fayos, A. Olmedilla e P. Jara (Coords.), *Psicología y Deporte*, (p. 497-524). Múrcia: Diego Marín

Ortín, F. J., Garcés de los Fayos, E. J. e Olmedilla, A. (2010). Influencia de los factores psicológicos en las lesiones deportivas. *Papeles del Psicólogo*, *31* (3), 143-154.

Palmi, J. (2001). Visión psicosocial en la intervención de la lesión deportiva. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, *1*(1), 69-79.

Palmi, J., Solé, C. (2014) Psicología y lesión deportiva: estado actual. Apunts. Educación Física y Deportes nº 118, 4º trimestre (outubro-dezembro), p. 23-29.

Petrie, T. A. (1993). The moderating effects of social support and playing status on the life stressinjury relationship. Journal of Applied Sport Psychology, 5, 1-16.

Petitpas, A. e Danish, S. J. (1995). Caring for injured athletes. Em: S. M. Murphy (Ed.), *Sport psychology interventions* (p. 255-282). Champaign: Human Kinetics.

Podlog, L. e Eklund, R.C. (2006). A longitudinal investigation of competitive athletes' return to sport following serious injury. Journal of Applied Sport Psychology, 18 (1), 44-68.

Rebollo, E. (14 de maio de 2016). *Los atletas que combatieron lesiones y dolor para completar sus metas olímpicas*. Acessado em https://espndeportes.espn.com/olimpicos/nota/_/id/1566689/los-atletas-que-combatieron-lesiones-y-dolor-para-completar-sus-metas-olimpicas

Reuter, J. e Short, S. (2005). The relationships among three components of perceived risk of injury, previous injuries and gender in non-contact/limited contact sport athletes. *The Online Journal of Sport Psychology*, 7, 1-20.

Thompson, N. J. e Morris, R. D. (1994). Predicting injury risk in adolescent football players: The importance of psychological variables. Journal of Pediatric Psychology, 19, 415-429.

Short, S. E., Reuter, J., Brandt, J., Short, M. W. e Kontos, A. P. (2004). The relationships among three components of perceived risk of injury, previous injuries and gender in contact sport athletes. *Athletic Insight*, *6*(3),

Weinberg e Gould, R. S. (2010). *Fundamento de Psicología del Deporte*. Madri: Panamericana:

Wiese-Bjornstal, D. M., Smith, A. M., Shaffer, S. M. e Morrey, M. A. (1998) An Integrated Model of response to sport injury: Psychological and sociological dynamics. Em: *Journal of Applied Sport Psychology*, 10, 46-69.

Williams, J. M. e Roepke, N. (1993). Psychology of injury and Injury Rehabilitation. Em: Singer, M. Murphy e L. K. Tennant (Eds.). *Handbook of Research on Sport Psychology*, (p. 815-838). Nova Iorque: MacMillan.

Williams, M. B. e Andersen, M. B. (1998). Psychological Antecedents of Sport Injury: Review and Critique of the Stress and Injury Model. *Journal of Applied Sport Psychology*, *10*(1), 5-25. doi: 10.1080/10413209808406375