

ANDRÉA DUARTE PESCA

**INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM UM TRABALHO
INTERDISCIPLINAR NA RECUPERAÇÃO DE ATLETAS
LESIONADOS DE FUTEBOL**

FLORIANÓPOLIS

2004

ANDRÉA DUARTE PESCA

**INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM UM TRABALHO INTERDISCIPLINAR NA
RECUPERAÇÃO DE ATLETAS LESIONADOS DE FUTEBOL**

Dissertação apresentada como requisito
parcial à obtenção do grau de Mestre do
Curso de Pós-Graduação em Psicologia,
Universidade Federal de Santa Catarina

ORIENTADOR: Prof. Dr. Emílio Takase

FLORIANÓPOLIS

2004

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo maior dom que pode me dar a VIDA;

A minha paixão, meu pai, Aljocyr (in memorian) que tenho certeza que está sempre ao meu lado, iluminando meu caminho;

A minha melhor amiga, companheira e maior incentivadora, minha mãe Yara que sempre está comigo, me apoiando, protegendo e acolhendo – Te amo muito;

As minhas irmãs e suas famílias que sempre me incentivaram a correr atrás dos meus sonhos;

Ao Professor Doutor Emílio Takase pela orientação deste trabalho;

Em especial ao colega, o fisioterapeuta, Rodrigo por ter sido fundamental na construção deste trabalho e por toda sua ajuda – A você Rodrigo não há palavras que irão expressar o meu agradecimento pela ajuda e por sua amizade;

A professora e psicóloga Maria Celina Lenzi por me acompanhar durante estes anos de estudo e construção profissional;

Ao Avaí Futebol Clube por realizar os meus objetivos profissionais; e aos atletas que me ajudam a crescer profissionalmente a cada momento, em especial aos atletas que participaram na realização deste trabalho;

Aos colegas de trabalho, Adriana e Willian por terem me auxiliado neste processo;

A Professora Rafaela Liberali pela ajuda na etapa final deste trabalho;

Ao amigo Thiago Franzoni pelas trocas e pelas longas conversas.

SUMÁRIO

Introdução.....	01
Revisão de Literatura.....	04
1 Lesões e reabilitação no esporte.....	04
1.1 Processo de Reabilitação.....	06
1.2 Fatores psicológicos da lesão.....	07
1.2.1 Ansiedade.....	10
1.2.2 Estresse.....	12
1.3 Teoria Comportamental Cognitiva.....	16
1.4 Técnicas Psicológicas.....	18
1.4.1 Técnica de relaxamento progressivo de Jacobson.....	19
1.4.1.1 Descrição da técnica de relaxamento progressivo.....	21
1.4.2 Técnica de visualização/ mentalização.....	22
1.4.2.1 Descrição da técnica de visualização / mentalização.....	24
1.4.3 Técnica de estabelecimento de metas.....	25
1.4.3.1 Descrição da técnica de estabelecimento de metas.....	26
1.4.4 Técnica de respiração profunda de Lindemann.....	27
1.4.4.1 Descrição da técnica de respiração profunda de Lindemann.....	28
1.5 Abordagem Interdisciplinar.....	29
2 Objetivos.....	32
2.1 Objetivo Geral.....	32
2.2 Objetivos Específicos.....	32
3 Método.....	33
3.1 Participantes.....	33
3.2 Caracterização do local.....	33
3.3 Material.....	34
3.4 Procedimentos.....	35
3.4.1 Feedback.....	39
3.5 Análise dos dados.....	40
4 Estudo Piloto.....	41
5 Resultados.....	44
6 Discussão.....	76

7 Conclusões.....	85
8 Referências Bibliográficas.....	86
9 Anexos.....	93

RESUMO

A presente pesquisa teve como objetivo verificar a intervenção psicológica (técnica de relaxamento progressivo, estabelecimento de metas, visualização e respiração profunda), através de um trabalho interdisciplinar entre o psicólogo e o fisioterapeuta auxiliando na recuperação de atletas lesionados.

O estudo foi realizado com três atletas lesionados, com idade compreendida entre 17 e 21 anos e vinculados a um clube de futebol profissional da capital de Santa Catarina. Os três atletas foram submetidos à intervenção psicológica durante sua reabilitação.

No primeiro contato dos atletas com a psicóloga foi a aplicação de um questionário para obter informações sobre este atleta e o momento de sua lesão. Responderam dois testes: a) para avaliar o grau de ansiedade, o teste IDATE e b) outro para analisar o grau de estresse, o teste STRESS ADULTO.

Assim, concluiu-se que: nos três casos houve a diminuição do grau de ansiedade e aumento da autoconfiança. O grau de estresse foi minimizado no caso do atleta 3 que, também, mostrou uma melhora nos pensamentos e mesmo com complicações se recuperou dentro do tempo previsto. O atleta 1 se recuperou doze dias antes do tempo médio previsto. Os resultados mais marcantes foram: a empatia dos profissionais por parte dos atletas e a satisfação dos mesmos pelo trabalho interdisciplinar entre psicóloga e fisioterapeuta durante a recuperação, e a importância da interação entre estes dois profissionais para a melhora na reabilitação dos atletas.

ABSTRACT

The present research had as objective to verify the psychological intervention (technique of gradual relaxation, establishment of goals, visualization and deep breath), through a interdisciplinary work between the psychologist and the physiotherapist assisting in the recovery of injuries athletes.

The study it was carried through with three injuries athletes, with age between 17 and 21 years and tied with a club of professional soccer Santa Catarina's capital. The three athletes had been submitted to the psychological intervention during its rehabilitation.

In the first contact of the athletes with the psychologist it was the application of a questionnaire to get information on this athlete and the moment of its injury. They had answered two tests: a) to evaluate the anxiety degree, IDATE test and b) other to analyze the stress degree, ADULT STRESS test.

Thus, one concluded that: in the three cases it had the reduction of the anxiety degree and increase of the self-confidence. The stress degree was minimized in the case of athlete 3 that, also, it showed an improvement in the thoughts and, even with complications, he was recovered on expected time. Athlete 1 was recovered twelve days before the expected average time. The strong results had been: the empathy of the professionals on the part of the athletes and the satisfaction of the same ones for the interdisciplinary work between psychologist and physiotherapist during the recovery, and the importance of the interaction enters these two professionals for the improvement in the athletes rehabilitation.

INTRODUÇÃO

Os esportes de alto rendimento apontam uma necessidade cada vez maior de integração dos diferentes membros que compõem uma equipe multidisciplinar esportiva (Giscafré & Ucha, 2001). Através desta aproximação na relação profissional é necessário esclarecer os aspectos inerentes a melhor performance e proporcionar a manutenção do rendimento do atleta, porque o esporte de alto rendimento pode não ser saudável aos atletas do ponto de vista físico e muitas vezes psicológico.

O ser humano visto como um indivíduo com sentimentos e emoções, está sujeito às exigências do meio. Portanto, os atletas precisam, além de um treinamento físico, técnico e tático de qualidade, um bom preparo psicológico, não apenas nas competições mas principalmente na reabilitação de lesões ou doenças. Cabe assim, ao psicólogo buscar a adesão do indivíduo ao tratamento da lesão ou doença, pois este é um momento delicado e de insegurança pelo qual o atleta ou o paciente passa (Heil, 1993).

A lesão é um fator de ordem negativa, que poderá atingir o atleta em qualquer circunstância e modalidade esportiva (Bajin, 1982; Weinberg & Gould, 2001). Fatores desta natureza acabam frustrando o atleta, a comissão técnica e a própria torcida, principalmente se o atleta lesionado estava apresentando uma ótima fase em sua atuação. Em qualquer tipo de esporte torna-se imprescindível que além dos profissionais da saúde, mas também os demais profissionais que trabalham com atletas, aprendam a conviver e a lidar com as lesões diretamente ligadas ao esporte que o atleta pratica, unindo o tratamento físico e psicológico.

Considera-se que as variáveis psicológicas influenciam na reabilitação satisfatória do atleta, através da permanência do atleta no tratamento e entendendo os processos que a lesão implica por meio da personalidade e tratamento do estresse (Giscafré & Ucha, 2001).

Este processo pode haver complicações quando há indícios de estresse competitivo e de treino, que irão determinar as reações emocionais negativas sobre o estado psicológico do atleta, provocando assim flutuações no processo e nos resultados da reabilitação.

Segundo Mendo (2002), a intervenção psicológica durante o processo de reabilitação pode distinguir entre fatores que proporcionam a necessidade da mesma. Autores como Simón (1992) afirmam que o processo de reabilitação passa a ser um campo interdisciplinar, onde a psicologia possui um papel de suma importância.

De acordo com Nair Sivaraman & Wade (2003) o processo chamado de reabilitação interdisciplinar se dá quando os objetivos são vivenciados entre todos os membros da equipe de reabilitação. Os membros desta equipe trabalham com a intenção de proporcionar um melhor desenvolvimento das intervenções através de discussões, de direção de metas, planejamento e acima de tudo através de um trabalho em comum, com objetivos traçados pelos profissionais desta equipe.

Sendo assim, a abordagem deste estudo incorpora questões relacionadas ao trabalho de intervenção de quatro técnicas psicológicas: relaxamento progressivo, visualização, respiração profunda e estabelecimento de metas em um trabalho interdisciplinar entre psicólogo e fisioterapeuta, verificando, também, a influência deste profissional neste processo.

Segundo Cillo (2002) “o esporte de reabilitação engloba desde o trabalho com pacientes hospitalizados ou em recuperação, que necessitem de um suporte para resgatar uma condição perdida após um acidente, lesão ou doença temporária, até o trabalho voltado para uma readaptação de determinados sujeitos cujo evento anterior tenha ocasionado uma mudança duradoura em sua condição de vida” (p.122).

De acordo com o relatado anteriormente e partindo do princípio que existe uma grande influência do corpo sobre a mente, e da mente sobre o corpo, e que um corpo sadio é a base de uma disposição mental alegre (Pesca & Scnészi, 2002), a presente pesquisa tem como questão investigar se a intervenção psicológica (técnica de relaxamento progressivo, estabelecimento de metas, visualização e respiração profunda) através de um trabalho interdisciplinar auxilia no progresso da fisioterapia de atletas lesionados.

O presente trabalho busca acrescentar à literatura, dados sobre a integração de quatro técnicas psicológicas, realizadas em uma intervenção psicológica, através de um trabalho interdisciplinar (psicólogo e fisioterapeuta) para observar a melhora no tratamento de atletas lesionados no futebol.

Pois segundo a literatura, percebe-se que a intervenção psicológica pode ser importante para a reabilitação de atletas, até porque fatores psicológicos podem ser considerados fatores de riscos ao desenvolvimento de lesões (Andersen & Williams, 1988; Weinberg & Gould, 2001; Giscafré & Ucha, 2001; Mendo, 2002). Na intervenção psicológica surgem novas técnicas que tendem a diminuir o tempo previsto de reabilitação física (Mendo, 2002), isto não só para atletas, mas também, para todos os indivíduos que sofreram algum tipo de lesão.

REVISÃO DE LITERATURA

1 Lesão e Reabilitação no Esporte

Segundo Miguel et al. (1999), existem autores que definem lesão como aquela que requer atenção médica, e colocam ainda que há autores que a definem como sendo aquela que impede o treinamento e atividade esportiva em pelo menos 1 dia e também requer atenção médica especializada (Negão, 1996; Ekstrand et al., 1982). Atletas de alto rendimento chegam a ficar 1 mês fora dos treinos durante uma temporada devido a lesões (Engström et al., 1990; Negão, 1996).

As lesões no esporte que afastam os atletas dos treinamentos são geralmente ocasionadas por fatores físicos, podendo ser tanto intrínsecos quanto extrínsecos. As variáveis extrínsecas se referem aos problemas ligados ao treinamento em si e ao meio ambiente, e as variáveis intrínsecas são inerentes ao esporte em si, como corridas curtas e longas, arrancadas e desaceleração brusca, entre outras (Rodrigues, 1999). Segundo Engström et al. (1991) no futebol verificaram que fatores extrínsecos tais como o tempo, o campo, a temperatura ou a posição do atleta no time, não influenciam nas taxas de lesões.

Os tipos de lesões mais frequentes no futebol são: em primeiro lugar as lesões musculares, seguidas por contusões, entorses, tendinites. As lesões no joelho são mais severas podendo levar até ao fim prematuro da carreira do jogador. As lesões raras são as fraturas e luxações (Rodrigues, 1999; Hernández, Blancas & Villanueva, 1999).

No futebol profissional a maioria das lesões ocorre nos membros inferiores, sendo a coxa o local mais acometido. Os goleiros apresentaram a menor incidência de lesões, enquanto os volantes e atacantes obtiveram o maior índice.

O diagnóstico mais comum foi lesão muscular e a maioria das lesões ocorreu durante os jogos oficiais (Rodrigues et al., 2003a). As lesões ortopédicas em atletas de futebol de categorias de base foram apresentadas em maior índice na equipe juvenil seguido da equipe juniores e por fim a equipe infantil. Nesta categoria, diferente da categoria profissional, as lesões ocorreram durante os treinos, seguidas dos jogos oficiais e de amistosos. A maioria das lesões ocorreu nos membros inferiores, sendo a coxa o local mais acometido e a contusão foi o diagnóstico mais freqüente (Rodrigues et al., 2003b).

A lesão poderá acontecer tanto por fatores físicos, como o desbalanceamento muscular, *overtraining* (super treinamento) ou fadiga muscular, quanto por fatores psicológicos, como o estresse, fatores de personalidade, entre outros (Mendo, 2002; Giscafré & Ucha, 2001; Kerr & Minden, 1988; Andersen & Williams, 1988). Os fatores físicos são vistos como a causa primária de lesões esportivas, mas na prática podemos encontrar os fatores psicológicos em algumas situações como sendo o fator principal da lesão (Weinberg e Gould, 2001; Hernández et al., 1999).

De acordo com Mendelsohn (1999) em pesquisa realizada Heil, Zamper & Carter em 1993, com 1.600 atletas, verificaram que 48,3% das lesões correspondem a fatores intrínsecos, enquanto 27,9% possuem uma causa mais ou menos diretamente ligada com aspectos externos e 12,7% a um comportamento inadequado do outro atleta (adversário ou até mesmo colega), e por fim 11,1% estão ligados a outros fatores não relatados.

Ao falarmos do futebol enquanto esporte, não se deve esquecer que o contato físico e competitivo pode proporcionar um maior risco de lesões e junto a estes devem ser considerados os fatores psicológicos que podem aparecer devido ao excesso de jogos e partidas decisivas. Estes fatores podem aumentar a incidência de lesões (Giscafré & Ucha, 2001).

1.1 Processo de reabilitação

O atleta ao se lesionar é imediatamente encaminhado ao departamento médico (DM), onde inicia um processo de reabilitação, que segundo 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” (p. 128). Esta definição dada para a reabilitação em atletas difere das demais reabilitações justamente por combinar o exercício às modalidades terapêuticas, pois se esforça para buscar um nível de condicionamento maior do que o nível que o atleta tinha anteriormente à lesão.

O programa de reabilitação tem como objetivo reduzir a dor e a resposta inflamatória ao traumatismo, retorno da amplitude ativa de movimento plena e isenta da dor, reduzir o derrame, retorno da força, potência e resistência muscular plena, e por último retorno às atividades funcionais assintomáticas plenas no nível da pré-lesão. As utilizações de várias modalidades podem ser essenciais no controle e na redução das respostas, fazendo com que o atleta volte precocemente aos exercícios de amplitude e de fortalecimento. Esta volta precoce é de fundamental importância para a reabilitação, pois no momento em que o atleta permanece sem exercícios, ele estará perdendo, consideravelmente, sua aptidão física (Andrews, Harrelson & Wilk, 2000).

Na fase de reabilitação são utilizadas pelos fisioterapeutas, algumas modalidades terapêuticas como biofeedback, compressão e massagem, através do uso de instrumentos como o frio, calor e a eletricidade. A utilização dessas modalidades auxilia a prevenir complicações ou diminuir o tempo de recuperação. O frio terapêutico, por exemplo, também chamado de crioterapia, é usado para controlar lesões atléticas agudas crônicas.

Ao ser aplicada no atleta a crioterapia irá provocar respostas fisiológicas: queda de temperatura, redução da dor, aumento ou diminuição dos efeitos inflamatórios (Andrews, Harrelson & Wilk, 2000). O frio terapêutico possui algumas modalidades específicas, mas as bolsas de gelo convencionais são as mais utilizadas na recuperação de atletas lesionados. As bolsas são pedaços de gelo que estão em uma bolsa plástica, e elas conseguem manter uma temperatura constante.

1.2 Fatores psicológicos da lesão

De acordo com Mendelsohn (1999), a lesão no esporte é um dos obstáculos de suma importância, pois neste momento o atleta passa por uma fonte de tensão, dor, dúvidas e sofrimento. A herança genética, os componentes orgânicos, esquema corporal, baixa auto-estima interagem produzindo uma determinada atitude que pode provocar uma lesão. Lesões com intervenção cirúrgica ou com recuperação lenta, podem fazer com que o atleta se veja à frente de conflitos e angústias que podem tornar o período de reabilitação cansativo, tanto físico como emocionalmente (Rubio, 2000).

Os indivíduos que apresentam dores fortes estão propensos a ficar ansiosos e inquietos. Nesses casos a ansiedade poderá potencializar a dor, mas ao mesmo tempo a dor poderá causar mais ansiedade. O ciclo se torna vicioso, portanto para minimizar a dor é necessário trabalhar a ansiedade (Ballone, Neto & Ortolani, 2002).

Pesquisas foram feitas em torno de abordagens, baseadas nas características, ou seja, nos traços de personalidade de atletas para verificar se indivíduos com alto nível de traço de ansiedade poderiam ser mais suscetíveis às lesões (Pease, 2000; citado em Andrews, Harrelson & Wilk, 2000).

De acordo com Palmeira (1998) a presença de um determinado tipo de personalidade poderá, juntamente com as capacidades de afrontamento exercer um efeito direto na resposta ao estresse através da interação com a história de fatores de estresse em cada indivíduo. Segundo Williams & Andersen (1998) as investigações realizadas falam que não podemos afirmar a ligação direta dos fatores de personalidade com a predisposição dos atletas à lesão, devido à inexistência de testes específicos de personalidade, pois as pesquisas realizadas com alguns testes não demonstraram resultados significativos.

Em um trabalho realizado por Williams, Hogan & Andersen (1993 citado em Williams & Andersen, 1998) verificaram que os atletas de futebol americano e vôlei que possuíam estados de humor positivos no princípio da temporada de competições teriam uma menor incidência de lesões que aqueles com outros estados de humor. Estes dados foram confirmados 2 anos depois por Fawkner (1995 citado por Williams & Andersen, 1998) que atletas com estados de humor negativos corriam um maior risco de se lesionarem. Esta confirmação se deu através de uma evolução semanal a qual demonstrou que atletas teriam alterações de humor negativas, imediatamente antes de se lesionarem.

Pesquisadores buscam entender os traços como autoconceito, introversão-extroversão e inflexibilidade podem estar relacionadas com o surgimento de lesões. Por este motivo atletas que possuem uma baixa auto-estima teriam uma maior probabilidade de se lesionarem do que atletas com uma elevada auto-estima (Weinberg & Gould, 2001). A auto-estima está diretamente ligada às percepções de ameaça e às mudanças ligadas a ansiedade-estado. Os atletas que possuem baixa auto-estima, apresentam uma diminuição na confiança em si mesmo e um aumento nos estados de ansiedade. O atleta lesionado, no período crítico, no qual sua auto-estima reduz, passa por cinco fases de reação, sendo elas: negação, raiva, negociação, depressão, aceitação e reorganização (Hardy & Crace, 1990).

Porém, a velocidade e a facilidade para a transição entre as fases variam de pessoa para pessoa, podendo se estender até meses (Gordon, Milios & Grove, 1991). Além destas reações o atleta lesionado, muitas vezes altera aspectos fundamentais de sua personalidade, podendo perder sua identidade e de acordo com Weinberg & Gould (2001), neste momento o atleta não participa mais de um esporte em decorrência da lesão, experimentando assim a sensação de perda da identidade pessoal, podendo afetar diretamente o seu auto-conceito. O atleta nesta situação irá passar por mais três alterações que são: o medo e a ansiedade, que aparecem quando o atleta interroga a si mesmo se vai ou não se recuperar, em consequência disto aparece a falta de autoconfiança, que segundo Samuski (2002), se dá devido a incapacidade de treinar e competir, além da capacidade física deteriorada, com isso acaba perdendo sua auto-confiança devido à lesão. A diminuição da autoconfiança resultará diretamente na diminuição da motivação, do desempenho, além de aumentar a probabilidade de uma lesão adicional.

Devemos salientar que a lesão é um dos obstáculos mais importantes para o êxito do rendimento de um desportista, além de ser uma fonte de tensão, dor, dúvidas e sofrimento para o atleta. Várias investigações (Lavarda 1975 citado por Mendelsohn, 1999) apontam que a tendência a um acidente evidenciada pelos atletas lesionados estava mais ligada a personalidade de cada indivíduo que com o efetivo perigo das diversas disciplinas do atleta, e que a lesão tem lugar mais freqüente durante os treinamentos que no percurso da competição. Por este motivo, antes um atleta lesionado não sabia como limitar e remediar a lesão, senão seria necessário procurar a causa considerando entre outros fatores da vivência do acidente. Mendelsohn (1999) propôs que o atleta enfrente a lesão como uma vivência positiva, que se expresse de maneira nova ao problema da lesão, sem autocomplacência, mas também sem dar falsas amostras de indiferença e superioridade.

Existe uma série de técnicas que utilizam as imagens mentais para reviver, elaborar, modificar, antecipar e aprender o movimento através de um treinamento mental, que pode definir como ideo-motor, uma auto-representação mental sistemática repetida e consciente da ação motora que se deve aprender, aperfeiçoar, estabilizar e determinar com atitude, sem que se tenha uma execução real (Mendelsohn, 1999).

1.2.1 Ansiedade

A ansiedade está diretamente ligada com a dinâmica da sociedade, onde a competitividade, a sociedade industrial e o consumismo aumentaram. Com isso viver ansiosamente vem sendo uma condição do homem moderno, e que de alguma maneira estamos incluídos (Ballone et al., 2002).

“A ansiedade provém de alimentarmos dúvidas sobre nós mesmos, sobre a nossa capacidade de enfrentar não só o mundo que nos cerca como também as nossas próprias necessidades emocionais. Quando nos punge a ansiedade, não temos certeza de nós mesmos: do papel que nos compete, de que nos cumpre fazer, do que nos é lícito esperar de nossos recursos” (Lindgren, 1965, p.6).

Ansiedade é o resultado de quanto o indivíduo duvida de suas habilidades para enfrentar a situação que gera estresse (Hardy, 1996). A ansiedade está dividida em dois tipos: a ansiedade-estado e a ansiedade-traço. A primeira se refere a um estado emocional temporário caracterizado pela apreensão e tensão associadas com a ativação do sistema nervoso autônomo (Weinberg & Gould, 2001). A ansiedade é subdividida em dois tipos: a ansiedade-estado cognitivo, em que a pessoa possui pensamentos negativos e a ansiedade-estado somático que é uma mudança na percepção desta ativação (Fernandes, 2001).

A Segunda (ansiedade-traço) é aquela que faz parte da personalidade. É a diferença na maneira de reagir a determinada situação percebida como ameaça e intensificando o estado de ansiedade (Andrade & Gorenstein, 1998). Entretanto, a ansiedade não irá atingir todos os indivíduos de uma mesma maneira, nem irá afetar a performance em todas as tarefas, isto irá depender muito de pessoa para pessoa. Quanto maiores os escores nas medidas de ansiedade-traço, maiores serão os índices na ansiedade-estado em situações de avaliação e de competitividade (Weinberg & Gould, 2001).

A ansiedade, tanto a traço como a estado podem ser medidas através de respostas fisiológicas e psicológicas. A resposta fisiológica é medida através do aumento da frequência cardíaca, da sudorese e do índice respiratório, e ainda existem outras manifestações corporais involuntárias, tais como: secura da boca, arrepios, tremor, vômitos e dores abdominais. As respostas psicológicas são avaliadas através das sensações de medo, sentimentos de insegurança e atenção apreensiva, contudo de pensamentos dominados por catástrofe ou incompetência pessoal. As outras alterações biológicas e bioquímicas que são avaliadas por métodos apropriados (Andrade & Gorenstein, 1998).

Nos esportes, a intensidade adequada de ansiedade é útil, não só como motivação, mas também, porque facilita na mobilização dos recursos fisiológicos necessários para uma execução máxima. Isto foi verificado em um estudo realizado por Garcia (2002), tinha como objetivo analisar os níveis de ansiedade – estresse em esportes competitivos, realizados através de um grupo controle e um grupo experimental. Os resultados do estudo mostraram que antes das competições a ansiedade competitiva aumenta, mesmo que não significativamente e diminui depois da competição. O autor afirma que os níveis de ansiedade aumentados e controlados antes da competição são necessários para uma melhor mobilização energética e para obter um melhor rendimento.

Os esportes individuais apresentam manifestações fisiológicas e emocionais de ansiedade em uma quantidade superior do que os participantes de esportes coletivos, mas pelo contrário obtém uma pontuação pior nas escalas de distorções mentais e perda de concentração. O desenvolvimento de componentes tanto fisiológico quanto afetivo da ansiedade são superiores em esportes individuais. Pode-se dizer, ainda que existe um predomínio dos componentes emocionais, mas não do cognitivo, isto em comparação com a ansiedade desenvolvida nos esportes coletivos.

Portanto, ansiedade e tensão alteram a atenção e a tensão muscular predispondo o organismo à lesão, pois a ansiedade causa distração e pensamentos negativos (Rubio, 2000). Situações que são potencialmente estressoras contribuem para lesão, dependendo como o atleta percebe e avalia cada situação. Assim, atletas lesionados possuem fatores de estresse e ansiedade aumentados e recursos mentais diminuídos (Blackwell & Mc Cullagh, 1990).

1.2.2 Estresse

É um processo que compreende a percepção de um desequilíbrio entre as demandas objetivas do ambiente e a capacidade de resposta (Mendelsohn, 1999). Este processo é visto como um fator negativo que está diretamente ligado a uma situação perigosa ou de prejuízo. Além disto, o estresse é necessário à vida, para o aperfeiçoamento das capacidades funcionais, auto-proteção e o conhecimento de seus limites (Gouvêa et al. 1997).

No meio esportivo existem situações que causam e produzem sintomas negativos: físicos (aumento da frequência cardíaca, da frequência respiratória, sudorese); mentais (medo, ansiedade, preocupação); comportamentais (falar rapidamente e nervosismo).

O estresse pode ser visto, também como positivo, que é aquele que prepara o corpo para a atividade explosiva, ajudando a manter o foco, a motivação e o entusiasmo. O estresse faz parte da vida, principalmente para manutenção e aperfeiçoamento da capacidade funcional, da autoproteção e para conhecermos nossos limites (Samulski & Noce, 1999). Os jogadores de futebol vivenciam baixo estresse (positivo) durante a carreira esportiva e muitas situações interferem nos resultados esportivos (Brandão, 2000; Brandão, Casal & González, 2001).

Williams & Roepke (1993) indicaram que as lesões possuem tendência a ocorrer de duas a cinco vezes mais nos atletas com valores de estresse alto em relação aos atletas que apresentam valores de estresse baixos.

“A vida só ocorre graças a processos fascinantes de stress. Corpo e emoções participam, interagem, e criam os momentos de prazer e de dor que compõem a partitura da nossa existência, numa seqüência de ordens e desordens, desalinhas” (Gouvêa et al., 1997, p.135).

Há dois tipos de estresse: o *eustress* que é aquele que exerce função protetora no organismo. E o *distress* que pode afetar não só o corpo, mas também o espírito e é visto como o inimigo de todos, pois este poderá torturar ou até mesmo aniquilar-nos (Gouvêa et al., 1997).

Existem três fases distintas no processo de estresse que são as fases de alerta, de resistência e de exaustão. A primeira é a reação inicial deste processo que é o estresse. A fase de alerta desenvolve-se no momento em que a pessoa percebe uma ameaça a seu organismo, assim ele prepara-se para lutar, agir ou até mesmo fugir. A segunda fase, de resistência, irá ocorrer o restabelecimento do equilíbrio interno, e provém de estressoras de longa duração ou com forte intensidade para resistência do indivíduo.

Por fim a fase de exaustão, onde toda a energia adaptativa do indivíduo foi utilizada na fase anterior provocando assim a exaustão psicológica e física Gouvêa et al. (1997).

O estresse é um sistema tridimensional, pois abrange o biológico, psicológico e o social, e um depende do outro, formando assim a chamada dependência recíproca. A concepção psicológica do estresse centrou-se na relação das estruturas cognitivas e motivacionais com base nos processos de aprendizagem, ou seja, é a acentuação dos processos psíquicos. Uma primeira premissa do estresse psicológico parte do seguinte princípio: estímulo estressante \Rightarrow estado de estresse \Rightarrow reação do estresse \Rightarrow consequência do estresse, não será apenas a presença do estímulo estressor que irá desencadear os estados de estresse (Samulski & Noce, 1999).

O atleta que apresentar uma situação que seja potencialmente estressante, com um aumento no nível de estresse diário, com determinadas características de personalidade e com um menor potencial de superação, possivelmente terá maior probabilidade de apresentar redução do campo visual, aumento do nível de distração e tensão muscular, aumentando assim o risco de se lesionar (Samulski, 2002).

Williams & Andersen (1997) confirmaram em um experimento que a capacidade visual periférica e central em uma situação básica e em uma situação exigente. A pesquisa foi realizada com 210 atletas de 10 esportes diferentes, na análise de variância indicou que os sujeitos com pontuações elevadas de acontecimentos vitais negativos teriam um maior grau de estreitamento do campo visual e um atraso na reação da visão central durante as tarefas exigentes, isto quando comparado com sujeitos com pontuações baixas nos eventos vitais negativos. Em estudo feito por Chagas (1995) citado por Samulski e Noce (1999) foi desenvolvido um instrumento para avaliar as condições e os fatores que podem levar os jogadores a uma reação de estresse.

Este estudo foi realizado com jogadores de futebol de equipes de base, verificando-se que as situações mais estressantes para os atletas foram: “entrar no jogo machucado”, “condicionamento físico inadequado”, “conflitos com o treinador e com os companheiros de equipe”.

De acordo com Brandão et al., (2001) relatam que as situações de insuficiência provocam insegurança nos jogadores de futebol e produzem ansiedade, isto foi verificado em pesquisa realizada pelos autores que estudaram 44 jogadores brasileiros e 27 jogadores colombianos com média de idade de 20,62 e 22,69 anos respectivamente. Estes jogadores foram avaliados através do Inventário de estresse em futebol – ISF (Brandão, 2000). O teste é composto por seis fontes e, entre elas as experiências traumáticas que se referem aos transtornos de ordem esportiva e/ou familiar que podem provocar desconforto de ordem psicológica e física.

A atividade física e o exercício físico são vistos como um controlador de estresse, só que isto pode mudar quando falamos de esporte de competição ou quando o exercício é praticado de forma inadequada e em excesso, podendo vir a ser um agente estressor. O estresse está ligado à situações desagradáveis ou estimulantes, assim como é o esporte.

“A prática da atividade física é um meio bastante eficaz para combater o stress, desde que realizada com prazer, alegria e adequadamente. Exercícios de relaxamento, com finalidade de aliviar tensões musculares localizadas, são recomendados de forma a propor mudanças fisiológicas interessante e benéfica ao organismo” (Gouvêa et al., 1997, p.143).

Segundo Lipp (2000), existem três tipos de estresse: o negativo, positivo e ideal. Estresse negativo, quando ultrapassa seus limites e com isso esgotando a capacidade de adaptação. Estresse positivo stress na fase inicial, onde o organismo produz adrenalina na qual dá animo, energia, entusiasmo, vigor.

O estresse ideal quando a pessoa aprende a lidar com o próprio estresse e consegue gerenciar a fase de alerta, mas de uma maneira eficiente alternando entre estar em alerta e sair do alerta (Lipp, 2000).

1.3 Teoria Comportamental Cognitiva

A psicologia comportamental cognitiva é uma modalidade desenvolvida através dos princípios da aprendizagem e após pela ciência cognitiva. Têm como objetivo principal o comportamento em si e conseqüentemente seus fatores determinantes, dentre estes estão o ambiente externo e os processos cognitivos específicos (Pesca, 1999).

A abordagem comportamental acredita na modificação do comportamento, e esta é baseada em uma análise funcional do comportamento problemático. A terapia comportamental utiliza-se de conhecimento científico para solucionar os problemas, por este motivo é que ela é considerada ativa e diretiva; uma das principais características desta abordagem é de eliciar os comportamentos mal – adaptados.

Aaron T. Beck em 1962, desenvolveu a teoria comportamental cognitiva que baseia-se no modelo cognitivo, que por sua vez os sentimentos e comportamentos são determinados a partir de como o indivíduo está inserido no contexto do meio (Beck & Freeman, 1993).

A teoria comportamental cognitiva possui uma variedade de técnicas desenvolvidas por terapeutas comportamentais – cognitivos. Esta teoria abrange diferentes terapias como o caso da terapia racional – emotiva, terapia de soluções de problemas, terapia cognitiva de Beck entre outras, as quais levam a diferentes mudanças comportamentais.

Para Banaco (1997, p.03) “A teoria comportamental cognitiva, tem como ponto chave

para intervenção e contrasta com a terapia comportamental pela grande ênfase nas experiências internas do cliente”. A terapia cognitiva fundamenta-se na idéia de que pensamentos produzem afetos e comportamentos que estão na queixa do cliente.

A análise comportamental aplicada ao esporte tem dois objetivos principais: a promoção da saúde e a melhora do rendimento esportivo, sendo que o primeiro é a base para a melhora do rendimento. Segundo Scala () o atleta quando sabe o que mantém treinando, quais os reforços obtidos ao realizar tal esporte, ele tem mais condições de prever e controlar seu comportamento. E é de suma importância que o atleta aprenda as contingências que controlam seu comportamento, ele deve aprender a identificar e descrever seus comportamentos, e assim podendo ter mais convicção e compromisso com o esporte que escolheu (Scala).

Na terapia comportamental existem várias técnicas específicas que sempre quando necessário o psicólogo poderá utilizar-se de algumas dessas técnicas. Entre muitas técnicas comportamentais temos o relaxamento e a prática encoberta ou visualização. As técnicas de relaxamento constituem um conjunto de procedimentos de intervenções utilizadas em todos os âmbitos da psicologia. Estas técnicas de relaxamento evoluíram no decorrer do século, e segundo Caballo (1996, p. 147) “... sua consolidação como procedimentos válidos de intervenção psicológica, deu-se em grande parte, ao forte impulso que receberam dentro da terapia e modificação do comportamento, ao serem considerados parte integrante de outras técnicas...”.

E a técnica da prática encoberta ou visualização são utilizadas como estratégias para a melhora do desempenho esportivo, pois na análise do comportamento, a imaginação é vista como comportamento encoberto (Scala). A seguir veremos cada uma dessas técnicas.

1.4 Técnicas Psicológicas

Existem muitas técnicas psicológicas que podem ser utilizadas no âmbito esportivo. De acordo com Mendelsohn (1999) existem muitas técnicas que utilizam imagens mentais que podem elaborar, modificar, aprender e até mesmo antecipar movimentos. Além das técnicas de mentalização outras técnicas são utilizadas para elaborar e modificar movimentos, e até mesmo minimizar sintomas inadequados que possam prejudicar o desempenho do atleta e a reabilitação no caso de atletas lesionados.

De acordo com Hough & Kleinginna (2002) deve-se levar em consideração para o planejamento de intervenções com técnicas psicológicas: o nível da lesão do indivíduo, a motivação para participar de uma intervenção, o histórico psicossocial e a habilidade cognitiva para aprender novas técnicas, principalmente para o relaxamento.

Em estudos feitos por Mendelsohn (1999), ele divide o processo de intervenção pós-lesão em duas fases:

1º- *INMOVILIZACIÓN*: consiste na fase em que o atleta passa por uma grande tensão, dor muito intensa e uma visão negativa de sua recuperação. O ideal é usar estratégias para controlar a ansiedade e passar a ter uma visão positiva. Para esta fase o autor cita quatro tipos de técnicas que podem ser aplicadas ao atleta: habilidade de comunicação; técnicas de relaxamento; técnicas de visualização e estabelecimento de metas.

2ª - Fase de *MOVILIZACIÓN*: O atleta inicia um progresso em sua recuperação nos níveis de funcionalidade motora, neste momento teremos três períodos: *a) recuperação*: é o período onde o atleta necessita inicialmente de estratégias para controlar as situações estressantes, mantendo sempre um nível de motivação para que o programa possa se desenrolar adequadamente.

Neste período o autor sugere as seguintes técnicas: habilidade de comunicação; técnicas de relaxamento e visualização e estabelecimento de metas; *b) readaptação*: consiste no período de melhora da qualidade física do atleta como consequência da situação traumática. Neste momento as técnicas sugeridas são: visualização; estabelecimento de metas e diálogo interno; *c) volta ao treinamento*: trabalhado o nível de habilidade esportiva descompensado devido à lesão e o afastamento dos treinamentos técnicos táticos. Este é o momento em que o atleta deve perder o medo do fracasso e aos poucos aumentar a carga de trabalho junto aos seus colegas. As técnicas aconselhadas são: habilidade de comunicação; visualização para volta ao campo e estabelecimento de metas.

Técnicas como relaxamento muscular progressivo, visualização e exercícios de relaxamento servem para relaxar o corpo possibilitando, assim que a pessoa lide melhor com a resposta ao estresse, a lesão e a dor. É possível que um indivíduo utilize a mente do outro (no caso o psicólogo do atleta) para modificar o fisiológico, melhorando a visão emocional do indivíduo (Benson, 1975 citado por Hough & Kleingina, 2002).

A seguir veremos as definições e as descrições sobre algumas destas técnicas citadas pelo autor acima. As técnicas relatadas a seguir são as utilizadas neste trabalho de intervenção.

1.4.1 Técnica de relaxamento progressivo de Jacobson

Relaxamento progressivo, também chamado de relaxamento neuromuscular, foi desenvolvido por Jacobson em 1939, e é utilizado para minimizar as tensões das musculaturas esqueléticas (Becker & Samulski, 1998). O relaxamento progressivo, “não favorece a recuperação física, mas reduz distúrbios psíquicos” (Weineck, 1999) e esta

técnica é de fácil aprendizado. O objetivo principal desta técnica é o de evitar o gasto desnecessário de energia no corpo e economizar as forças. É uma técnica das mais conceituadas e conhecidas de regulação do estresse. As condições de estresse são facilmente detectadas nos esportes de alto rendimento, até porque o esporte está diretamente relacionado com os processos específicos do movimento, ou melhor, dos músculos (Becker & Samulski, 1998).

A habilidade de se usar o relaxamento é geralmente aceita como uma vocação em lidar com condições médicas, doenças e estresse. Hough & Kleinginna, (2002), utilizaram intervenções com relaxamento para indivíduos com lesões na coluna espinhal para melhorar a convivência e a adaptação ao dano e reduzir a dor. Realizaram um estudo com seis indivíduos, sendo uma mulher e cinco homens, da unidade de tratamento para pacientes com danos nos feixes de nervos da coluna espinhal dorsal e que receberam acompanhamento psicológico e consultas de uma equipe interdisciplinar para desenvolver os protocolos de relaxamento. Esta pesquisa teve como objetivo ilustrar o valor da modificação da técnica de relaxamento de acordo com o nível da lesão de cada indivíduo. Através de observações da equipe interdisciplinar (composta por médicos neurologistas, psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas pulmonar, terapeuta ocupacional e assistente social) e auto-observação dos pacientes.

Obteve-se como resultados a melhora nos comportamentos e fatores afetados como redução da dor, aumento da participação em terapia e diminuição da depressão. Foi proposto neste trabalho que clínicos considerassem o nível do dano na coluna espinhal dorsal e as diferenças individuais quando fossem selecionar as técnicas de relaxamento. A intervenção teve como principal característica reduzir a dor e a ansiedade e para aumentar a capacidade do indivíduo de lidar melhor com a adaptação ou gerenciamento do estresse.

Para os pesquisadores o entendimento do nível de lesão de cada indivíduo é crucial para a saúde mental e para o desenvolvimento de tratamento de relaxamento para pessoas com danos nos nervos da coluna vertebral.

O relaxamento progressivo traz efeitos tanto físicos quanto psíquicos (Becker & Samulski, 1998), durando em média de 10 a 15 minutos (Weineck, 1999), e sendo alguns desses efeitos os seguintes: - Redução ou eliminação das dores devido à elevação do limiar das dores; - Redução ou eliminação de sentimentos desagradáveis; - Aumento da tolerância ao estresse; - Redução da pressão arterial e da frequência cardíaca; - Redução da tensão psicofísica; - Economia da energia psicofísica; - Aumento do rendimento motor.

A redução da frequência cardíaca e o aumento da sonolência são devido a interação da respiração profunda com o relaxamento da musculatura, e o aumento da tensão muscular seguido do relaxamento da mesma resultará na redução da atividade elétrica nos músculos e da atividade cerebral, isto causará o relaxamento total, pois haverá uma interação entre músculo, nervo e cérebro. Esta técnica reduzirá, também, a sensibilidade à dor devido ao relaxamento do organismo, que passa à reagir mais lentamente e com pouca intensidade. O relaxamento progressivo possibilita um relaxamento total impedindo assim as sensações de medo. As repetitivas associações entre relaxamento fisiológico e excitação psíquica minimiza e neutraliza as reações indesejáveis (Weineck, 1999).

1.4.1.1 Descrição da técnica de relaxamento progressivo de Jacobson

Segundo Becker & Samulski (1998), “geralmente a aprendizagem da técnica de relaxamento baseia-se em fazer consciente os estímulos enviados ao cérebro pelos receptores de tensão nos músculos” (p.42). Através de um treinamento é possível aprender

a reconhecer suas tensões e depois aprender a relaxar a musculatura. Esta técnica segue uma série de exercícios, que são os seguintes: - Relaxamento das mãos e braços; - Relaxamento da região do rosto, incluindo o pescoço, ombros e a parte superior da escápula; - Relaxamento do peito, abdômen e escápula; - Relaxamento de glúteos, pernas, pés e dedos dos pés; - E conseqüentemente, relaxamento de todo o corpo.

1.4.2 Técnica de visualização / mentalização

A literatura a respeito deste tema, traz diversos termos que têm um significado semelhante ou muito próximo da mentalização e para se referir a mentalização muitos nomes são usados, como por exemplo: imaginação, treinamento mental, prática mental, técnica visomotora e visualização.

Uma das técnicas de visualização específicas para atletas lesionados é a Técnica Visomotora na Reabilitação de Lesões. Segundo Becker & Samulski (1998), esta técnica divide-se em: a introdução, a visualização (quando o atleta compreende como se dá e funciona o processo, acreditando que irá dar certo); apoio ao desenvolvimento de habilidade em visualização e proporcionar o reforço de visualização ao atleta lesionado. O treinamento mental é composto por mentalização e racionalização de uma seqüência de movimentos a serem realizados a fim de aperfeiçoar o pensamento (Weineck, 1999).

Já para Driskell, Copper & Moran (1994) a prática mental é definida como a repetição cognitiva de uma tarefa na ausência da execução física do movimento. Especificamente, esta definição refere-se à prática mental como uma técnica na qual as habilidades e comportamentos desejados para desempenhar uma tarefa são repetidos mentalmente antes da execução.

Segundo Loehr (1991) a mentalização é a recriação de experiências passadas através de imagens mentais, incluindo também, a recriação de todo tipo de sentimentos, sensações e noções que geralmente acompanham as imagens. O autor define prática mental como a criação de imagens do indivíduo executando algum movimento em sua mente. Ela seria, a repetição de uma performance física só que este movimento é realizado na mente. Há vários estudos que mostram a eficácia desta técnica, o auxílio desta para o desenvolvimento de habilidades psicológicas e ainda melhora a aquisição e a prática de habilidades esportivas.

Deecke (1996) baseado no Simpósio Satélite: “Representações Mentais de Atividades Motoras” no 17º Congresso Anual de Viena da Associação Européia de Neurociências realizado em 1994, define visualização como a imaginação de uma atividade motora sem que esta realmente ocorra no presente momento.

Segundo Martens (1987), o famoso psicólogo russo Dr. A. R. Luria descreveu o caso de um paciente que conseguia alterar a sua frequência cardíaca significativamente através da imaginação. Ele imaginava que estava atrasado para pegar o trem e tinha que correr para alcançar o último vagão, o que fazia sua pulsação passar de 70 bpm (batimento por minuto) para 100 bpm, em seguida ele imaginava-se deitado numa cama dormindo e seu pulso voltava aos 70 bpm.

Um estudo que mostra a eficiência da técnica é uma pesquisa realizada por Suinn (1993) citado por Weinberg & Gould (2001), na qual ele utilizou uma técnica chamada ensaio de comportamento visomotor (ECVM) que combina relaxamento e mentalização com esquiadores. Ele demonstrou um aumento na atividade neuromuscular de músculos específicos que realizavam o ECVM e aumentos semelhantes no desempenho. Os autores ainda salientam outros trabalhos de autores importantes descrevendo a importância e o valor do trabalho de mentalização.

De acordo com Collet et al. (2000) a mentalização praticada de maneira geral pode ter uma função motivadora não desprezível, mas ela não acarretará necessariamente uma melhora no desempenho. O registro das respostas vegetativas (frequência cardíaca e respiratória) permite seguir o andamento do trabalho mental, sendo que, quanto mais essas respostas são comparáveis com aquelas registradas durante a execução da tarefa real, melhor é a qualidade da mentalização.

A visualização é uma técnica cognitiva que tem função ajudar o atleta a superar seus problemas fora e dentro das atividades esportivas. Esses tipos de técnicas são ótimos para serem usadas com atletas lesionados, trazendo assim uma melhora na condição emocional e cognitiva do atleta nesta situação, pois estas ajudam a reduzir os sintomas tanto de dor quanto de fatores comportamentais.

A visualização pode treinar o corpo do atleta, permitindo que ele relaxe e ignore o estresse. Ele descreve três tipos de visualizações, que são: receptiva; programada; e visualização dirigida. Para a intervenção com atletas lesionados, das três visualizações, a melhor é a visualização programada onde o atleta cria uma imagem cheia de paisagem, sabores, sons e aromas. Ele imagina uma meta que deseja alcançar ou uma cura que deseja acelerar.

1.4.2.1 Descrição da Técnica de Visualização

Para aplicação da técnica de visualização na recuperação de atletas lesionados, foi necessário fazer uma adaptação entre duas técnicas: a técnica visomotora para recuperação de atletas lesionados e a Técnica de imaginação (Becker & Samulski, 1998). Isto é necessário para que o atleta faça a técnica apenas na presença do terapeuta esportivo, devido à delimitação da pesquisa.

A aquisição da técnica acontece em 4 passos:

Em 1º lugar, o terapeuta escreve de forma detalhada e concreta o transcurso de todo movimento, com o auxílio do preparador físico que lhe passará todos os detalhes dos exercícios a serem executados pelo atleta, e o que é necessário para execução da técnica, é preciso incluir, também, as sensações internas do movimento; Em 2º momento, o terapeuta deverá, preparar um ambiente agradável e silencioso para que a técnica possa ser aplicada ao atleta; No 3º momento, o terapeuta, após ter todo o processo detalhado, poderá começar aplicação, onde o mesmo deverá manter o mesmo tom de voz, com a mesma intensidade e assim ir orientando o atleta; No 4º momento, após a execução mental dos exercícios, o atleta irá para o treino e procurará executar os exercícios na prática, isto porque há uma comunicação entre a terapeuta e o preparador físico para formulação dos exercícios, de acordo é claro com os treinos e possibilidades do atleta.

1.4.3 Técnica de estabelecimento de metas

Em primeiro lugar é bom salientarmos que os estudos sobre estabelecimento de metas e seus significados dentro de equipes esportivas é uma temática que poucos investigadores dedicam sua atenção (Hernández, 2002).

Estabelecimento de metas é uma técnica a ser aplicada para incrementar os estados de disposição psíquica para o esporte, no qual nos permite intervir nas expressões, nas aspirações e nos objetivos do indivíduo, provocando que o mesmo trace um sentido em sua vida esportiva através de metas claras, compreensíveis e controladas, para que o atleta assuma com responsabilidade e compromisso cada uma de suas metas que são estabelecidas durante diferentes períodos de treinamento (Sánchez & Rodríguez, 2003; Hernández, 2002).

De acordo com Williams & Williams (1991) citado por Sánchez & Rodríguez (2003), através de estudos realizados desde os anos 60 destacam a importância do estabelecimento de metas, considerando-a como a definição de objetivos concretos para obter nos futuros um determinado rendimento.

Investigações realizadas por Clements & Botterill, assim como, Singer, Hall, Byrne & Locke citados por Sánchez & Rodríguez (2003), mostram que o estabelecimento de metas auxilia os atletas a tomar consciência de quais são os seus objetivos desde o início até o objetivo final de suas ações, focalizando a atenção e regulando os esforços

A eficácia da técnica de estabelecimento de metas se deve a uma série de fatores, que são: visão positiva do rendimento individual e grupal incluindo os treinamentos, feedback sobre os progressos ocorridos, reforços, baixos níveis de conflitos e estresse e a participação nos estabelecimentos de metas. De acordo com Gil (1991) citado por Hernández (2002), considera-se a necessidade de efetiva participação no processo de maneira passiva.

De acordo com Tijomirov (1987) citado por Sánchez & Rodríguez (2003), as metas adaptadas representam um fator motivacional importante para a regulação da atividade, construindo com força que estimula a implicação e que possa assumir responsabilidades que depois irão repercutir em seus resultados.

Para finalizar, devemos salientar que o estabelecimento de metas com caráter participativo e como um fator regulador para a atividade esportiva, implica em uma reflexão, principalmente por parte de cada integrante da equipe, bem como do esforço individual.

1.4.3.1 Descrição da Técnica de Estabelecimento de Metas

É necessário ressaltar que esta técnica foi adaptada para ser aplicada a atletas lesionados, durante sua reabilitação, no momento da recuperação, aplicadas em torno do

momento em que este atleta está passando. A técnica aplicada aos atletas lesionados possui cinco etapas:

1ª etapa: o atleta relata quais as metas que ele já alcançou, desde que começou a praticar esporte de alto rendimento, em seguida ele fala das suas qualidades que lhe ajudaram a alcançar tais metas.

2ª etapa: começa a estabelecer metas em torno de sua reabilitação. Primeiro ele traça metas a curto prazo, este prazo que irá delimitá-lo é o próprio atleta, dentro da realidade de sua recuperação, relatando, também, as características que ele possui que poderão lhe ajudar a conquistar seus objetivos.

3ª etapa: após ter estabelecido e estar trabalhando as metas a curto prazo o atleta traça metas a médio prazo, e aqui o atleta, também, definirá qual é este prazo. Relatando as características de sua personalidade que lhe ajudam a conquistar suas metas.

4ª etapa: a última meta a ser estabelecida são as metas a longo prazo, aqui já visualizando a sua volta ao campo e metas a serem alcançadas após a recuperação da lesão. Juntamente com as metas são relatadas as características (qualidades) do atleta, como foi feito nos estabelecimentos anteriores.

5ª etapa: por fim, as metas são trabalhadas dentro do tempo estabelecido pelo próprio atleta e da realidade pelo qual está passando. Estas metas depois de estabelecidas são entregues ao atleta, ao terapeuta desportivo e outra cópia ao fisioterapeuta.

1.4.4 Técnica de Respiração Profunda de Lindemann

Esta técnica foi desenvolvida por Lindemann em 1984, denominada como uma técnica de relaxamento, realizada através da respiração, pois é através de exercícios respiratórios que se tende a relaxar todo o organismo. A técnica de respiração profunda tem como

principais efeitos: o relaxamento do corpo e da mente; aprendizagem do autocontrole sobre o próprio corpo; reforça pensamentos, imagens e processos positivos e; melhora a capacidade mental de relaxamento, e com isto a saúde mental e qualidade de vida (Becker & Samulski, 1998).

1.4.4.1 Descrição da técnica de Respiração Profunda de Lindemann

Esta técnica passou por modificações, pois estava sendo aplicada a atletas lesionados e trabalhada em conjunto com o relaxamento progressivo, seguido de visualização. De acordo com Becker & Samulski (1998), a técnica de respiração profunda poder ser feita em diferentes posições, dependendo da situação do atleta e dos objetivos do relaxamento.

Durante todo o exercício é necessário que o atleta desenvolva uma atitude mental positiva e que se concentre no ritmo de sua respiração. No momento da inspiração o atleta deverá pensar somente em fatores positivos em torno de sua reabilitação e ao expirar o ar o atleta deverá eliminar todos os fatores negativos que podem prejudicar sua reabilitação.

Na posição sentada, a coluna deve permanecer ereta e a cabeça um pouco inclinada, com roupas leves e olhos fechados. A duração do exercício, é dividido em três programas: - de 2 minutos (relaxamento parcial, antes de treino e competição, e para treinamento com atletas lesionados); - de 5 a 10 minutos (relaxamento profundo, com música de relaxamento, após treino ou competição) e - de 10 a 15 minutos, (relaxamento profundo, com música de relaxamento, antes de dormir, e um dia antes da competição).

Na fase de preparação, a posição deve ser cômoda em um lugar tranquilo, com o pensamento positivo e a expiração profunda. Na fase de execução, a inspiração deve ser um processo natural, evitar intervalos após a fase de inspiração e lentamente prolongada na fase

de expiração, seguida por um intervalo acentuado, usando como referência na execução a respiração abdominal.

Esta técnica gera no atleta uma auto-afirmação do tipo: “Eu estou me sentindo tranquilo, concentrado, cheio de energia e pronto para minha recuperação”.

1.5 Abordagem Interdisciplinar

Quando houver troca entre as áreas de conhecimento, considera-se interdisciplinaridade onde, nada mais é do que uma atitude que irá garantir um alto nível de maturidade (Ferreira,1991a; Ferreira, 1991b).

A interdisciplinaridade vem para incrementar e ultrapassar a integração destas áreas de conhecimento e só irá ocorrer se todos os que estão praticando-a estiverem conscientes e com intenção clara e objetiva para realização de um projeto (Ferreira, 1991b).

Nair Sivaraman & Wade (2003) através de uma pesquisa realizada no Centro de reabilitação Rivermead em Oxford em pacientes com lesões cerebrais objetivaram analisar a satisfação dos membros da equipe de reabilitação interdisciplinar (psicólogos, fisioterapeutas, enfermeiros, assistentes sociais, entre outros), mantendo encontros e reuniões com planejamento de metas com o propósito de a equipe trabalhar toda em conjunto e assim desenvolvendo um melhor atendimento aos pacientes.

Para analisar a satisfação dos membros desta equipe foi feito um questionário que continha a participação dos membros, comportamento, satisfação em iniciar o processo e com o andamento do mesmo. Tais profissionais foram convidados ao fim dos encontros de responder tal questionário. O investigador que aplicou e recolheu os questionário não fazia parte da equipe. Os resultados demonstraram uma satisfação geral com o comportamento dos participantes, com o processo e com os encontros em si.

Dentro do esporte quando se tem um atleta lesionado é importante que toda a equipe técnica se movimente para uma recuperação mais eficaz, tornando assim que médicos, treinadores, preparadores físicos, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas e outros profissionais envolvidos estejam juntos, avaliando, analisando e sempre criando recursos que auxiliem na reabilitação do atleta.

Segundo os autores Nair Sivaraman & Wade (2003) reabilitação interdisciplinar refere-se a atividades de um grupo de profissionais de reabilitação que trabalham por um planejamento em comum, cumprindo com responsabilidades particulares e aceitando as responsabilidades dos pacientes como um grupo. Este tipo de reabilitação requer um processo para que troque informações entre membros de uma equipe, pacientes e suas famílias com um planejamento em comum e assim trabalhem juntos em prol de um planejamento.

Para Murphy (1995) é necessário que o atleta esteja consciente de seu processo de reabilitação, pois assim estará auxiliando em sua motivação interior, chamada de motivação intrínseca, mas para que isto ocorra com êxito é preciso que se tenha uma comunicação clara e eficiente, onde se tenha confiança e empatia entre ambos os lados, atleta e profissionais inseridos no processo de reabilitação.

Medina (1996) realizou um estudo que coloca um conceito mais atual de interdisciplinaridade aplicável à estrutura técnica - funcional dos clubes de futebol (comissões técnicas e comissões de apoio técnico) promovendo com isto o trabalho através da cooperação de diversos profissionais de áreas específicas, fazendo assim uma interação do conhecimento. Por fim, percebe-se que a interdisciplinaridade está diretamente ligada a uma relação humana, de abertura, participação de todos integrantes de uma equipe, de cooperação e acima de tudo de consciência de interdependência (Carraveta, 2000).

Este autor propõe ainda que haja este tipo de relacionamento entre integrantes de uma equipe técnica dentro das instituições esportivas, e assim desenvolvendo mecanismos que buscam a integração entre os indivíduos favorecendo com isto a reflexão e propiciando o feedback entre todos da equipe.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Verificar se a intervenção psicológica (técnica de relaxamento progressivo, estabelecimento de metas, visualização e respiração profunda) através de um trabalho interdisciplinar entre o psicólogo e o fisioterapeuta auxilia na recuperação de 3 atletas de futebol lesionados, com idade entre 17 a 22 anos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar o grau de ansiedade e de estresse do atleta lesionado durante e após o tratamento da lesão, através dos testes IDATE e *Stress Adulto*;
- Verificar o tempo de recuperação da lesão com o processo de intervenção;
- Verificar o trabalho interdisciplinar entre psicólogo e fisioterapeuta na recuperação de atletas lesionados;
- Verificar a influência dos profissionais de psicologia e de fisioterapia sob os atletas durante o processo de reabilitação;
- Verificar a temperatura e a pressão arterial na sessão de intervenção psicológica, durante a técnica de relaxamento progressivo, respiração profunda e visualização.

METODOLOGIA

3.1 Participantes

Participaram desta pesquisa 03 atletas de futebol profissional, sendo um da equipe profissional, um da equipe junior e um da equipe juvenil, todos do sexo masculino, com idades de 22, 19 e 17 anos respectivamente, e todos com 2º grau completo. Os atletas selecionados para participar dessa pesquisa foram aqueles que se lesionaram durante os treinamentos e jogos, e que ficaram em tratamento fisioterápico acima de duas semanas. Os atletas participantes da pesquisa estão de acordo com o protocolo de delimitação da pesquisa (anexo 2). Optou-se em fazer a pesquisa com três atletas e não com um grupo controle e um grupo experimental, pois seria necessário que os atletas selecionados para os dois grupos tivessem a mesma lesão, o mesmo tempo de recuperação. Com estes três atletas verificou-se a recuperação de diferentes tipos de lesão, em atletas com idades que compreendem a três categorias diferentes e com isso observar o tempo de recuperação em cada um desses sujeitos.

3.2 Caracterização do local

A intervenção psicológica foi realizada após a sessão de fisioterapia, na fase da crioterapia (aplicação do gelo). A sessão consistia na técnica de relaxamento progressivo, seguida da técnica de visualização e intercalando com a técnica de respiração profunda. As entrevistas, questionários e a técnica de estabelecimento de metas eram aplicadas após as sessões de fisioterapia, nas sessões com a psicóloga. Todas as sessões de intervenção psicológica foram realizadas na sala do serviço de psicologia do clube.

As sessões de fisioterapia eram realizadas no departamento médico do clube na sala de fisioterapia onde estão localizados os aparelhos necessários para recuperação dos atletas lesionados. Este setor atende todos os atletas do clube de todas as categorias. Todas as sessões de fisioterapia têm o acompanhamento direto do fisioterapeuta e do massagista.

Atualmente, o clube tem aproximadamente 100 atletas, divididos em quatro categorias que são: profissional (atletas com idade acima de 21 anos), juniores (com idades compreendidas entre 18 e 20 anos), juvenil (atletas com idades de 16 e 17 anos) e infantil (a idade é de 14 e 15 anos). Estes atletas são atendidos por uma equipe multidisciplinar composta por um fisioterapeuta, um estagiário de fisioterapia, uma psicóloga, duas estagiárias de psicologia, um profissional da educação física que trabalha no departamento de psicologia, uma nutricionista, um estagiário de nutrição, dois médicos, quatro massagistas, além do técnico, e preparador físico de cada equipe e os demais funcionários do clube. Os profissionais que contribuíram diretamente na recuperação dos atletas lesionados: foram o fisioterapeuta, o médico, e os massagistas. A partir desta pesquisa iniciou-se um trabalho interdisciplinar entre psicólogo e fisioterapeuta. Mas é necessário salientar que o fisioterapeuta é o profissional que acompanha diretamente todos os atletas lesionados seguido do atendimento psicológico. Para auxiliar o fisioterapeuta nas sessões têm ainda o massagista de cada categoria que faz todo o controle dos medicamentos dos atletas.

3.3 Material

Para esta pesquisa foram utilizados os testes IDATE validado por Spielberg; Gorsuch & Lushene (1979) para verificar a ansiedade e o teste *Stress Adulto* validado por Lipp (2000) para investigar o nível de estresse do atleta lesionado durante a reabilitação.

Utilizados ainda, os seguintes equipamentos: - um termômetro digital *Inco term* (para medir a temperatura) interna (ouvido) e externa (dedo) em vários momentos durante a aplicação da técnica; - esfigmomanômetro Unics (aparelho para verificar a pressão arterial). O termômetro e o esfigmomanômetro foram utilizados antes, durante e após a aplicação da técnica de relaxamento progressivo de Jacobson e da técnica de visualização, o termômetro foi utilizado, também, durante a aplicação das técnicas de 5 em 5 minutos. Foi aplicado um questionário para obter informações sobre o atleta lesionado (anexo 1), um protocolo para aplicação das técnicas com delimitação do protocolo da pesquisa (anexo 2), e um questionário para obter um feedback dos atletas a respeito do trabalho da psicóloga (anexo 3) e outro questionário para obter um feedback a respeito do trabalho do fisioterapeuta (anexo 4), um protocolo de atendimento fisioterápico utilizado pelo fisioterapeuta (anexo 5), e um questionário para avaliar a eficácia da técnica (anexo 6).

3.4 Procedimentos

Em um primeiro momento, foi apresentado ao clube projeto de pesquisa propondo um trabalho psicológico para atletas lesionados. Este projeto foi autorizado pela instituição (anexo 7) em maio de 2002, pelo superintendente geral do clube e pelo gerente de futebol que estavam atuando naquele momento. Esta instituição é a mesma onde a pesquisadora atua como psicóloga.

Após uma conversa informal com os atletas para lhe explicar o objetivo da pesquisa os participantes assinaram o termo de compromisso (anexo 8) com consentimento livre, para que as atividades da pesquisa se iniciassem.

Em um primeiro momento foi necessário fazer o acompanhamento periódico com o atleta que sofreu a lesão, através de observações, conversas e intervenções com técnicas psicológicas enquanto este esteve no departamento médico em reabilitação fisioterápica até o momento em que começou a reabilitação no campo e foi totalmente desligado do departamento médico. Logo foram feitas entrevistas durante as fases da recuperação (fisioterápica, física e após sua recuperação) realizadas dentro da intervenção psicológica para verificar suas reações e seu desempenho neste mesmo período.

Realizadas reuniões com o fisioterapeuta para verificar o grau da lesão e os motivos que levaram este atleta a se lesionar e o tempo médio previsto para a recuperação. Estas reuniões eram feitas para que fosse possível colher o maior número de dados referente ao comportamento do atleta durante o período crítico, para que pudesse ser estruturada uma intervenção psicológica dentro das possibilidades de cada atleta respeitando assim os limites de cada um e desta maneira estudar o trabalho interdisciplinar entre a psicóloga e o fisioterapeuta.

O atleta lesionado recebeu a aplicação da técnica de relaxamento progressivo acompanhada de uma técnica de respiração profunda e outra de visualização, três vezes por semana (no primeiro momento, início de sua recuperação) durante 15 minutos no período vespertino no momento em que o atleta estava fazendo a recuperação no gelo chamado de frio terapêutico que tem duração de 20 minutos, e é executada no fim do tratamento do dia. Passado os momentos mais críticos após a lesão, as sessões de relaxamento progressivo seguida de respiração profunda e de visualização foram feitas 2 vezes por semana sendo intercaladas com a aplicação da técnica de estabelecimento de metas que era aplicada uma vez por semana.

No início da técnica de relaxamento progressivo, aplicava-se nos 1º momentos de recuperação. Foi solicitado ao atleta que respirasse fundo três vezes, pausadamente, e quando ele aspirasse o ar só pensasse em fatores positivos de sua recuperação e ao expirar o ar eliminasse os pensamentos negativos que pudessem atrapalhar sua reabilitação. Este procedimento era feito para que o atleta se concentrasse cada vez mais e prestasse atenção na fala da psicóloga e que fosse executando o que estava sendo pedido. Tal procedimento era feito, também, no meio e no final de cada sessão de relaxamento progressivo. Ao iniciar o relaxamento progressivo foi solicitado ao atleta que se imaginasse no ambiente que a instrutora estava lhe dizendo, após ele iria contrair cada parte do corpo, que for citada, e logo relaxaria a parte que foi contraída. A cada sessão eram trabalhadas partes diferentes do corpo e sempre acompanhadas da parte lesionada, este procedimento foi feito aleatoriamente. Para que essa técnica pudesse ser aplicada com êxito, sem que provocasse um incomodo no atleta as partes do corpo eram escolhidas, também, de acordo com o procedimento fisioterápico daquele dia, por isto as conversas com o fisioterapeuta eram feitas no dia da intervenção psicológica do atleta em questão. Esta técnica foi utilizada principalmente no início do tratamento, até o atleta ter certeza do grau da lesão e que tipo de tratamento necessário para a recuperação e acima para o atleta saber aceitar sua lesão. Optou-se por aplicar esta técnica três vezes por semana, no início do tratamento, em seguida passou a ser aplicada duas vezes por semana e para o atleta que ficou mais tempo em recuperação uma vez por semana para depois parar com esta técnica. As partes do corpo eram divididas por sessões para que o atleta não ficasse habituado¹ da técnica, por isto foram intercaladas, principalmente para que se pudesse evitar que a motivação do atleta diminuísse.

¹ Habituado: fazer contrair um habito que é a disposição adquirida pela repetição freqüente de um ato.

Após o atleta saber o grau de sua lesão, passou-se a aplicar a técnica de relaxamento progressivo duas vezes por semana, com o objetivo de minimizar o grau de ansiedade, aumentar a sua auto confiança e a segurança em si próprio e uma vez por semana aplicou-se a técnica de estabelecimento de metas, com o intuito de alcançar metas dentro do prazo que o atleta mesmo previu. O processo foi respeitado pela evolução da lesão prevista pelo fisioterapeuta e pelo médico. Para os atletas que ficaram em recuperação acima de dois meses, começou-se a aplicar somente a técnica de estabelecimento de metas e conversas periódicas uma vez por semana.

É importante salientar que todas as técnicas eram aplicadas e estruturadas a partir das informações passadas pelo fisioterapeuta a psicóloga e somente a partir daí eram estabelecidas às técnicas. Neste caso a psicóloga e o fisioterapeuta estudavam a situação atual do atleta em questão e que tipo de tratamento poderia ser feito neste momento com o atleta, assim o fisioterapeuta passava o relatório de reabilitação do atleta seguido com o tipo de tratamento fisioterápico que está sendo desenvolvido para cada atleta.

Além da aplicação das técnicas o atleta passou por entrevistas durante todas as fases de sua recuperação para que fosse possível avaliar se sua recuperação estava progredindo. Aplicou-se, também, testes de ansiedade, (teste IDATE), que avaliou o nível de ansiedade – estado do atleta e o teste *Stress Adulto* que analisou o nível de estresse do atleta. Estes testes foram aplicados no início, meio e final da sua reabilitação, verificando assim as mudanças ocorridas com o atleta após a lesão.

Durante a aplicação da técnica de relaxamento progressivo, que foi feita após a fase da crioterapia, ou seja, na fase do gelo durante a reabilitação, foram controladas a temperatura e a pressão arterial, antes, durante e após a aplicação das técnicas. Este procedimento se repetia todos os dias em que eram aplicadas as técnicas.

Ao final da técnica de relaxamento progressivo foi aplicado um questionário para verificar a eficácia da técnica psicológica (anexo 6). Foi feito um protocolo de acompanhamento de atleta lesionado (anexo 2). Ao final do acompanhamento psicológico de cada atleta foi aplicado, por uma pessoa neutra, um questionário (anexo 4) para verificar a influência do trabalho realizado pela psicóloga em relação ao atleta e outro questionário para verificar a influência do fisioterapeuta.

Para o atleta que ficou em recuperação acima de 5 meses foi incluído ainda uma técnica de visualização, com a finalidade de prepara-lo mentalmente para que volte a treinar com um nível de autoconfiança e segurança ideal, iniciando no momento em que o atleta passou a treinar com o preparador físico de sua equipe e já participava de alguns treinos com bola. A técnica foi aplicada uma única vez por semana por 15 minutos, pois o retorno deste atleta aos jogos foi muito rápido. Este tempo foi determinado com base na literatura que descreve o tempo ideal para cada tipo de técnica (Becker & Samulski, 1998). Durante esta técnica era pedido que o atleta visualizasse sua volta ao campo, ao treinamento com bola e ao trabalho em equipe, imaginando uma seqüência de exercícios em que o atleta ficou um determinado tempo sem executá-los. Estes exercícios foram prescritos pelo preparador físico da equipe à psicóloga e esta incluía tais exercícios nas visualizações do atleta.

3.4.1 Feedback

Foi solicitado a outro profissional da psicologia que fizesse um perfil psicológico da pesquisadora (psicóloga) e do fisioterapeuta, que estavam inseridos no processo de reabilitação dos atletas. É importante salientar que a profissional solicitada para executar tal procedimento é neutra no ambiente de pesquisa e que não conhecia os dois profissionais.

Para formular o perfil, utilizou-se o teste IFP (Inventário Fatorial de Personalidade) que investiga traços da personalidade das pessoas. Estas informações foram utilizadas para comparar o grau de influência relatado pelos atletas no questionário. Os dados do perfil psicológico eram retirados dos escores dados nos resultados do teste de cada profissional.

3.5 Análise dos dados

Os dados foram verificados através do teste de *Stress Adulto* (anexo 13) analisado pelo manual e o teste IDATE (anexo 14) analisado com base em cada questão estabelecida na primeira parte do teste e comentadas com o atleta. Foram feitos estudos de casos sobre cada atleta, sendo estes fundamentados e analisados através dos relatos dos atletas e da análise dos questionários de influência dos profissionais, de eficácia da técnica e através dos escores do teste IFP – Inventário Fatorial de Personalidade (anexo 15).

ESTUDO PILOTO

4.1 Dados Preliminares (Estudo de caso)

O estudo foi realizado em um clube de futebol profissional de Florianópolis/SC, com um atleta de 18 anos que integra a categoria júnior e profissional do clube, onde na primeira é goleiro titular e na segunda o 3º goleiro. É importante ressaltar que o atleta, antes da lesão estava em ótima fase, convidado para integrar a seleção catarinense de juniores, local em que o atleta veio a se lesionar com uma contratura muscular posterior da coxa esquerda. Esta seletiva realizada em outra cidade do estado, no momento em que o atleta se lesionou. Foi levado a uma clínica local, que lhe deram a previsão de recuperação de 40 dias, ocasionando-lhe uma instabilidade emocional. Ao chegar no clube dois dias após a lesão, isto porque ele estava esperando o diagnóstico do médico da clínica, o atleta estava ansioso e inseguro. O mesmo passou por uma entrevista com a psicóloga, fisioterapeuta e com o médico do clube que lhe avaliou e lhe deu uma previsão de 15 dias para recuperação. Durante o período de reabilitação o atleta fez seções de fisioterapia duas vezes ao dia, tomava antiinflamatório (Voltaren) e relaxante muscular (Contrax) ambos de 12 em 12 horas. Os encontros com a psicóloga eram feitos uma vez por semana durante 30 minutos. Durante a fisioterapia foram feitas observações do comportamento do atleta no decorrer do tratamento pela própria psicóloga.

O objetivo da intervenção psicológica foi o de minimizar o grau de ansiedade e insegurança provocadas pela lesão, com o acompanhamento de um profissional da psicologia durante todo o período de reabilitação do atleta.

Verificou-se que o tratamento da lesão através de técnicas psicológicas aumentou e acelerou o processo de cura e recuperação do atleta. Segundo Becker (2000) atletas que usam um número maior de estratégias e habilidades psicológicas tendem a se recuperar mais rápido que os atletas que não possuem tal acompanhamento.

Para que o tratamento psicológico fosse feito da melhor maneira, buscando o maior número de dados possíveis, foram feitas várias entrevistas, para verificar a evolução do atleta através dos questionários, conversas e análise do teste IDATE junto ao atleta, nas distintas fases da reabilitação.

O atleta ficou 13 dias em tratamento fisioterápico no departamento médico do clube, o qual era submetido, no período da manhã e da tarde, a sessões de reabilitação que eram acompanhadas pelo fisioterapeuta.

A partir dos dados obtidos nas conversas com o fisioterapeuta foi possível elaborar as entrevistas e conversas que eram feitas com o atleta. Após ter os resultados obtidos nas sessões de intervenção psicológica era dado um feedback ao fisioterapeuta, isto para que o mesmo soubesse lidar cada vez melhor com o atleta lesionado durante sua recuperação.

Um dos dados mais significativos foi que depois da liberação do departamento médico do clube o atleta iniciou seus treinamentos e logo após cinco dias treinando com bola o atleta já foi convocado para um jogo.

Como podemos verificar na tabela 1, o atleta apresentou uma redução significativa no que diz respeito a ansiedade e a insegurança, demonstrada através do teste IDATE o qual foi aplicado durante e após sua reabilitação. Verificou-se ainda, como é importante um trabalho de apoio nesta situação, pois beneficiou o atleta lesionado no seu estado físico e emocional, uma vez que estes dois aspectos são extremamente interligados para uma melhor recuperação do atleta.

Tabela 1: Resultado dos dados da avaliação da ansiedade-traço, através do teste IDATE

Categories	Durante a lesão	Após a recuperação
Calmo	02	03
Seguro	01	03
À vontade	03	03
Descansado	04	02
Em casa	04	04
Confiante	03	04
Descontraído	04	04
Satisfeito	04	03
Alegre	01	04
Bem	03	04
Tenso	03	01
Arrependido	01	01
Perturbado	02	01
Preocupado com possíveis infortúnios	04	02
Ansioso	04	02
Nervoso	03	01
Agitado	02	02
Pilha de nervos	02	01
Preocupado	02	02
Superexcitado	03	01

RESULTADOS

ESTUDO DE CASOS

ATLETA 1

Atleta, nascido em 16/01/1984, natural de Porto Alegre onde morava com sua irmã, pois seus pais moram em Esteio, Porto Alegre/RS e o mesmo jogava na cidade onde a irmã mora, isto antes de vir para Florianópolis jogar futebol em um clube profissional. Atualmente este atleta mora na concentração do clube, há aproximadamente um ano. Até o momento da lesão, era jogador titular da equipe juniores onde joga de lateral esquerdo.

Para este atleta o esporte é tudo em sua vida, e o que segundo ele sabe fazer muito bem é jogar futebol, e uma das coisas que o deixa profundamente satisfeito é quando seu trabalho é reconhecido. É uma pessoa que almeja muito seus objetivos e que para alcançá-los trabalha com seriedade e muito esforço.

Quando questionado em relação ao erro na hora do jogo, o atleta diz que tenta ficar tranquilo, mas que em relação à pressão diz que quando é muito forte chega até a perder a concentração. Este é um dado muito importante, pois este atleta é muito concentrado, tranquilo e introspectivo que guarda, retrai suas emoções, principalmente seus sentimentos negativos, sabendo controlá-los, mas relata que existem algumas situações no futebol a qual ele não se sente tão tranquilo.

Os aspectos que mais preocupam este atleta são aqueles que de alguma maneira envolvem sua vida profissional, ou seja, seu desempenho, sua atuação. Este atleta reconhece que em certas situações possui um certo excesso de confiança que poderá vir a atrapalhar seu desempenho.

Os resultados citados anteriormente foram obtidos através da análise dos testes *Stress Adulto* e *IDATE*, que avaliam o nível de estresse e ansiedade respectivamente, e dos questionários de perfil psicológico do departamento de psicologia do clube onde o atleta está vinculado no momento.

Este atleta já havia sofrido uma lesão que o afastou dos treinamentos. A primeira ocorreu quando jogava em Porto Alegre, torceu o tornozelo esquerdo, caracterizando uma torção de 2º grau, ressaltando que as lesões de 1º grau são as mais leves.

5.1.2 Anamnese da lesão

O atleta em questão lesionou-se no dia 17/04/2003 durante um jogo amistoso em Florianópolis, mas não no estádio de seu time. No momento da lesão um de seus adversários veio por trás dele e lhe deu um chamado "carrinho"², com isto o atleta se desequilibrou e quando ele foi apoiar o pé no chão acabou torcendo-o e logo provocou a fratura do 5º metatarsiano do pé direito, também chamada de fratura de Jones, na qual é uma fratura quase sempre causada por trauma de torção em que o pé é forçado em inversão (Adams & Hamblen, 1994). Segundo Schwartzmann (2003) este tipo de lesão é melhor tratada com imobilização de gesso sem carga, aproximadamente de 4 a 6 semanas. O índice de consolidação com este tipo de tratamento tem sido relatado como sendo entre 72% e 93%. Já para o atleta de alta performance com uma fratura de Jones aguda, a fixação intramedular precoce com parafuso é uma opção de tratamento aceita (Rosenberg & Sferra, 2000; Hoppenfeld & Murthy, 2001), mas este atleta precisou apenas a imobilização e do tratamento fisioterápico para consolidar a fratura.

² "Carrinho"² lance em que o jogador se impulsiona ao solo para alcançar a bola.

De imediato após a lesão o atleta não possui estabilidade nenhuma. Após a imobilização e no decorrer das sessões de fisioterapia o atleta começou a ter uma estabilidade estável.

No momento da lesão foi atendido pelo massagista do clube que lhe colocou uma bolsa de gelo convencional e 30 minutos após à lesão já estava no departamento médico do clube onde lhe deram uma injeção de Voltarem. Após o exame médico e detectada a fratura através de um RX a pedido do médico do clube, o pé do atleta foi imobilizado por 16 dias, e durante 7 dias o atleta tomou a seguinte medicação: Flotac 70 mg, com ação antiinflamatória e com posologia de 12 em 12 horas durante 4 dias e Voltarem 75 mg, também com ação antiinflamatória e posologia de 12 em 12 horas, durante 3 dias.

No período em que o atleta tomava os medicamentos eram feitas investigações freqüentes, através de conversas, para verificar se o apetite e o sono do atleta não estavam alterados devido às drogas. Estas informações eram obtidas, também, através do massagista e do fisioterapeuta. Não foi verificada nenhuma alteração com este atleta, uma vez que seu apetite e sono estavam normais, ou seja, sem modificações.

É importante ressaltar que logo que o atleta retirou a imobilização, com a qual ele ficou por cerca de 15 dias, ele voltou a fisioterapia e após 3 dias no departamento médico foi liberado para treinamento físico e neste momento o atleta voltou a sentir a lesão. Com a lesão, ficou mais 13 dias na fisioterapia, totalizando 16 dias em tratamento fisioterápico, que consistia em um programa de reabilitação chamado agressivo acelerado, específico para atletas, e mais musculação. Quando retornou ao departamento médico e ficou durante 13 dias o atleta iniciou o acompanhamento com a psicóloga. Quando liberado do departamento médico foi para o treino com o preparador físico para só depois voltar a treinar com seu grupo, aos treinamentos com bola.

Antes da lesão este atleta sentia-se bem fisicamente e encontrava-se em boa fase dentro de sua equipe, era um dos jogadores titulares e segundo o atleta o seu treinador estava confiando bastante nele. Emocionalmente encontrava-se tranqüilo, sem problemas, pois relata que estava treinando muito bem e conseqüentemente estava satisfeito com sua vida pessoal, familiar e profissional.

5.1.3 Procedimento psicológico

No primeiro contato do atleta com a psicóloga após a lesão foi realizada uma conversa para obter informações sobre o momento da lesão e para aplicação dos testes de ansiedade (IDATE) e estresse (STRESS ADULTO). Neste momento o atleta sentia-se um pouco tenso e com pouca segurança por causa da lesão e, conseqüentemente um tanto ansioso. Sua autoconfiança diminuiu um pouco, mas apesar deste sentimento não apresentou em nenhum momento um nível muito elevado de ansiedade. Aos poucos o atleta foi adquirindo motivação extra e a sua autoconfiança foi voltando ao nível que ele sempre apresentou. Os resultados citados anteriormente foram obtidos na primeira sessão, através dos testes IDATE e STRESS ADULTO, através do qual o teste de estresse não apresentou alteração, mantendo os índices abaixo da média. O atleta ressalta que no momento da lesão ficou muito preocupado e triste principalmente com o tempo de recuperação, além da raiva que sentiu na hora da lesão. O atleta obteve acompanhamento psicológico durante todo período de sua reabilitação, conforme protocolo de atendimento (anexo 2). Realizam-se oito sessões no total: - quatro de relaxamento; - duas aplicação dos testes (a 1ª início da intervenção e a 2ª duas semanas após a recuperação); - duas de conversas sobre a lesão e reabilitação, com estabelecimento de metas a curto prazo, pois sua recuperação foi de um mês e três dias.

Sempre no início das sessões era feito pelo atleta um breve resumo de como ele estava se sentindo naquele dia e como estava sua recuperação na fisioterapia. A partir do resumo era elaborada a visualização narrada ao atleta na sessão de relaxamento progressivo. A sessão de relaxamento progressivo era dividida em duas fases, inicialmente o atleta contraía a parte do corpo que era dita no momento. Cada contração era feita por cerca de 10s e depois pedia-se para que o atleta relaxasse tal membro, este procedimento era realizado quatro vezes com cada parte do corpo que não estava lesionada e três vezes com a parte lesionada. Este procedimento era feito na primeira fase do relaxamento, na segunda fase o tempo de contração era o mesmo. A frequência de cada fase era a seguinte: três vezes para as partes não lesionadas e uma para parte lesionada, isto para não forçar demais a região que estava em tratamento. Entre as sessões de relaxamento era feita a visualização e a técnica de respiração profunda e esta por sua vez era aplicada, também, antes de iniciar a sessão de relaxamento e no final de cada sessão.

No quadro 1, verificam-se as partes do corpo trabalhadas em cada sessão, alternadas aleatoriamente para que o atleta não se habituasse.

Quadro 1: Procedimento da Técnica de relaxamento progressivo (atleta 1).

Sessões	Partes Do Corpo Trabalhadas Nas Sessões De Relaxamento Progressivo									
	Pernas	Pé Lesionado	Braços	Mãos e Dedos	Quadril	Pescoço	Ombro	Lábios	Costas	Face
1º dia	X	X	X							X
2º dia		X		X	X	X				
3º dia		X					X	X	X	
4º dia	X	X		X		X				

A técnica de visualização feita em cima das informações trazidas pelo atleta no dia da intervenção, relatava através de um breve resumo como ele estava se sentindo e o que estava fazendo na fisioterapia, e também pelos dados obtidos através de conversas periódicas com o fisioterapeuta. As técnicas realizadas em conjunto com o fisioterapeuta, indicavam a situação atual do atleta em questão e falava como seria o tratamento daquele dia, especificando os tipos de exercícios e modalidades terapêuticas utilizadas (anexo 10). Para realização do relaxamento progressivo e para delimitar as partes do corpo que seriam contraídas, perguntava-se para o atleta se ele estava sentindo alguma incomodação no corpo naquele momento e se verificava as preferências através de seu perfil psicológico.

Em alguns momentos quando o atleta relatava muita dor, realizava-se uma visualização para minimizar a dor sentida naquele momento. Todo dia antes da intervenção consultava-se a tabela da reabilitação fisioterápica (anexo 10) de cada dia que eram aplicadas às técnicas de relaxamento progressivo, visualização e respiração profunda, e nos dias em que eram feitos os estabelecimentos de metas e as conversas.

Após cada sessão de intervenção e de fisioterapia, o atleta relatava como se sentia, através do questionário de feedback de relatos verbais. A seguir alguns relatos:

“Como o tempo do gelo passou rápido com a aplicação da técnica, nem vi o tempo passar, estou me sentindo tranquilo e relaxado” (após a 1ª sessão – relato verbal).

“Hoje me senti mais relaxado que o outro dia, consegui imaginar bem o que você me pediu, pois estava bem concentrado” (após a 3ª sessão – relato verbal).

“O nível de relaxamento e vivência alcançadas foi considerado MUITO, pois estava me sentindo bastante concentrado” (após a 4ª sessão – relato através do questionário).

A visualização da última sessão de relaxamento feita em torno da sua volta aos treinamentos com bola, aconteceu no dia seguinte. Antes desta técnica realizou-se uma conversa com o fisioterapeuta se avaliando o momento do atleta voltar ao campo. Em cada sessão psicológica aferia-se a pressão arterial do atleta: antes e após o repouso e após o relaxamento. Na mesma sessão verificava-se a temperatura corporal externa (dedo) e interna (ouvido) do atleta: antes do repouso, no início do relaxamento, em 5 e 10 minutos de relaxamento e ao final da sessão. Na tabela 2 verifica-se o valor da pressão arterial em cada momento da sessão dividido por dia.

Tabela 2: Resultado da avaliação da pressão arterial no momento das sessões (atleta 1).

Sessões	PA antes do repouso	PA após o repouso	PA após o relaxamento
1 ^a	120/70	110/60	110/70
2 ^a	120/70	100/70	90/50
3 ^a	100/60	110/60	100/80
4 ^a	120/70	110/60	110/70

Percebe-se na tabela 2, que em todas as sessões com exceção da 3^a, que a pressão arterial (PA) aumentou após o repouso e, após o relaxamento permaneceu praticamente a mesma aumentando a pressão diastólica (a segunda que aparece) e a sistólica permaneceu a mesma na 1^a e na 4^a sessão, diminuindo na 2^a e na 3^a sessão. Na 2^a sessão diminui consideravelmente a pressão diastólica e sistólica. Com estes dados verifica-se se o atleta relaxou ou não, percebendo que a pressão diminuiu durante o procedimento das técnicas. O atleta relatou algumas vezes, que estava com sono, apesar de nunca dormir durante a sessão de relaxamento, ao contrário realizava os movimentos solicitados.

Na tabela 3, verifica-se os valores obtidos da temperatura corporal, durante todo o processo da aplicação da técnica de relaxamento progressivo, seguido da técnica de visualização e de respiração profunda.

Tabela 3: Temperatura corporal (TC) interna (ouvido) e externa (dedo) do atleta 1.

Sessões	TC antes do repouso		TC início do relaxamento		TC 5min de relaxamento		TC 10min de relaxamento		TC final da sessão		Média das temperaturas	
	Int.	Ext.	Int.	Ext.	Int.	Ext.	Int.	Ext.	Int.	Ext.	Int.	Ext.
1 ^a	32,7	26,5	31,8	32,6	33,7	27,1	32,9	28,4	33,0	28,8	32,8	28,6
2 ^a	36,1	32,1	34,9	34,4	34,7	32,8	35,1	32,7	35,7	31,8	35,3	32,7
3 ^a	35,1	33,8	34,9	34,3	35,1	34,5	35,8	35,0	34,9	34,3	35,1	34,3
4 ^a	34,5	34,3	34,7	31,8	35,4	34,3	35,5	34,2	35,5	36,6	35,8	33,6

Percebe-se, na tabela 3, que as duas temperaturas (interna e externa), permaneceram com pouca variação. A média das temperaturas internas e externas, mas no caso da temperatura externa estar abaixo de 30°C pode ter se dado pelo fato do atleta ter voltado a fisioterapia e com isto poderia estar apresentando um pouco de ansiedade, e outro fator importante é que o atleta minutos antes de se verificar sua temperatura havia tocado no gelo para colocá-lo no local da lesão. A tabela nos mostra que as temperaturas internas da 1^a sessão variaram muito pouco em comparação com as temperaturas externas da mesma sessão. Já na 2^a sessão a variação foi praticamente a mesma da temperatura interna para a externa, e o mesmo ocorreu na 3^a e na 4^a sessão. Através destes dados percebe-se que as temperaturas não variaram muito e que permaneceram na maioria das vezes acima dos 30°C.

Quanto mais baixa a temperatura corporal mais ansiedade o atleta pode estar apresentando. Neste caso, de acordo com o relato do atleta de que ele sentia-se bem antes, durante e após as sessões de psicologia e que não se sentiam tão ansioso.

Levando em consideração o trabalho interdisciplinar tornou-se necessário fazer um levantamento sobre a influência de ambos profissionais durante a reabilitação dos atletas. Para este atleta, baseando-se no questionário de influência profissional (anexo 3 e 4), verificou-se que o trabalho interdisciplinar entre a psicóloga e o fisioterapeuta foi ideal para sua recuperação e que as técnicas utilizadas para auxiliar na sua reabilitação ajudaram a motivar o atleta, diminuir a ansiedade e a técnica de estabelecimento de metas foi muito importante, pois ajudaram-lhe a buscar suas metas com mais vontade. Ao falar sobre a influência das técnicas psicológicas nas sessões de fisioterapia, o atleta afirmou que a técnica de relaxamento o ajudou a “limpar” sua mente na hora das sessões. As visualizações o tranqüilizaram na hora do gelo, minimizando a dor. A técnica de estabelecimento de metas ajudaram este atleta a ter mais confiança para diminuir o tempo de recuperação.

O atleta relatou que sentia-se animado e tranqüilo durante as sessões de intervenção psicológica e nas sessões de fisioterapia além de ansioso sentia-se animado, alegre e tranqüilo e com isto passou a ter confiança plena tanto no trabalho da psicóloga quanto no trabalho do fisioterapeuta. Mostrou motivação para ambas intervenções, sendo que para sessões de fisioterapia sua motivação era total.

ATLETA 2

5.2.1 Perfil psicológico do atleta

Atleta nascido em 23/01/1982, natural de Ponte Nova/MG, mas residente em Contagem/MG onde seus pais residem. Este atleta joga futebol desde seus 12 anos, começando no Clube do Cruzeiro em Belo Horizonte/MG, por 8 anos, saindo deste para jogar em Florianópolis/SC na equipe profissional de um clube de futebol da capital. Atualmente este atleta mora sozinho em Florianópolis. Até o momento de sua lesão, o jogador estava como reserva da equipe profissional, jogando como lateral direito.

Para este atleta o esporte é uma forma de diversão, trabalho e prazer. É uma pessoa bem humorada e divertida, que está sempre rodeado de amigos. Este atleta fica muito feliz quando tem a oportunidade de jogar e conseqüentemente sua satisfação pessoal é quando ele sabe que a cada partida que jogou ele cresceu e se aperfeiçoou cada vez mais.

Quando questionado em relação a sua religião ele afirma que é religioso e acredita em Deus, que não importa a crença e sim a fé que ele tem em Deus e que alimenta isto a cada dia que passa. O atleta diz não estar satisfeito com sua vida profissional e pessoal, pois ainda não atingiu seus objetivos. Mas que se sente muito motivado tanto para os treinos, quanto para os campeonatos e até relatou motivação para sua reabilitação.

É um atleta que em relação ao erro na hora do jogo tenta concentrar-se ao máximo para que no próximo lance não erre mais, tenta aprender a conviver com as críticas e com os elogios. Este atleta apresenta-se muito tranqüilo, introspectivo, sabe controlar suas emoções, procura sempre ter uma relação de respeito, amizade e companheirismo com seus colegas de trabalho e sua comissão técnica.

O atleta destaca como pontos fortes à alegria, a amizade, honestidade e o carinho com que trata as pessoas. Este atleta já passou por três lesões que ocorreram quando o mesmo jogava em clube de futebol profissional de Belo Horizonte/MG, e nenhuma das lesões anteriores foi necessário processo cirúrgico. Segundo o próprio atleta ele não teve acompanhamento psicológico durante nenhuma destas lesões anteriores, sendo este o primeiro acompanhamento psicológico durante uma reabilitação sua.

5.2.2 Anamnese da lesão

O atleta em questão lesionou-se no dia 22/05/2003 durante um treino em Florianópolis, que não estava sendo realizado em um campo com boas condições físicas. A lesão ocorreu através da torção do joelho esquerdo, ocasionando uma ruptura parcial do menisco, passando por uma artroscopia. Ocorreu também uma lesão do ligamento colateral – medial, tratada através de tratamento conservador da fisioterapia.

O ligamento colateral–medial é uma estrutura localizada fora da articulação do joelho, mas quando lesado, pode se regenerar pela cicatrização espontânea e fisioterapia, retornando o atleta à atividade após um período de 3 a 6 semanas, dependendo do grau de lesão do ligamento (Schwartsmann, 2003).

Os meniscos fazem parte dos grupos de estabilizadores, são primordiais para a biomecânica do joelho, com funções de: absorver choques; contribuir para a boa formação da articulação como um todo; auxiliar na lubrificação da superfície articular e possuem estruturas proprioceptivas. O menisco é dividido em medial e lateral, sendo que o medial é o mais fixo e com maior probabilidade de lesão, principalmente em atletas, sendo esta lesão geralmente de rotação externa, semiflexão e carga.

O menisco lateral por ser mais móvel não é tão lesionado quanto o outro é de rotação interna, flexão e carga. O sintoma mais importante desta lesão é a dor mediante a palpação no local (o joelho), assim o atleta demonstra perda dolorosa da extensão do joelho ou da hiperflexão após o trauma. O procedimento mais utilizado para lesões no menisco é a artroscopia que acabou aprimorando a capacidade dos cirurgiões para diagnosticar com mais precisão o local da lesão e a sutura do mesmo, isto ocorrendo após o exame clínico através de radiografia do joelho e da ressonância magnética (Schwartzmann, 2003)..

No momento da lesão foi atendido pelo massagista do clube que lhe colocou uma bolsa de gelo convencional e 1 hora após a lesão já estava no departamento médico do clube onde lhe deram uma injeção de Voltarem. Após o exame médico e detectada a lesão do menisco do joelho esquerdo, iniciou-se a fisioterapia, enquanto esperava a liberação para os exames necessários, o qual o médico do clube solicitou. Somente depois de 51 dias após a lesão o atleta submeteu-se a cirurgia, e durante este período de espera o atleta ficou fazendo os exercícios de fisioterapia e hidroterapia (fisioterapia na água) e as intervenções com a psicóloga eram feitas semanalmente durante este período, principalmente.

Após a lesão e antes do processo cirúrgico o atleta tomou durante 7 dias a seguinte medicação: Voltarem 75 mg, com ação antiinflamatória e posologia de 12 em 12 horas, e o Contrax de 8 em 8 hora e no mesmo período, pois este último é um relaxante muscular. Quando terminou o tempo determinado para tomar tal medicação o atleta passou a tomar Probexil por mais 7 dias, também com ação antiinflamatória e posologia de 12 em 12 horas. A medicação que o atleta tomou após a cirurgia é a seguinte: Flotac, com ação antiinflamatória e posologia de 12 em 12 horas e Keflex (cefalexina), ação antibiótica e posologia de 6 em 6 horas, ambos durante 7 dias e ao mesmo tempo.

Foi necessário o atleta submeter-se a tais medicamentos antiinflamatórios (anexo 8), pois a inflamação é o efeito mais comum de lesão, que é a resposta vascular ao dano tecidual fisiológico e, impede ou ao menos limita, a disseminação de agentes causadores da lesão.

O atleta após a cirurgia ficou em tratamento fisioterápico durante 27 dias, que consistia em um programa de reabilitação chamado agressivo acelerado, específico para atletas que inclui ganho de amplitude de movimento (ADM), força muscular e reforço muscular através da musculação. O atleta iniciou o acompanhamento com a psicóloga 2 dias após iniciar o tratamento fisioterápico logo após a lesão. Quando liberado do departamento médico foi para o treino com o preparador físico para só depois voltar a treinar com seu grupo, o treinamento com bola.

É importante salientar detalhes importantes a respeito deste atleta, o qual iniciou jogar futebol aos 12 anos e durante este período de aproximadamente 9 anos este atleta passou por 4 lesões consideradas delicadas. As lesões pelo qual o atleta passou são as seguintes: uma torção no tornozelo, uma no joelho esquerdo, uma fratura por *Stress* na coluna (S1 e L5) e esta última que é lesão do menisco do joelho esquerdo.

É bom ressaltar que 14 dias antes desta lesão o atleta acabava de ser liberado do departamento médico devido a uma tendinite na posterior da coxa onde ficou durante 15 dias em reabilitação, mas durante esta lesão, não houve intervenção psicológica.

Antes desta lesão o atleta sentia-se tranqüilo, sem problemas, e segundo ele estava se sentindo bem naquele momento em que estava falando com a psicóloga. No momento da lesão o atleta ficou muito preocupado e triste, com um pouco de raiva e medo, isto porque ainda não sabia a gravidade da lesão, se iria precisar de intervenção cirúrgica ou não, provocando-lhe, uma preocupação e o fato de não poder jogar lhe angustiava.

Ao ser questionado sobre sua vida pessoal e profissional ele afirma que não se sente totalmente satisfeito, pois almeja sempre melhorar. A respeito de sua vida familiar ele diz estar bem, satisfeito apesar de estar longe da família, pois a mesma mora em MG.

5.1.3 Procedimento psicológico

O primeiro contato do atleta com a psicóloga após a lesão ocorreu 4 dias após, realizando-se a aplicação dos testes de ansiedade (IDATE) e estresse (STRESS ADULTO). No momento da aplicação do teste o atleta sentia-se um pouco preocupado e ansioso. O que chama atenção é que naquele momento delicado, período no qual não se sabia a gravidade da lesão, o atleta permaneceu otimista, alegre, calmo e seguro, pontos considerados de suma importância para a reabilitação do atleta. Estes resultados foram obtidos através dos testes IDATE e STRESS ADULTO, não apresentando nenhuma alteração. No encontro seguinte, foi realizada uma conversa para que se pudessem obter maiores informações sobre o momento da lesão, informações relatadas anteriormente.

Durante todo período de sua reabilitação o atleta obteve acompanhamento psicológico, conforme protocolo de atendimento (anexo 2). Foram realizados 13 atendimentos no total: 4 sessões de relaxamento, 3 para aplicação dos testes, a 1ª no início da intervenção e a 2ª, 15 dias após a cirurgia e a última aplicação dos testes em 3 semanas após sua recuperação. Os outros 6 atendimentos foram feitos através de conversas sobre sua lesão e reabilitação realizando os estabelecimentos de metas a curto e médio prazo. Em pelo menos uma das sessões da semana realizavam-se conversas em torno do estabelecimento feito na sessão anterior. Sua recuperação após a cirurgia foi de exatamente um mês.

Sempre no início das sessões o atleta fazia um breve resumo de como estava se sentindo naquele dia e como estava sua recuperação na fisioterapia, a partir deste resumo e das conversas periódicas da psicóloga com o fisioterapeuta elaborava-se a visualização na qual era narrado ao atleta na sessão de relaxamento progressivo. Todo dia antes da intervenção consultava-se a tabela da reabilitação fisioterápica (anexo 11) e aplicadas às técnicas de relaxamento progressivo, visualização e respiração profunda.

A sessão de relaxamento progressivo dividida em duas fases, em que o atleta contraia a parte do corpo que era dita no momento, por cerca de 10seg e depois que se relaxa a parte que estava sendo contraída, isto era feito 4 vezes com cada parte do corpo que não estava lesionada e 3 vezes com a parte lesionada. Esta maneira era feita na 1ª fase do relaxamento e na 2ª fase o tempo de contração era o mesmo, mas a frequência era a seguinte: 3 vezes para as partes não lesionadas e 1 para parte lesionada. Entre as sessões de relaxamento era feita a visualização e a técnica de respiração profunda e esta por sua vez era aplicada, também, antes de iniciar a sessão de relaxamento e no fim desta sessão. É necessário salientar que para este atleta foram aplicadas apenas 4 sessões de relaxamento, pois o mesmo não conseguiu concentrar-se, ficava impaciente, devido a grande agitação que o atleta possui. Segundo o próprio atleta, o mesmo preferia conversar sobre o assunto e por este motivo a técnica de estabelecimento de metas foi iniciada antes da cirurgia e com maior intensidade.

No quadro 2, verifica-se as partes do corpo que foram trabalhadas em cada sessão, alternadas aleatoriamente para que o atleta não se habituasse.

Quadro 2: Procedimento da Técnica de relaxamento progressivo (atleta 2).

Sessões	Pernas	Joelho Lesionado	Braços	Pé	Quadril	Pescoço	Abdômen	Costas	Face
1º dia	X	X	X					X	X
2º dia		X		X	X	X			
3º dia		X	X					X	
4º dia	X	X					X		X

A técnica de visualização feita a partir das informações trazidas pelo atleta no dia da intervenção resultava em um breve resumo de como ele estava se sentindo e o que ele estava fazendo na fisioterapia, e pelos dados obtidos através de conversas periódicas com o fisioterapeuta. No caso deste atleta em específico, a visualização era feita em torno da fase de sua reabilitação pelo qual o atleta estava passando, incluindo é claro os processos fisioterápicos para minimizar a ansiedade provocada pela demora do processo cirúrgico e da gravidade da lesão. Em determinados momentos quando o atleta relatava que estava sentindo muita dor, fazia-se a visualização para minimizar a dor. Para realização do relaxamento progressivo e para delimitar as partes do corpo que seriam contraídas, perguntava-se para o atleta se ele estava sentindo alguma dor ou algum incômodo no corpo naquele momento e verificava-se as preferências do atleta através de seu perfil psicológico. Neste caso o relaxamento teve que ser modificado, pois o atleta não sentia-se bem contraindo os músculos. Após cada sessão o atleta relatava como sentia-se durante a sessão de intervenção. Estes relatos eram feitos através do questionário de eficácia da técnica (anexo 7) e de relatos verbais. A seguir alguns relatos:

“Na primeira sessão me senti um pouco incomodado, devido a posição, mas hoje já não tive nenhuma dificuldade e consegui um nível melhor de concentração” (após a 2ª sessão – relato verbal).

“Hoje me senti um pouco mais relaxado, consegui me concentrar, mas qualquer barulho eu me distraio, por este motivo a sessão da semana passada não foi tão boa” (após a 4ª sessão – relato verbal).

A visualização da última sessão de relaxamento feita em torno do resultado do exame, preparou-o para cirurgia, o que aconteceu 2 semanas após a última sessão. Em cada sessão era aferida a pressão arterial do atleta: antes e após o repouso e após o relaxamento. Na mesma sessão verificava-se a temperatura corporal externa (dedo) e interna (ouvido) do atleta: antes do repouso, no início do relaxamento, em 5 minutos de relaxamento, em 10 minutos de relaxamento e ao final da sessão. Na tabela 4, os valores da pressão arterial e da pulsação em cada momento da sessão e em cada dia.

Tabela 4: Resultado da avaliação da pressão arterial no momento das sessões (atleta 2).

Sessões	PA antes do repouso	PA após o repouso	PA após o relaxamento
1ª	110/70	100/60	110/70
2ª	110/70	110/70	100/60
3ª	110/80	100/70	90/60
4ª	110/70	110/60	100/60

A pressão arterial (PA) diminuiu após o repouso na 1ª e na 3ª sessão e permanecendo igual na 2ª e na 4ª, comparado com os valores da PA antes do repouso. Na 1ª sessão tanto as pressões sistólica e diastólica diminuíram e na 3ª sessão a pressão sistólica diminuiu e a diastólica aumentou. Após o relaxamento a pressão diminuiu na 2ª e na 3ª sessão, tanto a sistólica quanto a diastólica, aumentando na 1ª sessão, tanto a sistólica quanto a diastólica permaneceram idêntica na 4ª sessão, assim comparado com os valores após o repouso.

Apesar da pressão arterial deste atleta ter diminuído durante a intervenção e mostrando assim um certo relaxamento por parte deste atleta o mesmo afirma que não sentiu-se relaxado durante tal intervenção.

Os valores obtidos através da temperatura corporal do atleta 2, durante todo o processo da aplicação da técnica de relaxamento progressivo seguida da técnica de visualização e de respiração profunda., visualizados na tabela 5.

Tabela 5: Temperatura corporal (TC) interna (ouvido) e externa (dedo) do atleta 2.

Sessões	TC antes do repouso		TC início do relaxamento		TC 5min de relaxamento		TC 10min de relaxamento		TC final da sessão		Média das temperaturas	
	Int.	Ext.	Int.	Ext.	Int.	Ext.	Int.	Ext.	Int.	Ext.	Int.	Ext.
1 ^a	35,6	32,9	35,5	32,4	35,6	33,9	35,6	33,2	35,6	34,1	35,5	33,3
2 ^a	33,9	21,3	34,6	21,4	34,7	21,3	34,7	22,7	34,8	22,7	34,5	21,8
3 ^a	34,9	28,2	35,0	28,1	35,2	28,3	35,2	28,4	35,4	28,5	35,1	28,3
4 ^a	34,3	31,3	34,5	31,3	34,6	33,1	34,8	32,7	34,7	31,4	34,5	31,9

Na tabela 5, ambas as temperaturas, tanto a interna quanto externa, permaneceram semelhantes. Na média das temperaturas percebe-se que na 1^a sessão a diferença entre a média da temperatura interna com a média da temperatura externa é razoável comparada com a média das demais sessões onde houve uma considerável diferença. Este atleta apresentou na 2^a e 3^a sessão temperatura corporal externa baixa, supondo que o atleta não conseguiu relaxar durante a contração dos músculos, fato relatado durante a sessão e no questionário de influência da intervenção psicológica (anexo 3). Devido a tal fato só teve 4 sessões de relaxamento e o restante de estabelecimento de metas.

Após tudo que foi visto e levando em consideração o trabalho interdisciplinar tornou-se necessário fazer um levantamento sobre a influência de ambos profissionais durante a reabilitação dos atletas. Baseando-se no questionário de influência profissional (anexo 3 e 4), verificou-se que para este atleta o trabalho interdisciplinar entre psicólogo e fisioterapeuta é interessante e combina. O atleta afirmou que a técnica de visualização lhe ajudou a ter mais autoconfiança e perseverança, mas o atleta afirma que não gostou do relaxamento progressivo, pois não gostou de contrair os músculos, mas o ajudou a aliviar o estresse, o atleta relatou que gostou da técnica de estabelecimento de metas, porque o ajudou a estabelecer um tempo de recuperação a médio prazo. A técnica de visualização foi como uma “formula” de motivação a mais para sua recuperação.

O atleta relatou que se sentia tranqüilo e calmo durante as sessões de intervenção psicológica e nas sessões de fisioterapia além de um pouco ansioso sentia-se animado, tranqüilo e calmo. Afirmou ter confiança total no trabalho do fisioterapeuta, assim como também no trabalho da psicóloga. Quando perguntado sobre sua motivação para ambas intervenções o mesmo disse ter uma motivação equilibrada (assinalando na questão o número 8). O atleta sugeriu que as intervenções psicológicas e fisioterápica deveriam ser realizadas ao mesmo tempo.

ATLETA 3

5.3.1 - Perfil psicológico do atleta

Atleta tranqüilo, introspectivo e muito concentrado naquilo que quer conquistar, procurando sempre buscar o equilíbrio entre o bem estar físico e mental.

É um atleta que luta com muita persistência, dedicação e força de vontade para adquirir seu espaço dentro de sua equipe. Quando questionado em relação ao erro diz atuar normalmente, pois sabe do seu potencial e em relação à pressão vê como opiniões construtivas que não o abalem.

Preocupa-se com fatores do tipo: condições inadequadas do campo, dificuldade financeira e familiar, alimentação na concentração e notícias sobre sua atuação, ou seja, todos os fatores ligados diretamente a ele e que possam de uma forma ou de outra estar prejudicando sua atuação em campo.

Não apresenta um nível elevado de ansiedade, pelo contrário sabe controlar muito bem suas emoções, em campo é muito positivo, entusiasmado e motivado e estas características fazem dele um atleta forte e perseverante.

Seu maior objetivo na sua profissão é a felicidade e o sucesso, isto agregado a um trabalho sério e investindo nele, juntamente com suas características primordiais como a humildade, o companheirismo, a família - sua base, e a competência, que o fazem e o ajudam a chegar onde ele quer.

5.3.1 Anamnese da lesão

Lesionou-se no dia 24/03/2003 durante um treino em Florianópolis, o treino em questão estava sendo realizado em um campo perto do estádio que não pertence ao clube, com condições consideradas limitadas, pois o gramado era um pouco irregular, isto segundo o próprio atleta e o departamento médico do clube. A lesão ocorreu visto que o atleta estava correndo em uma direção com a bola quando seu pé deslizou e travou no chão deixando com que seu corpo caísse todo sobre o joelho, ocorrendo assim uma torção no joelho direito.

É um mecanismo indireto com trauma torcional, que é quando o corpo gira para o lado oposto ao pé de apoio, realizando assim uma rotação externa do membro inferior e este movimento forçado sob carga do peso do corpo determina a lesão (Nabarrete, 1999). Deste modo ocorreu a lesão do ligamento do cruzado anterior (LCA) sendo que este ligamento é um dos 4 grandes ligamentos que fazem parte do joelho e estes ligamentos são divididos em 2 grupos os periféricos que são formados pelos ligamentos medial e lateral, e os centrais que são formados pelo cruzado anterior e pelo cruzado posterior (Schwartzmann, 2003).

É importante ressaltar que os ligamentos estabilizam a articulação, atuando assim como amortecedores das cartilagens que envolvem o joelho absorvendo impactos e choques (Nabarrete, 1999). O LCA é um dos mais importantes, quando se fala em estabilidade, pois este ligamento tem sua origem na face posterior e medial do côndilo lateral do fêmur e sua inserção tibial localiza-se ântero-lateralmente à espinha tibial posterior. O LCA é responsável basicamente por 85% da estabilidade da tibia. As lesões no ligamento cruzado anterior possuem uma incidência considerável no âmbito esportivo, pois 70% das lesões de LCA ocorrem no esporte mais precisamente no futebol e no esqui alpino (Schwartzmann, 2003). Esta lesão que ocorre principalmente em atletas se dá quando a força que está sendo colocada no movimento é superior a amplitude normal do movimento. A desaceleração, também, é uma das principais responsáveis pelo intenso número de lesões no ligamento cruzado anterior (Nabarrete, 1999).

De acordo com Schwartzmann (2003) nas lesões ligamentares existem 3 graus de lesões que podem ser: - grau I (tipo leve, com edema e sensibilidade no local, com rompimento parcial de algum ligamento, sem perda funcional); - grau II (moderada, com rompimento dos ligamentos, causando instabilidade na articulação); - grau III: lesões graves, ocorrendo rompimento completo dos ligamentos.

A lesão deste atleta se enquadra no grau III, pois o mesmo teve rompimento completo do ligamento. O diagnóstico clínico é realizado para determinar o tipo de lesão, a gravidade da lesão e sua intensidade, através de uma inspeção estática, avaliando o trofismo muscular, o volume do joelho, entre outros fatores, que podem ser chamados de exames de frouxidão.

Neste momento são realizados vários testes com o atleta para verificar com maior eficácia o tipo de lesão. Este diagnóstico é realizado através de palpação para achar os pontos dolorosos da periferia ligamentar e, um diagnóstico através de imagem que é extremamente importante. Os exames mais comuns, neste caso, são a Ressonância Magnética e o Raio-X (Nabarrete, 1999; Schwartsmann, 2003). Após um diagnóstico adequado e preciso é realizado o processo de tratamento, que neste caso constitui-se de tratamento fisioterápico (anexo 12) antes do processo cirúrgico até cessar o processo inflamatório para só assim ir para cirurgia. O processo fisioterápico foi retomado aproximadamente 2 dias após a cirurgia.

Após o processo cirúrgico o atleta permaneceu com imobilização removível, para que fosse possível a realização da fisioterapia. A reabilitação fisioterápica utiliza meios físicos e exercícios terapêuticos específicos para determinado tipo de lesão ligamentar. O principal objetivo desta reabilitação é melhorar a função muscular, amplitude dos movimentos e os reflexos tentando evitar novas torções (Schwartsmann, 2003). A reabilitação para este tipo de lesão do LCA, conduz a recuperação dos valores de força nos diferentes grupos musculares (Esper, 2002). As principais atividades que compõem a reabilitação da lesão do LCA são basicamente: a mobilidade; a marcha; o treinamento de força; treinamento da sensibilidade proprioceptiva; o treinamento do sistema aeróbico e anaeróbico; a prática do esporte (reabilitação completa) e os testes de controle (Paús & Esper, 1998).

No momento da lesão foi atendido pelo massagista do clube que lhe colocou uma bolsa de gelo convencional e 1 hora após a lesão já estava no departamento médico do clube onde lhe receitaram os medicamentos. Após o exame médico e detectada a lesão do LCA do joelho direito, sem é claro ter certeza do grau da lesão, pois para isto eram necessários exames mais complexos como raio-X e uma ressonância magnética, o qual foram solicitadas pelo médico do clube, o atleta iniciou a fisioterapia, para tratamento conservador. Logo que saiu os resultados dos exames, o que não demorou muito no caso deste atleta, foi feita toda preparação para cirurgia, ou seja, em fisioterapia eram feitos exercício para fortalecer a musculatura para a cirurgia, como o fortalecimento dos extensores do joelho isometricamente. A cirurgia foi realizada cerca de 1 mês após a lesão.

Após a lesão e antes do processo cirúrgico o atleta tomou medicamento antiinflamatório, mas apenas no dia da lesão, depois o atleta ficou sem medicamentos até o processo cirúrgico. Após a cirurgia o atleta iniciou o tratamento com os seguintes medicamentos: durante 10 dias tomou Flotac 70 mg, com ação antiinflamatória e posologia de 12 em 12 horas, o Dorflex de 8 em 8 horas com ação analgésica e relaxante muscular e o Keflex com ação antibiótica e posologia de 6 em 6 horas todas durante o mesmo período. Os medicamentos antiinflamatórios são de extrema importância para os atletas durante este processo pré e pós-cirúrgico (anexo 9).

O atleta após a cirurgia ficou em tratamento fisioterápico durante 6 meses e 5 dias, consistia em um programa de reabilitação chamado agressivo acelerado, para atletas que incluem ganho na ADM, força e reforço muscular. O tempo previsto de recuperação para este tipo de lesão é de 6 a 8 meses e em não atletas de 9 a 12 meses. É necessário salientar, que este atleta teve complicações em sua recuperação durante aproximadamente 2 semanas, devido a uma Sinovite (inflamação na estrutura interna do joelho).

Foi necessário que o atleta submete-se a uma punção onde se retirou 20ml de exudato sanguinolento, popularmente chamado de água no joelho. O atleta não pode fazer todo o tratamento fisioterápico, fazendo apenas o gelo, chamada frio terapêutico.

Este atleta iniciou o acompanhamento com a psicóloga 2 dias após iniciar o tratamento fisioterápico. Quando liberado do departamento médico foi para o treino com o preparador físico para só depois voltar a treinar com seu grupo no treinamento com bola.

Este atleta, iniciou a jogar futebol de salão aos 8 anos, 2 vezes por semana e aos 13 anos iniciou no futebol de campo o qual treinava todos os dias. Durante este período pelo qual está dedicando ao futebol o atleta passou por uma cirurgia de apêndice aos 12 anos. O atleta relata que correu tudo bem durante a cirurgia e sua recuperação.

Antes desta lesão o atleta sentia-se tranquilo, não estava agoniado nem apreensivo, mas salienta que fisicamente estava 3kg acima do peso e que não estava se sentindo tão bem fisicamente. Sentia-se muito cansado e com dores nas costas, mas não eram intensas. O atleta relata que no dia em que se lesionou ele já estava treinando físico há três semanas, mas que o treino não estava forte.

No momento da lesão o atleta afirma ter ficado um pouco preocupado, pois ele não estava jogando em sua posição que é zagueiro e sim como volante e principalmente com sua condição naquele momento pois não sabia o que tinha ocorrido exatamente e quanto tempo ficaria em recuperação. Diz não ter ficado com raiva nem medo. Naquele momento o atleta estava bem com ele mesmo e afirmando estar tudo dentro de suas expectativas, mas que no âmbito profissional não estava se sentindo muito bem por estar fora de sua posição, mas que espera ter uma vaga no júnior após sua recuperação e ser visto pelo profissional. O atleta mora com seus pais e mais 2 irmãos mais velhos tendo uma boa relação com todos de sua família e que em casa há um ótimo diálogo.

5.3.2 Procedimento psicológico

O primeiro contato do atleta com a psicóloga foi 2 dias após a lesão, realizada uma conversa para que fosse possível obter maiores informações sobre o momento da lesão, o qual foi relatada anteriormente. Ainda nesta sessão foi realizada a aplicação dos testes de ansiedade (IDATE) e estresse (STRESS ADULTO). No momento da aplicação do teste o atleta sentia-se bastante preocupado, confuso, ansioso, apresentando uma baixa da sua autoconfiança e segurança, não sentia-se à vontade em relação a lesão e por não saber a gravidade da mesma, estes dados foram obtidos através do teste IDATE. Segundo os resultados do teste de ansiedade IDATE, durante os primeiros momentos após a lesão o atleta estava muito mais introvertido, fechado, triste e preocupado, as vezes até um pouco pessimista em relação a sua situação atual. O atleta não apresentava índices de estresse, mas alguns sintomas de estresse físico, devido ao cansaço que estava sentindo e pelos treinamentos das semanas anteriores.

No período da cirurgia antes e depois foram aplicados os testes e neste determinado momento o atleta encontrava-se ansioso, preocupado, tenso e um pouco nervoso. Um dia antes da cirurgia ele estava bastante seguro e confiante o que não apresentava dois dias após o processo cirúrgico. Antes e após a cirurgia o atleta apresentava alguns sintomas de estresse encontrando-se na fase de alerta. Com o decorrer do tempo começou a se recuperar tanto física quanto emocionalmente, não apresentando mais sintomas de ansiedade-estado nem estresse, mas sim um aumento na sua auto-confiança, segurança e motivação. Estes resultados foram obtidos através dos testes, aplicadas em todas as fases de sua reabilitação.

Durante o período de reabilitação o atleta obteve acompanhamento psicológico e estes foram feitos em 32 atendimentos no total, sendo divididos em antes e depois da cirurgia. Antes do processo cirúrgico foram realizadas 11 sessões sendo 2 de testes e conversas e 10 de aplicação de técnicas de relaxamento progressivo, visualização e respiração profunda, os testes foram aplicados 2 dias após sua lesão e 1 dia antes da cirurgia.

Após o processo cirúrgico ocorreram 20 sessões subdividas em 3 sessões de testes, 7 sessões de aplicação de técnicas de relaxamento progressivo, visualização e respiração profunda e mais 10 sessões de estabelecimento de metas e conversas. Sempre no início das sessões o atleta relatava um breve resumo de como ele estava se sentindo naquele dia e como estava sua recuperação na fisioterapia. Com base no resumo relatado pelo próprio atleta elaborava-se a visualização a qual era narrada ao atleta na sessão de relaxamento progressivo.

As sessões de relaxamento progressivo eram divididas em 2 fases, inicialmente o atleta contraía a parte do corpo que era dita no momento, por cerca de 10seg, passado este tempo o atleta poderia relaxar o membro do corpo que estava sendo contraído, este procedimento era realizado 4 vezes com cada parte do corpo que não estava lesionada e 3 vezes com a parte lesionada. Tal procedimento era feito na primeira fase do relaxamento, sendo que na segunda fase o tempo de contração era o mesmo.

A freqüência desta fase era modificada da seguinte forma: 3 vezes para as partes não lesionadas e 1 vez para parte lesionada, assim para não forçar demais a parte lesionada. Este procedimento das fases de relaxamento foram feitos com a colaboração do fisioterapeuta que ao avaliar o atleta sabia dizer se esta freqüência forçaria ou não a parte lesionada.

Com este atleta houve alguns dias que não se pode fazer as sessões de relaxamento devido a complicações em sua reabilitação, além disto neste caso, nas primeiras sessões de relaxamento após a lesão e logo após a cirurgia, foi necessário diminuir as contrações no joelho lesionado devido ao grau da lesão e para não forçar demais o joelho. Assim nas primeiras sessões o atleta contrai 4 vezes as partes não lesionadas e 2 vezes o joelho lesionado. Entre as sessões de relaxamento Fazia-se a visualização e a técnica de respiração profunda aplicada, antes e no fim de iniciar a sessão de relaxamento.

No quadro 3, verifica-se as partes do corpo que foram trabalhadas em cada sessão. este atleta obteve mais intervenções de técnicas psicológicas do que os demais, devido sua lesão ser mais complicada e grave que as outras. No quadro abaixo mostra as 10 primeiras sessões realizadas antes do processo cirúrgico e as outras 7 após este processo.

Quadro 3: Procedimento da Técnica de relaxamento progressivo (atleta 3).

Sessões	Pernas	Joelho Lesionado	Braços	Pé	Quadril	PESCOÇO	Abdômen	Costas	Face
1º dia		X	X		X			X	
2º dia		X		X		X			X
3º dia	X	X			X		X		
4º dia	X	X	X	X					
5º dia		X					X	X	X
6º dia		X	X	X	X				
7º dia	X	X					X		X
8º dia	X	X	X					X	
9º dia		X			X	X			X
10º dia		X	X	X			X		
11º dia		X		X	X				X
12º dia	X	X				X		X	
13º dia		X	X					X	X
14º dia		X			X		X		X
15º dia	X	X	X					X	
16º dia		X		X		X			X
17º dia		X	X				X	X	

A técnica de visualização baseava-se nas informações trazidas pelo atleta no dia da intervenção, no momento em que a psicóloga pedia que o atleta fizesse um breve resumo de como ele estava se sentindo e o que ele estava fazendo na fisioterapia, e principalmente pelos dados obtidos através de conversas periódicas com o fisioterapeuta. No caso deste atleta, em específico, a visualização era feita em torno da fase de sua reabilitação pelo qual o atleta estava passando antes e após o processo cirúrgico, incluindo é claro os processos fisioterápicos, principalmente para minimizar a ansiedade e o nervosismo causados pela preocupação demasiada deste atleta devido a gravidade de sua lesão. Em determinadas situações durante sua recuperação o atleta ficava um pouco pessimista.

Quando o atleta relatava que estava sentindo muita dor, a visualização era realizada para minimizar a dor, sempre procurando abordar pensamentos, atitudes e características positivas, o que acabava fortalecendo e minimizando, também, os pensamentos negativos.

Para realização do relaxamento progressivo e para delimitar as partes do corpo que seriam contraídas, perguntava-se para o atleta se ele estava sentindo alguma dor ou algum incômodo no corpo naquele momento e verificava-se as preferências do atleta através de seu perfil psicológico. No caso deste atleta o relaxamento teve que ser modificado nas primeiras sessões logo após sua lesão e nas 2 sessões após o processo cirúrgico, para não forçar demais a região lesionada e porque o atleta estava sentindo dor naqueles momentos.

Deste modo, as técnicas de relaxamento eram feitas da seguinte maneira: 4 vezes para as partes saudáveis e 2 vezes para a região lesionada, para depois voltar ao procedimento estabelecido para os 3 casos desta pesquisa, que seria contrair 4 vezes as partes não lesionadas e 3 vezes a região lesionada. Após cada sessão o atleta relatava como sentiu - se durante a sessão de intervenção. Estes relatos eram feitos através do questionário de eficácia da técnica (anexo 7) e de relatos verbais, alguns destes relatos:

“Não tive nenhuma dificuldade em realizar a sessão. Consegui manter a tranquilidade”
(após a 1ª sessão antes da cirurgia – relato através do questionário).

“Antes de começar a sessão estava mais ansioso com a cirurgia e com a recuperação, mas agora sei que vou ter muito sucesso na recuperação” (após a última sessão antes da cirurgia – relato verbal).

“Emocionalmente estou bem, esperançoso e ansioso para poder voltar a treinar e jogar. To motivado e acreditando que vou voltar a jogar normalmente” (relato verbal na sessão 4 meses após a cirurgia).

“Estou bem motivado, confiante me senti bem emocionalmente durante o treino”
(relato verbal na última sessão antes do 2º dia de treinamento).

Em cada sessão de aplicação da técnica de relaxamento progressivo, visualização e respiração profunda, aferia-se a pressão arterial do atleta: antes do repouso, no início da sessão de aplicação da técnica, após o repouso e após o relaxamento. Na mesma sessão era verificada a temperatura corporal externa (dedo) e interna (ouvido): antes do repouso, no início do relaxamento, em 5 minutos de relaxamento, em 10 minutos de relaxamento e ao final da sessão. Nas sessões de estabelecimento de metas e conversas periódicas sobre sua reabilitação não era aferida a pressão artéria e nem verificadas as temperaturas internas e externas.

Na tabela 6, os valores da pressão arterial e da pulsação em cada momento da sessão e em cada dia, e o mesmo feito com a temperatura corporal, sendo que as 10 primeiras sessões foram realizadas antes da cirurgia e as 7 últimas após o processo cirúrgico.

Tabela 6: Resultado da avaliação da pressão arterial no momento das sessões (atleta 3).

Sessões	PA antes do repouso	PA após o repouso	PA após o relaxamento
1 ^a	120/70	120/60	120/70
2 ^a	120/70	120/70	120/70
3 ^a	120/70	110/60	110/60
4 ^a	110/70	110/60	110/70
5 ^a	100/50	110/70	110/60
6 ^a	120/70	100/60	100/60
7 ^a	110/70	120/60	110/60
8 ^a	120/80	110/70	120/80
9 ^a	11/60	120/80	110/70
10 ^a	110/60	110/70	100/70
11 ^a	90/70	100/60	100/70
12 ^a	120/70	110/70	120/80
13 ^a	90/33	120/70	130/80
14 ^a	130/70	100/50	100/60
15 ^a	110/70	120/70	110/60
16 ^a	110/60	110/60	120/80
17 ^a	110/60	100/70	100/60

Percebe-se na tabela 6, que na 1^a, 2^a, 5^a, 6^a, 7^a, 8^a, 9^a, 10^a, 11^a, 13^a e 16^a sessão a pressão arterial antes do repouso permaneceu praticamente a mesma. Após o repouso alterou apenas a pressão diastólica. Já na 3^a, 4^a, 5^a e 17^a sessão a pressão arterial diminuiu após o repouso, e na 12^a e 14^a sessões a pressão arterial aumentou. Com estes dados verificou-se que o atleta permaneceu sem maiores alterações na pressão arterial durante 2 fases antes do repouso e após o repouso, alternando em poucas sessões. Comparando os valores da pressão arterial após o repouso com os valores após o relaxamento, percebeu-se nas sessões 1, 2, 3, 4, 5, 6, 11, 14 e 17 que a pressão permaneceu a mesma, ao contrário da sessões 7, 9, 10 e 15 em que a pressão diminuiu e nas sessões 8, 12, 13 e 16 aumentou.

Em 2 sessões o atleta dormiu (1 a 2 min) durante a visualização, acordando sem estímulo algum, o que não prejudicou a intervenção. Segundo o fisioterapeuta neste mesmo dia na fisioterapia o atleta havia trabalhado muito e possivelmente estaria muito cansado.

Na tabela 7, visualiza-se os valores da temperatura corporal, durante o processo da aplicação da técnica de relaxamento progressivo seguida da visualização e de respiração profunda. As 10 primeiras sessões realizadas antes da cirurgia e as outras 7 após a cirurgia.

Tabela 7: Temperatura corporal (TC) interna (ouvido) e externa (dedo) do atleta 3.

Sessões	TC antes do repouso		TC início do relaxamento		TC 5min de relaxamento		TC 10min de relaxamento		TC final da sessão		Média das temperaturas	
	Int.	Ext.	Int.	Ext.	Int.	Ext.	Int.	Ext.	Int.	Ext.	Int.	Ext.
1 ^a	33,8	28,0	33,5	31,7	33,9	29,8	33,7	29,8	33,4	29,0	33,6	29,6
2 ^a	34,0	29,2	35,7	32,9	33,5	33,5	33,6	34,4	33,0	33,8	33,9	32,7
3 ^a	33,5	27,3	33,4	35,6	33,6	31,1	33,8	35,9	33,6	35,2	33,5	33,0
4 ^a	31,5	30,2	30,8	32,0	31,8	33,1	32,1	32,9	32,4	32,3	31,7	32,1
5 ^a	31,7	29,0	32,9	35,3	32,4	34,0	31,8	34,2	32,9	28,5	32,3	32,2
6 ^a	31,7	30,7	33,9	32,7	33,3	35,0	34,2	34,6	34,4	34,3	33,5	27,3
7 ^a	35,5	31,6	35,4	32,2	35,9	33,4	36,0	33,8	34,2	33,9	35,4	32,9
8 ^a	34,0	30,7	35,7	34,2	36,2	33,7	36,0	34,4	34,6	32,9	35,3	33,1
9 ^a	35,3	34,5	36,2	35,2	36,0	34,8	35,8	34,7	35,6	35,0	35,7	34,8
10 ^a	34,6	34,6	34,1	35,6	34,7	35,9	33,9	35,6	34,7	34,1	34,4	35,1
11 ^a	31,1	23,1	31,5	32,6	31,7	33,8	31,9	31,3	32,2	31,0	31,6	30,3
12 ^a	29,5	21,3	35,5	33,7	35,5	34,2	35,4	33,9	35,6	32,5	34,5	31,1
13 ^a	34,9	30,9	34,8	34,1	35,0	35,0	35,1	33,7	35,5	32,6	35,0	33,2
14 ^a	34,8	24,4	33,9	21,3	33,9	21,3	33,9	21,3	33,9	21,3	33,9	21,3
15 ^a	34,9	28,2	34,9	33,9	35,5	35,0	35,5	34,6	35,5	34,4	35,1	33,1
16 ^a	34,8	29,3	34,5	33,8	35,0	31,5	34,7	31,5	34,2	29,5	34,6	31,1
17 ^a	34,4	31,8	34,5	32,0	34,9	33,8	34,8	32,2	34,9	32,9	34,7	32,5

Na tabela 7, observam-se sessões onde a temperatura externa antes do repouso, ficaram abaixo de 30°C salientando que minutos antes de verificar a temperatura o atleta colocava ambas as mãos na bolsa de gelo, para colocá-la no local da lesão. Deste modo isto pode ter acarretado a baixa temperatura externa, uma vez que no decorrer das sessões esta temperatura aumentou. Das 17 sessões, 9 delas iniciaram abaixo de 30°C (sessões: 1, 2, 3, 5, 11, 12, 14, 15 e 16) as demais iniciaram acima da temperatura base (30°C).

No início do relaxamento, após o repouso todas as temperaturas externas estavam

acima de 30°C e as temperaturas internas encontravam-se acima de 30,8°C. Aos 5 e aos 10 minutos de relaxamento as temperaturas interna e externa estavam acima de 30°C, exceto na 1ª sessão que a temperatura externa estava 29,8°C nas duas fases. Na última fase, no final do relaxamento a temperatura estavam acima da temperatura base com exceção da 1ª (29°C), 5ª (28,5°C) e 16ª (29,5°C) sessão que as temperaturas externas encontravam-se abaixo de 30°C.

Ao observar as médias das sessões, verifica-se que a média da temperatura interna ficou acima de 31,6°C e a média da temperatura externa ficou acima de 31,1°C, exceto na 1ª e na 6ª sessão que ficaram 29,6°C e 27,3°C respectivamente.

Considerando o trabalho interdisciplinar e a influência de ambos profissionais durante a reabilitação dos atletas, baseando-se no questionário de influência profissional (anexo 3 e 4), considera-se o trabalho interdisciplinar entre psicólogo e fisioterapeuta “foi bom”, isto segundo o atleta, pois ajudou no controle da ansiedade para não “atropelar” as etapas do tratamento. Este atleta relatou que as técnicas utilizadas para auxiliar na sua reabilitação o ajudaram a ficar tranquilo, pois ele pensava que podia alcançar a melhora através das visualizações e que o controle da ansiedade adquirido com o auxílio do relaxamento. O atleta disse sempre ter conseguido alcançar as metas pré-estabelecidas por ele, pois ele as visualizava como um objetivo e trabalhava para alcançá-las.

Ao falar sobre a influência das técnicas psicológicas nas sessões de fisioterapia, o atleta afirmou que a técnica de relaxamento era importante para que ele controlasse a ansiedade. As visualizações ajudavam na sua autoconfiança e a técnica de estabelecimento de metas o ajudaram a atingir suas expectativas. O atleta relatou que sentia-se tranquilo e calmo durante as sessões de intervenção psicológica e nas sessões de fisioterapia animado e ansioso. Assim afirmou ter confiança plena no trabalho do fisioterapeuta e uma boa confiança no trabalho da psicóloga.

DISCUSSÃO

Através dos dados coletados, torna-se necessário fazer uma análise de todos os aspectos citados, que estão em torno da reabilitação de atletas lesionados. O atleta, durante todo o processo de reabilitação da lesão, passa por várias situações que podemos considerar delicadas, exposto a sensações e sentimentos negativos que podem prejudicar seu tratamento. Verificou-se que o trabalho interdisciplinar, entre psicólogo e fisioterapeuta, através de uma intervenção psicológica, é de suma importância para a melhor recuperação do atleta durante este período.

Contudo, pode-se basear esta análise nos estudos de Smith (1996) sugerindo que muitas alterações emocionais são freqüentes em atletas lesionados. Entre estas alterações o autor identificou raiva, inconformação, medo, insegurança e frustração, que são resultantes de ameaças internas e externas que o atleta passa durante a lesão.

Este autor aponta como um fator de extrema importância o envolvimento de toda a equipe técnica, para que haja uma eficiente recuperação do atleta lesionado. Por este motivo relata como primordial o envolvimento de médicos, fisioterapeutas, psicólogos, treinadores e outros profissionais inseridos neste processo e que todos juntos possam fazer uma avaliação abordando estratégias de recuperação para o atleta.

O presente estudo teve por objetivo a intervenção psicológica durante todo o processo de reabilitação do atleta lesionado foi realizado através de técnicas psicológicas como o relaxamento progressivo, visualização, respiração profunda e estabelecimento de metas. Percebeu-se nos três estudos de caso deste trabalho, que as intervenções psicológicas estavam sistematizada mas, devido ao tempo de recuperação de cada um, o perfil de cada atleta, os hábitos, e outras características que foram variáveis para que a intervenção fosse se moldando conforme o atleta e sua reabilitação.

De acordo com Marcos (2002) pode-se treinar os jogadores com qualquer tipo de técnica psicológica como o relaxamento progressivo e técnicas de respiração profunda, só que o mais importante é que o atleta domine a técnica. Este é um fator que estabelece a semelhança deste trabalho com as conclusões de Marcos (2002). Nos resultados verificamos tanto pelos valores de pressão arterial quanto pela temperatura e, principalmente, pelos relatos de todos os atletas que todos obtiveram um êxito no nível de relaxamento.

Este relaxamento responde os objetivos da intervenção, o qual foi de minimizar a ansiedade e controlar o grau de estresse. Apesar do atleta 2 relatar sua insatisfação de contrair os músculos, demonstrou ter relaxado e controlado sua ansiedade, na fisioterapia.

As intervenções psicológicas não foram apenas para aplicação de técnicas, mas para aplicação dos testes IDATE que analisa o grau de ansiedade e o STRESS ADULTO que verifica o grau de estresse. Desta forma foi possível controlar tais variáveis como ansiedade e o estresse durante toda a reabilitação dos atletas. Através desta investigação citada acima que nos possibilitou apenas um índice um pouco mais elevado de estresse, como foi o caso do atleta 3 onde o mesmo apresentou antes e após o processo cirúrgico um nível elevado de ansiedade e de estresse na fase de alerta. Este foi um dos motivos primordiais de se realizar mais 5 intervenções com relaxamento após a cirurgia, apenas com o atleta 3. Assim observamos que esta intervenção atingiu o objetivo de minimizar a ansiedade e a fase de estresse que tal atleta estava apresentando. Nos demais casos foram apresentados apenas uma pequena alteração no nível de ansiedade, que pode ser considerada como favorável, pois coloca o indivíduo em alerta, preparando-o para determinadas situações.

No estudo de Hough & Kleinginna (2002), realizado com pacientes com danos na coluna vertebral, mais precisamente danos nos feixes de nervos da espinha dorsal, constataram que a habilidade de usar o relaxamento é geralmente aceita como uma vocação em lidar com condições médicas, doenças e estresse. As intervenções com relaxamento foram utilizadas com indivíduos com danos nos feixes de nervos da espinha dorsal, para melhorar a convivência e adaptação ao dano e reduzir a dor. Neste estudo eles usavam a monitoria do relaxamento de uma (1) a três (3) vezes por semana para garantir ensaios suficientes com o intuito de avaliar a efetividade da prática. Cada indivíduo que participou deste estudo foi capaz de participar ativamente no tratamento por relaxamento e cada um apresentou aumento na motivação de utilizar estratégias consistentes.

Esta pesquisa se assemelha com a de Hough & Kleinginna (2002), visto nos resultados dos estudos de caso, a técnica de relaxamento progressivo seguida de visualização e respiração profunda, começou a ser realizada 3 vezes por semana, reduzida gradualmente devido a recuperação de cada um, como foi o caso do atleta 3. Outro fator semelhante com tal estudo foi nas respostas do questionário de influência dos profissionais onde os dois atletas (2 e 3) relataram que a técnica de relaxamento ajudou a diminuir a ansiedade e a aliviar o estresse.

Durante a técnica de relaxamento progressivo foi incluída a técnica de visualização, com o objetivo de fazer com que os atletas visualizassem todas as fases do tratamento, respeitando, é claro, o momento pelo qual o indivíduo se encontrava.

Como, também, é reforçado no questionário de influência profissional, verificou-se que todos os atletas relataram que esta técnica os motivou, os ajudou a “limpar” a mente nas sessões de fisioterapia, e que lhe transmitia mais autoconfiança e perseverança.

Segundo Eberspächer (citado em Samulski, 2002), existem quatro requisitos para a implantação de um programa: o atleta deve buscar um estado de relaxamento; as habilidades a serem visualizadas devem ter sido previamente experimentadas; o movimento que será mentalizado deve estar dentro das possibilidades do atleta; e a visualização funciona quando a pessoa vivência profundamente a atividade. Esta pesquisa está de acordo com estes requisitos, pois tudo o que os atletas visualizavam na intervenção eles estavam executando na fisioterapia e estes movimentos estavam dentro das possibilidades de cada atleta, respeitando sempre sua reabilitação e seus limites devido a sua lesão.

Outra técnica muito utilizada nesta intervenção foi o estabelecimento de metas. Para o atleta 2 este recurso foi fundamental, conforme seus relatos o atleta afirmou não sentir-se bem ao contrair os músculos no relaxamento, preferindo conversar e estabelecer objetivos para sua reabilitação. Considerando que o atleta ficou muito tempo aguardando o resultado de seus exames para verificar a necessidade de cirurgia. O atleta entrou em processo de expectativa intensa e que nos leva a supor que as conversas aliviavam tais expectativas. Nos 3 casos verificou-se que o estabelecimento de metas foi fundamental para estes atletas, pois era o momento em que podiam refletir mais sobre sua recuperação e cada novo dia traçar novos objetivos e desafios para se superarem, trazendo, mais motivação para a reabilitação.

No estudo feito por Sánchez & Rodríguez (2003), o estabelecimento de metas beneficiou o rendimento mediante 4 fatores que contribuíram para o processo de motivação do atleta: um programa de metas que atrai a atenção do atleta; uma técnica que tem um papel ativador para que o atleta adquira esforços necessários; aumento da persistência do estímulo da criatividade impulsionando a selecionar os problemas que possam prejudicar a atingir a meta.

Assim, verificamos que esta técnica na reabilitação de atletas lesionados, faz o atleta refletir, o motivo pelo qual quer alcançar aquilo que planejou para sua recuperação. Esta é uma técnica importante e que deve fazer parte da intervenção psicológica, principalmente na reabilitação de atletas lesionados.

A intervenção psicológica neste estudo foi toda realizada em cima de um trabalho interdisciplinar entre o psicólogo e o fisioterapeuta, para que ambas atingissem um nível elevado para sua melhor recuperação. Percebeu-se que esta interdisciplinaridade foi fundamental para a intervenção psicológica, pois tal prática era toda elaborada em conjunto entre os dois profissionais, e assim, possível abordar nas aplicações das técnicas, todo o momento em que o atleta estava passando na fisioterapia com seus progressos, complicações, sentimentos e expectativas e desta forma unir os dois tratamentos.

Na área hospitalar e escolar o trabalho interdisciplinar é o centro de muitas pesquisas, mas o mesmo ainda não ocorre no esporte. Pesquisas envolvendo o trabalho interdisciplinar são muito raras, ainda mais quando se trata de reabilitação de atletas lesionados.

A intervenção, como as aplicadas nesta pesquisa já foram alvos de outros estudos como os de Hough & Kleinginna (2002) que realizaram uma pesquisa com seis indivíduos, que receberam serviços de intervenção psicológica em uma unidade de tratamento para pacientes com danos nos feixes de nervos da espinha dorsal. Este acompanhamento psicológico feito juntamente com consultas de uma equipe interdisciplinar que foram usados para desenvolver protocolos de relaxamento. Esta pesquisa se assemelha muito com o estudo destes autores, pois foram realizados estudos de caso sobre cada intervenção com cada paciente e respeitando acima de tudo as preferências, o perfil e os hábitos de cada indivíduo inserido na pesquisa.

Já nos estudos de Nair Sivaraman & Wade (2003) encontraram uma importância muito grande no trabalho interdisciplinar entre profissionais da área da saúde. A pesquisa foi realizada no centro de reabilitação Rivermead, Oxford, com pacientes com lesões cerebrais que receberam a reabilitação interdisciplinar. Esta intervenção consistia nas atividades de uma equipe de profissionais de reabilitação que trabalham por um objetivo em comum. Eles concluíram que houve uma satisfação geral por parte dos componentes da equipe para o trabalho de reabilitação interdisciplinar, sendo que esta pesquisa de satisfação foi realizada apenas com os participantes da equipe e não com familiares e pacientes.

Este estudo em questão difere dos anteriores, pois foi realizada uma pesquisa sobre a influência do trabalho interdisciplinar, com o objetivo de verificar a aceitação dos atletas lesionados por este tipo de trabalho e verificar se há influência destes profissionais na recuperação destes atletas, o que se torna primordial uma vez que não foi ainda realizado nenhum estudo deste tipo.

Assim, percebeu-se que os três atletas apontaram uma confiança total no trabalho do fisioterapeuta e dois dos três atletas, em uma escala de zero a dez, atribuíram oito para confiança ao trabalho da psicóloga. O que se pode considerar uma confiança moderada, e apenas um dos atletas atribuiu confiança total.

Considerando estes resultados deve-se salientar que o atleta 1 atribui confiança total ao trabalho da psicóloga é o atleta que está a mais tempo no clube. E que é uma pessoa extrovertida de fácil acesso e possui mais contato com tal profissional. Vale salientar que este atleta nunca havia feito um trabalho individual com a psicóloga, salvo as situações de grupo. O atleta 3 que atribui confiança moderada também está a mais tempo no clube, só que ao contrário do anterior é uma pessoa mais fechada, introvertida e mais cautelosa o que faz com que o processo de vínculo se torne um pouco mais devagar.

Este atleta já tinha contato com a psicóloga, mas também apenas em grupo e nunca em intervenção individual. O atleta 2 que atribuiu confiança moderada difere dos demais, pois estava há pouco tempo no clube e era o único dos três que estava na equipe profissional onde a psicóloga não possuía muito contato. Deve-se levantar um aspecto de suma importância que provavelmente foi o que influenciou a diferença entre a confiança no trabalho da psicóloga e no trabalho do fisioterapeuta que é a questão de gênero, um ser mulher e o outro homem. No âmbito esportivo, mas especificamente no futebol, existe uma suposta resistência ao trabalho da mulher.

Em relação ao grau de motivação encontramos o mesmo resultado que o grau de confiança, pois os três atletas atribuíram motivação moderada para intervenção psicológica e para intervenção fisioterápica dois atletas atribuíram motivação moderada e um apenas atribuiu motivação total. Neste aspecto deve-se salientar outro fator como o caso de que a fisioterapia possui respostas diárias e concretas, uma vez que a intervenção psicológica necessita de um processo e o resultado demora um pouco mais a aparecer. Outro fato importante, que pode ter influenciado é de que a fisioterapia se torna muito cansativa por trabalhar muito mais do que os treinamentos físicos, técnicos e táticos, e as sessões de intervenção psicológica aconteciam após a fisioterapia.

O que também pode ter influenciado, para tais resultados é o fator personalidade de ambos os profissionais. No caso da psicóloga a mesma mostrou no testes psicológico um escore alto para desejabilidade social e isto pode estar diretamente ligado ao fator dos atletas confiarem e se motivarem ao trabalho da mesma.

Outro dado importante da personalidade desta profissional é o fato de conseguir resolver seus problemas e desafios possuindo assim um baixo escore de afago, que segundo Pasquali, Azevedo & Ghesti (1997) significa que o indivíduo que possui escore alto

neste aspecto espera que seus desejos sejam satisfeitos por alguma pessoa querida e amiga. Assim verificou-se que pelo fato deste escore ter dado baixo na personalidade da psicóloga, esta pode estar passando mais confiança e segurança aos outros.

No caso do fisioterapeuta fatores de sua personalidade também podem ter influenciado na recuperação dos atletas. Este profissional segundo o teste IFP (Pasquali, Azevedo & Ghesti, 1997) realiza suas tarefas com empenho, e autonomia. Mas o fator marcante neste caso é o fisioterapeuta possuir um contato maior com os atletas do que a psicóloga, pois o mesmo está em contato com os atletas em reabilitação seis dias por semana em dois períodos, e já a psicóloga possui contato com tais atletas de duas a três vezes por semana. Estes dados são de grande relevância, pois podem estar favorecendo para a eficácia do trabalho interdisciplinar entre psicólogo e fisioterapeuta.

A maioria dos estudos citados, falam das intervenções psicológicas para atletas lesionados e do trabalho interdisciplinar em outros contextos e raramente no âmbito esportivo. Neste estudo abordou-se a intervenção psicológica e a interdisciplinaridade no contexto esportivo, mas especificamente no futebol, mostrando, também, a importância da influência dos profissionais inseridos no trabalho interdisciplinar, o que não vimos em outros estudos, tornando-se por sua vez primordial.

Neste caso o trabalho interdisciplinar foi realizado apenas com psicólogo e fisioterapeuta pelo fato de serem os profissionais que estão mais próximos destes atletas, o que diferencia dos estudos realizados por Nair Sivaraman & Wade (2003) onde o trabalho interdisciplinar aborda vários profissionais da área da saúde, e do estudo de Hough & Kleinginna (2002) que, também estão inseridos outros profissionais no trabalho interdisciplinar.

Baseando-se no questionário de influência profissional (anexo 3 e 4), verificou-se que o trabalho interdisciplinar entre psicólogo e fisioterapeuta foi positivo e muito importante na opinião dos três atletas, pois segundo eles ajudou no controle da ansiedade, no tempo de recuperação e porque unir os dois tratamentos mente e corpo.

Os atletas relataram que as técnicas utilizadas para auxiliar na reabilitação ajudaram a ficar tranqüilo, aumentando a autoconfiança e perseverança, assim como, aumentar a motivação para o tratamento, isto tanto para o tratamento psicológico como para o fisioterápico.

A partir do que foi discutido sugere-se para futuras pesquisas na área de reabilitação esportiva as seguintes propostas:

- pesquisar sobre a influência de uma equipe multidisciplinar (médico, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, massagista, etc) na recuperação de atletas lesionados;
- implantação de programas de psicologia para a prevenção de lesões;
- investigar a influência dos modelos de personalidade (introvertido / extrovertido) no tempo de recuperação e no modo de recuperação dos atletas lesionados, contextualizando a realidade Brasileira.

CONCLUSÕES

Os dados coletados e observados nesta pesquisa, demonstram que:

- No caso do atleta 1, pode-se constatar a diminuição da ansiedade e conseqüentemente o aumento da autoconfiança, obtendo assim um tempo total de recuperação de 33 dias o que era previsto para 45 dias;

- No caso do atleta 3, apresentou-se uma melhora nos pensamentos os quais foram modificados, e mesmo com complicações em sua recuperação que ausentou o atleta do tratamento por quase duas semanas. Este atleta se recuperou em seis meses o que era o período mínimo previsto para sua recuperação;

- A empatia dos profissionais por parte dos atletas foi positiva;

- Houve satisfação por parte dos atletas no trabalho interdisciplinar entre psicólogo e fisioterapeuta na reabilitação de atletas lesionados;

- A importância da interação entre os dois profissionais para a melhora na recuperação de atletas;

- Nos três estudos de caso constatou-se a diminuição da ansiedade e conseqüentemente o aumento da autoconfiança;

- A pressão arterial e a temperatura corporal não apresentaram grandes alterações;

- O atleta 3 apresentou significativamente uma diminuição nos sintomas de estresse o qual apresentava.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andersen, M., & Williams, J. (1988) A model of stress and athletic injury: prediction and prevention. **Journal of Sport and Exercise Psychology**, 10, 294-306.
- Andersen, M. B. & Williams, J. M. (1993) Psychological risk factors and injury prevention. En J. Heil (Ed), **Psychology of sport injury** . Champions, Illinois, Human Kinetics.
- Andrews, J. R., Harrelson L. G. & Wilk, K. E. (2000) **Reabilitação física das lesões desportivas**. Ed. Guanabara Koogan. 2ª ed. Rio de Janeiro.
- Andrade, L. & Gorenstein C. (1998) Aspectos Gerais das Escalas de Avaliação de Ansiedade. **Revista de Psiquiatria Infantil** (edição internet) vol. 25, n. 6, nov/dez.
- Bajin, B. (1982) An analysis of injuries in amateur sport, in particular women's gymnastics. **Unpublished manuscript**. Ottawa: Canadian Gymnastic Federation.
- Ballone, G. J., Neto, E. P. & Ortolani, I. V. (2002) **Da Emoção à Lesão: um guia de medicina psicossomática**. Barueri: Manole.
- Banaco, R. A. (1997). **Sobre comportamento e cognição: aspectos teóricos e metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista** (org). Santo André – SP: Editora ARBystes.
- Beck, A. & Freeman, A. (1993). **Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade**. Porto Alegre: Artes médicas.
- Becker, B. B. (2000) **Manual de psicologia do esporte e exercício**. Porto Alegre: Novaprova.
- Becker, B. B. & Samulski, D. M. (1998) **Manual de treinamento psicológico para o esporte**.
- Blackwell, B. & Mc Cullagh, P. (1990) The relationship of athletic injury to life stress competitive anxiety and coping resources. **Athletic Training**. 25(1), pp: 25-27.
- Brandão, M. R. F. (2000) Fatores de estresse em jogadores de futebol profissional. **Tese de Doutorado**, UNICAMP. Campinas, SP.
- Brandão, M. R. F; Casal, H. M. V. & González, E. G. (2001) Estrés em jogadores de futebol: uma comparación Brasil & Colômbia. **Revista digital Efdeportes**. Buenos Aires. Ano 7, nº 35.
- Carraveta, E. (2000) A busca de um novo paradigma para organização técnica e funcional do desporto de elevado rendimento. **Revista digital Efdeportes**. Buenos Aires. Ano 5, nº 25.

- Cillo, E. N. P. (2002) Psicologia do Esporte: conceitos aplicados a partir da análise do comportamento. In: A. M. S., Teixeira, M. R. B. Assunção, R. R. Starling, S. S. Castanheira, **Ciência do comportamento – conhecer e avançar**, (pp 119 – 137). Santo André: ESETec.
- Collet, C., Roure, R., Dittmar, A., & Vernet-Maury, E. (2000) L' activité du système nerveux végétatif comme témoin de l'imagerie mentale chez les sportifs, de son role dans la performance et l'apprentissage. **Sciences & sport**, 15, 261 – 263.
- Deecke, L. (1996) Planning, preparation, execution, and imagery of volitional action. In: L. Deecke, W. Lang & A. Berthoz (Orgs.), **Mental representations of motor acts**. (pp. 59 – 64). 3 (2).
- Delitt, M. (org.) **Sobre Comportamento e Cognição: A Prática da Análise do Comportamento e da Terapia Cognitivo-Comportamental**. Cap.40 - O que é a análise comportamental no esporte? (Cristina Tieppo Scala) - USP pág 339
- Driskell, J. Copper, C. & Moran, A. (1994) Does mental practice enhance performance? **Journal of applied psychology**. 79, 4, 481 – 492.
- Ekstrand, J., Gillquist, J., Möller, M., Öberg, B. & Liljedahl, S. T. (1982) Incidence of soccer injuries and their relation to training and team success. **The American Journal of Sport Medicine**. Vol. 11, Nº 2, (pp.62-67).
- Engström, B.; Johansson, C. & Törnkvist, H. (1991) Soccer injuries among elite female players. **The American Journal of Sport Medicine**. Vol. 19, Nº 4, (pp 372 – 375).
- Engstrom, B., Johansson, C., Tornkvist, H., & Forssblad, M. (1990a) Does a major knee injury definitely sideline na elite soccer player? **The American Journal of sport Medicine**, Vol.18.
- Esper, A. (2002) Variaciones de los valores de fuerza muscular en pacientes operados del ligamento cruzado anterior con el transcurso del tiempo. **Revista Digital: Efdeportes**. Buenos Aires, 8, 49.
- Fepsac. (1996). Position statement of Fepsac – “Definition of sport psychology”. In *ISSP Newsletter* – October.
- Fernandes, M. G. (2001) Desenvolvimento de métodos de avaliação da ansiedade e do desempenho em atletas. **Dissertação de Mestrado**, Curso de Pós-Graduação em Neurociências, UFSC. Florianópolis, SC.

- Ferreira, M. E. M. P. (1991a) **Ciência e interdisciplinaridade**. In: Práticas interdisciplinares na escola.
- Ferreira, S. L. (1991b) **Introduzindo a noção de interdisciplinaridade**. In: Práticas interdisciplinares na escola.
- Giscafré, N., Ucha, F. G. (2001) Interdisciplina en la rehabilitación de los deportistas com lesiones de sobreuso. **Revista digital Efdportes**. Buenos Aires. 7, 39.
- Gordon, S., Milios, D. & Grove, R. J. (1991) Psychological aspects of recovery process from sport injury: The perspective of sport physiotherapists. **The Australian Journal of Science and Medicine in Sport**. 23,53-60.
- Gould, D.; Weinberg, R. S. (2001) **Foundations of sport and exercise psychology: study guide**. 2 ed. Miami: Human Kinetics.
- Gouvêa, F. C.; Machado, A. A.; Miotto, A. M. & Paulinetti, A. P. M. (1997) "Stress" e sua interferência na atividade física e esportiva. In: M. A., Buriti (org), **Psicologia do esporte** (pp 135 – 146). Campinas: Acínea.
- Guilhardi, H.J. et al (org.) **Sobre Comportamento e Cognição**. Psicologia do Esporte no Contexto Escolar (João Vicente de Souza Marçal) - IBAC/UNI CEUB pág 175
- Hardy, C. J. & Crace, R. K. (1990) Dealing with injury. **Sport Psychology Training Bulletin**, 1(6), 1-8.
- Hardy, L. (1996) A Test of Catastrophe Models of Anxiety and Performance Againsts multidimensional Anxiety Theory Models using the Method of Dynamic Differences. **Anxiety, Stress and Coping: na International Journal**, 9: 69.
- Harrelson, G. L.; Weber, M. D.; Leaver-Dunn, D. (2000) Uso das Modalidades na Reabilitação. In: J. R. Andrews; L. G. Harrilson; K. E. Wilk (org), **Reabilitação física das lesões desportivas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Harrelson, G. L.; Leaver-Dunn, D. (2000) Introdução à reabilitação. In: J. R. Andrews; L. G. Harrilson; K. E. Wilk (org), **Reabilitação física das lesões esportivas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Heil, J. (1993) Sport and psychology: current practices and future challenges. **Psychology of sport injury**. Champaing: Human kinetics. (pp. 291-295).
- Hernández, M. C. (2002) El establecimiento de las metas en la dirección del equipo desportivo. Aproximaciones a su estudio. **Revista digital Efdportes**. Buenos Aires. 8, 51.

- Hernández, A. V., Blancas, L. M. A. & Villanueva, S. L. (1999) Revisión de 414 casos de lesiones producidas en la práctica del fútbol rápido, su prevención y tratamiento. **Revista Mex Ortop Traum.** México. 13(5): Sep-Oct: (pp. 476-481).
- Hoppenfeld, S., & Murthy, V. L. (2001) **Tratamento e reabilitação de fraturas.**
- Hough, S. & Kleinginna, C. (2002) Individualizing relaxation training in Spinal Cord Injury: Importance of Injury Level and Person Factors. **Rehabilitation Psychology**, Vol. 47, 4, pp: 415-425.
- Jeannerod, M. (1995) Mental imagery en the motor context. **Neuropsychologia**, 33, 11, 1419 – 1432.
- Junior, B. J.; Samulski, D. (1998) **Manual de treinamento psicológico para o esporte.** Porto Alegre: Feevale.
- Kerr, G., Minden, H. (1988). Psychological factors related to the occurrence of athletic injuries. **Journal os sport and Exercise Psychology**, 10, 167-173.
- Lindgren, Hery C. **Ansiedade: a doença do século.** São Paulo: Globo, 1965.
- Lipp, M. N. (2000) **Manual do Iventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp** (ISSL). Casa do Psicólogo. São Paulo, SP.
- Loehr, J. (1991) **Mental toughness training.** Hilton Head, Estados Unidos: United States Professional Tennis Registry.
- Martns, R. (1987) **Coaches guide to sport psychology.** Champaing, Estados Unidos: Human Kinectics Publishers.
- Medina, J.P. (1996) Reflexões sobre a fragmentação do saber esportivo. In Moreira, W. (Org.) **Educação Física & Esportes: Perspectivas para o século XXI.** Campinas: Ed. Papyrus, 1996 pp. 141 -158.
- Mendelsohn, D. C. (1999) Lesiones desportivas: prevención y rehabilitación desde la psicología del deporte. **Revista Digital Efdeportes.** Buenos Aires. 4, 17.
- Mendo, A. H. (2002) La intervención psicológica en las lesiones deportivas. **Revista Digital Efdeportes.** Buenos Aires. 8, 52.
- Miguel, A.; Echegoyen-Monroy, S.; Rodríguez, M. C. & Rodríguez-Nava, R. (1999) **Recolección y registro de lesiones en el fútbol soccer.** Vol 13(5), p.472 – 475.
- Murphy, S. M. (1995) Sport psychology interventions. **Human Kinetics**,_Champaing, II.
- Nabarrete, A. A. (1999) Incidências de lesões no ligamento cruzado anterior. **Monografia** de conclusão de curso de Biologia. Faculdades Integradas de Guarulhos – FIG.

- Nair Sivaraman, K. P. & Wade, D. T (2003) Satisfaction of members of interdisciplinary rehabilitation teams with goal planning meetings. **Arch Phys Med Rehabil**. Vol 84:1710-3.
- Negão, S. (1996) Prevenção de lesões em fisioterapia esportiva: uma experiência prática. **Âmbito Medicina Esportiva**, 2, (pp 07-12).
- Nitsch, J. (1989) Future trends in sport psychology and Sport Ciencias. In: **Proceedings of the 7 th World Congress of Sport Psychology in Singapore**, 7/08-12/08/1989, 200-205.
- Palmeira, A. (1998) Antecedentes Psicológicos de La Lesión Deportiva. **Revista de Psicología Del deporte**. Federación española de Psicología Del deporte. Universitat de l'Îles Illes Balears. Vol.8, nº 1.
- Pasquali, L.; Azevedo, M. M. & Ghesti, I. (1997) **Inventário Fatorial de Personalidade – IFP**: Manual Técnico de aplicação. São Paulo. Casa do Psicólogo.
- Paus, V. & Esper, A. (1998) La periodizacion y la planificacion em la rehabilitacion Del ligamento cruzado anterior. **Revista digital: Efdeportes**. Buenos Aires, 3, 12.
- Pease, D. G. (2000) Fatores Psicológicos da Reabilitação. In: J. R. Andrews; L. G. Harrilson; K. E. Wilk (org), **Reabilitação Física das Lesões Desportivas**. (pp. 01-08). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Pesca, A. D. Sznészi, D. S. (2002) **A Importância da Psicologia do Esporte no Tênis**. Florianópolis: UFSC.
- Pesca, A. (1999). **Relatório de estágio supervisionado em psicologia clinica**. Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI. Itajaí.
- Rodrigues, L. F. (1999) Atuação da fisioterapia nas lesões de ligamento cruzada anterior em praticantes de futebol. **Monografia** do curso de Fisioterapia, não publicada. CEFID/UDESC. Florianópolis, SC.
- Rodrigues, R. R.; Funchal, L. F. Z.; Pereira, D. R. & Spudeit, W. (2003) Incidência de Lesões Ortopédicas em Atletas de Futebol Profissional. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. Vol.9, Suplemento 1.
- Rodrigues, R. R.; Funchal, L. F. Z.; Pereira, D. R. & Spudeit, W. (2003) Incidência de Lesões Ortopédicas em Atletas de Categorias de Base. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. Vol.9, Suplemento 1.
- Rosenberg, G. A. & Sferra, J. J (2000) Treatment Strategies for Acute Fractures and nonunions of the proximal fifth metatarsal. **Journal of the American academy of Orthopaedic Surgeons**. Vol 8, nº 5.

- Rubio, K. (2000) **Psicologia do Esporte**: interfaces, pesquisa e intervenção. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Samulski, D. M.; Chagas, M. H.; Nitsch, J. R. (1996) **Stress**. Belo Horizonte: Costa & Cupertino.
- Samulski, D. M. (1999) Análise e controle do estresse psíquico. **Novos conceitos em treinamento esportivo**. CENESP – UFMG, pp:101-117.
- Samulski, D. & Noce, F. (1999) Análise e controle do estresse psíquico. **Novos conceitos em treinamento esportivo**. Publicações INDESP. Série de Ciências do esporte. Brasília. Série 1, pp: 99-117.
- Samulski, D.M. (2002) **Psicologia do esporte**. Barueri: Manole
- Sanchez, H. R. & Rodríguez, M. S. G. (2003) Establecimientos de metas: un procedimiento para incrementar el rendimiento deportivo en la iniciación deportiva. **Revista digital Efdportes**. Buenos Aires. 9. 64.
- Schwartzmann, C. (2003) **Fraturas – princípios e prática**. Porto Alegre: Artmed.
- Smith, A. M. (1996) Psychological impact of injuries in athletes. **Sports Medicine**. Vol. 22, n. 6,p. 392-405.
- Spielberger, C. D.; Gorsuch, R. L. & Lushene, R. E. (1979) **Manual do Inventário de Ansiedade Traço-estado**. Trad. e adaptação Ângela M. B. Biaggio e Luiz Natalício. Rio de Janeiro, RJ. 9ª ed.
- Weinberg, R. S. & Gould, D. (2001) **Fundamentos da Psicologia do Esporte e do Exercício**_ Porto Alegre: Artmed.
- Weineck, J. (1999) **Treinamento Ideal**. São Paulo: Manole. (9ª ed).
- WIELENSK, R.C. (org.) **Sobre Comportamento e Cognição**: Questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas em outros contextos. Cap.___ Penso ou faço? A Prática Encoberta no Esporte (Cristina T. Scala, Rachael R. Kerbawy) - IP/USP pág 132
- Williams, J.M. & Andersen, M. B. (1997) Psychosocial influences on central and peripheral vision and reaction time during demanding tasks. **Behavioral Medicine**. Vol. 22, pp: 160-167.
- Williams, J.M. & Andersen, M. B. (1998) Psychosocial antecedents of spots injury: Review and critique of the stress and injury model. **Journal of applied sport psychology**._Vol. 10, pp:5-25.

Williams, J.M. & Roepke, N. (1993) Psychology of injury and injury rehabilitation. In: R. Singer, M. Murphey, L. Tennant (Eds.), **Handbook of research on sport psychology**. New York, Macmillan, (pp: 815-838).

ANEXOS

ANEXO 1

Questionário Inicial

Atleta: _____ Idade: _____

Categoria: _____ Dia da Lesão: ___/___/___

Data do dia: ___/___/___ Hora da lesão: _____

Local da lesão (Cidade / Estado): _____

Tipo de lesão: _____

Região do corpo que lesionou: _____

Tempo que levou para ser atendido: _____ Temperatura: _____

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 ocorreu a lesão? E como você estava se sentindo (raiva, tristeza, preocupado, medo) numa escala de zero (0) à dez (10) 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?

ANEXO 2

Protocolo / Delimitação da pesquisa

- 1º - Atleta lesionado com recuperação acima de duas semanas;
- 2º - Atleta com lesão e que não apresente problemas pessoais;
- 3º - Lesão provocada por fatores físicos;
- 4º - Atletas lesionados que pertença a uma das quatro categorias: infantil; juvenil; juniores e profissional;
- 5º - O atleta terá que estar ciente da pesquisa e assinar o tremo de compromisso.

Protocolo – Atletas Lesionados

Data da lesão:

Tipo da lesão:

Tempo médio de recuperação:

Número de atendimentos psicológicos:

Número de atendimentos fisioterápicos:

Quantidade de aplicações das técnicas – Relaxamento / visualização ()

- Estabelecimento de metas ()

Resultados do Teste IDATE (ansiedade):

Resultados do Teste STRESS ADULTO (estresse):

Medicamentos:

Quantas vezes ao dia tomam os medicamentos:

- 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:

4) Em relação ao número de sessões realizadas e o tempo de cada uma na fisioterapia, você gostaria (em relação a fisioterapia):

- () 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 e o tempo de duração de cada uma.

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

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

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

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 do fisioterapeuta fique melhor?

10) Outros comentários:

ANEXO 6

Questionário de Eficácia da Técnica Psicológica

Atleta: _____

Idade: _____

Categoria: _____

Dia da lesão: __/__/__

Data do dia: __/__/__

Hora: _____

Temperatura ambiente: _____

1- Nível de dificuldade para realizar a sessão

Nenhuma () Um pouco () Bastante () Muita () Outra opção ()

Especifique: _____

2 - Nível de relaxamento e vivências alcançadas

Nenhuma () Um pouco () Bastante () Muita () Outra opção ()

Especifique: _____

3- Região corporal mais relaxada

Cabeça () Pescoço/nuca () Peito () Costas () Braço ()

Mãos () Pernas () Pés ()

4- Regiões em que sentisse formigamento

Cabeça () Pescoço/nuca () Peito () Costas () Braço ()

Mãos () Pernas () Pés ()

5- Regiões que sentisse frio

Cabeça () Pescoço/nuca () Peito () Costas () Braço ()

Mãos () Pernas () Pés ()

6 - Ouviste a voz do operador?

Todo o tempo () A maior parte do tempo () Algum tempo () Pouco tempo ()

7 - Tempo que demoraste para abrir os olhos após a orientação do operador

Imediatamente () Demorou um pouco () Demorou muito ()

8 - Após o retorno, sentiste dor em alguma região do teu corpo?

() Sim () Não

Cabeça () Pescoço/nuca () Peito () Costas () Braço ()

Mãos () Pernas () Pés () Outra ()

Especifique: _____

9 - Antes de iniciar a sessão como te sentia?

Grande bem – estar () Bem – estar () Normal ()

Mal – estar () Grande mal – estar () outra ()

Especifique: _____

10 - Após iniciar a sessão como te sentia?

Grande bem – estar () Bem – estar () Normal ()

Mal – estar () Grande mal – estar () outra ()

Especifique: _____

Fonte: Questionário de protocolo de avaliação de técnicas, Becker & Samulski (1998).

ANEXO 7

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins e a pedido da parte interessada que **Andréa Duarte Pesca**, está autorizada a realizar a pesquisa do Programa de Pós – graduação em Psicologia: **“Intervenção psicológica em um trabalho interdisciplinar na recuperação de atletas leionados”**, no Avaí Futebol Clube, no ano de 2002 e 2003.

Florianópolis, 26 de novembro de 2002

Lúcio Antônio Rodrigues
Gerente Geral

ANEXO 8

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO AS PESQUISA

Concordo em participar, como voluntário da pesquisa, a qual está sendo desenvolvida no projeto de pesquisa “Intervenção psicológica em um trabalho interdisciplinar entre psicólogo e fisioterapeuta na recuperação de atletas lesionados” coordenador pelo Prof. Dr. Emílio Takase do departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Estou ciente de que este estudo possui finalidade de pesquisa, sendo que os dados obtidos serão utilizados em publicações científicas e eventos científicos, sem que as pessoas participantes sejam identificadas. Declaro, ainda, que estou aceitando voluntariamente a participação nesse estudo, não tendo sofrido nenhuma forma de pressão para isto e, se desejar, posso deixar de participar do estudo a qualquer momento.

Após ler este termo de consentimento livre e esclarecido e aceitar participar do estudo, solicito a assinatura do mesmo em duas vias, sendo que uma delas permanecerá em seu poder.

Eu,.....

Abaixo assino, declaro através desse documento, meu consentimento em participar da pesquisa.

Assinatura:.....

Florianópolis,/...../2003.

ANEXO 9

Medicamentos antiinflamatórios:

Os atletas submeteram-se a tais medicamentos antiinflamatórios, pois a inflamação é o efeito mais comum de lesão, na qual é a resposta vascular ao dano tecidual fisiológico e, impede ou ao menos limita, a disseminação de agentes causadores da lesão, (Hillman,2002). Os medicamentos antiinflamatórios receitados aos atletas são classificados como agentes antiinflamatórios não esteróides, que nada mais são do que drogas que exercem seu efeito inibindo a resposta inflamatória do corpo. Eles produzem efeitos de redução da dor, redução da febre e, anticoagulação (raleamento do sangue) e o controle da inflamação, (Hillman,2002). E de acordo com Hillman, 2002, os principais efeitos colaterais desses medicamentos antiinflamatórios não esteróides são irritação e dano gastrointestinal, que é uma irritação da mucosa gástrica devido ao medicamento. Estes efeitos colaterais não foram apresentados em nenhum dos três (3) atletas, que reagiram muito bem aos medicamentos.

Anexo 10

Atleta 1 – Procedimentos fisioterápicos feitos no mesmo dia da intervenção psicológica.

Sessões	Técnica Psicológica do dia	Período da Manhã	Período da Tarde
1º dia	Aplicação de testes	TENS, 25' bicicleta, intervalo, musculação e alongamento;	TENS, 21' bicicleta, 4 x 25 borracha, alongamento e gelo;
2º dia	Relaxamento, visualização e respiração profunda.	Musculação, 25' bicicleta, intervalo, exercício para musculatura intrínseca do pé, 4 x 25 borracha, alongamento e gelo;	TENS, musculação, alongamento e gelo;
3º dia	Relaxamento, visualização e respiração profunda.	25' bicicleta, intervalo, musculação, alongamento e gelo;	10' Step , 20' bicicleta (12 km em 20 minutos);
4º dia	Relaxamento, visualização e respiração profunda.	Musculação, 25' bicicleta, intervalo, alongamento e gelo;	24' bicicleta, 4 x 25 borracha SRL, alongamento e gelo;
5º dia	Relaxamento, visualização e respiração profunda.	25' bicicleta, intervalo, musculação, alongamento e gelo;	Musculação, 25' trote, alongamento e gelo;
6º dia	Estabelecimento de metas / Conversa	Treino	Treino
7º dia	Estabelecimento de metas / conversa	Treino	Treino
8º dia	Aplicação de testes	Treino	Treino

LEGENDA:

SLR = fortalecimento da musculatura da coxa sem movimento do joelho;

TENS = para analgesia e diminuir a dor;

GELO = antiinflamatório, analgésico para evitar e diminuir edema;

US = antiinflamatório, ajuda no processo cicatricial;

PROPRIOCEPÇÃO = trocar por treino sensorio motor;

BORRACHA = pode ser considerado como fortalecimento;

MINI – AGACHAMENTO = fortalecimento.

Anexo 11

Atleta 2 – Procedimentos fisioterápicos feitos no mesmo dia da intervenção psicológica.

Sessões	Técnica Psicológica do dia	Período da Manhã	Período da Tarde
1º dia	Aplicação de testes	US, TENS, OC, flexo/extensão ativa livre do Joelho, panturrilha (2x) 4X25 unipodal, alongamento e gelo;	US, TENS, OC, SRL c/ 2kg (3x) 4X25, extensão Joelho com borracha 4X25, alongamento e gelo;
2º dia	Relaxamento, visualização e respiração profunda.	TENS, OC, US, SRL 2kg (3x) 4X25, Flex/extensão do Joelho, extensão do Joelho c/ 2 kg em 90º 3x15, alongamento e gelo;	US, TENS, SLR c/ 2kg (4x) 4x25, flex/ext do Joelho, alongamento e gelo;
3º dia	Relaxamento, visualização e respiração profunda.	TENS, OC, borracha SLR (3x) 4x25, musculação, 20' bicicleta, alongamento e gelo;	US, TENS, borracha SLR (3x) 4x25, SLR c/ 4kg 6x15, alongamento e gelo;
4º dia	Estabelecimento de Metas / Conversa	25' bicicleta, musculação, SLR c/ 4kg 8x15, propriocepção, alongamento e gelo;	25' bicicleta, borracha (7x) 2x50, leg press 45º, propriocepção, alongamento e gelo;
5º dia	Relaxamento, visualização e respiração profunda.	OC, 25' bicicleta, musculação, SLR c/ 5kg 3x15, borracha (6x) 4x25, propriocepção, alongamento e gelo;	30' bicicleta c/ cabeceio, SLR c/ 5kg 3x15, mini-agachamento uni e bipodal (3x) 10x10", ext do Joelho c/ borracha (3x) 10x10", propriocepção, alongamento e gelo;
6º dia	Relaxamento, visualização e respiração profunda.	FOLGA	25' bicicleta, intervalo, musculação, borracha (3x) 2X50, propriocepção, alongamento e gelo;
7º dia	Estabelecimento de metas / conversa		
xxxxxxx	CIRURGIA	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
8º dia	Estabelecimento de metas / conversa		
9º dia	Estabelecimento de metas / conversa	US, TENS, 20' bicicleta, 15' trote, musculação, flex de Joelho c/ 3kg 5X20 e ext c/ 5kg, mini-agachamento unipodal 10X10", propriocepção,	US, TENS, STEP (3x) 4x25, flex e ext do Joelho, mini-agachamento 10x10" unipodal, 5' trote, borracha SLR (3x) 2x50, propriocepção, alongamento e

		alongamento e gelo;	gelo;
10º dia	Estabelecimento de metas / conversa	US, alongamento, 20' trote, mini-agachamento (3x) 10x10", alongamento e gelo;	US, alongamento, mini-agachamento (3x) 10x10", 15' trote c/ bola, alongamento e gelo;
11º dia	Teste	Treino	Treino
12º dia	Estabelecimento de metas / conversa	Treino	Treino
13º dia	Teste	Treino	Treino

LEGENDA:

SLR = fortalecimento da musculatura da coxa sem movimento do joelho;

TENS = para analgesia e diminuir a dor;

GELO = antiinflamatório, analgésico para evitar e diminuir edema;

US = antiinflamatório, ajuda no processo cicatricial;

PROPRIOCEPÇÃO = trocar por treino sensório motor;

BORRACHA = pode ser considerado como fortalecimento;

MINI – AGACHAMENTO = fortalecimento.

Anexo 12

Atleta 3 – Procedimentos fisioterápicos feitos no mesmo dia da intervenção psicológica.

Sessões	Técnica Psicológica do dia	Período da Manhã	Período da Tarde
1º dia	Aplicação de testes E relaxamento, visualização e respiração profunda	Gelo, TENS, gelo, TENS, e gelo.	Gelo, TENS, gelo, TENS e gelo.
2º dia	Relaxamento, visualização e respiração profunda.	Gelo, TENS, flex/ext ativa livre do joelho, SLR para flex. Quadril com imobilizador 4X25 e gelo.	SLR com gelo, TENS, Flex/ext do joelho e gelo.
3º dia	Relaxamento, visualização e respiração profunda.	Gelo, SLR, flex/ext ativa livre, gelo.	Gelo, SLR, flex/ext ativa livre, gelo.
4º dia	Relaxamento, visualização e respiração profunda.	Gelo, flex/ext ativa livre do joelho SLR, alongamento e gelo.	Gelo, alongamento, TENS, gelo com SRL.
5º dia	Relaxamento, visualização e respiração profunda.	Flex do joelho com borracha (fortalecimento), SRL, alongamento e gelo.	Flex do joelho com borracha (fortalecimento), SRL, alongamento e gelo, fortalecimento do joelho com extensores isometricamente
6º dia	Relaxamento, visualização e respiração profunda.	Flex do joelho com borracha (fortalecimento), SRL, alongamento e gelo.	Flex do joelho com borracha (fortalecimento), SRL, alongamento e gelo, fortalecimento do joelho com extensores isometricamente
7º dia	Relaxamento, visualização e respiração profunda.	Flex do joelho com borracha (fortalecimento), SRL, alongamento e gelo.	Flex do joelho com borracha (fortalecimento), SRL, alongamento e gelo, fortalecimento do joelho com extensores isometricamente
8º dia	Relaxamento, visualização e respiração profunda.	Flex do joelho com borracha (fortalecimento), SRL, alongamento e gelo.	Flex do joelho com borracha (fortalecimento), SRL, alongamento e gelo, fortalecimento do joelho com extensores isometricamente

9º dia	Relaxamento, visualização e respiração profunda.	Flex do joelho com borracha (fortalecimento), SRL, alongamento e gelo.	Flex do joelho com borracha (fortalecimento), SRL, alongamento e gelo, fortalecimento do joelho com extensores isometricamente
10º dia	Aplicação de teses Relaxamento, visualização respiração profunda.	Flex do joelho com borracha (fortalecimento), SRL, alongamento e gelo.	Flex do joelho com borracha (fortalecimento), SRL, alongamento e gelo, fortalecimento do joelho com extensores isometricamente
11º dia	Teste e conversa (1º dia após cirurgia)	Avaliação	Mobilização patelar e cicatricial, ganho de adm, SRL, flex/ext ativa do joelho em CCF, SRL, EE com biofeedback, alongamento, gelo, TENS, gelo.
12º dia	Relaxamento, visualização e respiração profunda.	Mobilização patelar e cicatricial, flex assistida do joelho, ganho de adm, SRL, ext ativa do joelho, EE com biofeedback, panturrilha com elástico, mini-agachamento de 30°, alongamento e gelo.	Mobilização patelar e cicatricial, flex assistida do joelho, ganho de adm, SRL, ext ativa do joelho, EE com biofeedback, panturrilha com elástico, mini-agachamento de 30°, alongamento e gelo.
13º dia	Relaxamento, visualização e respiração profunda.	Ganho de adm, mini-agachamento, SRL, panturrilha, alongamento e gelo.	Ganho de adm, mini-agachamento, SRL, EE com biofeedback, alongamento e gelo.
14º dia	Relaxamento, visualização e respiração profunda.	Ganho de adm, SRL, panturrilha, alongamento e gelo.	Ganho de adm, SRL, panturrilha, EE com biofeedback, alongamento e gelo
15º dia	Conversa / estabelecimento de metas	Ganho de adm, mini-agachamento, SRL, alongamento e gelo.	Bicicleta 15 min., panturrilha, SRL, alongamento e gelo (retirou os pontos).
16º dia	Conversa / estabelecimento de metas	Contratura posterior da coxa direita. TENS, SRL, alongamento e gelo.	Usp, TENS, ext do joelho, panturrilha, alongamento, SRL, alongamento e gelo.
17º dia	Relaxamento, visualização e respiração profunda.	Us, alongamento, SRL, alongamento e gelo.	Us, alongamento, SRL, alongamento, leg press e gelo.

18° dia	Conversa / estabelecimento de metas	Bicicleta, SRL, flex/ext com borracha, treino sensório motor, alongamento e gelo.	Flex/ext com borracha, mini-agachamento unipodal, leg-press, step, treino sensório motor, alongamento e gelo.
19° dia	Relaxamento, visualização e respiração profunda.	Bicicleta, SLR, leg-press, flex/ext do joelho (fortalecimento), panturrilha, alongamento e gelo.	Bicicleta, SLR, leg-press, flex/ext do joelho (fortalecimento), panturrilha, step, alongamento e gelo
20° dia	Relaxamento, visualização e respiração profunda.	Bicicleta, SLR, leg-press, flex/ext do joelho (fortalecimento), mini-agachamento unipodal, treino sensório-motor, alongamento e gelo.	Bicicleta, SLR, leg-press, flex/ext do joelho (fortalecimento), mini-agachamento unipodal, treino sensório-motor, alongamento e gelo.
21° dia	Conversa / estabelecimento de metas	Bicicleta, SLR, leg-press, flex/ext do joelho (fortalecimento), mini-agachamento unipodal, treino sensório-motor, alongamento e gelo.	Bicicleta, SLR, leg-press, flex/ext do joelho (fortalecimento), mini-agachamento unipodal, treino sensório-motor, alongamento e gelo.
22° dia	Conversa / estabelecimento de metas	Step, musculação, corda, saltitos, mini-agachamento unipodal, trote em S, fortalecimento, alongamento e gelo.	Bicicleta, musculação, corda, saltitos, mini-agachamento unipodal, fortalecimento, alongamento e gelo.
23° dia	Conversa / estabelecimento de metas	Musculação, saltitos, mini-agachamento unipodal, trote, fortalecimento, alongamento e gelo.	Bicicleta, musculação, fortalecimento SRL, saltitos pliometricos, corrida/trote, alongamento e gelo.
24° dia	Conversa / estabelecimento de metas	US, bicicleta, musculação, step, alongamento e gelo.	Bicicleta, US, corda, trote, corrida, desaceleração, fortalecimento e alongamento.
25° dia	Conversa / estabelecimento de metas - expectativas	Gelo e eletroterapia (Burst) e gelo.	Gelo e eletroterapia (Burst) e gelo.
26° dia	Conversa / estabelecimento de metas	Alongamento, musculação, pliometria, trote, treino sensório motor, alongamento e gelo.	Alongamento, corda, step, borracha SRL, mini-agachamento, alongamento e gelo
	Conversa / estabelecimento de	Gelo, repouso, compressão e elevação.	Gelo, repouso, compressão e elevação.

27º dia	metas		
28º dia	Relaxamento e visualização	Musculação, alongamento e gelo.	Terino físico e coletivo 20 minutos.
29º dia	Testes	Treino	Treino
30º dia	Conversa / estabelecimento de metas	Treino	treino

LEGENDA:

SLR = fortalecimento da musculatura da coxa sem movimento do joelho;

TENS = para analgesia e diminuir a dor;

GELO = antiinflamatório, analgésico para evitar e diminuir edema;

US = antiinflamatório, ajuda no processo cicatricial;

PROPRIOCEPÇÃO = trocar por treino sensório motor;

BORRACHA = pode ser considerado como fortalecimento;

MINI – AGACHAMENTO = fortalecimento.

ANEXO 13

Nome: _____ Idade: ____ Data: __ / __ / _____
Hora: _____ Local: _____ Mês: _____

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO – IDATE I

INSTRUÇÕES: A seguir são dadas algumas afirmações que tem sido usadas para descrever sentimentos pessoais. Leia cada uma e faça um círculo ao redor à direita, que melhor lhe indicar como você se sente AGORA/NESTE MOMENTO. Não há respostas certas ou erradas. Não gaste muito tempo em uma única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxima de como você se sente neste momento.

AVALIAÇÃO

Muitíssimo.....4 Um pouco.....2
Bastante.....3 Absolutamente não...1

1 – Sinto-me calmo[a]	1	2	3	4
2 – sinto-me seguro [a]	1	2	3	4
3 – estou tenso [a]	1	2	3	4
4 – estou arrependido [a]	1	2	3	4
5 – sinto-me à vontade	1	2	3	4
6 – sinto-me perturbado [a]	1	2	3	4
7 – estou preocupado [a] com possíveis infortúnios	1	2	3	4
8 – sinto-me descansado [a]	1	2	3	4
9 – sinto-me ansioso [a]	1	2	3	4
10 – sinto-me em casa	1	2	3	4
11 – sinto-me confiante	1	2	3	4
12 – sinto-me nervoso [a]	1	2	3	4
13 – estou agitado [a]	1	2	3	4
14 – sinto-me uma pilha de nervos	1	2	3	4
15 – estou descontraído [a]	1	2	3	4
16 – sinto-me satisfeito [a]	1	2	3	4
17 – estou preocupado [a]	1	2	3	4
18 – sinto-me super-excitado [a] e confuso [a]	1	2	3	4
19 – sinto-me alegre	1	2	3	4
20 –sinto-me bem	1	2	3	4

ANEXO 14

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO – IDATE

INSTRUÇÕES: A seguir são dadas algumas afirmações que tem sido usadas para descrever sentimentos pessoais. Leia cada uma e faça um círculo ao redor à direita, que melhor lhe indicar como você geralmente se sente. Não há respostas certas ou erradas. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproxima de como você se sente geralmente.

QUASE SEMPRE.....4 ÀS VEZES.....2
 FREQUENTEMENTE.....3 QUASE NUNCA.....1

Sinto-me bem	1	2	3	4
Canso-me facilmente	1	2	3	4
Tenho vontade de chorar	1	2	3	4
Gostaria de ser tão feliz quantos os outros parecem ser	1	2	3	4
Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente	1	2	3	4
Sinto-me descansado(a)	1	2	3	4
Sou calmo, ponderado, e senhor(a) de mim Mesmo	1	2	3	4
Sinto que as dificuldades estão acumulando de tal forma que não as consigo resolver	1	2	3	4
Preocupo-me demais com coisas sem Importância	1	2	3	4
Sou feliz	1	2	3	4
Deixo-me afetar muito pelas coisas	1	2	3	4
Não tenho muita confiança em mim mesmo(a)	1	2	3	4
Sinto-me seguro(a)	1	2	3	4
Evito ter que enfrentar crises e problemas	1	2	3	4
Sinto-me deprimido(a)	1	2	3	4
Estou satisfeito(a)	1	2	3	4
Às vezes idéias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando	1	2	3	4
Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça	1	2	3	4
Sou uma pessoa estável	1	2	3	4
Sinto-me tenso(a) e perturbado(a) quando penso em meus problemas	1	2	3	4

ANEXO 15

Quadro 1 – Assinalar com F1 ou P1, como indicado para sintomas que tenha experimentado nas últimas 24 horas.

Quadro 2 – Assinalar com F2 ou P2, como indicado para sintomas que tenham experimentado na última semana.

Quadro 3 – Assinalar com F3 ou P3, como indicado para sintomas que tenha experimentado no último mês.

Quadro 1A - Marque com F1 os sintomas que tem experimentado nas últimas 24h.

- 1. Mãos e Pés frios
- 2. Boca seca
- 3. Nó no estomago
- 4. Aumento da sudorese
- 5. Tensão muscular
- 6. Aperto da mandíbula / ranger os dentes
- 7. Diarréia passageira
- 8. Insônia
- 9. Taquicardia
- 10. Hiperventilação
- 11. Hipertensão arterial súbita e passageira
- 12. Mudança de Appetite

Quadro 1B – Marque com P1 os sintomas que tem experimentado nas últimas 24h.

- 13. Aumento súbito da motivação
- 14. Entusiasmo súbito
- 15. Vontade súbita de iniciar novos projetos

Quadro 2A - Marque com F2 os sintomas que tem experimentado na última semana.

- 1. Problemas com memória
- 2. Mal-estar generalizado, sem causa específica
- 3. Formigamento das extremidades
- 4. Sensação de desgaste físico constante
- 5. Mudança de appetite

- 6. Aparecimento de problemas dermatológicos
- 7. Hipertensão arterial
- 8. Cansaço constante
- 9. Aparecimento de úlcera
- 10. Tontura / sensação de estar flutuando

Quadro 2B - Marque com P2 os sintomas que tem experimentado na última semana.

- 11. Sensibilidade emotiva excessiva
- 12. Dúvida quanto a si próprio
- 13. Pensar constantemente em um só assunto
- 14. irritabilidade excessiva
- 15. Diminuição da libido

Quadro 3A - Marque com F3 os sintomas que tem experimentado no último mês.

- 1. Diarréia freqüente
- 2. Dificuldades sexuais
- 3. Insônia
- 4. Náusea
- 5. Tiques
- 6. Hipertensão arterial continuada
- 7. Problemas dermatológicos prolongados
- 8. Mudança extrema de apetite
- 9. Excesso de gases
- 10. Tontura freqüente
- 11. Úlcera
- 12. Enfarte

Quadro 3B - Marque com P3 os sintomas que tem experimentado no último mês.

- 13. Impossibilidade de trabalhar
- 14. Pesadelos
- 15. Sensação de incompetência em todas as áreas
- 16. Vontade de fugir de tudo
- 17. Apatia, depressão ou raiva prolongada
- 18. Cansaço excessivo
- 19. Pensar / falar constantemente em um só assunto

- () 20. Irritabilidade sem causa aparente
- () 21. Angústia / Ansiedade diária
- () 22. Hipersensibilidade emotiva
- () 23. Perda do senso de humor