

NUNO LOPES DA LOMBA

A DIMENSÃO PSICOLÓGICA NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO DA LESÃO DESPORTIVA:
UMA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE MEDICINA DESPORTIVA



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PONTE DE LIMA
2006

NUNO LOPES DA LOMBA

A DIMENSÃO PSICOLÓGICA NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO DA LESÃO DESPORTIVA:
UMA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE MEDICINA DESPORTIVA



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PONTE DE LIMA
2006

NOME DO AUTOR: NUNO LOPES DA LOMBA Nº10861

NOME DO ORIENTADOR: MESTRE PAULO JOSÉ CARVALHO MARCOLINO

**A DIMENSÃO PSICOLÓGICA NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO DA LESÃO DESPORTIVA:
UMA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE MEDICINA DESPORTIVA**



O conteúdo deste documento é da exclusiva responsabilidade do autor,
não representando o ponto de vista oficial da instituição.

Para os devidos efeitos, atesta-se a originalidade do documento

(o autor)

*"Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa como
parte dos requisitos para obtenção do grau de licenciado em
Motricidade Humana"*

SUMÁRIO

A lesão desportiva representa uma ameaça diária ao atleta. A sua elevada incidência conduz a um necessário processo de reabilitação. Contudo, a lesão não se afigura apenas como um problema físico, constituindo a dimensão psicológica uma importante componente do tratamento. Embora se verifique um crescendo na investigação dos aspectos psicológicos da lesão desportiva e das intervenções psicológicas com atletas lesionados, poucos estudos têm focado a perspectiva dos profissionais que lidam com estas problemáticas. Em Portugal a falta de investigação nesta área é notória e poderá ter repercussões nas práticas clínicas. Estudos (Cruz e Dias, 1997; Dias, 2001; Neto, 1996) demonstraram que os atletas reconhecem o apoio da Equipa Médica e dos seus profissionais durante a sua recuperação. Todavia, e embora a medicina desportiva seja uma modalidade multidisciplinar, os estudos com profissionais de saúde têm incidido unicamente nos terapeutas.

A presente investigação teve como objectivo descrever a percepção de vários PMD sobre a dimensão psicológica no processo de reabilitação da lesão desportiva. O *Questionário sobre a Dimensão Psicológica na Reabilitação Desportiva* (QDPRD) foi traduzido, validado e adaptado propositadamente para o estudo, através do *The Physiotherapist and Sport Psychology Questionnaire* (PSPQ). Os participantes, com $N=68$ (29 Técnicos de Reabilitação, 16 Fisioterapeutas, 14 Médicos e 9 Enfermeiros), reconheceram que a lesão tem um impacto psicológico no atleta. O *stress/ansiedade*, a *dependência do exercício* e a *revolta* foram apontadas como as respostas mais frequentemente encontradas aquando da assistência aos atletas lesionados. A *determinação*, a *sujeição ao tratamento*, uma *atitude positiva* e a *motivação* foram identificadas pelos PMD como características associadas a atletas que enfrentam com sucesso a lesão. Por outro lado, a *desmotivação* e a *depressão* foram descritas como características relacionadas a um menor sucesso da recuperação. O tratamento da dimensão psicológica foi considerado indispensável para a reabilitação do atleta lesionado. *Encorajar os pensamentos positivos*, *incentivar a autoconfiança*, *encorajar as técnicas de comunicação efectiva* e *diversificar os exercícios de reabilitação* foram relatadas como as técnicas psicológicas mais utilizadas no tratamento. O acesso aos psicólogos do desporto ainda é restrito e a utilização de um sistema de referência não constitui uma realidade. O desejo de uma formação na área da psicologia da medicina/reabilitação desportiva, sobretudo numa vertente mais prática, foi expresso pela grande maioria dos inquiridos. *Aumentar a autoconfiança do atleta lesionado*, *incentivar pensamentos positivos* e *diversificar os exercícios de reabilitação* foram as técnicas psicológicas pelas quais os PMD demonstraram um elevado interesse numa maior aprendizagem.

Esta pesquisa aponta para a necessidade de enfatizar mais a dimensão psicológica na formação dos PMD e reafirma a indispensabilidade de serem realizados mais estudos de intervenção psicológica com atletas lesionados, de modo a poder demonstrar o seu potencial, tecer considerações e orientações de tratamento, promovendo uma intervenção cada vez mais eficaz no processo de reabilitação da lesão desportiva.

PALAVRAS-CHAVE: LESÃO DESPORTIVA/ PROCESSO DE REABILITAÇÃO/ DIMENSÃO PSICOLÓGICA/ PROFISSIONAIS DE MEDICINA DESPORTIVA

ABSTRACT

The sport injury represents a daily threat to the athlete. Its raised incidence leads to a necessary rehabilitation process. However, the injury is not only figured as a physical problem, constituting the psychological dimension an important component of the treatment. Although, if it verifies one growing in the investigation of the psychological aspects of the sport injury and the psychological interventions with injured athletes, few studies have focus the perspective of the professionals who deal with these problematic. In Portugal the lack of research in this area is recognized and it may have repercussions in the practical clinics. Studies (Cruz e Dias, 1997; Dias, 2001; Neto, 1996) had demonstrated that the athletes recognize the support of Medical Team and its professionals during its recovery. Although, and even so the sports medicine is a multidisciplinary discipline, the studies with health care professionals have centre exclusively in the therapists.

The present study had as objective to describe the perception of an amount of health care practitioners on the psychological dimension in the sport injury rehabilitation process. The *Questionnaire on the Psychological Dimension in Sport Rehabilitation* (QDPRD) was translated, validated and adapted purposely for the study from *The Physiotherapist and Sport Psychology Questionnaire* (PSPQ). The participants, with $N=68$ (29 Rehabilitation techniques, 16 Physiotherapists, 14 Doctors and 9 Nurses), had recognized that the injury has a psychological impact in the athlete. *Stress/anxiety*, *dependence of the exercise* and *anger/revolt* had been pointed as the answers more frequent found when assistance the injured athletes. *Determination*, *compliance with the treatment*, *positive attitude* and *motivation* had been identified by the professionals as characteristic associates the athlete who faces the injury successfully. On the other hand, *poor motivation* and *depression* were described as characteristic had been related to a lesser success of the recovery. The treatment of the psychological dimension was considered indispensable for the recovery of the injured athlete. *Encourage the positive thoughts*, *stimulate the self-confidante*, *encourage the techniques of effective communication* and *diversify the rehabilitation exercises* had been told as the most used psychological techniques in treatment. The access to sport psychologists still is restricted and the use of a reference system does not constitute a reality. The desire of a formation in the area of the psychology of the sport medicine/rehabilitation, over all in a more practical source, was express for the great majority of the inquired. *Increase the self-confidante of the injured athlete*, *stimulate positive thoughts* and *diversify the rehabilitation exercises* had been the psychological techniques for which the PMD had demonstrated highest interest in a bigger learning.

This research points to the necessity to emphasize more the psychological dimension in the formation of the health care practitioners and reaffirms the need to be carried through more studies of psychological intervention with injured athletes, in order to be able to demonstrate its potential, to weave considerations and orientations to treatment, promoting an intervention each more efficient in the sport injury rehabilitation process.

KEY WORDS: SPORT INJURY/ REHABILITATION PROCESS / PSYCHOLOGICAL DIMENSION/ SPORT MEDICINE PRACTITIONERS

Dedicatórias

*Abnegado à **Motricidade Humana** da UFP da vila de
Ponte de Lima.*

Agradecimentos

A elaboração de todo este trabalho não seria possível sem a colaboração das seguintes individualidades:

Os meus pais e familiares.

A minha companheira e ouvinte Filipa.

O meu orientador por todo apoio e dedicação.

Os professores e colaboradores que directa ou indirectamente cooperaram nesta pesquisa.

Os amigos e colegas que sempre demonstraram grande entusiasmo e confiança.

A todos os participantes que para além das simples cruces, transmitiram também alguma da sua experiência e do seu saber.

A todos eles, o meu obrigado!!!

Pedra filosofal (re-edição)

*Eles não sabem que o sonho
é uma constante da vida
tão concreta e definida
como outra coisa qualquer,
como esta pedra cinzenta
em que me sento e descanso,
como este ribeiro manso
em serenos sobressaltos,
como estes pinheiros altos
que em verde e oiro se agitam,
como estas aves que gritam
em bebedeiras de azul.*

*Eles não sabem que o sonho
é vinho, é espuma, é fermento,
bichinho álaçre e sedento,
de focinho pontiagudo,
que fossa através de tudo
num perpétuo movimento.*

*Eles não sabem que o sonho
é tela, é cor, é pincel,
base, fuste, capitel,
arco em ogiva, vitral,
pináculo de catedral,
contraponto, sinfonia,
máscara grega, magia,
que é retorta de alquimista,
mapa do mundo distante,
rosa-dos-ventos, Infante,
caravela quinhentista,
que é Cabo da Boa Esperança,
ouro, canela, marfim,
florete de espadachim,
bastidor, passo de dança,
Colombina e Arlequim,
passarola voadora,
pára-raios, locomotiva,
barco de proa festiva,
alto-forno, geradora,
cisão do átomo, radar,
ultra-som, televisão,
desembarque em foguetão
na superfície lunar.*

*Eles não sabem, nem sonham,
que o sonho comanda a vida.
Que sempre que um homem sonha
o mundo pula e avança
como bola colorida
entre as mãos de uma criança.*

António Gedeão



LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abreviatura	Significado
APARTROSC	Associação Portuguesa de Artroscopia e Traumatologia Desportiva
<i>cit. in</i>	Citado(s) em/por
<i>df</i>	<i>Degrees of freedom</i> (graus de liberdade)
DP	Desvio Padrão
DR	Diário da República
EM	Equipa Médica
EMD	Equipa Médica Desportiva
EMG	Electromiografia
<i>et al.</i>	E colaboradores
KMO	<i>Kaiser-Meyer-Olkin</i>
LCA	Ligamento Cruzado Anterior
M	Média
MHU	Motricidade Humana
PMD	Profissional(ais) de Medicina Desportiva
PST	<i>Psychological skills training</i> (Treino de habilidades psicológicas)
QDPRD	Questionário para a Dimensão Psicológica na Reabilitação Desportiva
<i>Sig.</i>	Nível de significância
S.P.O.T.	Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia
UFP	Universidade Fernando Pessoa
UK	<i>United Kingdom</i> (Reino Unido)
US/EUA	<i>United States</i> (Estados Unidos da América)
χ^2	Qui-Quadrado

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
I. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	6
1. TEMA	6
2. PROBLEMA	7
3. REVISÃO DA LITERATURA	9
3.1. A Lesão Desportiva e o seu Impacto no Atleta	9
3.2. O Consequente Processo de Reabilitação	13
3.3. <i>A Importância dos PMD na Assistência ao Atleta Lesionado</i>	18
3.3.1. PMD intervenientes no processo de reabilitação	19
3.3.2. A medicina desportiva como modalidade multidisciplinar	20
3.4. <i>Modelos para a Abordagem do Processo de Reabilitação da Lesão Desportiva</i>	21
3.4.1. Modelo para o processo de reabilitação	21
3.4.2. Modelo para a reabilitação da lesão desportiva	24
3.4.3. Modelo integrado da resposta psicológica à lesão desportiva e processo de reabilitação	26
3.4.4. Modelo biopsicossocial da reabilitação da lesão desportiva	29
3.4.4.1. Dinâmica do modelo biopsicossocial	31
3.5. <i>Dimensão Psicológica no Processo de Reabilitação da Lesão Desportiva</i>	33
3.5.1. Aspectos, característica e factores psicológicos associados	33
3.5.2. Estratégias e habilidades/técnicas de intervenção psicológica	35
4. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	39
5. OBJECTIVOS DE INVESTIGAÇÃO	40
5.1. <i>Objectivo Geral</i>	40
5.2. <i>Objectivos Específicos</i>	40
II. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	42
1. MEIO	42
2. POPULAÇÃO ALVO	42
3. AMOSTRA	43
4. PLANO DE AMOSTRAGEM	43
5. TIPO DE ESTUDO	43
6. MÉTODO DE RECOLHA DE DADOS	44
7. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	45
8. VARIÁVEIS	47
9. PROCEDIMENTOS	48
9.1. <i>Procedimentos Operacionais</i>	48
9.2. <i>Procedimentos Estatísticos</i>	48
10. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	50
III. ENQUADRAMENTO EMPÍRICO	52
1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	53
2. DIMENSÃO PSICOLÓGICA NA REABILITAÇÃO DESPORTIVA	54
IV. DISCUSSÃO DOS DADOS	58
IV. IMPLICAÇÕES PARA A TEORIA, PRÁTICA E INVESTIGAÇÃO	70
CONCLUSÃO	71
BIBLIOGRAFIA	74
ANEXOS	88

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO

Anexo I

Desenho do estudo

Anexo II

Cronograma de investigação

Anexo III

Tradução, validação e adaptação do instrumento

Anexo IV

Versão final do instrumento

Anexo V

Autorização para a utilização do instrumento

Anexo VI

Instrumento original

Anexo VII

Protocolo de aplicação do instrumento

Anexo VIII

Declaração de consentimento informado

Anexo IX

Instrumento a utilizar

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURAS

Figura 1. Processo de resposta da lesão desportiva	10
Figura 2. Atleta lesionado – cenário de interação da lesão. Potenciais factores influentes na lesão desportiva	11
Figura 3. Reacções psicológicas associadas às lesões desportivas	15
Figura 4. Sinais de um ajustamento potencialmente problemático às lesões desportivas.....	16
Figura 5. Estudos de intervenção na reabilitação de lesões desportivas	17
Figura 6. Modelo da medicina desportiva.....	20
Figura 7. O processo de reabilitação.....	22
Figura 8. Modelo para a reabilitação da lesão desportiva.....	24
Figura 9. Modelo integrado da resposta psicológica à lesão desportiva e processo de reabilitação	26
Figura 10. Modelo biopsicossocial da reabilitação da lesão desportiva	29
Figura 11. Tradução, validação e adaptação do <i>PSPQ</i> para a população portuguesa.....	Anexo III

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO

Gráfico 1. Frequência da actividade profissional desempenhada	53
Gráfico 2. Frequência da(s) modalidade(s) mais assistida(s) pelos PMD	54
Gráfico 3. Histograma da variável <i>Actividade profissional</i>	Anexo III
Gráfico 4. Histograma da variável <i>Género</i>	Anexo III
Gráfico 5. Histograma da variável <i>Regime de trabalho</i>	Anexo III
Gráfico 6. Histograma da variável <i>Modalidade(s) assistida(s)</i>	Anexo III
Gráfico 7. Histograma da variável <i>Escalão(ões) etário(s) assistido(s)</i>	Anexo III
Gráfico 8. Histograma da variável <i>Grau(s) de profissionalização da(s) modalidade(s) assistida(s)</i>	Anexo III
Gráfico 9. Scree Plot.....	Anexo III

ÍNDICE DE QUADROS

QUADROS

Quadro 1.

Considerações e opções de tratamento associados com o processo de três níveis para o tratamento psicológico baseado na duração da reabilitação 43

Quadro 2.

Adaptações do instrumento Anexo III

Quadro 3.

Pré-teste – caracterização socio-demográfica..... Anexo III

Quadro 4.

Testes estatísticos utilizados..... Anexo III

ÍNDICE DE TABELAS

TABELAS

Tabela 1. Respostas/condições psicológicas encontradas pelos PMD aquando da reabilitação de atletas lesionados	55
Tabela 2. Comportamentos, características ou atitudes de atletas que enfrentam com sucesso a lesão	55
Tabela 3. Comportamentos, características ou atitudes de atletas que não enfrentam com sucesso a lesão	56
Tabela 4. Técnicas psicológicas utilizadas pelos PMD aquando da reabilitação de atletas lesionados.....	56
Tabela 5. Habilidades/Técnicas psicológicas importantes para os PMD aprenderem.....	57
Tabela 6. Teste da normalidade da amostra (<i>Kolmogorov-Smirnov</i>)	Anexo III
Tabela 7. Teste do Qui-quadrado (χ^2) para as variáveis atributo	Anexo III
Tabela 8. Estatística de consistência interna (<i>Alfa Cronbach</i>)	Anexo III
Tabela 9. <i>KMO</i> e Teste de <i>Bartlett</i>	Anexo III

INTRODUÇÃO

O *Homem* é um ser maravilhado pela vida e o mundo que o rodeia. Este mamífero de inteligência superior desenvolve uma imensa curiosidade por tudo, apelidado de desconhecido. É esta constante “epopeia dos descobrimentos” ou busca pelo conhecimento que fez com que ao longo, dos já longos anos, da história da espécie Humana se tenha desenvolvido, não só as suas condições de vida como também o seu próprio intelecto. O Homem é um sonhador, tal como o poeta dizia “(...) *sempre que um Homem sonha, o mundo pula e avança (...)*”, e é também um pensador nato, um curioso por tudo e todos os que o rodeiam. A dúvida constante maravilha o Ser Humano conduzindo-o a um processo de investigação, processo esse que deve ser rigoroso e sistematizado – o **método de investigação científico**.

O método de investigação científico é um processo sistémico que permite examinar fenómenos, com o intuito de obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação (Azevedo e Azevedo, 2004; Carvalho, 2002; Cervo e Bervian, 1996; D’Oliveira, 2005; Fortin, 1999; Lakatos e Marconi, 1992; Lakatos e Marconi, 1991; Quivy e Van Campenhoudt, 1998). A investigação é um método rigoroso e sistémico de aquisição de conhecimentos, que cria novos conhecimentos através do desenvolvimento de uma teoria ou através da verificação da teoria. A arte de investigar cientificamente não é mais do que dar as respostas possíveis e não as imaginárias, comprovadas de uma forma científica. Na actualidade, o conhecimento é caracterizado como o mais valioso “capital”.

O presente documento corresponde a uma tese monográfica determinante para a conclusão da licenciatura em **Motricidade Humana** (MHU) da **Universidade Fernando Pessoa** (UFP), como refere o artigo 29 do Regulamento Pedagógico. De acordo com o Manual de Estilo da instituição “*Pretende-se que a Monografia seja o culminar do processo de formação do aluno. (...) Corresponde (...) a uma disciplina final demonstrativa de conhecimentos adquiridos e capacidades desenvolvidas*”, surgindo como a prova final de um percurso académico. Um documento monográfico representa um documento científico, como tal, rege-se pelos métodos e técnicas de investigação científica. Uma Monografia tem por objectivo o desenvolvimento das capacidades de investigação do discente, contribuindo, também, para um aprofundamento dos conhecimentos teórico-práticos da problemática abordada.

Integrada na Faculdade de Ciências da Saúde (FCS) da UFP, a licenciatura em MHU tem como a principal orientação a “*sports medicine and rehabilitation*” (medicina desportiva e reabilitação). Esta área tem vindo a ser destacado pela *Human Kinetics*¹ (organismo editorial internacional com sede nos EUA) pela sua extrema importância na MHU. A medicina desportiva desempenha um papel preponderante no desporto, intervindo particularmente na prevenção, diagnóstico e tratamento das lesões desportivas (Brewer, 1998). Como tal, deve-se compreender a lesão como um possível adversário diário aos atletas (Heil, 1993; Pargman; 1993). No mundo desportivo actual, as lesões representam prejuízos financeiros, perdas pessoais e um potencial adversário à glória desportiva (Williams e Roepke, 1993). Estas devem ser compreendidas e abordadas de um modo holístico, com o objectivo de tratar os efeitos físicos e psicológicos (Brewer, 1994). A gravidade da ocorrência de lesão implica uma necessidade de investigar as causas e tratamento da mesma, incluindo o estudo de factores de risco psicológico e protocolos de tratamento (Williams e Roepke, 1993).

A presente investigação centrou-se na *dimensão psicológica no processo de reabilitação da lesão desportiva*. Contudo, será pertinente mencionar que a lesão apresenta uma multidimensionalidade, embora neste estudo apenas a perspectiva psicológica tenha sido abordada. A área temática é, pois, a medicina e psicologia da lesão desportiva. O seu domínio foi delimitado à fase específica que é o processo de reabilitação da lesão num contexto tão especial como é o meio desportivo. Diversos estudos (Ford e Gordon, 1998; Gordon *et al.*, 1998; Hemmings e Povey, 2002; Larson *et al.*, 1996; Wiese *et al.*, 1991) têm referido que aqueles que estão em contacto com o atleta lesionado – isto é, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos de MHU, terapeutas, entre outros – dispõem de uma posição privilegiada para intervir sobre ambos os aspectos do tratamento. O presente estudo incidiu sobre a perspectiva de vários **Profissionais de Medicina Desportiva (PMD)** que assistem atletas lesionados durante o seu processo de reabilitação, o que constitui uma abordagem original ao tema, uma vez que os estudos anteriormente realizados apenas contemplavam uma única classe de profissionais de saúde. Todos os PMD, mas sobretudo, como Henderson e Carroll (1993) indicam, os “*athletic trainer’s*”, ou técnicos de MHU, devem estar bastante sensibilizados para a importância do entendimento dos factores psicológicos associados às lesões.

¹ *Human Kinetics* é a denominação de MHU na língua inglesa. É, também, o nome adoptado por um reconhecido organismo editorial internacional com sede nos EUA, que mantém um local de presença na Internet (<http://www.humankinetics.com>) onde se pode encontrar todo o tipo de informação útil.

Este tipo de abordagem parece extremamente pertinente, uma vez que recentes estudos realizados em Portugal (Cruz e Dias, 1996; Dias, 2001; Neto, 1996) demonstraram que a equipa médica (EM) e os seus profissionais representam uma das maiores fontes de apoio social para o atleta lesionado durante o seu processo de reabilitação. Porém, a Medicina Desportiva é uma modalidade multidisciplinar, onde os seus elementos das EMD (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos de reabilitação, entre outros) trabalham em conciliação de esforços e de responsabilidades (Berger *et al.*, 2002; Brewer, 1998; Brukner e Khan, 1993; Gieck e Hedgpeth, 2002). Cada um destes profissionais possui a sua própria área de intervenção, dispondo por isso, muito possivelmente, de uma opinião muito própria sobre esta temática.

Os estudos desenvolvidos com PMD (Ford e Gordon, 1998; Gordon *et al.*, 1998; Hemmings e Povey, 2002; Larson *et al.*, 1996; Wiese *et al.*, 1991) alvitram que estes profissionais reconhecem a importância das capacidades psicológicas no processo de reabilitação da lesão desportiva. Similarmente foi mencionado que, para alcançar uma boa recuperação, é essencial uma comunicação eficaz e a utilização de estratégias motivadoras. Estes estudos também sugerem que os PMD sentem ser necessário identificar os aspectos psicológicos da lesão e aplicar técnicas psicológicas apropriadas para que o tratamento seja eficaz.

Apesar desta aparente sensibilidade demonstrada pelos PMD para as valências destes saberes, quando interpelados acerca do seu conhecimento e capacidades pessoais nesta área específica, todos os estudos demonstravam que a grande maioria de PMD percepcionavam os benefícios que poderiam auferir com um treino/formação mais aprofundada nesta área. Estes estudos têm vindo a ser desenvolvidos com praticantes desportivos lesionados nos EUA, Canadá, Austrália, Nova Zelândia e Reino Unido. Também em Portugal esta temática tem despertado o interesse de vários autores, dos quais se salientam, pela sua afinidade às ciências médicas, os estudos de Cruz e Dias (1996), Dias (2001), Dias e colaboradores (1997) e Neto (1996). Porém, a formação/qualificações dos PMD e a própria constituição da EMD variam entre os diversos países, tornando, assim, as comparações difíceis. A falta de investigação similar em Portugal é evidente e poderá ter repercussões significativas na prática dos PMD neste país. Nesse sentido, o objectivo deste estudo preliminar é evidenciar a opinião dos PMD sobre a importância que a dimensão psicológica desempenha durante o processo de reabilitação e no sucesso da recuperação de atletas lesionados.

A pertinência social deste estudo é explicada pela proficuidade de explorar a opinião de um grupo de profissionais directamente envolvidos na recuperação dos atletas lesionados (Brewer, 1998; Ford e Gordon, 1998; Gordon *et al.*, 1998; Gieck e Hedgpeth, 2002; Hemmings e Povey, 2002; Heil *et al.*, 1993; Henderson e Carroll, 1993; Larson *et al.*, 1996; Wiese *et al.*, 1991). Destaca-se, novamente, a unicidade de estudar os PMD em multidisciplinaridade. Estes puderam identificar aspectos psicológicos frequentemente associados à lesão desportiva, mencionaram características que distinguem atletas que recuperam melhor dos que não recuperam de um modo tão satisfatório, revelaram as técnicas psicológicas mais utilizadas, a utilidade de uma maior formação e, sobretudo, a frequência com que um atleta é afectado psicologicamente por uma lesão e a necessidade de assistir esta dimensão no tratamento. Este novo estudo em Portugal, pretende, igualmente, contribuir para um maior conhecimento no espectro da intervenção médica e paramédica no processo de reabilitação da lesão desportiva.

Para o alcance dos objectivos traçados, optou-se por realizar um estudo quantitativo do tipo descritivo-exploratório. O *Questionário sobre a Dimensão Psicológica na Reabilitação Desportiva* (QDPRD), traduzido, validado e adaptado por Marcolino & Lomba (2006) propositadamente para o efeito, foi o instrumento utilizado no estudo. Será importante esclarecer que o instrumento em causa foi desenvolvido com base em estudos anteriormente realizados com atletas e PMD, e tem vindo a ser aplicado em diversos países.

De modo a poder oferecer uma maior credibilidade e sustentabilidade a todo trabalho desenvolvido existiu uma preocupação adicional no levantamento literário. Para o presente estudo, efectuaram-se pesquisas em diversas bibliotecas: Universidade de Coimbra, Universidade Fernando Pessoa (Faculdade de Ciências da Saúde e Unidade de Ponte de Lima), Universidade do Minho, Universidade do Porto (Faculdade de Ciências do Desporto e Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação), Universidade Técnica de Lisboa (Faculdade de Motricidade Humana), Biblioteca Municipal Lúcio Craveiro da Silva, Biblioteca Municipal de Ponte de Lima, Viana do Castelo e de Vila Verde. As pesquisas on-line também se verificaram bastante úteis, recorrendo sobretudo a bases de dados científicas devidamente credenciadas (BJSM Online – British Journal of Sports Medicine, Medline, PubMed, Psycinfo e Sport Discus). Nesta busca foram consultados artigos, livros, manuais, periódicos, revistas e teses/dissertações (doutoramentos, mestrados e monografias). De salientar, igualmente, o recurso a diversos especialistas portugueses na área temática.

Este manuscrito está estruturado de acordo com as orientações sugeridas por vários autores (Azevedo e Azevedo, 2004; Carvalho, 2002; Cervo e Bervian, 1996; D'Oliveira, 2005; Fortin, 1999; Lazarus e Marconi, 1992; Lazarus e Marconi, 1991; Quivy e Van Campenhoudt, 1998), uma vez que o tema em questão está orientado para a área das ciências sociais e psicologia. Em seguida a esta introdução ao trabalho, surge uma disposição de cinco capítulos ao longo do manuscrito. Num primeiro ponto será contextualizada a concepção do estudo. O tema, o problema, a revisão bibliográfica, as questões e objectivos de investigação serão abordados nesta primeira fase. Seguidamente, proceder-se-á à descrição do desenho do estudo. Um especial enfoque será, pois, atribuído à delimitação do meio, da população e da amostra, ao plano de amostragem, ao tipo de estudo, ao método e instrumento de recolha de dados, às variáveis, aos procedimentos operacionais e estatísticos, às considerações éticas e ao pré-teste ou não constituísse esta etapa, a via de aquisição dos propósitos da investigação. Numa etapa seguinte, serão apresentados os resultados obtidos, designadamente, a caracterização da amostra e a perspectiva dos PMD sobre a dimensão psicológica no processo de reabilitação da lesão desportiva. Durante o quarto capítulo, todos os dados obtidos serão alvo de discussão aprofundada. Finalmente, as implicações para a teoria, investigação e prática rematam o estudo, procedendo-se ao encerramento do documento com a indispensável conclusão.

Os resultados obtidos foram, indubitavelmente, satisfatórios. Primeiramente, pela qualidade e sensibilidade evidenciada pelos participantes, que na sua totalidade, reconheceram a importância desta dimensão no tratamento de atletas lesionados, revelando, também, estarem atentos e prontos a intervir psicologicamente sobre o atleta. Numa outra análise, os dados vêm, de uma maneira geral, ao encontro dos estudos anteriormente realizados com PMD, demonstram estar em consonância com a teoria e destaca-se a, presumível, tendência progressiva da perspectiva dos PMD portugueses face à temática em estudo.

O tratamento da dimensão psicológica é fundamental para o sucesso do processo de reabilitação da lesão desportiva

I. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Esta etapa representa o ponto de partida para a elaboração de um estudo científico (Fortin, 1999). Tem como pressuposto formular ideias claras, concisas e organizadas acerca da temática específica em estudo. No decorrer desta etapa será possível realizar uma abordagem ao tema, problema, revisão bibliográfica, questões e objectivos de investigação.

1. Tema

Para iniciar uma investigação é necessário delimitar uma área de interesse específico (Azevedo e Azevedo, 2004; Carvalho, 2002; Cervo e Bervian, 1996; D'Oliveira, 2005; Fortin, 1999; Lakatos e Marconi, 1992; Lakatos e Marconi, 1991; Quivy e Van Campenhoudt, 1998). Devido ao enquadramento da licenciatura em MHU na área das ciências da saúde, seleccionou-se, primeiramente, o espectro da medicina.

Nas últimas décadas tem vindo a verificar-se uma notória remodelação dos cuidados de saúde. Os constantes avanços tecnológicos na medicina, permitiram que, hoje em dia, seja possível realizar mais eficazmente a avaliação, cirurgia, e reabilitação de pacientes. Porém, Davies (1995) destaca o progresso gerado pela medicina desportiva. Deste modo optou-se pela *área da medicina desportiva*.

A *lesão* é um reconhecido obstáculo no desporto. Durante a última década verificou-se uma aposta na prevenção da lesão, contudo, estas continuam a figurar no mundo desportivo (Cruz e Dias, 1996; Dias *et al.*, 1997; Heil, 1993; Mostofsky e Zaichkowsky, 2002; Pargman, 1993; Rotella e Heyman, 1991; Williams e Roepke, 1993). À pouco mais de uma década, algumas lesões seriam o suficiente para colocar um ponto final na carreira de um atleta. Todavia, na actualidade, essas mesmas lesões são, genericamente, de fácil resolução para os PMD (Gieck e Hedgpeth, 2002). Face a este cenário, surge a necessidade de explorar o *processo de reabilitação*, visando uma intervenção cada vez mais eficaz e facilitadora. Existem inúmeras obras literárias que descrevem e tecem considerações relativas à medicina desportiva, contudo, e em contraste com a abundante informação relativa à fisiologia/biologia da lesão, pouco destaque tem sido atribuído às outras dimensões (psicológica, sociológica e cultural).

O estado de saúde deve ser entendido como uma circunstância holística, ou seja, o estado patológico não é relativo a uma ausência de doença, mas sim, um bem-estar do indivíduo com o seu aspecto biológico/fisiológico, psicológico e socio-cultural (Brewer, 1994; Mostofsky e Zaichkowsky, 2002). Deste modo, desponta a indispensabilidade de compreender a razão pela qual o mesmo tratamento, em condições semelhantes, poderá ter diferentes resultados entre indivíduos. Brewer (2002) destaca o papel interactivo da componente psicológica. Este foi o assunto que os autores desejaram desenvolver com o presente estudo.

A necessidade de explorar a dimensão psicológica no processo de reabilitação da lesão desportiva foi levantada pelos autores Rotella e Heyman, que em 1991 (p. 505) explicam que:

“Apesar dos esforços dos treinadores e instrutores, as lesões ocorrem todavia. O [seguinte] passo necessário para servir melhor os interesses dos atletas, envolve uma compreensão e apreciação da psicologia da reabilitação da lesão”

Com base nestes raciocínios, deliberou-se elaborar um estudo com o tema **“A Dimensão Psicológica no Processo de Reabilitação da Lesão Desportiva”**. Esta temática desenvolveu um enorme interesse nos autores, sobretudo, devido ao envolvimento dos mesmos com o mundo do desporto, medicina/reabilitação e da psicologia.

2. Problema

O problema constitui a questão central da investigação. Representa a dúvida que perturba o investigador, uma questão que envolve uma dificuldade teórica ou prática, para a qual se deseja encontrar uma solução (Carvalho, 2002; Cervo e Bervian, 1996). A problematização consiste, para Azevedo e Azevedo (2003), na busca de diferentes abordagens teóricas. Cervo e Bervian (1996) consideram que a formulação do problema representa uma vantagem na investigação que nunca deverá ser ignorada. Esta formulação além de permitir delimitar com exactidão o tipo de resposta que é procurada, também conduz a uma reflexão benéfica do investigador e permite a escolha do método mais adequado. A formulação do problema indica exactamente o que se pretende resolver, que dará origem aos objectivos do estudo (Carvalho, 2002). O levantar de um problema é, pois, a definição do fenómeno em estudo (Fortin, 1999).

Vários estudos (Brewer, 1998; Ford e Gordon, 1998; Gordon *et al.*, 1998; Hemmings e Povey, 2002; Heil *et al.*, 1993; Henderson e Carroll, 1993; Larson *et al.*, 1996; Wiese *et al.*, 1991) têm salientado a importância e utilidade dos PMD neste processo e a sua posição privilegiada para identificar e assistir esta dimensão da lesão. Porém, estes estudos centraram-se na figura do reabilitador, contraditando as explicações de vários autores, que destacam o carácter multidisciplinar da medicina desportiva (Berger *et al.*, 2002; Brewer, 1998; Brukner e Khan, 1994; Gieck e Hedgpeth, 2002). Uma vez que vários profissionais estão envolvidos na assistência ao atleta lesionado no processo de reabilitação, dispendo, por isso, de uma opinião válida sobre a temática, surgiu, prontamente, a questão central deste estudo:

“Que importância atribuem os profissionais de medicina desportiva à dimensão psicológica no processo de reabilitação da lesão desportiva?”

Este ponto conduz aos objectivos de investigação (ponto 4, do capítulo I). Devido ao seu enquadramento no processo de reabilitação, considerou-se útil explorar a opinião dos vários PMD sobre esta dimensão. Os inquiridos puderam identificar respostas psicológicas frequentemente associadas à lesão, mencionarem características que distinguem atletas que recuperam melhor dos que não apresentam índices tão satisfatórios. De um mesmo modo, foi possível verificar o recurso e acesso a serviços de aconselhamento. Procurou-se descobrir as técnicas psicológicas mais utilizadas aquando do tratamento de atletas lesionados. A frequência com que um atleta é afectado psicologicamente por uma lesão e a importância desta dimensão no processo de reabilitação, foram considerados pontos-chave desta investigação. Tentou-se, também, perceber a utilidade atribuída a uma formação mais especializada e, singularmente, as técnicas psicológicas que os PMD demonstravam um maior interesse no seu conhecimento e, naturalmente, um maior domínio da mesma.

De não menosprezar a utilidade deste estudo aprofundado para o responsável da pesquisa, visando, futuramente, possibilitar uma assistência mais eficaz e qualitativa aos atletas lesionados durante o seu tratamento. A natureza e desenho do estudo, bem como a sua unicidade específica (primeira vez que se inquiriu vários PMD conjuntamente), permitiram responder a premissas anteriormente levantadas e aceder a novos conhecimentos, contribuindo assim para a evolução da ciência e para a melhor compreensão, da dimensão psicológica particularmente, e, naturalmente, de todo o processo de reabilitação da lesão desportiva.

3. Revisão da literatura

A importância de proceder a uma adequada revisão bibliográfica prende-se com o facto de existir uma necessidade de contextualizar a temática, permitindo, deste modo, apoiar os resultados que posteriormente serão obtidos (Fortin, 1999). É essencial consultar diversos autores, com intuito de confrontar as várias ideologias mais actualizadas e bem aceites pela comunidade científica. Por outro lado, todo este apoio permitirá discutir sobre os resultados que serão obtidos posteriormente.

3.1. A Lesão Desportiva e o seu Impacto no Atleta

Nos dias que correm, vive-se uma época onde se verifica uma imensa preocupação com o bem-estar pessoal e social, onde a saúde reclama para si o lugar mais primordial entre todos esses bens. Como podemos constatar, quase que diariamente, pela comunicação social, existe um incentivo generalizado para a prática de actividades desportivas. Seja na sua vertente competitiva ou não competitiva, o desporto pode proporcionar aos seus praticantes inegáveis benefícios para a saúde, contudo, também apresenta alguns riscos, constituindo a lesão o mais importante de todos eles (Shephard, 2002; Hemmings e Povey, 2002). É (quase) probabilisticamente impossível, um atleta não sofrer nenhuma lesão ao longo da sua carreira (Cruz e Dias, 1996; Pargman, 1993). Os estudos epidemiológicos realizados referem que, só nos Estados Unidos, ocorrem mais de 70 milhões de lesões por ano que exigem atenção médica ou pelo menos um dia de inactividade (Williams e Roepke, 1993). Face a este panorama, verificou-se uma aposta aumentada na prevenção das mesmas. Contudo, e apesar da melhoria das condições e metodologias de treino, a lesão continua a integrar a realidade diária do mundo do desporto (Cruz e Dias, 1996; Dias *et al.*, 1997; Heil, 1993; Mostofsky e Zaichkowsky, 2002; Pargman, 1993; Rotella e Heyman, 1991).

A lesão é o maior adversário à performance do atleta, desempenhando um papel preponderante no rendimento desportivo (Heil, 1993). A longevidade e sucesso da prática desportiva dependem da resistência e na possibilidade de boas recuperações. Brito (2001) refere que as lesões e consequentes recuperações são, entre outros “sacrifícios”, normalmente superiores às capacidades físicas e psíquicas do atleta. Assim, poderá anular grandes oportunidades ou, em casos extremos, a própria carreira, como realça Heil (1993). Num

mundo desportivo cada vez mais profissionalizado, as lesões representam custos financeiros, pessoais, sociais, institucionais, chegando mesmo a afigurar-se como prejuízos nacionais e internacionais, bem como uma limitação ao possível sucesso desportivo. No entanto, apesar de todos os avanços e esforços verificados, as lesões continuam a figurar em todos os desportos (Cruz e Dias, 1996; Williams e Roepke, 1993).

No desporto, é comumente aceite a existência de dois tipos de lesões, diferenciadas e definidas pela sua origem: macrotrauma ou microtrauma. De acordo com a figura 1, o macrotrauma (também designadas de origem traumática) está associado com uma lesão aguda, de origem identificada, onde um simples e repentino impacto ou força provoca danos na estrutura tecidual (ex. distensões musculares, rupturas ligamentares, luxações articulares e fracturas). Na localização oposta encontra-se o microtrauma, sem origem identificada e apelidada de sobrecarga, que resulta de um contínuo acumular de pequenas forças ao longo do tempo, acabando por causar danos no organismo. Exemplos evidentes destas lesões de sobrecarga são as fracturas de fadiga ou as tendinites, que segundo as suas etiologias resultam de uma repetida sobrecarga biomecânica, podendo demorar vários meses de recuperação. Estas diferenças têm repercussões nas dissemelhantes alterações no atleta (Flint, 1998).

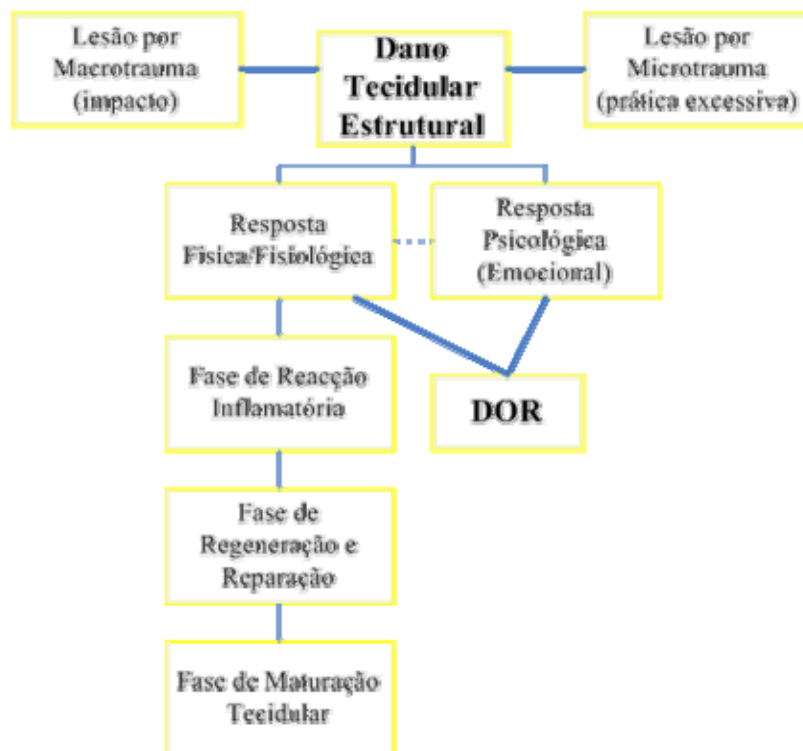


Figura 1. Processo de resposta da lesão desportiva
Adaptado de Flint (1998)

De modo a demonstrar o impacto da lesão no atleta, Flint (1998) elaborou um modelo (ver figura 2) baseado na investigação da lesão desportiva/psicologia desportiva. Factores como o desporto, lesão, características pessoais e sociais poderão ter, de acordo com o autor (p. 85), “um potencial impacto sobre o atleta lesionado”, com conseqüentes complicações na reabilitação que poderão advir da reacção do atleta à lesão. Os factores associados às lesões desportivas assumem, portanto, um papel extremamente importante em toda esta temática, não só por, possivelmente, estarem associados a uma maior/menor predisposição do atleta para a lesão, mas também pela repercussão que se verifica posteriormente no processo de reabilitação (Rotella e Heyman, 1991). Flint (1998) alude para a necessidade de assumir uma igualdade de importância entre todos os factores, até que estudos, com devidas conclusões e generalização de resultados, provem o contrário.

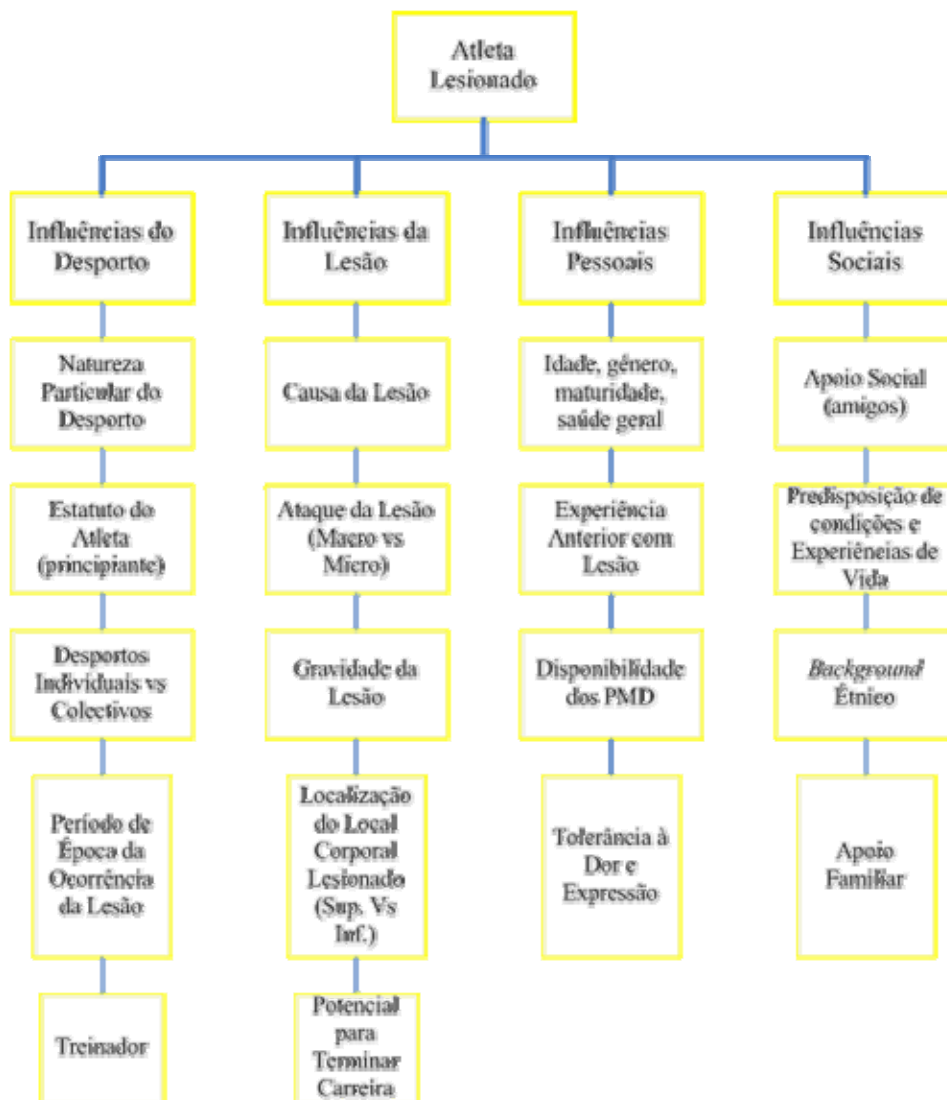


Figura 2. Atleta lesionado – cenário de Interação da Lesão. Potenciais factores influentes na lesão desportiva. Adaptado de Flint (1998)

Numerosas publicações têm apontado para os efeitos psicológicos (cognitivos, emocionais e comportamentais) que a lesão pode ter no atleta (Brewer, 2003; Brewer, 1998a; Buceta, 1996; Crossman, 1997; Cruz e Dias, 1996; Hanson *et al.*, 1992; Hardy *et al.*, 1991; Heil, 1993; Kerr e Goss, 1996; Masters e Ocles, 1998; Pargman, 1993; Rose e Jevne, 1993; Van Raalte *et al.*, 1996; Van Raalte *et al.*, 1992; Weise-Bjornstal e Smith, 1993). Conforme Williams e Roepke (1993) esclarecem, embora muitas das causas da lesão sejam indubitavelmente de natureza física (ex. constituição física, condição física, falhas dos equipamentos, superfície de jogo, *overtraining*), que os factores psicológicos também contribuem para a resistência e vulnerabilidade à lesão. Os mesmos autores mencionam que a lesão se afigura como um evento traumático na vida do atleta, com ramificações físicas e psicológicas. Já os autores, Weinber e Gould (1995) aludem para o facto de a lesão desportiva exigir não só uma atenção dos aspectos físicos, mas também dos aspectos psicológicos. Segundo Pargman (1993), a lesão é multidimensional e contém uma extensão estrutural, anatómica ou fisiológica e psicológica. A propósito da dimensão da lesão para o atleta, Heil (1993, p. 15) explica que *“Uma lesão representa não só um problema físico mas também um desafio à manutenção do equilíbrio emocional e ao jogo mental do atleta”*.

Os conceituados psicólogos do desporto, Buceta (1996) e Heil (1993), e os especialistas em medicina física e reabilitação, Brockway e Fordyce (1994), alertam para a necessidade de diagnosticar os vários aspectos e factores psicológicos associados às lesões. O verdadeiro significado da lesão para o atleta, só poderá ser identificado após uma avaliação e diagnóstico do seu estado psicológico. Esta avaliação poderá revelar possíveis indicações sobre o ajustamento/desajustamento do atleta à lesão, permitindo deste modo, uma posterior intervenção mais eficaz no processo de reabilitação.

Todos estes factos relativos às lesões desportivas tem conduzido numerosos investigadores, no domínio da Medicina e Psicologia desportiva, a abordarem o problema. De toda a literatura relativa ao tema, realça-se um crescente número de estudos e trabalhos relativos aos aspectos e factores associados aos atletas lesionados e à eficácia das intervenções psicológicas no seu processo de reabilitação (Ahern e Lohr, 1997; Albinson e Petrie, 2003; Brewer *et al.*, 2003; Brewer *et al.*, 2003a; Brewer, 1998b; Brewer *et al.*, 1994; Chute, 1997; Conelly e Rotella, 1991; Daly *et al.*, 1995; Dias, 2001; Dias *et al.*, 1997; Driediger *et al.*, 2006; Gilbourne e Taylor, 1998; Ievleva e Orlik, 1991; Johnson, 1996; Neto, 1996; Newcomer, 2000; Petitpas e Danish, 1995; Smith, 1996; Theodorakis *et al.*, 1996; Weinberg e Gould, 1995).

3.2. O Consequente Processo de Reabilitação

A ocorrência de uma lesão pressupõe sempre um consequente processo de reabilitação com o propósito de permitir ao atleta regressar à competição na melhor condição possível (Gilbourne e Taulor, 1998). Este facto será perceptível através da observação do modelo para o processo de reabilitação de Steadman (1993), que será posteriormente exposto e analisado. O principal objectivo do processo de reabilitação, e sobretudo o papel dos PMD, é tratar a lesão pelos meios de métodos físicos externos e assegurar que o atleta retorne à sua funcionalidade física total o mais rápido e seguramente possível (Hemmings e Povey, 2002). Este enfatizar da componente física, tem levado, de um certo modo, os PMD e a comunidade científica a negligenciar a investigação da dimensão psicológica da lesão desportiva (Brewer, 1998; Cupal, 1998; Petitpas e Danish, 1995). Contudo, e como anteriormente explicado, a lesão não se trata apenas de uma agressão física ao organismo, constituindo a intervenção psicológica um elemento fundamental e necessário na reabilitação física dos atletas lesionados (Heil, 1993; Pargman, 1993; Williams e Roepke, 1993). Compete aos PMD a importante tarefa de verificar, no processo de reabilitação, até que ponto o atleta lesionado apresenta uma melhor ou pior reacção e uma maior facilidade ou dificuldade de ajustamento à lesão (Cruz e Dias, 1996).

Os investigadores têm reconhecido a importância desempenhada pela dimensão psicológica no processo de reabilitação da lesão desportiva. O sucesso e eficácia do tratamento só poderão ser alcançados mediante a existência prévia de uma compreensão e abordagem holística da lesão desportiva, isto é, a intervenção deve visar a consonância dos seus efeitos físicos e psicológicos (Brewer, 2002; Brewer, 1994; Gieck e Hedgpeth, 2002; Hemmings e Povey, 2002; Striegel *et al.*, 1996). Rotella e Heyman (1991) mencionam que as lesões variam de maior a menor, sendo que essas diferenças de gravidade não significam, necessariamente, uma maior facilidade ou dificuldade na reabilitação. Já em 1996, Neto refere que a gravidade da lesão tende a ser directamente proporcional à carga emocional e psicológica que o atleta sente durante a sua reabilitação. O stress emocional, a localização da lesão, sensação de dor, o tempo de duração da lesão, a percepção, culpabilidade e a surpresa ou carácter inesperado da lesão são factores considerados preponderantes no sucesso ou insucesso da reabilitação da mesma.

Durante o período de reabilitação os atletas podem evidenciar reacção psicológicas associadas às lesões. Este facto tem vindo a ser observado em diversos estudos (Cruz e Dias, 1996; Dias, 2001; Neto, 1996; Newcomer, 2000; Pargman, 1993; Petitpas e Danish, 1995). Numa revisão da literatura e investigações realizadas, o conceituado autor, Brewer (1994), sumariou as variáveis situacionais e as variáveis pessoais que podem afectar a presença, duração e intensidade das reacções psicológicas e emocionais às lesões. Relativamente às variáveis situacionais, as lesões mais graves e de longa duração, assim como aquelas que obrigam à interrupção ou deterioração das actividades quotidianas parecem estar associadas a níveis mais elevados de stress no período pós lesão. No sentido antagónico, um bom prognóstico da lesão, progressos na recuperação, apoio social de outras pessoas significativas na reabilitação e informação adequada por parte da equipa médica relativamente ao estado da lesão, demonstram ser factores que geram menores níveis de stress e reacções emocionais mais adequadas. O referido autor destaca como variáveis pessoais que podem interferir na qualidade e na natureza positiva ou negativa das reacções emocionais e psicológicas após a lesão, as seguintes variáveis: a) a reabilitação bem sucedida de lesões anteriores (fazendo aumentar as expectativas de eficácia pessoal do atleta); b) a maior ou menor implicação pessoal dos atletas na prática do desporto (os atletas de alta competição são mais vulneráveis ao stress consequente, do que os que praticam desporto de recreação); c) a idade dos atletas (reacções emocionais mais negativas são mais frequentes em crianças e nos atletas mais idosos); d) os tipos e padrões de pensamentos dos atletas (pensamentos negativos estão mais associados a níveis mais elevados de stress); e) a resistência mental, enquanto característica da personalidade do atleta (associada a um menor número de alterações emocionais).

Cruz e Dias (1996), explicam que, de uma maneira geral, os modelos existentes relativos às reacções psicológicas das lesões desportivas contemplam duas fases: uma fase inicial de natureza reactiva, caracterizada essencialmente por emoções negativas do tipo da negação, revolta, irritação e choque ou desespero; e uma fase posterior, de natureza adaptativa, marcada essencialmente por emoções mais positivas, como a aceitação, a esperança e alguma autoconfiança. Em 1995, Petitpas e Danish sumariaram não só as reacções psicológicas mais frequentes, associadas às lesões desportivas (ilustradas na figura 3), mas também os principais sinais ou sintomas de um ajustamento psicológico problemático face à lesão desportiva (ver figura 4).

PERDA DA IDENTIDADE

Uma lesão que impede ou obriga um atleta a abandonar, definitivamente, a prática ou a competição desportiva gera, naturalmente, uma perda na identidade pessoal do atleta. O facto de uma parte importante de si próprio "se ter perdido" afecta negativamente e seriamente o seu auto-conceito e auto-estima.

MEDO E ANSIEDADE

Os atletas lesionados podem também experienciar elevados níveis de medo e ansiedade, experienciando nomeadamente elevados níveis de preocupação acerca da sua capacidade para recuperarem totalmente da lesão, acerca da possibilidade de se voltarem a lesionar e acerca da possibilidade de poderem vir a ser afastados da equipa principal e substituídos por outros colegas. O facto de não poderem treinar nem competir faz com que eles tenham muito tempo para se preocuparem com estes aspectos.

FALTA DE CONFIANÇA

Em face da sua incapacidade para treinarem e competirem, assim como do seu debilitado estado físico, os atletas lesionados podem perder a confiança depois de uma lesão. Paralelamente, esta falta de confiança pode reflectir-se e resultar em diminuição da motivação, rendimentos inferiores e mesmo lesões adicionais.

DECRÉSCIMOS DE RENDIMENTO

A falta de confiança e a falta de tempo de treino faz com que os atletas possam vir a evidenciar declínios ou decréscimos significativos de rendimento após a lesão. Muitos atletas têm uma dificuldade enorme em baixarem as suas expectativas e exigências pessoais após uma lesão e, pelo contrário, continuam a ter níveis de expectativas idênticos aos que possuíam antes de se lesionarem.

Figura 3. Reacções psicológicas associadas às lesões desportivas
Adaptado de Petitpas e Danish (1995) por Cruz e Dias (1996)

A presença de reacções emocionais negativas ou desadaptativas interfere assim no bem-estar psicológico dos atletas lesionados, mas também pode interferir na reabilitação da lesão, através de alterações nos níveis de adesão e motivação adequadas às tarefas e actividades de reabilitação (Cruz e Dias, 1996). De acordo com Heil (1993), para muitos atletas, uma lesão e o seu processo de tratamento e recuperação podem ser extremamente desgastantes. Por isso, Buceta (1996) refere a importância de prestar atenção à natureza stressante das lesões desportivas e salienta a necessidade de considerar os vários aspectos e momentos do stress pós-lesão: o stress na hospitalização e das intervenções cirúrgicas; o stress na reabilitação das lesões; o stress no regresso à actividade desportiva habitual; o stress dos atletas lesionados que têm que competir nesse estado; e o stress dos atletas lesionados que são obrigados a abandonar a prática desportiva. Contudo, e como Cruz e Dias (1996) alertam, não existe a possibilidade de afirmar que é apenas a presença de stress que contribui para aumentar a vulnerabilidade às lesões desportivas. Estas, por sua vez, podem também aumentar a vulnerabilidade à experiência de stress.

- Sentimentos de irritação, revolta e confusão;
- Pensamentos obsessivos acerca do dia em que poderão voltar a competir;
- Negação (Ex: "A lesão não é nada... ");
- Regressarem repetidamente à competição demasiado cedo e voltarem a sofrer lesões;
- Orgulho exagerado ("gabarem-se") acerca das prestações e realizações que conseguem;
- Insistência em queixas físicas sem importância;
- Culpabilização pelos fracos rendimentos da equipa;
- Isolamento e/ou afastamento de outras pessoas significativas;
- Mudanças rápidas nos estados de humor;
- Afirmações de que independentemente do que for feito, a recuperação não será possível.

Figura 4. Sinais de um ajustamento potencialmente problemático às lesões desportivas
Adaptado de Petitpas e Danish (1995)

Mais recentemente, em 2002, um dos mais conceituados autores na temática (Brewer) conjuntamente com os seus colaboradores, aponta para a necessidade de a reabilitação da lesão desportiva ser abordada segundo uma perspectiva biopsicossocial. Para tal, foi desenvolvido um modelo onde os factores psicológicos desempenham um papel central e dinâmico, interagindo com os factores biológicos, os factores contextuais/sociais, a própria lesão, os intermédios biopsicológicos e a própria reabilitação da lesão desportiva. Este modelo biopsicossocial será apresentado posteriormente em detalhe.

A comunidade científica tem demonstrado uma enorme expectativa sobre a eficácia de intervenções psicológicas no processo de reabilitação das lesões desportivas. Diversos estudos e investigações têm demonstrado a importância e contribuição decisiva de algumas competências e estratégias psicológicas na optimização da recuperação de lesões, sobretudo nas que apresentam maior gravidade (ver figura 5). Num estudo notável e dos mais metódicos realizados, os autores, Ievleva e Orlick (1991), concluíram que atletas que mais frequentemente formulavam objectivos, que recorriam em maior quantidade ao uso de diálogos ou discursos internos (*selftalk*) de natureza positiva e visualizavam mentalmente a sua recuperação de uma forma mais frequente, recuperavam de um modo mais rápido e inesperado comparativamente com atletas que recuperavam com menor sucesso. Todas estas evidências enfatizam a importância da dimensão psicológica durante a reabilitação da lesão.

Estudo	N	População	Intervenção	Grupo (s) Controlo	Método	Efeitos da intervenção	Comparações Estatísticas
Sprenger, Carlson, & Wessman (1979)	1	Cirurgia meniscal	Biofeedback	Não	Quantitativo	Aumento do nível motivacional	Não
Krebs (1981)	26	Cirurgia meniscal	Biofeedback	Sim	Quantitativo	Aumento do resultado EMG; aumento da força	Sim
Rotella & Campbell (1983)	1	Jogador de basquetebol	Dessensibilização sistemática	Não	Qualitativo	Redução da ansiedade de recidiva; Aumento de confiança	Não
Wise, Fiebert, & Kates (1984)	6	Dor patelo-femural	Biofeedback	Não	Quantitativo	Redução da dor; retorno às funções desportivas	Não
Draper (1990)	22	Reconstrução do LCA	Biofeedback	Sim	Quantitativo	Aumento de força; aumento do nível motivacional	Sim
Draper & Ballard (1991)	30	Reconstrução do LCA	Biofeedback	Sim	Quantitativo	Aumento de força	Sim
Carroll (1993)	6	Múltiplas lesões	Imagética	Sim	Quantitativo	Melhoramento do temperamento; retorno às actividades desportivas	Sim
Nicol (1993)	1	Entorse	Imagética/ Hipnose/ Aconselhamento	Não	Qualitativo	Redução da dor; melhoramento do temperamento	Não
Sthalekar (1993)	1	Esquiador aquático (parelesia/dor)	Imagética/ Relaxamento/ Hipnose	Não	Qualitativo	Redução da dor; alguma recuperação do nível motivacional	Não
Brewer, Jeffers, Petitpas, & Van Raalte (1994)	20	Múltiplas lesões	Estabelecimento de objectivos/ Imagética/ Aconselhamento	Não	Quantitativo/ Qualitativo	Percepções positivas das intervenções; preferência pelo estabelecimento de objectivos; melhoramento da atitude no decurso da reabilitação	Sim
Levitt, Deisinger, Wall, Ford, & Cassisi (1995)	51	Cirurgia artroscópica ao joelho – múltiplas lesões	EMG biofeedback	Sim	Quantitativo	Maior potência do extensor & recrutamentos das fibras do quadríceps 2 semanas após cirurgia	Sim
Durso-Cupal (1996)	30	Reconstrução do LCA	Relaxamento/ imaginação guiada	Sim	Quantitativo	Aumento da força; aumento da extensão; redução do estado & recidiva ansiedade; retorno às actividades mais rápido	Sim
Ross & Berger (1996)	60	Masculino – Cirurgia artroscópica meniscal	Treino de inoculação de stress	Sim	Quantitativo	Redução da ansiedade; redução da dor; aumento da funcionalidade física	Sim

Figura 5. Estudos de intervenção na reabilitação de lesões desportivas
Adaptado de Cupal (1998)

3.3. A Importância dos PMD na Assistência ao Atleta Lesionado

A EMD constitui a primeira linha de intervenção aquando do ajustamento psicológico do atleta à lesão (Berger *et al.*, 2002; Gieck e Hedgpeth, 2002; Heil *et al.*, 1993). Os PMD trabalham numa abordagem multidisciplinar em equipa, conciliando as capacidades e competências especializadas de cada elemento (Berger *et al.*, 2002; Brukner e Khan, 1993; Gieck e Hedgpeth, 2002). Dias *et al.* (1997) e Neto (1996), em estudos realizados com vários atletas lesionados de distintos graus de profissionalização, demonstram que os atletas atribuem uma elevada importância aos PMD na sua recuperação. Contudo, estes profissionais de cuidados de saúde tendem a centrar-se na componente física e apresentam uma escassa formação no que diz respeito à intervenção psicológica (Brewer, 1998; Heil *et al.*, 1993). Porém, Brewer (1998) aclara que:

“A medicina clínica desportiva é uma área multidisciplinar relacionada com a prevenção, diagnóstico, e tratamento de lesões e doenças associadas à participação no desporto, exercício, e outras formas de actividade física” (p. 91).

Este vasto espectro da disciplina é confirmado por Brukner e Khan (1993, p. 3) que, para além da “(...) prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de lesões (...)”, explicam que a medicina clínica desportiva ajuda a “(...) emancipar a performance através do treino, nutrição e psicologia (...)”. Heil e colaboradores (1993) relembram que a medicina desportiva constitui uma inegável valência para a mente e o corpo. Os mesmos autores sugerem três fundamentais princípios de intervenção para uma EMD: a) a medicina desportiva é uma disciplina multidimensional apropriada a uma abordagem em equipa; b) todos os membros da EMD desempenham um papel no controlo psicológico do atleta; c) uma coordenação cautelosa de cuidados optimizará o resultado do tratamento.

Os PMD desde sempre assumiram um papel de conselheiros para com os atletas. Uma abordagem psicológica mais sensível aos atletas lesionados amplificará a confiança, construirá confidências e minimizará o distress (stress prejudicial). Uma colaboração entre todos os PMD conjuntamente com a equipa técnica, direcção e psicólogo permitirá um maior e mais eficaz controlo do atleta, especialmente em casos mais problemáticos (Berger *et al.*, 2002; Heil *et al.*, 1993; Gieck e Hedgpeth, 2002).

3.3.1. PMD intervenientes no processo de reabilitação

A literatura existente não é consensual quanto à constituição de uma EMD ou quais os PMD que devem prestar assistência aos atletas lesionados. Esta circunstância é perfeitamente compreensível devido ao facto de existirem diferenças entre as diversas práticas profissionais desempenhadas nos vários países existentes no globo terrestre. De acordo com a legislação nacional, recorrendo ao Artigo 17º (Medicina Desportiva) do Parecer nº.74/2001 da Procuradoria-Geral da República (Publicado no DR, IIªs, nº. 265, de 15.11.2001, p. 18862):

“ (...) pretende-se que os médicos e paramédicos diferenciados ou credenciados sejam convenientes e eficientemente utilizados no apoio aos desportistas (...) que o médico especializado e a equipa diferenciada – enfermeiros, fisioterapeutas, etc. – estejam onde está o atleta a que se exijam prestações físicas importantes ”

Não sendo a lei portuguesa suficientemente esclarecedora no que se refere à assistência a atletas lesionados, foi necessário o recurso a especialistas em medicina clínica desportiva (Brukner e Khan, 1993). Os peritos mencionam alguns profissionais que podem estar implicados na assistência a atletas lesionados. Dos vários intervenientes salientando-se os seguintes pela sua intervenção e colaboração no processo de reabilitação: fisiatras desportivos; cirurgiões e ortopedistas; fisioterapeutas/terapeutas do físico; terapeutas de tecidos moles/massagista; treinadores desportivos/técnicos de MHU; e outros profissionais como osteopatas; técnicos de quiropraxia; fisiologistas do exercício; especialistas biomecânicos; terapeutas ocupacionais.

Face à importância desempenhada pelos factores psicológicos em todo o processo envolvente às lesões desportivas, a incorporação de consultores de psicologia nas EMD tem vindo a ser defendida por vários autores (Buceta, 1996; Heil, 1993; Neto, 1996; Pargman, 1993; Petitpas e Danish, 1995). Esta integração, também é defendida por Weinberg e Gould (1995), que estimulam para a importância que os psicólogos poderão desempenhar enquanto membros da EMD. Segundo os autores, estes poderão prestar um auxílio marcante para o atleta na prevenção e no processo de confronto das lesões, ajudando, igualmente, na criação e promoção de um ambiente propício e facilitador da recuperação das mesmas.

3.3.2. A medicina desportiva como modalidade multidisciplinar

Conforme anteriormente exposto, Berger *et al.* (2002), Brewer (1998) e Gieck e Hedgpath (2002) explicam que a medicina desportiva é uma modalidade multidisciplinar. Como tal, não se baseia num modelo médico tradicional, onde o médico é o primeiro contacto com o atleta com subsequente referência a outros médicos e/ou paramédicos. De acordo com Brukner e Khan (1994), o modelo da medicina desportiva (figura 6) é diferente. Os autores compreendem a medicina desportiva como uma abordagem em equipa.

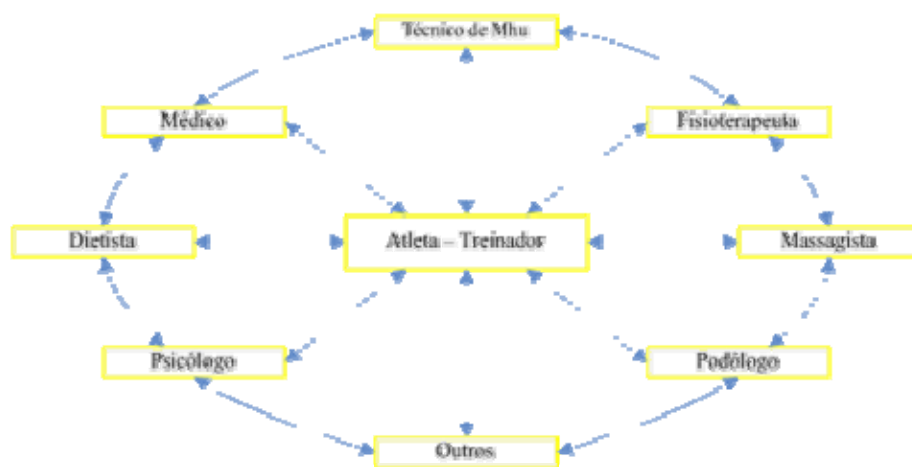


Figura 6. Modelo da medicina desportiva
Adaptado de Brukner e Khan (1994)

O primeiro contacto clínico do atleta pode ser o médico, contudo, também pode ser o técnico de MHU, o fisioterapeuta ou o massagista. Esta circunstância pode ser devida a um anterior relacionamento do atleta com o PMD devido ao tratamento de outra lesão ou pela presença desse PMD na altura da ocorrência da lesão. Os mesmos autores explicam que, os atletas, geralmente, apresentam-se ao PMD com quem têm a melhor relação ou estão mais acostumados a ver. É essencial que todos os PMD na EMD compreendam as suas próprias capacidades e limitações, bem como, conhecimento de quais outros PMD poderão oferecer os requisitos necessários para a melhor assistência do atleta lesionado. O PMD deve estar alertado para todas as complicações que poderão surgir com o decorrer do tratamento. Se o atleta não responder satisfatoriamente a um regime de tratamento particular, será necessário rever a situação, reconsiderar o diagnóstico e considerar meios alternativos de tratamento. Tal, pode requerer a referência a outro membro da EMD. Os autores mencionam ainda a necessidade de todos os PMD conhecerem as necessidades individuais do atleta.

3.4. Modelos para a Abordagem do Processo de Reabilitação da Lesão Desportiva

Os seguintes modelos foram desenvolvidos por conceituados PMD, Psicólogos do Desporto e outros investigadores conhecedores da temática, com o intuito de permitir uma compreensão do processo de reabilitação da lesão desportiva numa perspectiva holística, salientando o seu impacto psicológico no atleta.

3.4.1. Modelo para o processo de reabilitação

O processo de reabilitação divide-se em três grandes áreas: reabilitação física global (condição aeróbia, força geral e flexibilidade), reabilitação específica da região lesionada e reabilitação psicológica. Uma intervenção que não contemple todas estas áreas, nunca permitirá ao atleta uma recuperação da lesão, da sua anterior condição e um melhor retorno à competição num menor espaço de tempo (Steadman, 1993).

O atleta orienta-se por objectivos durante toda a sua carreira. Seja qual for o grau de competitividade praticado pelo atleta, o desejo de um regresso após lesão com os níveis atingidos antes desta acontecer é partilhado por todos. A *orientação por objectivos* surge como elemento essencial para o sucesso de todo o processo de reabilitação, conforme vários estudos têm vindo a evidenciar (Connelly e Rotella, 1991; Gilbourne e Taylor, 1998; Steadman, 1993; Theodorakis *et al.*, 1996). Este facto deve ser tido em conta pelos PMD para a organização do plano de reabilitação. Uma prévia identificação e programação de todos os períodos que se estendem desde a pré-lesão até ao retorno à competição, permitirá ao atleta uma recuperação mais eficaz. É pois necessário compreender a interacção destes períodos, que segundo o modelo apresentado por Steadman (1993) para o processo da lesão e reabilitação são os seguintes:



Durante cada um destes períodos existe uma intensa exigência psicológica por parte do atleta. Um acompanhamento psicológico adequado poderá otimizar quer a intervenção cirúrgica, quer todo o processo de reabilitação. De acordo com a figura 7, é utilizado um processo similar aquando das lesões de maior gravidade, sendo estas sujeitas, ou não, a intervenção cirúrgica. Relativamente às lesões de menor gravidade, é normalmente utilizado um treino/reabilitação específica com a orientação para o retorno à competição.

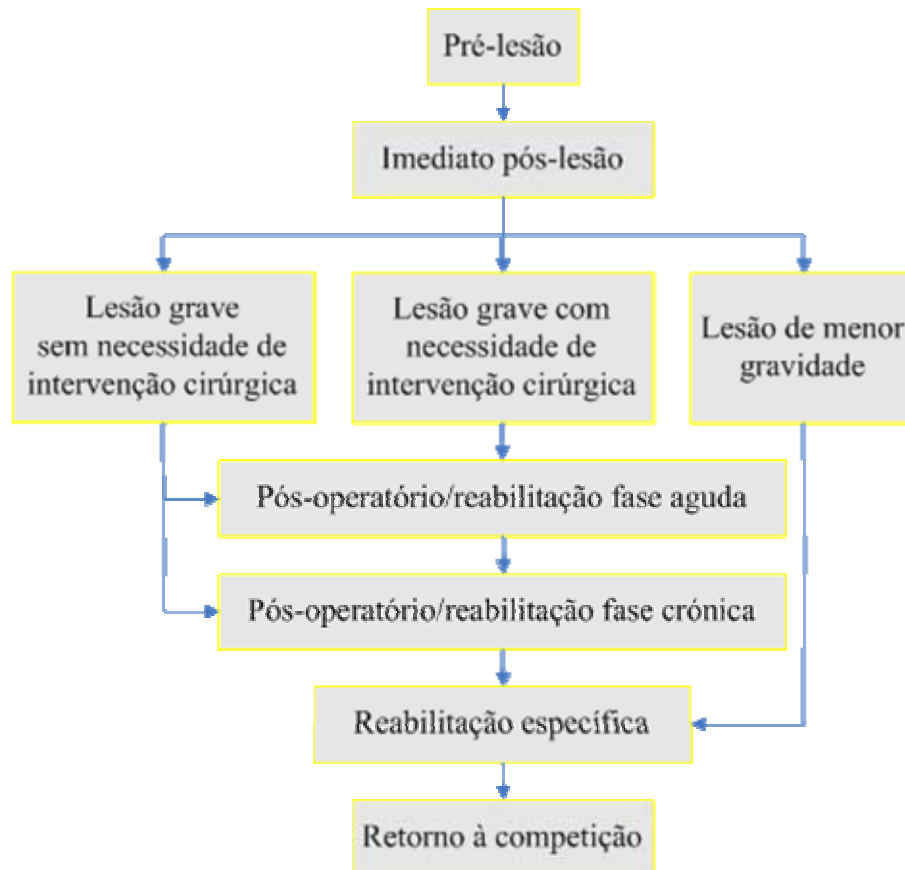


Figura 7. O processo de reabilitação
Adaptado de Steadman (1993)

No *período pré-lesão*, a lesão poderá resultar de um culminar de factores antecedentes (falta de concentração, pressão e fadiga). Caso sejam identificados estes factores, devem ser tomados em conta durante a selecção do tratamento a seguir. Segue-se o *imediato pós-lesão*, sendo esta fase caracterizada pela existência do medo e da negação. Será importante informar o atleta acerca das consequências da lesão bem como do tratamento a seguir. A *decisão e implementação do tratamento* estão dependentes do sucesso das fases antecedentes. Um sucesso garantirá uma maior cooperação e disponibilidade do atleta para o tratamento. O

pós-operatório/reabilitação fase aguda representa a fase mais delicada de todo o processo. É fundamental o apoio dos PMD ao atleta, orientando este para os objectivos anteriormente traçados. A intervenção cirúrgica constitui uma dificuldade acrescida a todos os intervenientes. No *pós-operatório/reabilitação fase crónica* deve-se continuar com o programa de tratamento, aumentando a carga e intensidade dos exercícios, procurando manter o atleta orientado. A implementação do treino físico global/geral é normalmente iniciado nesta fase, com o intuito de preparar o atleta para as fases seguintes. Na fase de *reabilitação específica*, o domínio psicológico não desempenha um papel tão preponderante, uma vez que o atleta sente o fim do processo perto. Os exercícios devem ser específicos e orientados à modalidade praticada. No *retorno à competição* surge, possivelmente, uma nova importância da componente psicológica, devido ao absentismo, provocando um leque de reacções relacionadas com o seu rendimento desportivo (medo de falhar, desconfiança dos companheiros, falta de confiança em si próprio, entre outros).

O modelo para o processo de reabilitação apresentado por Steadman (1993), permite-nos compreender que aquando da ocorrência de uma lesão, com as suas próprias particularidades e especificidades, existe sempre o pressuposto de um processo de reabilitação. Esta abordagem representa uma perspectiva médica sobre a psicologia da reabilitação da lesão desportiva, baseada na observação de inúmeros atletas com diferentes graus de profissionalização. Salienta-se o cuidado nos métodos de tratamento conjuntamente com a devida atenção às necessidades evidenciadas pelos atletas, permitindo uma maior eficácia na reabilitação da lesão. Na elaboração do programa de reabilitação, segundo o autor, deve estar incluído:

- O conhecimento completo do atleta sobre a lesão, tratamento e fases do mesmo. Este facto permite ao atleta sentir-se parte da equipa que orienta o processo de recuperação;
- Estabelecer objectivos atingíveis em cada etapa da reabilitação. Deverão ser objectivos simples mas exigentes que permitam uma imediata focalização por parte do atleta. Contudo, deve-se ter em conta que objectivos demasiado exigentes poderão não ser alcançados pelos atletas, produzindo neste um efeito contrário ao desejado;
- Prontidão na iniciação de um programa aeróbio de modo a ajudar a evitar possíveis estados de depressão que surjam imediatamente após o período pós-lesão. Este

princípio ajuda a debelar um possível aparecimento de stress relacionado com as alterações psicológicas que ocorrem devido a transição abrupta de actividade física intensa para nenhuma qualquer actividade.

- Aconselhamento psicológico de modo a ajudar o atleta a lidar com o seu estatuto enquanto atleta (ex. titularidade), especialmente quando se verificarem períodos de inactividade extensos.

3.4.2. Modelo para a reabilitação da lesão desportiva

De modo a sumariar as inúmeras investigações dedicadas aos factores psicológicos que poderão estar associados à ocorrência de lesões nos atletas, Andersen e Williams (1988) implicaram a resposta de stress como um importante mediador da ocorrência de lesões e identificaram alguns factores que poderão contribuir para o aparecimento de stress e lesões em atletas. Estes factores incluem a *história dos agentes/factores de stress* do atleta (ex. acontecimentos da vida, problemas diários, lesões anteriores ou stress de vida global), os *recursos de confronto* (ex. comportamento de confronto geral, sistema e redes de apoio social, competências de controlo de stress, outras competências psicológicas e mentais) e a *personalidade* (ex. resistência psicológica, locus de controlo, traço de ansiedade competitiva, motivação para a realização e a procura de sensações).



Figura 8. Uma extensão do modelo de Andersen e Williams (1988) para a reabilitação da lesão desportiva Adaptado de Grove (1993)

Grove e colaboradores (Grove e Gordon, 1991 *cit. in* Grove, 1993; Grove, Hanrahan e Stewart, 1990 *cit. in* Grove, 1993) sugeriram que uma forma modificada do modelo de Andersen e Williams (1988) seria uma útil ferramenta para o entendimento dos factores psicológicos na reabilitação da lesão. O diagrama deste modelo modificado está representado na figura 8. De referir que, para Grove (1993), a *personalidade* pode desempenhar um papel fundamental na reabilitação, na medida em que, os PMD possam antecipar, conhecer e lidar com respostas indesejáveis. De acordo com Andersen e Williams (1988), a literatura existente tem demonstrado, de forma mais ou menos clara, a relação entre a personalidade e a saúde, como são o caso da “resistência” psicológica e do locus de controlo.

Alguns aspectos do modelo da figura 8 solicitam uma maior atenção. Primeiro, enquanto a lesão é o ponto final do modelo original de Andersen e Williams (1988), no modelo aqui apresentado a lesão representa o ponto inicial deste processo. Contudo, segundo os autores, as alterações por eles efectuadas podem ser interpretadas como uma simples extensão do modelo de Andersen e Williams (1988), com o retorno à competição do atleta a representar o ponto final deste processo. Segundo, este novo modelo considera a resposta de stress como uma das manifestações da interacção entre os *conhecimentos, reacções psicológicas e comportamentos* durante a reabilitação. Estes podem ser mais ou menos controlados pelas diversas *intervenções psicológicas* (ex. reestruturação cognitiva, paragem do pensamento, treino da confiança, promoção de expectativas realistas, promoção da coesão da equipa, competências de relaxamento, treino autogénico/meditação, visualização e prática mental, dessensibilização à distração ou a modificação da medicação). Também podem ocorrer uma enorme variedade de outras manifestações positivas e negativas (ex. o aumento de auto conhecimento ou a não identificação com os regimes de tratamento). Finalmente, os autores deste modelo decidiram incluir *factores relacionados com a lesão e factores relacionados com o tratamento*, como influências gerais nos aspectos psicofisiológicos da resposta da reabilitação. Estas alterações foram confirmadas com comentários por parte de atletas e PMD acerca de factores que afectam o progresso durante a reabilitação em vários estudos (Brewer *et al.*, 1991; Gordon, Milios e Grove, 1991a *cit. in* Grove, 1993; Grove, Hanrahan e Stewart, 1990 *cit. in* Grove, 1993; Wiese *et al.*, 1991). Contudo, os autores referem que qualquer um destes factores gerais indicados na figura 4 representa uma área de preocupação legítima para aqueles que lidam directamente com atletas lesionados, e devem por isso, ser alvo de estudos detalhados e aprofundados, procurando uma intervenção cada vez mais eficaz no processo de reabilitação.

3.4.3. Modelo integrado da resposta psicológica à lesão desportiva e processo de reabilitação

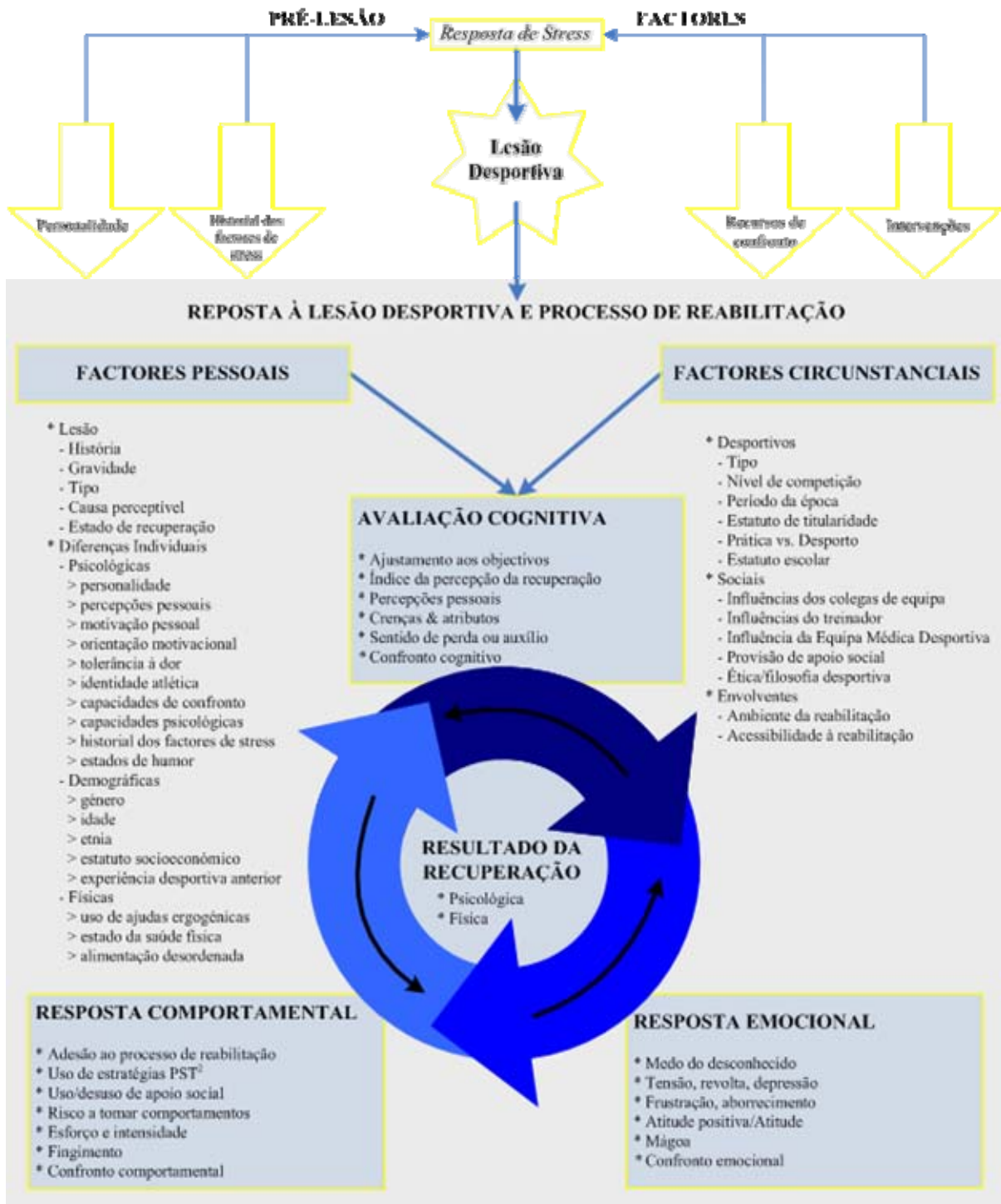


Figura 9. Modelo integrado da resposta psicológica à lesão desportiva e processo de reabilitação Adaptado de Wiese-Bjornstal *et al.* (1998)

² Psychological skills training (Treino de habilidades psicológicas)

O modelo integrado da resposta à lesão desportiva e processo de reabilitação (figura 9) foi elaborado por Wiese-Bjornstal e colaboradores (1998), de modo a contemplar as dinâmicas psicológica e sociológica na resposta à lesão desportiva. A investigação tem estudado a psicologia da lesão desportiva em dois pontos – pré-lesão e pós-lesão. Os factores psicológicos que se julgam estar relacionados com a ocorrência da lesão desportiva são a *personalidade*, *stress* e *recursos de confronto* (Williams e Andersen, 1998). Aquando da ocorrência da lesão desportiva, existem consequências psicológicas provenientes da mesma, encontrando *respostas cognitivas*, *emocionais* e *comportamentais* (Wiese-Bjornstal *et al.*, 1995). Este arquétipo também deriva de entrevistas com atletas lesionados, descrevendo fases de aumento e diminuição de ajustamento à lesão do atleta.

As recentes adaptações aos modelos do processo do stress e avaliação cognitiva proporcionaram uma extensão do modelo de pré-lesão de Andersen e Williams (1988) à fase pós-lesão. Wiese-Bjornstal e Smith (1993) e Wiese-Bjornstal *et al.* (1995) propuseram modelos conceptuais e dedutivos de resposta psicológica pós-lesão derivada de uma análise dedutiva da investigação empírica existente. Os factores incluídos no modelo operativo eram elementos para os quais existiam apoio empírico (Wiese-Bjornstal *et al.*, 1995). Grove (1993) também providenciou um modelo baseado no stress, que se focava na personalidade como factor que influenciava os pensamentos, sentimentos e comportamentos dos atletas durante a reabilitação.

O modelo integrado indica que os factores pré-lesão (Andersen e Williams, 1988) e pós-lesão (Wiese-Bjornstal *et al.*, 1995) influenciam a resposta psicológica. A resposta psicológica pode variar e varia durante todo o processo de um modo dinâmico, e a recuperação – física e psicológica – é o resultado do processo. Os factores pessoais e circunstanciais listados no modelo estão continuamente no *background* do processo dinâmico, exercendo o seu efeito durante todo o processo. As setas bidireccionais no centro do modelo ilustram a natureza dinâmica do processo de reabilitação. Contudo, a orientação dominante seguida indica que a avaliação cognitiva afecta as emoções que por sua vez afecta os comportamentos, as influências na direcção oposta também são possíveis. Os autores também referem que este centro dinâmico tem a forma de espiral dinâmica. Na orientação superior com direcção à total recuperação, se os resultados da recuperação forem positivos, ou na orientação inferior quando longe da recuperação total, ou seja, se os resultados da recuperação forem negativos.

Em 1995, Daly e colaboradores explicaram este dinamismo entre as *cognições*, as *emoções* e os comportamentos. Os autores alertaram para a resposta emocional associada à lesão e na sua repercussão na aderência à reabilitação. De acordo com os autores, baseados nos modelos da avaliação cognitiva da resposta à lesão desportiva, as cognições (ex. pensamentos) afectam as emoções, que por sua vez influenciam o comportamento (ver a dinâmica do modelo integrado da resposta psicológica à lesão desportiva e processo de reabilitação). Os autores sustentam que a lesão é um stressor. O modo como o atleta lesionado interpreta a lesão e a sua habilidade para a superar determina a resposta emocional à lesão. Pensa-se que a resposta emocional à lesão (ex. revolta, depressão) tenha influência sobre as respostas comportamentais à lesão (ex. adesão aos regimes de reabilitação, inclusão social). Pensa-se que, a interacção entre os factores pessoais (ex. investimento psicológico no desporto, auto-estima e dureza) e os factores circunstanciais (ex. gravidade da lesão, período de época, ponto na carreira atlética) determina a avaliação cognitiva. Face a esta interacção e à associação do distress psicológico associado a uma fraca adesão à reabilitação, os autores alertam para a necessidade de controlar a *avaliação cognitiva* na intervenção psicológica no processo de reabilitação.

Este modelo é elucidativo da *perspectiva progressiva* de Weiss (2003) e defende a interpretação da dinâmica dos aspectos psicológicos da reabilitação da lesão desportiva. O autor alerta para a necessidade de considerar as variações nas interrelações entre os pensamentos, emoções e comportamentos nos vários períodos do processo de reabilitação da lesão do desportista. Este desenvolvimento contínuo procura descrever e explicar alterações psicológicas e comportamentais individuais do atleta durante este período, bem como, das diferenças e similaridades na natureza dessas alterações entre indivíduos. A capacidade de perceber, interpretar e aplicar esta abordagem possibilitará, segundo o autor, um desenvolvimento das intervenções mais apropriadas e efectivas.

3.4.4. Modelo biopsicossocial da reabilitação da lesão desportiva³

A abordagem biopsicossocial da reabilitação da lesão desportiva de Brewer *et al.* (2002) surge face à necessidade de preencher uma lacuna entre a abordagem médica e psicológica. Este modelo de reabilitação baseia-se no processo e nas interrelações aquando da ocorrência da lesão. Muitos destes componentes poderão influenciar a ocorrência da lesão numa primeira instância. Componentes do modelo biopsicossocial:

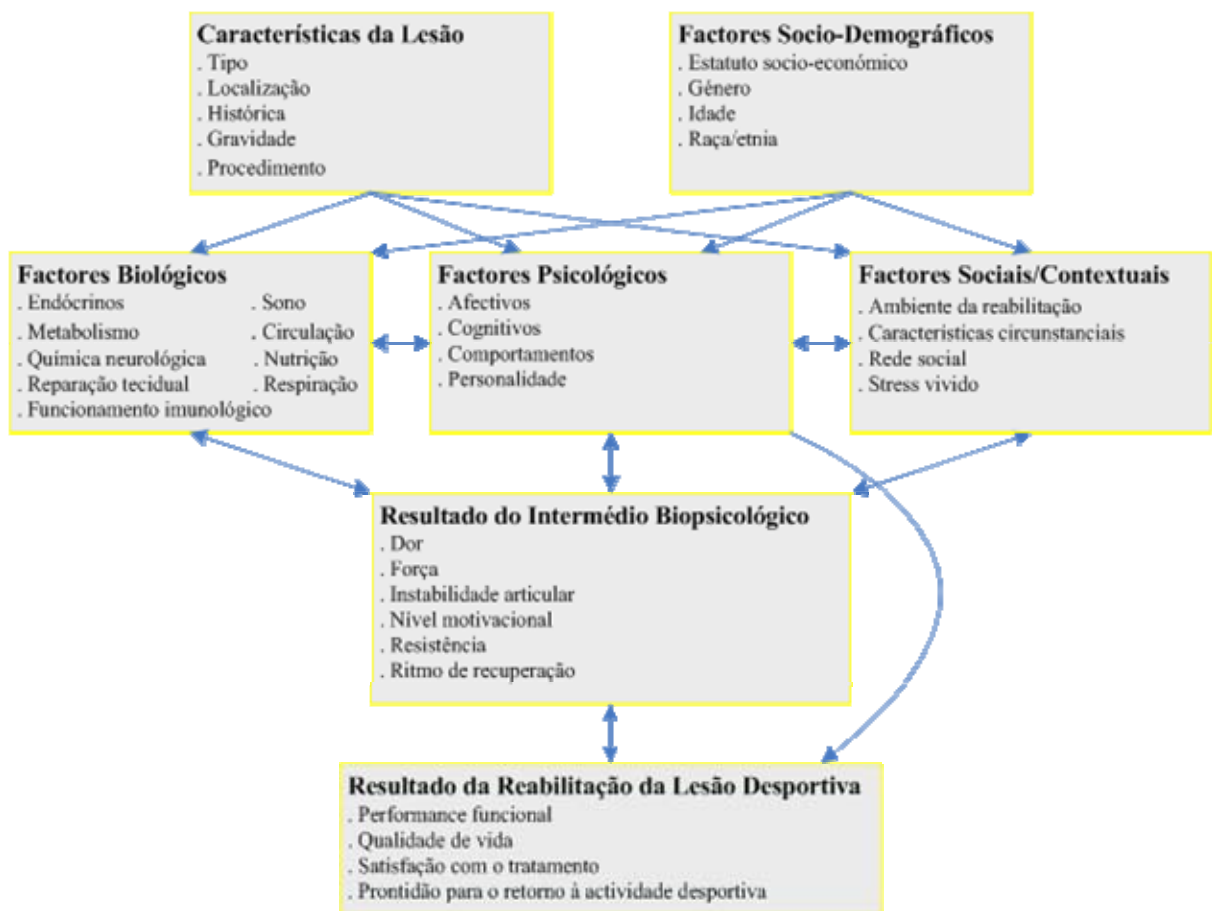


Figura 10. Modelo biopsicossocial da reabilitação da lesão desportiva
Adaptado de Brewer *et al.* (2002)

A *lesão* é um acontecimento ou processo que envolve danos físicos que podem levar a um início de reabilitação. As lesões podem ser classificadas segundo o seu tipo (ex. microtrauma, macrotrauma), causa, gravidade e localização. Também poderão ser de simples e curta história clínica (ex. distensão da anca), ou com uma história clínica mais complexa, complicada e com um processo longo (ex. problemas coifa dos rotadores).

³ Este modelo tem uma natureza ecológica dinâmica

Factores Sócio-Demográficos identificam o *background* pessoal em que a reabilitação da lesão desportiva ocorre. Exemplos de factores socio-demográficos que poderão estar relacionados com o êxito da reabilitação são a idade, género, raça/etnia, e o estatuto socio-económico.

Por definição, a lesão induz um dano às estruturas biológicas. Os *factores biológicos* que poderão influenciar a lesão e afectar a recuperação física incluem a endocrinologia, nutrição, metabolismo, química neurológica e processos de reparação tecidual e funcionais como o sistema circulatório, respiração e sistema imunitário.

As diferenças individuais (ex. personalidade), variáveis cognitivas, emocionais e comportamentais constituem os *factores psicológicos* primários associados à reabilitação da lesão desportiva. Wiese-Bjornstal e colaboradores (1998) descreveram em detalhe as relações entre estes factores, como anteriormente descrito.

A reabilitação da lesão desportiva não ocorre num vácuo. Ela acontece numa situação particular e num contexto ambiental que pode afectar os aspectos psicológicos da reabilitação da lesão desportiva. Exemplos relevantes de *factores sociais/contextuais* incluem características da situação desportiva (ex. tipo de desporto, período da época, ambiente de equipa/balneário, expectativas do treinador/equipa, nível de participação, confiança pelo rendimento monetário desportivo), características do ambiente de reabilitação (ex. acessibilidade, qualidades sociais dos profissionais de reabilitação), a rede social do atleta e os maiores ou menores níveis de stress.

O *resultado do intermédio biopsicológico* contempla factores que poderão ser influenciados pelo processo de reabilitação da lesão desportiva e poderão, em último caso, contribuir para o êxito da reabilitação da lesão desportiva. Flexibilidade (ex. nível de motivação), força, resistência, instabilidade articular, ritmo de recuperação e dor são exemplo do êxito do intermédio biopsicológico.

O *resultado da reabilitação da lesão desportiva* consiste no fim de todo o processo de reabilitação da lesão desportiva e inclui performance funcional, qualidade de vida, satisfação com o tratamento e prontidão psicológica para o retorno à competição ou à vida fora do desporto. A relativa importância deste êxito pode variar de indivíduo para indivíduo.

3.4.4.1. Dinâmica do modelo biopsicossocial

Como indicam as setas bidireccionais na figura 10, um modelo biopsicossocial é claramente uma abordagem interactiva para conceptualizar a reabilitação da lesão desportiva. As interrelações entre os componentes chave do modelo realçam a complexidade de factores que influenciam o resultado da reabilitação. Será descrito o procedimento do modelo, começando pelo topo e analisando cada um dos seus constituintes e suas relações com os outros factores do modelo.

A lesão é tipicamente considerada em termos dos seus efeitos no funcionamento biológico, com a resposta inflamatória, sistema imunitário, mobilização e reparação tecidular. A lesão pode também afectar os factores psicológicos (ex. atitude deprimida em resposta à lesão). Uma lesão pode também causar um impacto no ambiente social (ex. se a “estrela” da equipa sofrer uma lesão que o obrigue estar ausente até ao fim da temporada, o ambiente da equipa poderá sofrer uma alteração negativa).

Em similaridade, os factores socio-demográficos poderão contribuir para as respostas biológica e psicológica à lesão, bem como ao contexto em que a reabilitação ocorre. Por exemplo, o género de um atleta com uma lesão desportiva pode ser salientado no processo de reabilitação ainda que a influência das características biológicas, psicológicas e sociais presentes nos diferentes géneros existam, como hormonas, reacções emocionais e expectativas sociais.

Na posição central do modelo estão os factores psicológicos. Eles podem influenciar e ser influenciados pelos factores biológicos e sociais/contextuais. Por exemplo, quando um atleta está lesionado, os seus pensamentos e emoções podem influenciar o funcionamento biológico como o apetite e o sono. Um sono perturbado devido à dor e desconforto da lesão também pode levar a uma perturbação afectiva. Para os factores sociais/contextuais, um atleta lesionado pode encontrar-se num ambiente desagradável na reabilitação, que leva a um estado deprimido (um dos factores psicológicos), que por sua vez, leva a um afastamento social, provocando uma alteração negativa da rede social do atleta.

A ligação entre os factores biológicos e o resultado do intermediário biopsicossocial é processada quase num sentido unidireccional. Factores como a circulação, índice de reparação tecidual e metabolismo influenciam os resultados como o nível motivacional, redução da dor e nível de recuperação. A importância da seta bidireccional entre os factores biológicos e o resultado do intermediário da reabilitação pode ser entendida aquando da abordagem à reabilitação. Por exemplo, um desafio ou nova tarefa pode influenciar os factores da personalidade. Uma resposta emocional positiva pode ajudar o atleta a completar exercícios saturantes e dolorosos, ajudando a melhorar o resultado biopsicossocial como o nível motivacional. O sucesso do resultado do intermediário de reabilitação pode também influenciar os factores psicológicos, ajudando a incrementar uma atitude positiva e cognições.

As variáveis sociais/contextuais estão posicionadas de modo a influenciar o resultado da reabilitação da lesão apenas com a intervenção dos factores psicológicos com o papel de mediador. Por exemplo, circunstâncias de vida difíceis podem interferir com a aderência ao protocolo de reabilitação, por esse meio é impedido o alcançar de um favorável resultado do intermediário biopsicossocial e, ultimamente, a performance funcional desejada no fim da reabilitação.

Conjuntamente a estas relações unidireccionais com os factores biológicos e as relações bidireccionais com os factores psicológicos, julga-se que o resultado do intermediário biopsicossocial contribua directamente para o resultado da reabilitação da lesão. Nível motivacional, força e dor, por exemplo, presumivelmente influenciam a performance funcional.

Finalmente, os factores psicológicos estão posicionados de modo a possuir relações bidireccionais com o êxito da reabilitação da lesão desportiva. Por exemplo, respectivo ao resultado do intermediário biopsicossocial, o nível motivacional pode afectar quer a performance funcional quer a prontidão no retorno à competição. Pelo contrário, uma opinião positiva da qualidade de vida pode aumentar outras cognições e emoções positivas.

3.5. Dimensão Psicológica no Processo de Reabilitação da Lesão Desportiva

Nas últimas décadas, vários PMD e psicólogos do desporto estudaram empiricamente as relações entre os factores psicológicos e a ocorrência da lesão desportiva e consequente processo de reabilitação. É inegável que após a ocorrência da lesão, o entendimento e o domínio dos aspectos psicológicos da lesão são essenciais para o sucesso da reabilitação (Williams e Roepke, 1993). Os autores Rotella e Heyman (1991, p.514) sustentam que:

“A reabilitação é tanto um processo mental como físico. Já que os desportistas são humanos, este processo inclui um forte componente emocional que se altera de dia para dia. É crucial esforçar-se para fazer deste processo uma experiência positiva em que os desportistas estejam implicados activamente.”

A dimensão psicológica da reabilitação da lesão desportiva é, pois, referente aos seu aspectos e factores associados, bem como à intervenção psicológica. Esta intervenção contempla as estratégias e habilidades/técnicas psicológicas específicas que permitem facilitar e otimizar o êxito de todo o processo.

Ievleva e Orlick (1991) resumiram alguns dos factores e técnicas psicológicas na reabilitação. De acordo com os autores, a *atitude* e o *resultado*, o *stress* e o *controlo do stress*, o *apoio social*, o *estabelecimento de objectivos*, o *auto-discurso positivo*, a *imaginação guiada* e a *crença* são alguns dos componentes mentais que, baseados na teoria e evidenciados clinicamente, contribuem para a recuperação da lesão.

3.5.1. Aspectos, característica e factores psicológicos associados

Wiese *et al.* (1991) alegam que atletas que recuperam melhor apresentam elevada motivação interna, determinação e “dureza” mental, boa disposição a escutar o fisioterapeuta, apoio social, alta auto-estima, alto nível de habilidade física, atitude mental positiva e equilíbrio mental. Por oposição, atletas que apresentam má adaptação à reabilitação aderem deficientemente à reabilitação, ignoram as instruções dos PMD, têm falta de motivação,

ausência de apoio social e apresentam respostas emocionais muito intensas como consequência da lesão (ansiedade, depressão). Constata-se, ainda, que estes atletas dispunham de poucas oportunidades de jogar na equipa antes da lesão, possuem baixa auto-estima e falta de objectivos desportivos bem definidos.

Já em 1993, Pargman refere alguns factores comportamentais que se pensam estar relacionados com as lesões desportivas. Segundo o autor, a personalidade, a dedicação, o auto-conceito e os factores sociais são preponderantes para o sucesso da reabilitação.

Por seu turno, Heil (1993) identificou os factores psicológicos na reabilitação de atletas lesionados. O referido autor indica que a motivação, a tolerância à dor, a orientação por objectivos e os hábitos de treino físico são positivos para a recuperação da lesão. Pelo contrário, o sentimento de perda, a ameaça à auto-imagem, as exigências da performance desportiva e as expectativas de uma recuperação rápida, desempenham um papel negativo na reabilitação.

A importância do atleta entender a lesão e suas consequências é salientado por Williams e Roepke (1993), alertando também para a necessidade de o próprio atleta possuir as capacidades essenciais para lidar com a situação. Contudo, existem diferenças individuais que resultam na percepção e resposta ao trauma físico. Geralmente, os atletas lesionados desenvolvem respostas cognitivas, emocionais e comportamentais às lesões. De acordo com os autores, os “vencedores” da reabilitação/lesão apresentam como respostas mais expressivas: elevada autoconfiança; auto-imagem positiva; boa concentração com foco de atenção apropriado; determinação; estabelecimento de objectivos; dureza mental; agressividade; auto-estima positiva; auto-motivação; atitudes positivas; capacidade comunicativa; auto-regulação apropriada de estimulação (o atleta está enérgico e relaxado e não se apresenta ansioso ou com medo); preocupação positiva com o desporto (imagética e pensamentos); dedicação; eram controlados e diligentes.

Weinberg e Gould (1995) e Striegel *et al.* (1996) mencionam algumas das respostas associadas à lesão desportivas que, como anteriormente explicado, estão conotadas a reacções de perda por parte do atleta. De acordo com os autores, sentimentos como a negação e o isolamento, revolta, depressão e [posterior] aceitação são algumas dessas mesmas respostas.

Para Brewer e seus colaboradores (2002), durante a reabilitação da lesão desportiva intervêm factores [psicológicos] como os aspectos afectivos, cognitivos, o comportamento e a personalidade. Esta abordagem biopsicossocial permite explicar as possíveis diferenças entre indivíduos. É esta a razão pela qual o mesmo tratamento em condições semelhantes poderá ter resultados díspares.

3.5.2. Estratégias e habilidades/técnicas de intervenção psicológica

Devido à relação entre as várias reacções e factores associados à lesão desportiva e sua influência no seu processo de reabilitação, a inclusão de intervenções psicológicas no protocolo de tratamento poderá ser vantajoso. Cruz e Dias (1996, p. 477) explicam que as:

“(...) inúmeras intervenções e técnicas psicológicas [são] recomendadas para promover o bem-estar psicológico dos atletas lesionados, o aumento da adesão dos atletas aos programas de recuperação e reabilitação e a facilitação da reabilitação física dos atletas lesionados.”

Para Rotella e Heyman (1991), a *detenção do pensamento*, a *imaginação*, o *ensaio visual* e o *ensaio corporal* deverão ser estratégias a utilizar durante a reabilitação. Ievleva e Orlick (1991) aconselham aqueles que ajudam na cura do atleta lesionado a: a) apresentar comparações enquanto apoiam e encorajam o progresso; b) apoiar a capacidade de o atleta influenciar a sua própria cura; c) manter contacto e envolvimento com o atleta lesionado; d) estar alerta para as considerações individuais e reacções à lesão; e) escutar; f) demonstrar interesse.

Os autores Williams e Roepke (1993) aludem que a reabilitação pode ser facilitada através de uma educação/conhecimento do atleta acerca da lesão, ajudar o atleta a *lidar com as emoções*, *aumentar a motivação e confiança através do estabelecimento de objectivos*, *desafio de auto-discurso negativo e desafiar crenças culpabilizantes*. Os mesmos autores alertam também para o *controlo da dor* e o *controlo do stress* como essenciais para um retorno à competição com êxito.

Também em 1993, os investigadores Ievleva e Orlick sugerem a utilização das seguintes actividades mentais específicas pela sua capacidade de emancipar a recuperação da lesão. São

elas o *comprometimento, aproveitamento/observação das oportunidades, o estabelecimento de objectivos, a atitude e a crença, auto-discurso positivo, relaxamento, imaginação mental e o confronto com o medo e a recidiva*. De acordo com os autores, estas técnicas podem, do mesmo modo, melhorar a performance desportiva.

Weinberg e Gould (1995) identificam o *estabelecimento de objectivos, auto-discurso positivo, visualização mental e o treino do relaxamento* como sendo as habilidades de confronto psicológicas específicas mais importantes para a reabilitação. Os mesmos autores acreditam que os seguintes procedimentos e técnicas psicológicas podem permitir a facilitação do processo de reabilitação e conseqüente recuperação da lesão desportiva:

- a. O estabelecimento de uma relação interpessoal "privilegiada" com o atleta lesionado (pensando "da mesma maneira" que ele se deve sentir, dando apoio emocional e sendo realista, mas simultaneamente positivo e optimista);
- b. A formação e educação do atleta acerca da lesão que sofreu e do processo de recuperação (em todos os tipos de lesões, mas principalmente nos casos de primeira lesão, detalhando e especificando como se processará o processo de recuperação);
- c. O ensino e treino de competências psicológicas específicas de confronto e adaptação à situação (formulação de objectivos para a recuperação, discurso interno positivo, visualização e imaginação mental e treino de relaxamento);
- d. A preparação psicológica do atleta para lidar com atrasos na recuperação ou outros factores inesperados (salientando que existem diferentes ritmos de recuperação e diferentes factores que nela podem interferir, bem como a possibilidade de poderem ocorrer "recaídas" ou atrasos perfeitamente normais em tal processo);
- e. A promoção de "esquemas" de apoio social permanente ao atleta, por parte de outros significativos do atleta, como é o caso dos treinadores, colegas de equipa, familiares e amigos mais próximos (não só no período imediatamente após a lesão, mas também durante e ao longo de todo o processo de recuperação).

Striegel e colaboradores, em 1996, descreveram uma abordagem de tratamentos psicológicos diferenciais baseada na duração da reabilitação. Esta orientação incorporava a natureza individual da resposta de stress e considerava os vários estádios percebidos pelos PMD, quando trabalhando com atletas lesionados (Quadro 1). Esta abordagem é dividida em três níveis: reabilitação de curto – termo (0 a 2 semanas), reabilitação de longo – termo (mais de 2 semanas) e fim da participação no desporto.

Quadro 1 – Considerações e opções de tratamento associados com o processo de três níveis para o tratamento psicológico baseado na duração da reabilitação

Nível	Duração	Considerações	Opções de tratamento
1	0-2 Semanas	Stress	Controlo do stress Racionalização sistemática
2	>2 Semana	Stress Motivação Comprometimento	Controlo do stress Racionalização sistemática Orientação por objectivos Grupos de apoio
3	Afastamento do desporto	Stress Motivação Comprometimento Fim de carreira	Controlo do stress Racionalização sistemática Orientação por objectivos Grupos de apoio Aconselhamento de carreira

Adaptado de Striegel *et al.* (1996)

O *primeiro nível* envolve lesões que requerem uma reabilitação de 0 a 2 semanas. As reacções dos atletas focalizam-se na resiliência e confronto com o stress associado à lesão. O tratamento enfatiza o controlo do stress e o desenvolvimento de estratégias de confronto. O *segundo nível* abrange lesões que requerem reabilitação com mais de duas semanas. Neste nível, a motivação e comprometimento estão relacionados com os protocolos de reabilitação. O tratamento é focalizado no estabelecimento de objectivos e grupos de apoio à lesão. O *terceiro nível* refere-se às lesões que resultam no fim da participação desportiva do atleta. Este nível abarca a potencial perda da identidade desportiva e a transição para o novo estilo de vida, com as estratégias de tratamento a focalizarem as respostas de dor e o aconselhamento da carreira. De acordo com os autores, a observação da psicologia da reabilitação da lesão atlética sob a perspectiva da gravidade e longevidade da lesão, pode providenciar aos PMD um tratamento moldado à individualidade atlética.

Na opinião de Buceta (1996), a intervenção psicológica após uma lesão deverá ter quatro objectivos principais: a) melhorar o bem-estar e o funcionamento psicológico dos atletas lesionados; b) contribuir e promover a eficácia da reabilitação; c) ajudar os atletas a reintegrarem-se na sua actividade e prática desportiva habitual; d) prevenir e evitar recaídas ou novas lesões. Para o autor, o período sequente a uma lesão, contempla diferentes momentos distintos, cada um deles com diferentes necessidades e problemas de ordem psicológica (e com diferentes objectivos na intervenção psicológica): o período imediato ao momento em que se produziu a lesão, o período de hospitalização, pré e pós-operatório, o período de imobilização, o período de reabilitação activa e o período final de preparação do regresso à competição.

Theodorakis e colaboradores (1996), baseados na literatura, identificaram as seguintes estratégias, pela sua contribuição no tratamento da lesão: *atitudes positivas, controlo do stress, apoio social, estabelecimento de objectivos, auto-discurso positivo, imaginação mental, locus de controlo, eventos de vida e auto-conceito.*

Vários autores portugueses (Cruz e Dias, 1996; Cruz e Viana, 1996; Ribeiro, 1996) sugeriam a aplicação do *treino da imaginação e visualização mental* na recuperação de lesões e controle da dor. De acordo com os autores, uma das possíveis utilidades do treino visual é “*no processo de tratamento e reabilitação de um atleta lesionado e no controlo da dor*” (Cruz e Viana, 1996, p. 636), podendo também ser utilizada no auxílio à realização de exercícios terapêuticos em relação aos quais os atletas possam ter desenvolvido algum tipo de medo ou receio na sequência do traumatismo. Os autores alvitram similarmente a utilização de *técnicas de relaxamento*. Cruz e Viana (1996, p. 636) explicam que “*a indução de estados profundos de relaxamento que, por si só, parecem facilitar os processos regenerativos*”. Por seu turno, Cruz e Dias (1996) sugerem, para além da *visualização mental* e do *treino de relaxamento muscular*, a *formulação de objectivos*.

Em 2002, os especialistas em medicina/reabilitação desportiva, Gieck e Hedgpeth sugerem a uso de técnicas psicológicas para o auxílio ao atleta lesionado. A *dissociação para o controlo da dor*, o uso de *paliativos* para a *redução do stress* e o *estabelecimento de objectivos* para a *motivação*, podem ajudar o atleta a controlar e a gerir melhor a sua reabilitação.

4. Questões de investigação

As questões de investigação são, segundo Talbot (*cit. in* Fortin, 1999), as premissas segundo as quais os resultados da investigação se apoiam. Representam incógnitas bem definidas, geralmente sobre a forma de enunciados interrogativos, que procuram descrever ou relacionar possíveis relações entre as variáveis (Fortin, 1999). O mesmo autor refere a utilidade das mesmas nos estudos descritivo-exploratórios. Tendo em conta as referidas afirmações, as questões de investigação deste estudo foram:

- *Será que os PMD reconhecem a importância da dimensão psicológica no processo de reabilitação da lesão desportiva?*
- *Quais as condições psicológicas associadas a atletas lesionados com que os PMD mais se deparam durante sua a reabilitação?*
- *Quais os principais comportamentos, características ou atitudes que os PMD julgam contribuir positiva ou negativamente para o sucesso reabilitação da lesão desportiva?*
- *Que sistema referencial utilizam, ou não, os PMD no aconselhamento de atletas lesionados?*
- *Quais as competências/técnicas psicológicas mais utilizadas pelos PMD durante o processo de reabilitação?*
- *Qual a frequência com que os PMD percebem que um atleta é afectado psicologicamente devido a uma lesão?*
- *Quais as competências/técnicas psicológicas que os PMD crêem que uma aprendizagem mais aprofundada permitirá proporcionar o melhor aconselhamento a atletas lesionados?*

- *Que importância atribuem os PMD ao tratamento da dimensão psicológica no processo de reabilitação da lesão desportiva?*
- *Qual o grau de importância que os PMD atribuem a um curso de psicologia na formação em medicina/reabilitação desportiva?*

5. Objectivos de investigação

O objectivo é, para Fortin (1999), a razão da investigação. Segundo o mesmo autor, o objectivo deverá ser um enunciado declarativo que identifique variáveis, população e palavras-chave da investigação. Os objectivos definem, na maioria das vezes, a orientação do trabalho (Cervo e Bervian, 1996; Quivy e Van Campenhoudt, 1998). Hill e Hill (2002, p.42) argumentam que “*é o objectivo que define a natureza e a dimensão do universo*”, pelo que, os objectivos de investigação foram os seguintes:

5.1. Objectivo Geral

- Identificar a importância que os PMD atribuem à dimensão psicológica no processo de reabilitação da lesão desportiva.

5.2. Objectivos Específicos

- Identificar com que frequência os PMD encontram condições psicológicas associadas em atletas lesionados;
- Identificar os principais comportamentos, características ou atitudes que os PMD julgam contribuir positiva ou negativamente para o sucesso reabilitação da lesão desportiva;
- Verificar o sistema referencial utilizado, ou não, pelos PMD no aconselhamento de atletas lesionados;

- Identificar as competências/técnicas psicológicas mais utilizadas pelos PMD durante o processo de reabilitação de atletas lesionados;
- Verificar a percepção dos PMD acerca da frequência que um atleta é afectado psicologicamente devido a uma lesão;
- Identificar as competências/técnicas psicológicas que os PMD consideram que uma aprendizagem mais aprofundada permitirá proporcionar uma melhor assistência a atletas lesionados;
- Verificar se os diversos PMD reconhecem a importância do tratamento da dimensão psicológica no processo de reabilitação da lesão desportiva;
- Identificar o grau de importância que os PMD atribuem a um curso de psicologia na formação em medicina/reabilitação desportiva.

II. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A metodologia é o método utilizado para se atingirem os objectivos (Cervo e Bervian, 1996; Fortin, 1999; Quivy e Van Campenhoudt, 1998). Azevedo e Azevedo (2003) referem que nesta fase se deverão seleccionar os recursos técnicos e metodológicos para a realização da investigação. Para Fortin (1999, p. 131) a fase metodológica “*consiste como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que ditará as actividades conducentes à realização da investigação*”.

A esquematização e evolução do estudo poderão ser observados através do diagrama representativo do desenho do estudo e do cronograma de investigação, que se encontram disponíveis, respectivamente, no Anexo I e no Anexo II.

1. Meio

De acordo com vários autores (Azevedo e Azevedo, 2003; Cervo e Bervian, 1996; Fortin, 1999; Quivy e Van Campenhoudt, 1998), o meio deverá ser definido pelo investigador, podendo este optar pelo meio natural, onde o fenómeno ocorre ou, em locais totalmente controlados como são os laboratórios. A presente investigação foi realizada no seu meio natural.

2. População alvo

Hill e Hill (2002) definem como população ou universo, o conjunto total dos casos sobre os quais se pretende retirar conclusões. Por sua vez, Fortin (1999, p. 373) define o conceito como o “*conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre a qual se assenta a investigação*”. De acordo com estas enunciações, definiu-se como população alvo um grupo de profissionais que prestam assistência a atletas lesionados durante o seu processo de reabilitação, os quais se intitularam de ***profissionais de medicina desportiva (PMD)***. As suas características são referidas no ponto 3.3.1 do I Capítulo, anteriormente exposto.

3. Amostra

Para Hill e Hill (2002), a amostra representa apenas uma parte dos casos que constituem a população. A amostra é o conjunto de indivíduos que são seleccionados da população (Fortin, 1999). Na perspectiva de Hill e Hill (2002), a amostra é muitas vezes seleccionada face às várias limitações que o investigador tem durante o seu estudo, sendo por isso, muitas vezes, a amostra possível e não a desejada. Para o presente estudo, foram inquiridos 68 PMD com as características descritas no ponto anterior, referente à descrição da população.

4. Plano de amostragem

O método de amostragem representa, para Fortin (1999), o conjunto de operações que permitem a selecção de um grupo de indivíduos pertencentes a uma população. Hill e Hill (2002) referem que o método de amostragem é o método de selecção da amostra. Como tal, os responsáveis, prevendo a imensa dificuldade no acesso à totalidade da população em estudo, optaram por utilizar uma amostragem não probabilística, ou seja, os indivíduos não têm, a mesma probabilidade de fazerem parte da amostra, de acordo com Fortin (1999). Este tipo de amostra tem menos representatividade que a amostragem probabilística.

Dentro da amostragem não probabilística, optou-se por uma amostragem por conveniência (Hill e Hill, 2002) e também por uma amostragem por redes (Fortin, 1999). A dificuldade de acesso à grande parte dos PMD presentes no estudo justificou a necessidade da utilização deste procedimento. Estas circunstâncias devem-se à facilidade na escolha dos inquiridos disponíveis, e pelo facto de o acesso a alguns constituintes da amostra em estudo só ser possível através de uma intervenção de terceiros. Contudo, salienta-se o cuidado na selectividade da qualidade da amostra.

5. Tipo de estudo

O tipo de estudo é referente ao tipo de abordagem que é realizada pelo investigador ao tema, tendo em vista os objectivos da própria pesquisa (Cervo e Bervian, 1996; Quivy e Van Campenhoudt, 1998). A decisão de utilizar um método qualitativo, ou um quantitativo, depende pois da questão de investigação, como refere Fortin (1999).

A presente investigação incide numa abordagem quantitativa do tipo descritivo, uma vez que se pretende quantificar fenómenos (Fortin, 1999). A propósito do estudo descritivo, D'Oliveira (2002, p. 15) argumenta que, “*neste tipo de estudo pretende-se obter um conhecimento aprofundado dos fenómenos sendo para tal utilizadas várias fontes de informação*”, pelo que se confirma a validade de estudar as percepções dos vários PMD.

Numa primeira fase, o estudo terá uma abordagem exploratória, pois, de acordo com D'Oliveira (2002), pretende-se explorar uma realidade que, à partida, será desconhecida. De seguida, terá uma abordagem descritiva, uma vez que se pretende retratar em detalhe as características das pessoas, acontecimentos ou situações (Fortin, 1999). Conforme Lakatos e Marconi (1992), este tipo de estudo tem como objectivo denominar, classificar e descrever uma população ou conceptualizar uma situação, como será o caso.

A análise de conteúdo das perguntas de resposta aberta surgirá como um complemento do estudo geral e, segundo Fortin (1999), está associada ao processo de escolha dos participantes e às diligências para a colheita de dados. Hill e Hill (2002) salientam a utilidade deste método para a complementaridade e contextualização dos dados quantitativos obtidos. O estudo terá o objectivo de quantificar, de um modo descritivo, a opinião do grupo alvo.

6. Método de recolha de dados

Existe uma variedade de métodos para recolha de dados, dos quais Fortin (1999) destaca, as medidas objectivas (anatómicas, fisiológicas, mecânicas) e as medidas subjectivas (observações, entrevistas, questionários, entre outras).

No presente estudo foi utilizada a medida subjectiva, especificamente o questionário. Este foi administrado de forma directa, destinado a explorar a opinião dos profissionais de equipas médicas desportivas sobre a dimensão psicológica no processo de reabilitação da lesão desportiva. A adequação do método de recolha de dados é confirmada por Fortin (1999, p. 138), que [a propósito do objectivo dos estudos descritivo-exploratórios] refere que estes descrevem “*as características socio-demográficas e as atitudes de uma população com a ajuda de questionários estruturados*”.

7. Instrumento de recolha de dados

O *Questionário sobre a Dimensão Psicológica na Reabilitação Desportiva* (QDPRD), de Marcolino & Lomba (2006), foi o instrumento utilizado para a realização do presente estudo (Anexo IV). O QDPRD foi propositadamente traduzido, validado e adaptado para os objectivos e população alvo (Anexo III). De referir que, o instrumento segue a linha das investigações antecedentes.

O QDPRD consiste numa tradução, validação e adaptação do *The Physiotherapist and Sport Psychology Questionnaire* (PSPQ) de Hemmings e Povey (2002) (Anexo VI). O PSPQ, por sua vez, tinha sido ligeiramente adaptado do *The Athletic Trainer and Sport Psychology Questionnaire* (ATSPQ) de Larson *et al.* (1996), de modo a reflectir a diferença entre ocupação profissional desempenhada entre as populações estudadas. O ATSPQ foi elaborado através da adaptação dos instrumentos desenvolvidos por Wiese *et al.* (1991) e Brewer *et al.* (1991). O instrumento contém 11 questões, com oito objectivos, e visa medir a perspectiva do PMD sobre a dimensão psicológica no processo de reabilitação da lesão desportiva.

Na questão 1 é pedido ao PMD que classifique mediante os 5 pontos da escala de Likert, que varia de 1 (nunca) a 5 (quase sempre), a frequência com que eles encontravam respostas psicológicas específicas associadas a lesões desportivas.

A questão 2 é aberta no seu final. É pedido ao PMD para identificar as quatro principais características/comportamentos que eles acreditam estarem presentes em atletas que recuperaram com sucesso. A questão 3 também é aberta no final. De igual modo, é solicitado ao PMD a nomeação das quatro principais características/comportamentos que eles julgam estarem presentes em atletas que recuperaram com menos sucesso.

A questão 4, 5 e 6 é relativa ao acesso a psicólogos do desporto e a utilização de um sistema referencial, e todas as três questões eram de resposta dicotómica (SIM ou NÃO).

A questão 7 compreende uma lista de 13 habilidades/técnicas psicológicas identificadas no ATSPQ & PSPQ que foram recomendados como importantes na facilitação da recuperação de lesões desportivas, incluindo formulação de objectivos, visualização e conversa pessoal

positiva. O PMD é convidado a utilizar os cinco pontos da escala de Likert, que varia de 1 (nunca) a 5 (100% todas as vezes), para indicar o quão habitual é para ele usar cada uma das habilidades/técnicas particulares aquando do tratamento de atletas. Está providenciado um espaço em branco para o PMD adicionar qualquer técnica psicológica que eles acreditam ser importante e que não está incluída na lista original.

Na pergunta 8 questiona-se a frequência com que os atletas são afectados psicologicamente por uma lesão, sendo esta classificada através de uma escala de Likert, variando os seus valores entre 1 (Nunca) e 5 (100% do tempo).

A questão 9 consiste numa lista de 14 habilidades e técnicas psicológicas utilizadas no ATSPQ & PSPQ com os cinco pontos da escala de Likert, variando os valores entre 1 (nada importante) e 5 (muito importante). É pedido ao PMD que classifique mediante esta escala quais as habilidades/técnicas que sente que seria benéfica para ele aprender mais sobre ela.

A questão 10 refere-se à importância do tratamento da dimensão psicológica na lesão desportiva. Na questão 11 é perguntado qual a importância de um curso em psicologia do desporto para o profissional de medicina/reabilitação desportiva. Ambas as perguntas são classificadas segundo os cinco pontos da escala de Likert, variando os seus valores entre 1 (Não é importante) e 5 (Muito Importante).

Para verificar a fidelidade global do instrumento recorreu-se ao teste estatístico Alfa Cronbach. O valor obtido (0,887), de acordo com Devellis (*cit. in* Almeida e Freire, 2003), é um valor considerado *muito bom* (entre 0,80 e 0,90). Segundo a classificação de Pestana e Gageiro (2003), considera-se *Boa* a consistência interna (entre 0,8 e 0,9). Recorrendo à escala apresentada por Hill e Hill em 2002, o valor da medida de fiabilidade é estimado *Bom* (entre 0,8 e 0,9), estando muito próxima de um valor considerado excelente (superior a 0,9). Similarmente, foi efectuada uma análise factorial exploratória segundo o método de *máxima verosimilhança*, com *rotação promax*, que explica uma variância total de 54,339%. Os valores obtidos pelos testes KMO e teste de esfericidade de Bartlett permitem aceitar a validade do instrumento (Maroco, 2003; Pereira, 2004; Pestana e Gageiro, 2003). Para informação mais pormenorizadas, sugere-se o recurso ao anexo III, no qual são referidos os procedimentos e resultados obtidos da análise psicométrica ao instrumento.

8. Variáveis

Variável é tida como qualquer característica ou atributo que pode variar entre indivíduos, objectos ou situações estudadas e que pode ter diferentes níveis ou tipos (D'Oliveira, 2002). Fortin (1999) define variáveis como as características das pessoas estudadas na investigação, podendo atribuir a estas valores diversos. A presente investigação contempla variáveis atributo e variáveis em estudo, uma vez que, de acordo com a mesma autora (p. 132), os estudos descritivo-exploratórios têm como objectivo “*explorar e descrever fenómenos, características de uma população*”.

As variáveis atributo, ou características da população, são utilizadas para caracterizar a amostra em estudo, pelo que as características socio-demográficas constituintes na investigação foram: *Profissão; Género; Regime de trabalho; Modalidade(s) assistida(s); Escalão(ões) etário(s) assistido(s); e Grau(s) de profissionalização da(s) modalidade(s) assistida(s)*.

Ao contrário dos estudos correlacionais ou experimentais, onde se verifica a existência de variável(eis) independente(s) e dependente(s) e se estuda a influência da(s) primeira(s) sobre a(s) segunda(s) variável(eis), os estudos descritivo-exploratórios têm apenas o intuito de explorar ou descrever a(s) variável(eis)/fenómeno(s) em estudo. Como tal, os seguintes fenómenos foram explorados e descritos na pesquisa: *Respostas psicológicas encontradas pelos PMD aquando da reabilitação de atletas lesionados; Comportamentos, características ou atitudes de atletas que enfrentam com sucesso a lesão; Comportamentos, características ou atitudes de atletas que não enfrentam com sucesso a lesão; Aplicação e tipo de sistema referencial utilizado pelos PMD no aconselhamento de atletas lesionados; Técnicas psicológicas utilizadas pelos PMD aquando da reabilitação de atletas lesionados; Frequência que um atleta é afectado psicologicamente devido a uma lesão; Habilidades/Técnicas psicológicas importantes para os PMD aprenderem; Importância do tratamento da dimensão psicológica no processo de reabilitação da lesão desportiva; e Importância atribuída pelos PMD a um curso de psicologia na formação em medicina/reabilitação desportiva.*

9. Procedimentos

Este estágio pressupõe a descrição de todas as estratégias utilizadas ao nível dos procedimentos operacionais (protocolo de aplicação do instrumento) e ao nível dos procedimentos estatísticos (catalogação dos dados no SPSS e os teste estatísticos utilizados).

9.1. Procedimentos Operacionais

Os inquéritos foram distribuídos em reuniões e encontros científicos da especialidade. A recolha foi posteriormente efectuada pelo próprio responsável do estudo. Para tal efeito, utilizou-se o protocolo de aplicação do instrumento (Anexo VII).

9.2. Procedimentos Estatísticos

Fortin (1999) e Quivy e Van Campenhoudt (1998) alertam para o dever de seleccionar cuidadosamente o modo de processar a recolha de dados.

Recorrendo ao instrumento supracitado e descrito, realizou-se a recolha das informações junto dos participantes de forma sistematizada. De referir, que o instrumento (questionário) utilizado para a realização deste estudo foi, também, adaptado com o intuito de facilitar o seu preenchimento e posterior análise.

Para o tratamento dos dados estatísticos foi elaborada uma base de dados no suporte informático SPSS[®] (Statistical Package for Social Sciences), versão 13.0 para o sistema operativo Microsoft[®] Windows[®], que, segundo Pereira (2004), permite realizar estatísticas descritivas e inferenciais. Também foram utilizados os programas Microsoft[®] Office[®] Excel[®] 2003 e Microsoft[®] Office[®] Word[®] 2003, de modo a permitir a transformação e associação de alguns dados extraídos do SPSS. Todo o tratamento informático foi efectuado e processado num computador pessoal com a marca e modelo HP[®] (Hewlett-Packard[®]) Intel[®] Pentium[®] M, com um processador 1.73Ghz, 504 de RAM, utilizando o sistema operativo Microsoft[®] Windows[®] XP Home Edition[®] versão 2002.

A estatística descritiva, conforme Fortin (1999), contribui para a caracterização da amostra. A este procedimento estatístico pertence a distribuição de frequências, as medidas de tendência central (média, mediana e moda) e as medidas de dispersão (amplitude, variância, desvio padrão e coeficiente de variação).

De acordo com Hill e Hill (2002) e Fortin (1999), no caso das escalas do tipo nominal, como o são as características socio-demográficas, não faz sentido em falar em valores médios e sua dispersão. Como tal, e de acordo com as recomendações do autor, recorreu-se à frequência para caracterizar a amostra em estudo. O mesmo método estatístico foi utilizado nas questões 2 e 3 de modo a escalonar os comportamentos, características os atitudes mais habituais (Bardin, 1977; Hill e Hill, 2002; Fortin, 1999). Nas restantes questões recorreu-se ao valor médio e sua dispersão, uma vez que as variáveis se disponham segundo escalas ordinais, no caso de Likert (Hill e Hill, 2002; Fortin, 1999).

Deste modo, todos os dados foram obtidos de forma quantitativa e analisados com recurso à estatística descritiva, à excepção do caso das respostas abertas (2 e 3), onde se procedeu à análise de conteúdo que, conforme Hill e Hill (2002), é o método qualitativo de eleição para analisar as perguntas abertas. Como Hubert e Milles (*cit. in* Fortin, 1999) explicam, quando se recorre a um método qualitativo de colheita de dados, como é o caso das questões 2 e 3, sejam semi-estruturados ou não estruturados, deve-se recorrer à análise de conteúdo. Esta é uma estratégia que permite a identificação de um conjunto de características essenciais à significação ou à definição de um conceito (Fortin, 1999; Pope e Mays, 2005; Quivy e Van Campenhoudt, 1998; Streubert e Carpenter, 2002). De acordo com Hill e Hill (2002, p. 95), este método “*é útil quando se pretende obter informação qualitativa para complementar e contextualizar a informação quantitativa obtida pelas outras variáveis*”. Conforme a especialista em análise de conteúdo Bardin (1977, p. 114), “*a abordagem quantitativa [deste método] funde-se na frequência de aparição de certos elementos da mensagem*”.

Para a análise de conteúdo das perguntas de resposta aberta recorreu-se ao procedimento sugerido por Fortin (1999): 1º Codificação inicial ou aberta (recolha de todos os dados); 2º Codificação axial (associação de dados); e 3º Codificação selectiva (interpretação dos dados). De referir, a facilidade da realização desta tarefa pela objectividade demonstrada pelos inquiridos.

A codificação no SPSS para as categorias socio-demográficos foi feita da seguinte forma: *Profissão* (Médico, Enfermeiro, Fisioterapeuta ou Técnico de reabilitação); *Género* (Masculino ou Feminino); *Regime de trabalho* (Full-time ou Part-time); *Modalidade(s) assistida(s)* (Andebol, Atletismo, Basquetebol, Boxe, Canoagem, Ciclismo, Desporto Adaptado, Futebol, Futsal, Ginástica, Hóquei em Campo, Hóquei em Patins, Judo, Karaté, Natação, Remo, Rugby, Sky , Voleibol e/ou Ténis); *Escalão(ões) etário(s) assistido(s)* (Sénior, + 18 anos; Júnior, - 18 anos ou Ambos escalões); *Grau(s) de profissionalização da(s) modalidade(s) assistida(s)* (Profissional, Semi-Profissional e/ou Amador).

Na codificação das respostas ao questionário, uma vez que nas questões 1, 7, 8, 9, 10 e 11 se solicitava a classificação segundo uma escala de Likert de cinco pontos, optou-se por atribuir o número ao seu valor codificado, como foi descrito anteriormente no ponto 8.

A codificação da pergunta 2 foi feita do seguinte modo: *Atitude positiva; Autoconfiança elevada; Biótipo; Boas capacidades comunicativas; Capacidade de sacrifício; Confiança no Corpo Clínico; Elevado apoio social Determinação; Hábitos de treino; Motivação; Objectivos realistas; Pacientes com a lesão/reabilitação; Sujeição ao programa de reabilitação.*

Na 3ª questão, o sistema de codificação foi: *Baixa assiduidade ao tratamento; Baixa capacidade de sacrifício; Baixo apoio social; Biótipo; Depressão; Dependência do exercício; Desinteresse e/ou falta de conhecimento acerca da lesão/reabilitação; Desmotivação; Elevado nível de stress/ansiedade; Falta de confiança no corpo clínico; Impaciência; Instabilidade social; Problemas na sujeição ao tratamento; Pessimismo; Revolta.*

Nas questões 4, 5 e 6, uma vez que se tratava de perguntas dicotómicas decidiu-se codificar de acordo com a numeração do questionário: 1 para “Sim”, 2 para “Não”.

10. Considerações Éticas

Para Fortin (1999) a “*ética (...) é a ciência moral e a arte de dirigir a conduta*”. A ética está no limiar entre a permissão e a interdição. A ética é para o referido autor uma avaliação crítica das acções e atitudes no contexto de uma teoria e no âmbito da moralidade. A propósito de ética nas práticas clínicas/médicas, Jonsen *et al.* (1999) sustentam que, a ética do prestador de

cuidados não se deve sobrepor à moral, isto é, apenas deverá explicar o contexto e não encaminhar o paciente para uma escolha. De todo o modo, o auxílio ao paciente é um dever. Pelo que, se optou por uma postura neutra, para evitar o enviesamento dos resultados, associada a uma atitude de disponibilidade, para o auxílio a toda e qualquer dúvida que pudesse surgir por parte dos inquiridos.

O direito à autodeterminação, segundo Fortin (1999), é o direito ao respeito pela decisão das pessoas. O mesmo autor identifica também o direito à intimidade como a “liberdade da pessoa decidir sobre a extensão da informação que deseja revelar”. O direito ao anonimato e à confidencialidade diz respeito à individualidade do sujeito e o respeito pelo sigilo das informações cedidas. O direito à protecção contra o desconforto e prejuízo corresponde à regra de protecção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de a prejudicar. O direito a um tratamento justo e equitativo salvaguarda, aos sujeitos participantes no estudo, um “*tratamento justo e equitativo antes, durante e após a sua participação no estudo*” (Polit e Hungler, *cit. in* Fortin, 1999, p.119).

Todos os pressupostos acima referidos foram cumpridos durante a investigação, bem como, expostos aos inquiridos de forma clara e precisa. Para além do formulário de consentimento, assinado por todos, também se procedeu a uma explicação verbal honesta, descrevendo toda a metodologia, os riscos e os benefícios que os sujeitos usufruíam. Foi possibilitado aos inquiridos um período de tempo suficiente para examinarem convenientemente o questionário, colocarem dúvidas, solicitarem conselhos e revelarem alguma da sua experiência e opinião sobre o tema, sempre de extrema importância e utilidade neste tipo de estudo.

III. ENQUADRAMENTO EMPÍRICO

Nesta etapa, Fortin (1999) explica que se devem evidenciar todos os dados pertinentes relativos às questões de investigação. A exposição dos dados deverá ser feita com o recurso a um discurso narrativo, recorrendo a quadros, tabelas e/ou figuras, com o intuito de facilitar a sua análise e interpretação (D'Oliveira, 2005). Segundo as autoras, a interpretação deverá ser posteriormente realizada sob a forma de discussão.

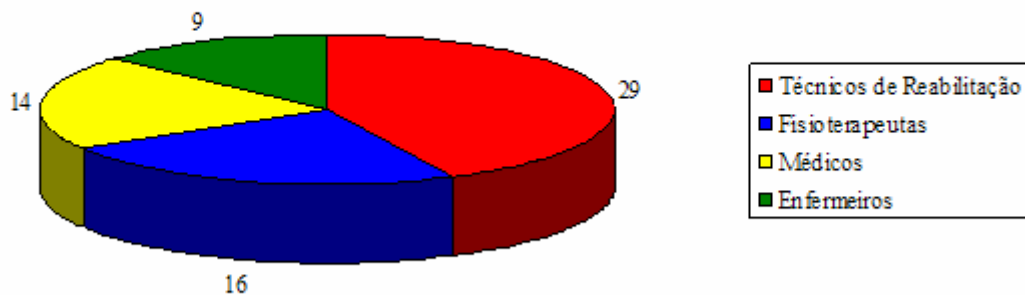
No caso de uma investigação quantitativa do tipo descritivo deve-se incidir na estatística descritiva. Fortin (1999, p. 276) explica que a estatística descritiva tem a finalidade de “*oferecer um retrato global da amostra*”. De acordo com Hill e Hill (2002), esta técnica estatística permite descrever, sumariamente, as características e perspectivas da amostra. As medidas descritivas incluem as distribuições de frequências, as medidas de tendência central e as medidas de dispersão (Fortin, 1999; Maroco, 2003; Pereira, 2004; Pestana e Gageiro, 2003). Conforme os autores, a distribuição de frequências foi utilizada na quantificação das variáveis discretas como o são as características socio-demográficas e as perguntas 2 e 3. Nas restantes questões, procedeu-se à utilização do valor médio, para caracterizar o valor da variável que ocorre com mais frequência, e o desvio padrão, para verificar a dispersão em torno das estatísticas de tendência central, uma vez que estas se disponham segundo uma escala ordinal, como é o caso das escalas de Likert.

No decurso deste capítulo, será, primeiramente, *caracterizada a amostra* em estudo, descrevendo a frequência das actividades profissionais desempenhadas, do género, das modalidades assistidas, dos graus de profissionalização das modalidades assistidas e dos escalões etários assistidos. Numa segunda fase proceder-se-á à apresentação das percepções dos PMD participantes acerca da *dimensão psicológica no processo de reabilitação da lesão desportiva*, recorrendo às frequências para descrever os comportamentos, características ou atitudes de atletas que enfrentam com sucesso, ou não, a lesão e, sobretudo, as médias e desvios padrões para a exposição das respostas/condições psicológicas encontradas pelos PMD aquando da reabilitação de atletas lesionados, técnicas psicológicas utilizadas pelos PMD aquando da reabilitação de atletas lesionados e das habilidades/técnicas psicológicas importantes para os PMD aprenderem. Os dados recolhidos serão discutidos no capítulo seguinte.

1. Caracterização da Amostra

A amostra em estudo com $N=68$ era constituída por 29 Técnicos de Reabilitação (42,6%), 16 Fisioterapeutas (23,5%), 14 Médicos (20,6%) e 9 Enfermeiros (13,2%), conforme o gráfico 1 abaixo. Entre os técnicos de reabilitação estavam incluídos os massagistas, técnicos de motricidade humana, reabilitadores. A classe médica era representada por várias especialidades, como a medicina desportiva, a medicina física e de reabilitação ou fisioterapia e a ortopedia. Alguns enfermeiros e fisioterapeutas participantes apresentavam especializações na área desportiva. Todos os PMD revelaram assistir frequentemente atletas lesionados.

Gráfico 1 - Frequência da actividade profissional desempenhada

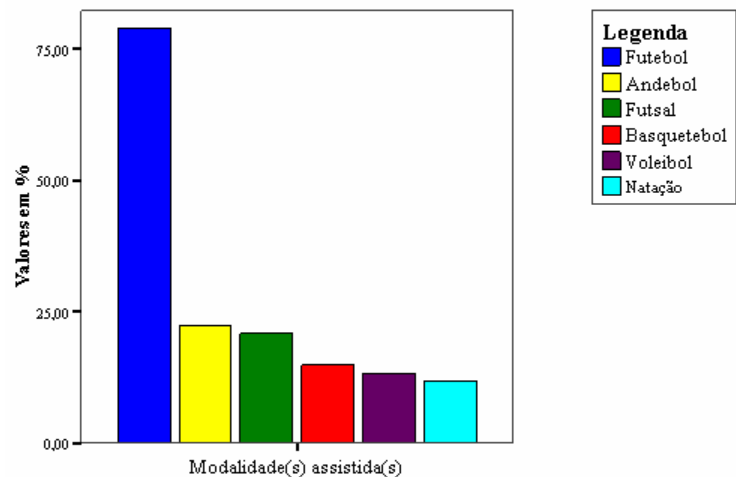


Dos elementos em estudo, 92,6% (63) dos inquiridos eram pertencentes ao género masculino, enquanto 7,4 % (5) eram pertencentes ao género feminino. Quanto ao regime de trabalho, 50 inquiridos (73,5%) trabalhavam em regime *Part-time* e 18 (26,5%) em regime *Full-time*.

Relativamente ao escalão etário e ao grau de profissionalização da(s) modalidades(s) assistida(s), 53 indivíduos (77,9%) assistiam o escalão *Sénior* (+ 18anos) e 39 (57,4%) assistiam o escalão *Júnior* (- 18anos), sendo que 24 dos inquiridos (35,3%) prestavam assistência ambos os escalões. Os graus de profissionalização da(s) modalidade(s) assistida (s) pelos PMD *Profissional* e *Semi-Profissional* incluíam, respectivamente, 24 (35,3%) e 22 indivíduos (32,4%). A categoria *Amadora* incluía 36 PMD (52,9%), sendo que, 9 dos inquiridos (13,2%) prestam assistência aos vários graus de profissionalização da(s) modalidade(s).

Os PMD presentes neste estudo prestavam assistência a uma grande diversidade de modalidades desportivas, sendo que 19 (27,9%) destes assistiam várias modalidades. A visualização do gráfico 2 permite constatar quais as modalidades mais assistidas pelos PMD. O *Futebol* era a modalidade mais assistida, com 54 PMD

Gráfico 2 - Frequência da(s) modalidade(s) mais assistida(s) pelos PMD



(79,4%) a prestarem cuidados a esta modalidade. O *Andebol* apresentou a segunda maior frequência, 15 PMD (22,1%). O *Futsal* com 14 PMD (20,6%), o *Basquetebol*, o *Voleibol* e a *Natação*, respectivamente, com 10 (14,7%) 9 (13,2%) e 8 PMD (11,8%) apresentavam as taxas posteriores. Com 3 PMD (4,4%), apresentou-se o *Atletismo*, a *Ginástica*, o *Hóquei em Campo* e o *Judo*. O *Boxe*, a *Canoagem*, o *Ciclismo* e o *Hóquei em Patins* apresentavam 2 PMD (2,9%). Apenas com 1 PMD (1,5%), apresentavam-se modalidades como o *Desporto Adaptado*, o *Karaté*, o *Remo*, o *Rugby*, o *Sky* e o *Ténis*.

2. Dimensão Psicológica na Reabilitação Desportiva

Os PMD participantes neste estudo mencionaram que os factores psicológicos representam um aspecto importante associado à lesão desportiva. Subsequentemente, alertam para a necessidade de considerar esta componente no processo de reabilitação do atleta. Também foi possível constatar que os PMD utilizavam uma variedade de habilidades e técnicas psicológicas aquando do tratamento dos atletas lesionados e expressaram o desejo de aprofundar conhecimentos nestas aptidões específicas, de modo a puderem providenciar uma melhor assistência ao atleta lesionado.

Mais de 95% dos PMD atestaram que a lesão desportiva afecta o atleta psicologicamente, bem como fisicamente, e reconheceram a necessidade de assistir ambas as componentes durante a reabilitação do atleta. A tabela 1 permite-nos constatar que *stress/ansiedade* e *dependência do exercício* foram cotadas como as respostas/condições psicológicas que mais frequentemente são encontradas pelos PMD. A *revolta* é, também, uma resposta habitualmente encontrada.

Tabela 1 – Respostas/condições psicológicas encontradas pelos PMD aquando da reabilitação de atletas lesionados

Respostas Psicológicas	M	DP
Stress/Ansiedade	3,49	0,859
Dependência do exercício	3,22	0,982
Revolta	3,01	0,992
Problemas com atenção ou concentração	2,90	0,890
Problemas na sujeição ao tratamento	2,54	0,703
Depressão	2,00	0,816

1= Nunca encontram; 5 =Encontram muito frequentemente

Os PMD identificaram uma variedade de características que eles acreditavam estarem presentes em atletas que enfrentavam com sucesso a lesão. Alguns dos inquiridos (66%) identificaram a *determinação* para o retorno à competição, enquanto 63% referiram que a característica *sujeição ao programa de reabilitação* desempenha uma elevada importância no sucesso da reabilitação. Uma *atitude positiva* e *motivação* foram, também, referenciadas pela maioria dos inquiridos (58%). A tabela 2 expõe os 10 comportamentos, características ou atitudes mais cotadas pelos PMD, dispostas de ordem decrescente com a frequência de cada resposta.

Tabela 2 – Comportamentos, características ou atitudes de atletas que enfrentam com sucesso a lesão

Características	Frequência (%)
Determinação	66
Sujeição ao programa de reabilitação	63
Atitude positiva	58
Motivação	58
Pacientes com a lesão/reabilitação	43
Autoconfiança elevada	24
Capacidade de sacrifício	22
Confiança no Corpo Clínico	16
Elevado apoio social	8
Conhecimentos acerca da lesão/reabilitação	6

Esta era uma pergunta de resposta aberta, onde era pedido aos PMD para mencionarem as 4 características mais importantes.

Por outro lado, os PMD identificaram algumas características presentes em atletas que não enfrentam com sucesso a lesão (a tabela 3 informa quais as 10 mais identificadas). As mais referenciadas foram, respectivamente, a *desmotivação* (62%) e a *depressão* (59%).

Tabela 3 – Comportamentos, características ou atitudes de atletas que não enfrentam com sucesso a lesão

Características	Frequência (%)
Desmotivação	61
Depressão	60
Elevado nível de stress/ansiedade	40
Problemas na sujeição ao tratamento	40
Pessimismo	33
Revolta	27
Impaciência	27
Baixa assiduidade ao tratamento	24
Falta de confiança no Corpo Clínico	12
Baixo apoio social	12

Esta era uma pergunta de resposta aberta, onde era pedido aos PMD para mencionarem as 4 características mais importantes.

As questões 4, 5 e 6 estavam relacionadas com o papel que o psicólogo do desporto desempenha neste processo e o recurso a algum sistema de aconselhamento que os PMD utilizavam. Os resultados mostram que apenas 18 PMD (26,5%) alguma vez indicaram atletas para serviços de aconselhamento. Esta colheita também permitiu demonstrar que apenas 25 PMD (36,8%) tinham acesso a psicólogos do desporto credenciados, e que apenas 17 (25%) utilizavam um procedimento escrito específico para esses aconselhamentos. A propósito deste último ponto, 3 PMD referiram não utilizar nenhum procedimento escrito específico, uma vez que, comunicavam directamente com o psicólogo.

Tabela 4 – Técnicas psicológicas utilizadas pelos PMD aquando da reabilitação de atletas lesionados

Técnicas Psicológicas	M	DP
Encorajar pensamentos positivos	4,52	0,766
Incentivar a autoconfiança	4,39	0,695
Encorajar técnicas de comunicação efectiva	4,09	0,917
Diversificar os exercícios de reabilitação	4,04	0,806
Recorrer a objectivos a curto prazo	3,72	1,027
Reduzir o stress/ansiedade	3,63	0,967
Ensinar técnicas de relaxamento muscular	3,54	0,927
Manter o atleta integrado na equipa	3,48	0,990
Ensinar estratégias de controlo emocional	3,36	1,040
Utilizar técnicas de relaxamento	3,19	1,033
Utilização de ensaio/visualização mental	3,03	1,252
Reduzir a depressão	3,00	1,414
Melhorar o apoio social	2,67	1,223

1= Nunca utilizam; 2= Utilizam 25% do tempo; 3= Utilizam 50% do tempo; 4= Utilizam 75% do tempo; 5= Utilizam 100% do tempo

Os PMD também identificaram qual a frequência com que eles utilizavam habilidades/técnicas psicológicas quando trabalhavam com atletas lesionados. Entre as mais utilizadas estão *encorajar pensamentos positivos e incentivar a autoconfiança*. *Melhorar o apoio social e reduzir a depressão* estão entre as menos referenciadas. A tabela 4 mostra a média e o desvio padrão de cada técnica utilizada.

Também foi solicitado aos inquiridos uma classificação do grau de importância de aprender mais sobre cada habilidade/técnica psicológica específica. *Aumentar a autoconfiança do atleta lesionado e incentivar pensamentos positivos* foram algumas das mais cotadas. Em contrapartida, *melhorar o apoio social do atleta e ensinar a utilizar imagens mentais* estão entre as menos cotadas. A tabela 5 mostra a lista completa das cotações.

Tabela 5 – Habilidades/Técnicas psicológicas importantes para os PMD aprenderem

Habilidade/Técnica	M	DP
Aumentar a autoconfiança do atleta lesionado	4,79	0,445
Incentivar pensamentos positivos	4,58	0,581
Diversificar os exercícios de reabilitação	4,51	0,766
Estabelecer objectivos realistas	4,49	0,660
Compreender a motivação individual	4,45	0,658
Ensinar os PMD a escutar	4,37	0,671
Reduzir o stress/ansiedade	4,36	0,811
Utilizar uma comunicação eficaz	4,27	0,845
Ensinar estratégias de controlo emocional	4,09	0,872
Ensinar técnicas de concentração	4,01	0,769
Ensinar técnicas de relaxamento muscular	3,99	0,913
Reduzir a depressão	3,92	0,950
Ensinar a utilizar imagens mentais	3,45	0,989
Melhorar o apoio social do atleta	3,32	1,047

1= Nunca utilizam; 2= Utilizam 25% do tempo; 3= Utilizam 50% do tempo;
4= Utilizam 75% do tempo; 5= Utilizam 100% do tempo

Quando questionados sobre a frequência que um atleta é afectado psicologicamente por uma lesão (questão 8), a maioria dos PMD responderam que os atletas seriam afectados entre a *75% a 100 % do tempo*. Através da questão 10 também foi possível constatar a elevada importância atribuída ao tratamento da dimensão psicológica na reabilitação desportiva. A questão 11 permitiu demonstrar o desejo dos PMD numa formação mais aprofundada na área temática em estudo.

IV. DISCUSSÃO DOS DADOS

A discussão dos dados é apontada por vários autores como o ponto-chave da investigação (D'Oliveira, 2005; Fourtin, 1999; Hill e Hill, 2002; Lakatos e Marconi, 1992; Quivy e Van Campenhoudt, 1998). De acordo com os mesmos, é necessário interpretar os dados, procurando decifrar o seu significado. Como tal, o autor deve justificar os principais dados recorrendo a outros trabalhos científicos. A discussão sobre os dados deve também incluir os limites, as consequências e implicações do estudo. É extremamente relevante o autor enunciar novas sugestões, orientações e recomendações para futuros trabalhos.

O principal objectivo deste estudo preliminar em Portugal consistia no rastreio de percepções dos vários PMD acerca da dimensão psicológica quando assistem atletas lesionados no seu processo de reabilitação. Todos os PMD participantes no estudo reconheceram que, para além do evidente dano físico, a lesão desportiva pode ter um impacto psicológico no atleta. A quase totalidade (97%) dos intervenientes reconhece que um atleta é afectado psicologicamente por uma lesão. Mais de 70% indicaram mesmo que a lesão pode afectar psicologicamente o atleta em cerca de *75% do tempo* (42,6%) ou mesmo na sua totalidade (29,4%). De todo o modo será pertinente relatar que, nenhum profissional referiu que um atleta *nunca* é afectado psicologicamente por uma lesão. Os restantes 3% optaram por não responder à questão 8 pois, segundo os comentários destes dois PMD, não concordavam com a formulação da questão.

Seis PMD aproveitaram a questão 8 para tecer alguns comentários. Segundo eles “*o aspecto psicológico é indissociável do aspecto físico*”; “*sempre que ocorre lesão o atleta é afectado psicologicamente*”; “*o atleta para estar a 100% tem que estar bem física e psicologicamente*”; “*o atleta é sempre afectado psicologicamente*”; “*existe uma necessidade de apoiar psicologicamente os atletas lesionados*”; ou ainda “*toda a lesão tem um impacto psicológico no atleta*”. Estas considerações vêm em concordância com anteriores estudos e a sugestões de vários autores, que alertavam para os efeitos psicológicos da lesão no atleta (Brewer, 2003; Buceta, 1996; Chute, 1997; Cruz e Dias, 1996; Daly *et al.*, 1995; Dias, 2001; Dias *et al.*, 1997; Hanson *et al.*, 1992; Hardy *et al.*, 1991; Heil, 1993; Ievleva e Orlik, 1991; Kerr e Goss, 1996; Masters e Ocles, 1998; Neto, 1996; Newcomer, 2000; Pargman, 1993; Petitpas e Danish, 1995; Rose e Jevne, 1993; Van Raalte *et al.*, 1996; Van Raalte *et al.*, 1992; Weise-Bjornstal e Smith, 1993; Smith, 1996; Weinberg e Gould, 1995).

Como já acima referido, a questão 8 foi algo controversa. Vários (7) profissionais revelaram existir alguma ambiguidade e generalidade associada à questão, pois, de acordo com os seus comentários, essa frequência é variável de acordo com a personalidade do atleta (*depende de indivíduo* ou *varia de atleta para atleta; depende da capacidade psicológica do atleta; é diferente entre indivíduos*) e as características da lesão (*gravidade, tipo, evolução* ou *necessidade de intervenção cirúrgica*). Grove (1993) confirma que a personalidade é um factor que pode influenciar os pensamentos, sentimentos e comportamentos dos atletas durante a reabilitação. Do mesmo modo, as características da própria lesão têm influência no impacto psicológico no atleta lesionado, como é perceptível pelos vários modelos expostos no primeiro capítulo (Brewer *et al.*, 2002; Grove, 1993; Steadman, 1993; Wiese-Bjornstal *et al.*, 1998).

Dois PMD alertaram para a directa relação entre as lesões de maior gravidade e o seu profundo impacto psicológico no atleta. Esta opinião vem de encontro aos esclarecimentos, anteriormente expostos, de Brewer (1994) e Neto (1996), os quais referiam que gravidade das lesões tende a estar directamente relacionada com uma maior dificuldade ou facilidade da recuperação. Estes PMD referem mesmo a “agravante” das intervenções cirúrgicas, também descrito por Steadman (1993), exemplificando com a reabilitação da reconstrução/ruptura do LCA, que tem vindo a ser profundamente estudado em recentes investigações (Brewer *et al.*, 2003; Brewer *et al.*, 2003a; Daly *et al.*, 1995; Theodorakis *et al.*, 1996).

Os inquiridos mencionaram encontrar, com frequência, respostas psicológicas associadas a lesões desportivas. Similarmente aos resultados obtidos com os técnicos de MHU (Ford e Gordon, 1998; Larson *et al.*, 1996; Wiese *et al.*, 1991), fisioterapeutas (Ford e Gordon, 1998; Hemmings e Povey, 2002) e outros técnicos de reabilitação (Ford e Gordon, 1998), os PMD portugueses indicaram o *stress/ansiedade* como a resposta mais comumente encontrada associada à lesão. Contrariamente a Ford e Gordon (1998), a *frustração* não foi identificada pelos inquiridos. Contudo, este comportamento apenas havia sido referenciado no estudo destes autores. A *dependência do exercício* e a *revolta* apresentavam as posteriores taxas de frequência, vindo, também, ao encontro dos resultados dos estudos de Hemmings e Povey (2002), no caso da primeira condição, e de Larson *et al.* (1996), no caso da segunda. Todavia, as técnicas específicas de controlo destas condições não eram frequentemente utilizadas (ver tabela 4). Este facto pode ter distintas interpretações.

Primeiro, esta circunstância poderá ser explicada pela forte componente do tratamento físico na formação e actuação dos PMD (Larson *et al.*, 1996; Hemmings e Povey, 2002). Estes podem não se sentir familiarizados com as estratégias ou não disporem do tempo adequado para tratar o stress/ansiedade, a dependência do exercício e a revolta. De um mesmo modo, os PMD tendem a acreditar que ao estarem a tratar fisicamente a lesão estão, igualmente, a tratar essas mesmas condições psicológicas que eles observavam nos seus atletas lesionados. Outra explicação para esta conjuntura poderá estar associada à não utilização de um sistema de referência, na sua quase generalidade (73,5%). Os resultados demonstram a baixa utilização de um sistema de referência e que apenas 36,8% dos PMD tinham acesso a psicólogos credenciados. Resultados insatisfatórios semelhantes já se haviam verificado nos estudos de Larson e colaboradores em 1996 e, já em 2002, por Hemmings e Povey.

Estes factos contradizem os vários autores (Buceta, 1996; Brockway e Fordyce, 1994; Dias, 2001; Heil, 1993; Neto, 1996; Pargman, 1993; Petitpas e Danish, 1995; Weinberg e Gould, 1995) e as recentes publicações (Cruz e Dias, 1996; Henderson e Carroll, 1993; Smith *et al.*, 1990; Wiese *et al.*, 1991; Wiese-Bjornstal e Smith, 1993) que face a esta importância desempenhada pela componente psicológica no processo de reabilitação da lesão desportiva, realçam a utilidade de identificar os vários aspectos e factores psicológicos associados às lesões. Para tal, sugerem um papel interactivo entre os psicólogos do desporto e os PMD em todo o processo de reabilitação. Um PMD demonstrou estar plenamente de acordo com esta perspectiva, alertando que é “*importante integrar psicólogos como consultores*”.

Curioso é o facto de 3 PMD, que mencionaram ter acesso a psicólogos credenciados, referirem não utilizar nenhum procedimento escrito específico. Segundo eles, não existia tal necessidade, uma vez que comunicam directamente com o psicólogo, transmitindo as informações necessárias e interagindo directamente com eles, na assistência aos atletas. Nunca anteriormente esta circunstância havia sido descrita, sendo este facto concordante com a bibliografia acima exposta sob o ponto de vista interactivo. No entanto, esta informação é contraditória no que se refere à utilização do processo de referência, defendida por muitos autores (Hemmings e Povey, 2002; Larson *et al.*, 1996; Petitpas e Danish, 1995). Este mesmo sistema tem levantado várias dúvidas entre os mesmos autores, segundo os quais, os PMD e psicólogos do desporto devem em conjunto deliberar como e quando se deve fazer a referência.

Um outro PMD refere a *negação* do atleta na fase aguda da lesão (*o atleta é sempre afectado psicologicamente numa fase inicial (...) ele nega, não aceita bem a lesão*). Este comentário vem de encontro a vários autores (Weinberg e Gould, 1995; Steadman, 1993; Striegel *et al.*, 1996) e permite entender a relação entre vários factores. Esta atitude (negação) é comumente associada à fase pós-lesão e pode influenciar as cognições, emoções e comportamentos do atleta durante o processo de reabilitação, conforme Daly *et al.* (1995) aclaram. Recorrendo ao modelo integrado da resposta psicológica à lesão desportiva e processo de reabilitação (capítulo I, 3.4.3), é possível compreender a dinâmica de todo o processo. O atleta percebe a (*avaliação cognitiva*) que a lesão o impede de praticar exercício. Face à sua dependência do exercício, ele desenvolve uma *resposta emocional* (negação e a revolta), que poderá originar problemas na sujeição ao tratamento (*resposta comportamental*). Este ponto pode explicar a elevada frequência com que os PMD associaram estas mesmas respostas/condições psicológicas às lesões desportivas. Também é possível compreender todo o dinamismo e estreita relação entre os vários factores intervenientes no processo, alertando-se, novamente, para a necessidade de diagnosticar previamente os possíveis desajustamentos às lesões. Uma intervenção precoce poderá prevenir o aparecimento destas problemáticas, ou mesmo, permitir o reajustamento do atleta ao tratamento.

Conforme supradito, o *stress/ansiedade*, a *dependência do exercício* e a *revolta* foram referenciadas como as respostas psicológicas mais frequentemente associadas às lesões desportivas. Porém, as suas estratégias de controlo (*reduzir o stress/ansiedade* e algumas técnicas de relaxamento) não se apuraram como as mais utilizadas. Embora já tenham sido adiantadas algumas justificações, face ao esclarecimento avançado no último parágrafo, será perceptível compreender a estreita relação entre os vários factores psicológicos e a elevada frequência com que estes se associam à lesão desportiva.

O regresso à competição pode constituir uma problemática psicológica para o atleta. Um PMD alertou para este facto. Devido ao absentismo da prática desportiva, este retorno pode provocar no atleta uma variedade de reacções relacionadas com o seu rendimento desportivo, conforme Steadman (1993) referenciado no capítulo I. Entre as demais, salienta-se a possível *ansiedade* pré-competitiva pela sua directa influência na ocorrência de recidiva. Como o profissional esclarece “*existe uma necessidade de apoiar psicologicamente os atletas lesionados (...) só assim poderão voltar ao nível anterior à lesão*”.

Também em consonância com as investigações análogas realizadas (Hemmings e Povey, 2002; Larson *et al.*, 1996; Wiese *et al.*, 1991), os PMD portugueses listaram uma variedade de características e comportamentos que acreditavam distinguir atletas que recuperam com sucesso dos atletas que não recuperam com sucesso. A *determinação* para o retorno à competição, a *sujeição ao programa de tratamento*, uma *atitude positiva* perante a vida e a lesão e uma *motivação* para trabalhar arduamente durante a reabilitação foram consideradas as mais importantes neste estudo. Os inquiridos referiram ainda que atletas experientes, mentalmente estáveis e *pacientes com a lesão/reabilitação* recuperam melhor. Este último comportamento apenas tinha sido reportado por Hemmings e Povey (2002).

Relativamente às características associadas a uma recuperação com menor êxito, a opinião dos PMD inquiridos foi, igualmente, de encontro às anteriores pesquisas realizadas com PMD (Ford e Gordon, 1998; Hemmings e Povey, 2002; Larson *et al.*, 1996; Wiese *et al.*, 1991). A *desmotivação*, a preguiça ou um estado amorfo que demove o atleta lesionado de trabalhar na reabilitação; a *depressão*, associado a um estado apático com sentimentos de impotência, indiferença e pena de si próprio; o *elevado nível de stress/ansiedade* e a *não identificação com o programa de reabilitação/tratamento* são, para os PMD participantes, comportamentos prejudiciais ao sucesso da reabilitação. Vários autores (Albinson e Petrie, 2003; Gutking, 2004; Hanson *et al.*, 1992; Ievleva e Orlick, 1993; Smith *et al.*, 1990; Theodorakis *et al.*, 1996) sugerem a utilização de estratégias de confronto, segundo os quais, poderão permitir aos PMD desenvolverem estratégias efectivas no tratamento de atletas lesionados.

A utilização de estratégias de intervenção psicológica com atletas lesionadas tem sido identificada como um elo importante no sucesso da reabilitação. Os resultados deste estudo indicam que os PMD portugueses também utilizam as referidas técnicas quando reabilitam atletas lesionados. Similarmente aos estudos nos EUA (Larson *et al.*, 1996) e no Reino Unido (Hemmings e Povey, 2002), os participantes mencionaram *encorajar pensamentos positivos*, *incentivar a autoconfiança*, *encorajar técnicas de comunicação efectiva* e *diversificar os exercícios de reabilitação* como sendo utilizadas em mais de 75% do tempo quando assistem atletas lesionados. Contudo, em contraste com os técnicos de MHU norte americanos (manter o atleta integrado na equipa) e os fisioterapeutas do Reino Unido (diversificar os exercícios de reabilitação), os PMD portugueses referiram utilizar maioritariamente o encorajadoramente de pensamentos positivos.

Embora no estudo de Hemmings e Povey (2002), os autores sugerissem que estas diferenças poderiam estar associadas a uma maior, ou menor, frequência na assistência a atletas praticantes de modalidades individuais ou colectivas, o presente estudo visou uma população bastante homogénea. Contrastando com os referidos estudos que contemplavam apenas uma classe de PMD, o estudo em Portugal contemplou os diversos PMD entre outras variáveis atributo, como o é o tipo de modalidade assistida. Deste modo, é perceptível que a utilização maioritária de algumas técnicas represente apenas uma opinião deste grupo, contudo, parece existir uma relação entre *comportamentos, características ou atitudes de atletas que não enfrentam com sucesso a lesão; técnicas psicológicas utilizadas pelos PMD aquando da reabilitação de atletas lesionados; e comportamentos, características ou atitudes de atletas que enfrentam com sucesso a lesão* numa progressão de identificação de característica negativa, aplicação da técnica específica de modo a promover uma atitude positiva. O recurso à estatística correlacional poderá confirmar esta tendência.

Quando confrontados com a questão central/objectivo geral do estudo (questão 10), todos os PMD reconheceram a elevada importância do tratamento da dimensão psicológica do atleta lesionado, no processo de reabilitação. O tratamento da dimensão psicológica é definido por 88,2% dos inquiridos como *importante* (47,1%) ou *muito importante* (41,2%), esclarecendo que, todos os outros PMD consideram esta componente como *razoavelmente importante*. Facto relevante, que demonstra o cuidado e sensibilidade dos PMD participantes para a necessidade de compreender o processo de reabilitação na sua abordagem holística, ou seja, no seu todo (Brewer, 1994; Striegel *et al.*, 1996).

Em contraste com a sensibilidade e identificação com a temática, os vários PMD demonstraram interesse numa maior formação/conhecimento. A maioria (79,4%) considera mesmo *importante* (58,8%) ou *muito importante* (20,6%) uma formação mais aprofunda na dimensão psicológica da medicina/reabilitação desportiva. Um PMD refere que é fundamental “*reforçar a formação (...) dos profissionais*”. Os investigados identificaram algumas das técnicas psicológicas que consideravam ser benéficas para a assistência aos desportistas lesionados. Realça-se a elevada importância atribuída às várias habilidades/técnicas, a grande maioria considerou *importante* ou *muito importante* (nenhuma foi considerada inferior a *razoavelmente importante*). Estas técnicas tendem a ir, novamente, ao encontro do incitamento dos atletas que não recuperam com sucesso das lesões. As estratégias incidem

numa promoção de uma *atitude positiva, auto-imagem positiva, elevada motivação, elevada atenção focalizada e confiança* que, vai ao encontro às orientações defendidas por Williams e Roepke (1993). Conforme os autores alvitram, estas intervenções poderão facilitar reintegração desportiva do atleta.

Ao alertarem para a implicância que a personalidade pode ter no desenvolvimento da recuperação da lesão, os PMD acabaram por identificar uma característica fundamental no processo de reabilitação – a personificação do tratamento. Um PMD defende este “*tratamento personalizado*” face às diferentes implicações psicológicas que uma lesão pode ter num indivíduo. Esta observação parece extremamente pertinente, pois conforme o especialista em reabilitação, Davies, comentou em 1995 no *Journal of Sport Rehabilitation* existe uma “*necessidade de um pensamento crítico na reabilitação*” (título do artigo). O autor (p. 1) acautela para a indispensabilidade de orientar/moldar o tratamento para o indivíduo:

“(...) *particularmente devido às mudanças que vão ocorrendo com a reforma dos cuidados de saúde e aos avanços tecnológicos na avaliação, cirurgia, e reabilitação de pacientes, especialmente na medicina desportiva*”.

O *stress/ansiedade* foi também, neste estudo, a resposta mais associada à lesão desportiva, facto relevante, que vem novamente confirmar o acertado interesse dos investigadores na relação entre o stress e a lesão desportiva. O *stress* é um factor externo que provoca no indivíduo uma reacção (interna) – a *ansiedade*. Invocando de novo o modelo de Wiese-Bjornstal *et al.* (1998), uma situação *stressante* como é a *dependência do exercício* provoca no indivíduo um estado de *ansiedade*, provocando a *revolta e/ou impaciência* do atleta que, por sua vez, origina *problemas na sujeição ao tratamento*. A problemática do distress [stress prejudicial] psicológico na reabilitação da lesão atlética foi abordada por Roh e Perna (2005). Os autores previnem que o distress, para além de estar prospectivamente associado ao incidente da lesão atlética, pode dificultar a aderência, dedicação e recuperação da lesão, podendo persistir mesmo após a recuperação física estar concluída. Face à frequência, relação e importância desempenhado por estes factores na evolução da recuperação do atleta, a utilização de técnicas de relaxamento e de controlo do stress/ansiedade tem sido aconselhada por vários autores (Cruz e Dias, 1996; Cruz e Viana, 1996; Ievleva e Orlick, 1993; Ribeiro, 1996; Roh e Perna, 2005; Striegel *et al.*, 1996; Weinberg e Gould, 1995; Williams e Roepke, 1993).

A *depressão*, por outro lado, revelou-se uma condição bastante controversa. Foi caracterizada como um factor que *raramente/ocasionalmente* está associado à lesão. Contudo, foi identificada pela maioria dos intervenientes (60%) como um comportamento associado a uma recuperação não tão bem sucedida. Mais estranho é o facto de a *redução da depressão* apresentar uma baixa taxa de utilização entre as habilidades psicológicas aplicadas pelos participantes e de figurar entre as técnicas que os PMD menos consideram importante aprender. Não se encontram explicações, porém, acautela-se novamente para o carácter opinativo do estudo.

A relação entre PMD e atleta foi alertada por alguns PMD. A “*necessidade de existir uma relação privilegiada com o atleta*” ou “*a empatia entre equipa médica e atleta é fundamental para o sucesso da reabilitação*”, similarmente mencionada por Weinberg e Gould (1995) e Gieck e Hedgpeth (2002). Roh e Perna (2005) consideram a psicologia/aconselhamento como uma competência universal dos PMD. Para tal é necessário uma comunicação efectiva. Um PMD comentou que “*falar mais frequentemente com o atleta acerca da lesão que os afecta é uma ferramenta útil*” e a maioria dos inquiridos menciona *encorajar técnicas de comunicação efectivas*, também muito utilizadas e consideradas muito importantes nos estudos anteriores (Hemmings e Povey, 2002; Larson *et al.*, 1996; Wiese *et al.*, 1991). Salienta-se, igualmente, a importância atribuída à necessidade de *ensinar os PMD a escutar* o atleta lesionado.

A *falta de confiança no corpo clínico* é um ponto que merece reflexão. Este ponto pode ser explicado pela ausência da *relação privilegiada/íntima com o atleta lesionado*. Todavia, é um desprazer que os PMD tenderão a evitar. Conforme um PMD explica, a “*confiança entre a equipa médica, equipa técnica e atletas*” é essencial para o sucesso do processo, bem como, para a promoção de um ambiente saudável, identificado por Weinberg e Gould (1995) como um elemento benéfico para a recuperação do atleta lesionado. Sugere-se a construção desta empatia entre PMD e atleta lesionado através do *ensino dos PMD a escutar* e da melhoria das capacidades comunicativas de ambos os intervenientes (Wiese *et al.*, 1991). Estas podem enfatizar a relação, bem como, promover um maior *conhecimento do atleta acerca da lesão/reabilitação*, aspecto que tem vindo a ser identificado pelos estudos anteriores com PMD (Hemmings e Povey, 2002; Larson *et al.*, 1996; Wiese *et al.*, 1991) como uma característica frequente presente em atletas que recuperam com sucesso da lesão.

Contrariamente aos vários autores portugueses (Cruz e Dias, 1996; Cruz e Viana, 1996; Ribeiro, 1996) que, num dos mais conceituados manuais de psicologia do desporto nacionais, sugeriam a aplicação do *treino da imaginação e visualização mental* na recuperação de lesões e controle da dor, os PMD participantes revelaram não utilizar frequentemente esta estratégia e não demonstraram grande empatia por um maior domínio desta técnica. Este facto pode-se dever ao desconhecimento pela técnica, conforme vários PMD confessaram. Confirma-se, pois, a necessidade de um curso em psicologia na medicina/reabilitação desportiva na sua vertente mais prática, desejo já expresso em anteriores estudos (Ford e Gordon, 1998; Gordon *et al.*, 1998; Hemmings e Povey, 2002; Larson *et al.*, 1996; Wiese *et al.*, 1991).

Inaceitável é a elevada frequência com que os PMD classificam alguns atletas que não recuperam de uma forma satisfatória com *falta de profissionalismo*, que apresentam uma baixa *assiduidade ao tratamento* e elevados *problemas na sujeição ao tratamento*. Esta circunstância já havia sido referida por Ford e Gordon em 1998, os quais alertavam para a influência negativa destes comportamentos no apoio e atenção recebidas dos PMD. A propósito, um PMD comenta que “*a humildade e empenho do atleta*” são pontos fundamentais para o sucesso da recuperação, bem como, a continuidade e a sujeição ao programa de tratamento são indispensáveis para o êxito do mesmo (Hemmings e Povey, 2002; O’Young *et al.*, 2000; Striegel *et al.*, 1996).

Conforme tem vindo a ser alertado ao longo deste capítulo, parece existir uma interacção entre os vários factores psicológicos. O indivíduo apresenta as suas próprias características (*personalidade*) que o podem ajudar, ou não, a superar a lesão. A personalidade, em conjunto com as características da lesão e toda a envolvente do processo de reabilitação, constituem a totalidade do quadro deste evento. Este aspecto conclusivo não havia sido referido anteriormente e afigura-se como uma *perspectiva progressiva* dos PMD portugueses acerca dos aspectos psicológicos da reabilitação desportiva, defendida por Weiss (2003). Conforme o autor explica, é necessário considerar as variações nas interrelações entre os pensamentos, emoções e comportamentos entre os vários períodos da reabilitação da lesão desportiva. Esta necessidade de entender a reabilitação enquanto processo dinâmico e interactivo é essencial, conduzindo, novamente, à alerta para a utilidade de diagnosticar precocemente qualquer desajuste do atleta à lesão. Este pode ter repercussões problemáticas no tratamento e consequente recuperação.

Contrariamente aos estudos anteriores (Hemmings e Povey, 2002; Larson *et al.*, 1996; Wiese *et al.*, 1991) o *conhecimento do atleta acerca da lesão/reabilitação* é apenas referido por 6% dos inquiridos, como um dos aspectos importantes no sucesso ou insucesso da recuperação. Este dado pode estar associado ao carácter opinativo do estudo e ao facto de os PMD participantes percepcionarem outro tipo de características associadas à recuperação da lesão.

Finalmente a dor e recuperação psicológica dos atletas lesionados foi um ponto claramente evidenciado pelos PMD. A *capacidade de sacrifício*, o espírito de sacrifício ou boa tolerância à dor representa, na opinião dos participantes, uma característica propensa às boas recuperações. A importância desta característica tem vindo a ser descrita por vários estudos (Hemmings e Povey, 2002; Larson *et al.*, 1996; Wiese *et al.*, 1991) e diversos autores (Brewer *et al.*, 2002; Heil, 1993; Wiese-Bjornstal *et al.*, 1998). Conforme Ribeiro (1996), a dor é geralmente física, mas também existe uma dor “psicogénica” ou dor somatoforme. A dor apresenta como variáveis psicológicas a *ansiedade*, as *expectativas*, a *interpretação de sintomas*, a *auto-eficácia*, a *percepção de controlo*, o *suporte social* e o *comportamento*. Depreende-se, de novo, a estreita relação entre todos os factores psicológicos e a influencia que uns poderão desenvolver nos outros, como tem sido alertado por vários autores (Daly *et al.*, 1995; Weiss, 2003; Wiese-Bjornstal *et al.*, 1998). Ribeiro (1996) sugere uma intervenção psicológica na dor, utilizando técnicas psicofisiológicas, técnicas baseadas nos princípios comportamentais e uma abordagem cognitivo-comportamental. O respeito pela dor do atleta é essencial para o sucesso do programa de tratamento (Heil, 1995 *cit. in* Cruz e Dias, 1996).

A inviabilização da extrapolação destes resultados a toda a nação conduz a uma cautela na interpretação dos mesmos. Estes dados expressam a opinião do grupo participante, porém, a nobreza da amostra deve ser tida em conta. O esboço utilizado na realização desta investigação, permite uma boa caracterização da amostra, podendo a partir daí, direccionar para novas análises centradas em possíveis diferenças na percepção e intervenção dos diferentes PMD, algo ainda não realizado a nível mundial. Todavia, uma importante característica, que havia sido previamente omitida, revelou-se importante conhecer no decurso do estudo.

Aquando da delineação do estudo, estabeleceu-se como critério de inclusão inicial os PMD enquadrados em EMD que assistiam atletas lesionados no seu processo de reabilitação.

Presumia-se que, com esta delimitação que, estes profissionais assistissem os atletas lesionados no departamento médico da instituição desportiva. Contudo, com o decorrer da pesquisa deparou-se que, mesmo em instituições desportivas altamente profissionalizadas e com largo palmarés nacional e, mesmo, internacional, este facto não se verificava. Constatou-se então que, uma característica socio-demográfica havia sido, erradamente, omitida. São várias as instituições desportivas e atletas que recorrem a outros serviços para realizar a recuperação de lesões (ex. cirurgiões, centros hospitalares, centros clínicos, entre outros). Este contratempo conduziu a uma alteração no critério de inclusão, de modo a debelar esta contrariedade. Contudo, a inclusão desta variável no estudo final não foi possível.

Esta característica cinge-se ao contexto onde é realizada a reabilitação do atleta lesionado, ou seja, não é relativo à dimensão psicológica mas à dimensão social/contextual, de acordo com Brewer *et al.* (2002). Todavia, representa um factor circunstancial envolvente que surge constantemente no fundo de todo o processo (Wiese-Bjornstal *et al.*, 1998). Porém, esta variável atributo pode ter influência no desenvolvimento do processo de reabilitação, conforme evidenciado previamente no modelo biopsicossocial da reabilitação da lesão desportiva apresentado no Capítulo I, e a sua inclusão representaria uma inegável valência para o estudo. A denominação a adoptar seria o *local/contexto onde é realizada a reabilitação de atletas lesionados*. Esta característica apresentaria como opções *departamento médico da instituição desportiva, centro hospitalar* ou *centro clínico privado*.

Apesar de tudo, esta reformulação no decurso da pesquisa promoveu positivamente os resultados, se não vejamos. O critério inicial levaria a uma exclusão da grande maioria dos médicos cirurgiões, contudo, estes têm um papel essencial na recuperação de lesões que impliquem uma intervenção cirúrgica, como o cirurgião norte-americano Steadman (1993) demonstra através do seu modelo (capítulo I, 3.4.1). A traumatologia desportiva desempenha um papel importante na medicina desportiva actual e a sua relevância para esta vasta disciplina tem sido alertada. Os cirurgiões, para além da “reparação” estrutural, acompanham a evolução da recuperação da intervenção cirúrgica e conseqüente recuperação. O mesmo autor lembra que a intervenção cirúrgica constitui um suplemento na carga psicológica do atleta. Ao avaliarem periodicamente os atletas, estes profissionais poderão identificar possíveis desajustes psicológicos do atleta à lesão e/ou reabilitação, constituindo a sua inclusão no estudo uma inegável valência.

Como consequência desta alteração foi possível a inclusão de outros profissionais que, de um mesmo modo, assistem atletas lesionados durante o seu processo de reabilitação. As suas percepções e opiniões são, de igual forma, úteis, especialmente se tivermos em conta que a maioria da captação dos PMD participantes se realizou em conselhos e reuniões científicas da especialidade, devida e reconhecidamente credenciadas.

Em Portugal, a medicina desportiva actual tende a especializar os vários profissionais de saúde, as várias associações (ex. APARTROSC⁴) e sociedades (ex. S.P.O.T.⁵), os vários congressos, seminários, reuniões e a abertura de diversos cursos de formação superior são bem exemplo disso (ex. curso de pós-graduação em reabilitação no desporto da UFP⁶). A psicologia desempenha um papel extremamente importante na formação de um PMD e esta componente tem integrado o conteúdo programático de várias especializações superiores em medicina/reabilitação desportiva (ex. conteúdo programático do mestrado em medicina desportiva ministrado na Faculdade de Medicina, Universidade do Porto⁷). Todavia, a utilidade de uma formação numa vertente mais prática parece estar a emergir.

Face aos resultados obtidos pelo presente estudo, que destacam a influência psicológica da lesão sobre o atleta e a necessidade de assistir esta componente durante a reabilitação, surge a necessidade de desenvolver estudos de intervenção psicológica com atletas lesionados. A eficácia destas técnicas foi reconhecida pelos participantes, todavia, existe uma necessidade de criar orientações/protocolos mediante o tipo de modalidade, o grau de profissionalização da modalidade e o escalão etário. Do mesmo modo, a interacção entre os diversos PMD e a eficácia da integração do psicólogo do desporto na EM deverá ser discutida. Sugere-se, também, a realização de um estudo que evidencie o *local/contexto onde é realizada a reabilitação de atletas lesionados* e qual sua influência no processo de reabilitação. Uma análise estatística com recursos à estatística correlacional poderia evidenciar as relações e o carácter progressivo e dinâmico da perspectiva da amostra em estudo. A impossibilidade de generalizar os resultados, não inviabiliza a utilidade deste estudo preliminar em Portugal. A julgar pela selectividade da amostra, pode-se inferir a extrema valência desta pesquisa para futuras investigações, especialmente aquelas que serão realizadas a nível nacional.

⁴ A APARTROSC mantém presença disponível na Internet em www.apartrosc.pt

⁵ A S.P.O.T. mantém presença disponível na Internet em www.spot.pt

⁶ A UFP mantém a sua presença disponível na Internet em www.ufp.pt

⁷ O conteúdo programático está disponível na Internet em <http://mestrados.med.up.pt/medicinadesportiva/>

IV. IMPLICAÇÕES PARA A TEORIA, PRÁTICA E INVESTIGAÇÃO

Com o presente estudo julga-se contribuir, com os dados obtidos através das percepções dos PMD portugueses participantes, para uma melhor compreensão do processo de reabilitação da lesão desportiva e, conseqüentemente, uma intervenção cada vez mais eficaz destes profissionais na assistência aos atletas lesionados.

A lesão tem um impacto psicológico no atleta e este desempenha um papel fundamental na sua recuperação. O tratamento da dimensão psicológica no processo de reabilitação é essencial para o sucesso de todo o procedimento. Os aspectos psicológicos intervenientes na recuperação da lesão relacionam-se dinamicamente, pelo que, a sua prévia identificação constituirá uma mais valia para o progresso do processo de reabilitação (Buceta, 1996; Heil 1993; Brockway e Fordyce, 1994). De acordo com Weiss (2003), o entendimento e compreensão desta dinâmica permitirá uma intervenção mais direccionada para as singularidades do desportista e, conseqüentemente, mais eficaz. Esta intervenção deverá ir de encontro às limitações, expectativas e motivações do atleta lesionado. Salienta-se, de todo o modo, a necessidade de promover a relação privilegiada entre o atleta lesionado e o PMD. O *stress/ansiedade* é um factor frequentemente associado à lesão. Face à sua importância e elevada prevalência nos vários estudos realizados, existe uma necessidade de desenvolver estratégias eficazes de controlo desta condição.

Em Portugal, a ausência de investigação nesta temática é evidente, pelo que, se recomenda a realização deste tipo de intervenções experimentais. A eficácia de uma formação mais especializada deve ser estudada. Os estudos de intervenção psicológica com atletas lesionados deverão continuar a ser realizados, de modo a comprovar a sua utilidade e eficácia, bem como, a poderem tecer recomendações/orientação para o tratamento. Dever-se-á realizar pesquisas semelhantes para verificar a constância destes dados, aconselhando-se o recurso a uma amostra, de maior dimensão, que permita a generalização dos resultados.

A identificação do local/contexto onde é realizada a reabilitação permitirá compreender uma outra dimensão do processo, a dimensão social, para isso, sugere-se a utilização do instrumento em anexo (IX). A promoção de um ambiente saudável é benéfico para a recuperação, pelo que, estratégias de intervenção a este nível deverão ser realizadas.

CONCLUSÃO

O objectivo principal do estudo preliminar, era proceder a um rastreio de percepção de vários PMD portugueses, que assistem frequentemente atletas lesionados no seu processo de reabilitação, sobre a importância desempenhada pela dimensão psicológica neste procedimento. A adequação, pertinência e relevância da pesquisa para o propósito [monografia para a obtenção do grau de licenciatura em MHU], é confirmada pelos vários autores nacionais da especialidade na temática (Cruz e Dias, 1996; Dias, 2001; Neto, 1996) e por Lakatos e Marconi (1992, p. 83). Os autores explicam que “*o método monográfico consiste no estudo aprofundado de determinados indivíduos, profissões, condições, instituições, grupos ou comunidades, com a finalidade de obter generalização. A investigação deve examinar o tema escolhido, analisando-o em todos os seus aspectos.*”. Face a estas explicações, considerou-se o estudo adequado, pertinente e relevante para o efeito.

Fundamentado pela análise dos dados obtidos, constatou-se que a lesão, para além de limitar fisicamente o atleta, promove um impacto psicológico no mesmo. Os participantes mencionaram encontrar respostas psicológicas associadas à lesão desportiva. O *stress/ansiedade*, a *dependência do exercício* e a *revolta* foram, respectivamente, as condições mais frequentemente encontradas pelos PMD.

De salientar que o *stress/ansiedade* tem-se revelado como uma condição frequentemente associada à lesão desportiva, na sua ocorrência e recuperação. Este estudo corrobora este ponto e alerta para a possibilidade de existir uma relação dinâmica entre os vários factores associados à lesão. Estes podem desenvolver variações nas interações entre os vários factores associados ao processo de reabilitação da lesão do desportista. Acautela-se para a necessidade de diagnosticar precocemente os desajustes psicológicos dos atletas à lesão.

De acordo com os inquiridos, atletas que recuperam melhor das suas lesão apresentam *determinação, sujeitam-se ao tratamento*, têm uma *atitude positiva* e estão *motivados* para superar a lesão. Por outro lado, atletas *desmotivados, deprimidos*, com *elevados níveis de stress/ansiedade* e que apresentam *problemas na sujeição ao tratamento* não enfrentam com êxito a lesão.

O acesso e o recurso aos psicólogos do desporto ainda não são uma realidade, embora a sua utilidade seja reconhecida e recomendada pelos investigadores. De todo o modo, o tratamento da dimensão psicológica no processo de reabilitação foi considerado indispensável para o sucesso da recuperação da lesão desportiva.

O encorajamento de pensamentos positivos, o incentivo da autoconfiança, o encorajamento das técnicas de comunicação efectiva e a diversificação dos exercícios de reabilitação são as técnicas mais utilizadas pelos PMD participantes na assistência a atletas lesionados.

Os participantes reconheceram a necessidade e utilidade de uma formação mais aprofundada, sobretudo, numa vertente mais prática na intervenção psicológica na reabilitação da lesão desportiva. Os inquiridos mencionaram que *o aumentar da autoconfiança do atleta lesionado, o incentivar pensamentos positivos e o diversificar os exercícios de reabilitação* são as técnicas psicológicas mais importantes para aprenderem de modo a poderem prestar uma melhor assistência aos atletas lesionados.

A dimensão psicológica desempenha, pois, um papel extremamente importante na reabilitação da lesão desportiva. O PMD deverá fazer mais do que apenas assistir a regeneração física e intervir na prevenção das lesões. O PMD deverá ser um ouvinte activo e sensível, um conselheiro e um orientador quando existirem evidências de que a lesão necessite de um auxílio profissional adicional. Como consequência, e de modo a providenciar a melhor assistência possível aos atletas, os PMD deverão estar envolvidos nos objectivos e motivações dos atletas, no controlo dos comportamentos evidenciados pelos atletas e na manutenção de uma atitude positiva durante todo o processo de reabilitação. A intervenção psicológica em atletas lesionados durante o processo de reabilitação poderá facilitar a sua reintegração desportiva.

A evolução dos PMD conduz a uma necessária multidimensionalidade nos cuidados de saúde. Hoje em dia, ser PMD é mais difícil, stressante e exigente. É essencial para qualquer PMD entender os aspectos psicológicos da lesão, sua prevenção, reabilitação e desenvolver princípios psicológicos que irão resultar numa melhor assistência ao atleta. Conforme Gieck e Hedgpeth (2002), um PMD eficiente será aquele que possui o conhecimento, seja convincente e esteja sinceramente interessado.

A batalha entre a lesão e o atleta é o mais difícil desafio na carreira do mesmo. Da ocorrência da lesão ao retorno à competição, vai um longo caminho que o atleta e os PMD tentam, em equipa, otimizar. Como Brauman (2005), membro do comité olímpico EUA, intitula o seu trabalho “*Returning to play: the mind does matter.*” (Retorno à competição: a mente realmente importa). Todo o sinistro que a lesão representa provoca uma dor [física e psicológica] no atleta e a carga psicológica não só não pode ser negligenciada como deve ser tomada em conta pelos PMD.

Recentemente a velha máxima desportiva “*no pain no gain*” (sem dor não há ganho) tem vindo a ser posta em causa (Heil, 1995 *cit. in* Cruz e Dias, 1996; O’Young *et al.*, 2000). A dor do atleta é única e pessoal. A capacidade do atleta suportar a dor psicológica distingue aqueles que recuperam com maior ou menor facilidade da lesão (Heil, 1993). O exemplo levantado por alguns PMD (reabilitação à reconstrução/ruptura do LCA) é bem elucidativo deste facto. De resto, a *capacidade/espírito de sacrifício* é considerado por muitos dos PMD participantes como determinante para o sucesso da reabilitação. Existe, portanto, uma necessidade de cada vez mais unificar as duas perspectivas numa abordagem única que permita uma optimização do processo de reabilitação, isto é, uma abordagem teórico-prática.

Para o atleta o mais valioso prémio, a maior vitória, o mais importante troféu, o mais alto pódio, a mais dourada das medalhas é a possibilidade de praticar desporto. Após a derrota na “primeira-mão”, o atleta e os PMD caminham juntos para a conquista da eliminatória, deixando para trás, o “*sangue, o suor e as lágrimas*” durante o processo de reabilitação. O *sangue* simbolizando o infortúnio da ocorrência da lesão; o *suor* relativo ao esforço, à vontade, à *determinação*, dedicação ou desejo forte para o retorno à competição; e as *lágrimas* da alegria de superar o processo de reabilitação e a possibilidade de retornar à competição. Cabe aos PMD devolverem aos atletas, uma outra vez, a emoção, a performance, a glória e os belos momentos que só o desporto é capaz de proporcionar.

Após a realização deste estudo e da apresentação das conclusões, anteriormente expostas, consideram-se atingidos os objectivos propostos por este trabalho e julga-se ter sido prestado um singelo mas esforçado contributo para um entendimento e uma compreensão cada vez melhor [da dimensão psicológica] do processo de reabilitação da lesão desportiva.

BIBLIOGRAFIA

- Ahern D. e Lohr, B. (1997). Psychological factors in sports injury rehabilitation. *Clin Sports Med*, 4, pp. 755-768. Abstract [Em linha]. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=AbstractPlus&list_uids=9330812&query_hl=3&itool=pubmed_docsum. [Consultado em 10/07/2006].
- Albinson, C e Petrie, T. (2003). Cognitive Appraisal, Stress, and Coping: Preinjury and Postinjury Factors Influencing Psychological Adjustment to Sport Injury. *Journal of Sport Rehabilitation*, 12 (4), pp. 306-322.
- Almeida, L. e Freire, T. (2003). *Metodologia de investigação em psicologia e investigação*. 1ª Edição. Braga, Psiquilíbrios Edições.
- Andersen, M. e Williams, J. (1988). A model of stress and athletic injury: Prediction and prevention. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 10, pp. 294-306.
- Arvinen-Barrow's, M., Hemmings, Weigand, Becker e Booth (Manuscrito em preparação). *Psychological Rehabilitation from Sport Injury: Issues in Training and Development of Chartered Physiotherapists*. PhD Student (Sport Psychology). The Sport and Exercise Research Team. UK, The University of Northampton.
- Associação Portuguesa de Artroscopia e Traumatologia Desportiva Home Page. [Em linha]. Disponível em <http://www.apartrosc.pt>. [Consultado em 06/09/2006].
- Azevedo, C. e Azevedo, A. (2004). *Metodologia Científica: Contributos Práticos para a Elaboração de Trabalhos Académicos*. 7ª Edição. Lisboa, UCE.
- Azevedo, C. e Azevedo, A. (2003). *Metodologia Científica: Contributos Práticos para a Elaboração de Trabalhos Académicos*. 6ª Edição. Lisboa, UCE.

Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Edições 70, Lda.

Bauman, J. (2005). Returning to play: the mind does matter. *Clin J Sport Med*, 6, pp. 432-435. Abstract [Em linha]. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=AbstractPlus&list_uids=16278547&query_hl=3&itool=pubmed_docsum. [Consultado em 10/07/2006].

Berger, B., Pargman, D. e Weinberg, R. (2002). *Foundations of Exercise Psychology*. Morgantown, WV, USA, Fitness Information Technology, Inc., 10, pp. 151-171.

Bighetti, F. (2003). *Tradução e validação do Eating Attitudes Test (EAT-26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto – SP*. Tese de Mestrado. São Paulo, Brasil, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-12042004-234230/publico/tese.pdf>. [Consultado em 03/09/2006].

BJSM Online – British Journal of Sports Medicine Home Page. [Em linha]. Disponível em <http://bjsm.bmj.com/>. [Consultado em 06/09/2006].

Brewer, B. (2003). Development Differences in Psychological Aspects of Sport-Injury Rehabilitation. *Journal of Athletic Training*, 38 (2), pp. 152-153. [Em linha]. Disponível em <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=12937526>. [Consultado em 12/06/2006].

Brewer, B., Cornelius, A., Van Raalte, J., Petitpas, A., Sklar, J., Pohlman, M., Krushell, R. e Ditmar, T. (2003). Protection Motivation Theory and Adherence to Sport Injury Rehabilitation Revisited. *The Sport Psychologist*, 17, pp. 95-103.

Brewer, B., Cornelius, A., Van Raalte, J., Petitpas, A., Sklar, J., Pohlman, M., Krushell, R. e Ditmar, T. (2003a). Age-Related Differences in Predictors of Adherence to Rehabilitation After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction. *Journal of Athletic*

Training, 38 (2), pp. 158-162. [Em linha]. Disponível em <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=12937528>. [Consultado em 12/06/2006].

Brewer, B., Andersen, M. e Van Raalte, J. (2002). Psychological Aspects of Sport Injury Rehabilitation: Toward a Biopsychosocial Approach. In: Mostofsky, D.; Zaichkowsky, L. (Ed.) *Medical and Psychological Aspects of Sport and Exercise*. Morgantown, USA, Fitness Information Technology, Inc., 4, pp. 41-54.

Brewer, B. (1998). Psychological Applications in Clinical Sports Medicine: Current Status and Future Directions. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 5(1), pp. 91-102. [Em linha]. Disponível em <http://www.springerlink.com/content/p6308101514061h3/fulltext.pdf>. [Consultado em 12/06/2006].

Brewer, B. (1998a). Introduction to the Special Issue: Theoretical, Empirical, and Applied Issues in the Psychology of Sport Injury. *Journal of Applied Sport Psychology*, 10, pp. 1-4.

Brewer, B. (1998b). Adherence to Sport Injury Rehabilitation Programs. *Journal of Applied Sport Psychology*, 10, pp. 70-82.

Brewer, B. (1994). Review and critique of models of psychological adjustment to athletic injury. *Journal of Applied Sport Psychology*, 6, pp. 87-100.

Brewer, B., Jeffers, K. e Petitpas, A. (1994). Perceptions of psychological interventions in the context of sport injury rehabilitation. *The Sports Psychologist*, 8, pp. 176-189.

Brewer, B., Van Raalte, J. e Linder, D. (1991). Role of the sport Psychology in treating injured athletes: A survey of sports medicine providers. *Journal Applied Sport Psychology*, 3, pp. 183-190.

- Brito, A. (2001). *Psicologia do desporto*. 2ª Edição. Lisboa, Omniserviços, Representações e Serviços, Lda.
- Brockway, J. e Fordyce, W. (1994). Avaliação e Tratamento Psicológicos. In: Kottke, F. e Lehmann, J. (Ed.). *Tratado de Medicina Física e Reabilitação de Krusen*. Volume 1, 4ª Edição. São Paulo, SP, Brasil, Editora Manole Ltda, 6, pp. 151-167.
- Brukner, P. e Khan, K. (1993). *Clinical Sports Medicine*. Victoria, Australia, MacGraw-Hill Book Company Australia Pty Limited.
- Buceta, J. (1996). *Psicologia y lesiones deportivas: prevencion y recuperacion*. Madrid, Dykinson.
- Carochinho, J. (1999). Stress ocupacional: breves considerações sobre a validade factorial da escala Fontes de Pressão no Emprego do OSI. In: Soares, A., Araújo, S. e Caíres, S. *Avaliação Psicológica: formas e contextos*. Volume VI, Braga, Edições APPORT, pp. 976-984.
- Carvalho, J. (2002). *Metodologia do Trabalho Científico: “Saber-Fazer” da investigação para dissertações e teses*. Lisboa, Escolar Editora.
- Cervo, A. e Bervian, P. (1996). *Metodologia científica*. 4ª Edição. SP, Makron Books.
- Chute, N. (1997). *Psychological Responses and Adjustments to Sport Injuries by Varsity Athletes*. Master of Arts thesis. Kingston, Ontario, Canada, School of Physical and Health Education, Queen’s University.
- Conelly, D. e Rotella, R. (1991). The Social Psychology of Assertive Communications: Issues in Teaching Assertiveness Skills to Athletes. *The Sports Psychologist*, 5, pp. 73-87.
- Crossman, J. (1997). Psychological rehabilitation from sports injuries. *Sports Med*, 23, pp. 333-339.

- Cruz, J. e Dias, M. (1996). Factores Psicológicos Associados às Lesões Desportivas. *In: Cruz, J. (Ed.). Manual de Psicologia do Desporto*. Braga, Lusografe, 21, pp. 467-480.
- Cruz, J. e Viana, M. (1996). Treino de imaginação e visualização mental. *In: Cruz, J. (Ed.). Manual de Psicologia do Desporto*. Braga, Lusografe, 28, pp. 627-648.
- Cupal, D. (1998). Psychological Interventions in Sport Injury Preventions and Rehabilitation. *Journal of Applied Sport Psychology*, 10, pp. 103-123.
- Daly, J., Brewer, B., Van Raalte, J., Petitpas, A. e Sklar, J. (1995). Cognitive Appraisal, Emotional Adjustment, and Adherence to Rehabilitation Following Knee Surgery. *Journal of Sport Rehabilitation*, 4, pp. 23-30.
- Davies, G. (1995). The Need for Critical Thinking in Rehabilitation. *Journal of Sport Rehabilitation*, 4, pp. 1-22.
- Davis, J. (1991). Sports Injury and Stress Management: An Opportunity for Research. *The Sport Psychologist*, 5, pp. 175-182.
- Diário da República Electrónico – INCM. [Em linha]. Disponível em <http://dre.pt/>. [Consultado em 02/12/2005].
- Dias, M. (2001). *Factores psicológicos associados as lesões desportivas*. Dissertação de Doutoramento em Medicina. Porto, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Dias, M., Palha, A. e Cruz, J. (1997). Aspectos Psicológicos nas Lesões Desportivas: Um Estudo com Atletas de Diferentes Níveis Competitivos. *In: Cruz, J. (Ed.). I Encontro Internacional de Psicologia aplicada ao Desporto e à Actividade Física*. Braga, Lusografe, pp. 235-254.
- D'Oliveira, T. (2005). *Teses e Dissertações: Recomendações para a elaboração e estruturação de trabalhos científicos*. 2ª Edição. Lisboa, Editora RH.

- D'Oliveira, T. (2002). *Teses e Dissertações: Recomendações para a elaboração e estruturação de trabalhos científicos*. 1ª Edição. Lisboa, Editora RH.
- Driediger, M., Hall, C. e Callow, N. (2006). Imagery use by injured athletes: a qualitative analysis. *J Sports Sci*, 3, pp. 261-271. Abstract [Em linha]. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=AbstractPlus&list_uids=9330812&query_hl=3&itool=pubmed_docsum. [Consultado em 10/07/2006].
- Flint, F. (1998). Integrating Sport Psychology and Sports Medicine in Research: The Dilemmas. *Journal of Applied Sport Psychology*, 10, pp. 83-102.
- Ford, I.; Gordon, S. (1998). Perspectives of Sport Trainers and Athletic Therapists on the Psychological Content of Their Practice and Training. *Journal of Sport Rehabilitation*, 7(2), pp. 79-94.
- Fortin, M. (1999). *Processo de Investigação: Da concepção á realização*. Loures, Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Gieck, J. e Hedgpeth, E. (2002). Considerações Psicológicas para a Reabilitação do Atleta Lesado. In: Prentice, W. (Ed.). *Técnicas de Reabilitação em Medicina Esportiva*. 3ª Edição. Barueri, SP, Brasil, Editora Manole, Ltda, 3, pp. 40-61.
- Gilbourne, D. e Taylor, A. (1998). From Theory to Practice: The Integration of Goal Perspective Theory and Life Development Approaches Within an Injury-Specific Goal-Setting Program. *Journal of Applied Sport Psychology*, 10, pp. 124-139.
- Gonçalves, R. e Rosado, J. (2004). Criação da Versão Portuguesa do KOS-SAS – Adaptação Cultural e Linguística. *Revista Portuguesa de Medicina Desportiva*, 22(111), pp. 101-107.

- Gordon, S., Potter, M. e Ford, I. (1998). Toward a Psychoeducational Curriculum for Training Sport-Injury Rehabilitation Personnel. *Journal of Applied Sport Psychology*, 10, pp. 140-156.
- Grove, J. (1993). Personality and Injury Rehabilitation Among Sport Performers. In: Pargman, D. (Ed.). *Psychological Bases of Sport Injuries*. US, Fitness Information Technology, Inc. 7, pp. 99-120.
- Gutking, S. (2004). Using Solution-Focused Brief Counseling to Provide Injury Support. *The Sport Psychologist*, 18, pp. 75-88.
- Hanson, S., MacCullagh, P. e Tonymon, P. (1992). The Relationship of Personality Characteristics, Life Stress, and Coping Resources to Athletic Injury. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 14, pp. 262-272.
- Hardy, C., Richman, J. e Rosenfeld, L. (1991). The Role of Social Support in the Life Stress/Injury Relationship. *The Sport Psychologist*, 5, pp. 128-139.
- Heil, J. (1993). *Psychology of sport injury*. US, Human Kinetics Publishers.
- Heil, J., Browman, J. e Bean, B. (1993). Patient Management and the Sports Medicine Team. In: Heil, J. (Ed.). *Psychology of sport injury*. US, Human Kinetics Publishers, 15, pp. 237-250.
- Hemmings, B. e Povey, L. (2002). Views of chartered physiotherapists on the psychological content of their practice: a preliminary study in the United Kingdom. *British Journal of Sports Medicine*, 36(1), pp. 61-64. [Em linha]. Disponível em <http://bjsm.bmj.com/cgi/content/full/36/1/61>. [Consultado em 21/11/2005].
- Henderson, J. e Carroll, W. (1993). The Athletic Trainer's Role in Preventing Sport Injury and Rehabilitating Injured Athletes: A Psychological Perspective. In: Pargman, D. (Ed.).

Psychological Bases of Sport Injuries. US, Fitness Information Technology, Inc. 2, pp. 15-31.

Hill, M. e Hill, A. (2002). *Investigação por Questionário*. 2ª Edição. Lisboa, Edições Sílabo, Lda

Human Kinetics, Inc Home Page. [Em linha]. Disponível em <http://www.humankinetics.com/>. [Consultado em 06/09/2006].

Ievleva, L. e Orlik, T. (1993). Mental paths to enhanced recovery from sports injury. In: Pargman, D. (Eds). *Psychological Bases of Sport Injuries*. US, Fitness Information Technology, Inc., pp. 219-245.

Ievleva, L. e Orlik, T. (1991). Mental Links to Enhanced Healing: An Exploratory Study. *The Sport Psychologist*, 5, pp. 25-40.

Johnson, U. (1996). The Multiply Injured Versus the First-Time-Injured Athlete During Rehabilitation: A Comparison of Nonphysical Characteristics. *Journal of Sport Rehabilitation*, 5, pp. 293-304.

Jonsen, A., Siegler, M. e Winslade, W. (1999). *Ética Clínica*. 4ª Edição. Lisboa, McGraw – Hill.

Kerr, G. e Goss, J. (1996). The Effects of a Stress Management Program on Injuries and Stress Levels. *Journal of Applied Sport Psychology*, 8, pp. 109-117.

Larson, G., Starkey, C. e Zaichkowsky, L. (1996). Psychological aspects of athletic injuries as perceived by athletic trainers. *The Sport Psychologist*, 10(1), pp. 37-47.

Lakatos, E. e Marconi, M. (1992). *Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos*. 4ª Edição. São Paulo, SP, Brasil, Editora Atlas S.A.

- Lakatos, E. e Marconi, M. (1991). *Fundamentos de metodologia científica*. 3ª Edição. São Paulo, SP, Brasil, Editora Atlas S.A.
- Maroco, J. (2003). *Análise Estatística – Com Utilização do SPSS*. 1ª Edição. Lisboa, Edições Sílabo, Lda.
- Masters, K. e Ogles, B. (1998). The Relationships of Cognitive Strategies with Injury, Motivation, and Performance Among Marathon Runners: Results from Two Studies. *Journal of Applied Sport Psychology*, 10, pp. 281-296.
- McInture, T. e Araújo-soares, V. (1999). Validação da Versão Portuguesa do “Questionário de Meios de Lidar com a Dor de Brown”. In: Soares, A., Araújo, S. e Caíres, S. *Avaliação Psicológica: formas e contextos*. Volume VI. Braga, Edições APPORT, pp. 976-984.
- Medline Industries, Inc Home Page. [Em linha]. Disponível em <http://www.medline.com/>. [Consultado em 06/09/2006].
- Mestrado em Medicina Desportiva ministrado na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto Home Page. [Em linha]. Disponível em <http://mestrados.med.up.pt/medicinadesportiva/>. [Consultado em 06/09/2006].
- Mostofsky, D. e Zaichkowsky, L. (2002). *Medical and Psychological Aspects of Sport and Exercise*. Morgantown, Fitness Information Technology, Inc.
- Neto, J. e Cruz, J. (1997). *Estudo dos factores psicológicos associados à recuperação de lesões desportivas: Estudo no Futebol Profissional*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, na especialidade de Psicologia Desportiva. Braga, Universidade do Minho.
- Newcomer, R.R. (2000). *Cognitive-affective, behavioural, and physiological features of posttraumatic-stress response to injury among competitive athletes*. Dissertation. US, School of Physical Education, West Virginia University. [Em linha]. Disponível em

https://etd.wvu.edu/etd/etdDocumentData.jsp?jsp_etdId=1513. [Consultado em 03/01/2006].

Nunes, S., Lopes, A. e Pascoalinho, J. (2005). Contributo para a Adaptação e Validação de uma Escala de Medida para a Severidade da Osteoporose do Joelho (Lequesne Índice of Severity for Knee Osteoarthritis). *Jornal do Instituto Português de Reumatologia*, 4(3), pp. 150-151.

Nunes, E. (1999). Validação da Escala de Necessidades de Aconselhamento dos Idosos. In: Soares, A., Araújo, S. e Caíres, S. *Avaliação Psicológica: formas e contextos*. Volume VI. Braga, Edições APPORT, pp. 1021-1029.

O'Young, B., Young, M. e Stiens, S. (2000). Medicina Desportiva. In: O'Young, B., Young, M. e Stiens, S. (Ed.). *Segredos em Medicina Física de Reabilitação*. Porto Alegre, Brasil, Artmed, X: Reabilitação de populações especiais, pp. 536-541.

Pasquali, L. (2003). *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. SP, Brasil, Editora Vozes Ltda.

Pargman, D. (1993). *Psychological Bases of Sport Injuries*. US, Fitness Information Technology, Inc.

Pereira, A. (2004). *Guia Prático de Utilização do SPSS – Análise de Dados para Ciências Sociais e Psicologia*. 5ª Edição. Lisboa, Edições Sílabo, Lda.

Pestana, M. e Gageiro, J. (2003). *Análise de Dados para Ciências Sociais – A Complementaridade do SPSS*. 3ª Edição. Lisboa, Edições Sílabo, Lda.

Petitpas, A. e Danish, S. (1995). Caring for the injured athletes. In: Murphy, S. (Ed.). *Sport psychology interventions*. Leeds, Human Kinetics, pp. 255-281.

Pope, C. e Mays, N. (2005). *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 2ª Edição. Porto Alegre, Brasil, Artmed.

Procuradoria-Geral da República do Ministério Público. *Parecer n.º74/2001. – Exame médico – Praticante desportivo – Medicina desportiva – Lei de bases – Força da lei – Revogação tácita*. Publicado no DR-II série, n.º265, de 15 de Novembro de 2001, pp. 18861-18868. [Em linha]. Disponível em <https://dre.pt/pdfgratis2s/2001/11/2S265A0000S00.pdf>. [Consultado em 04/12/2005].

Psycinfo Home Page. [Em linha]. Disponível em <http://www.apa.org/psycinfo/>. [Consultado em 06/09/2006].

PubMed Home Page. [Em linha]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?DB=pubmed>. [Consultado em 06/09/2006].

Queijo, A. (2002). *Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: NURSING ACTIVITIES SCORE (N. A. S.)*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem na Saúde do Adulto, Linha de Pesquisa: Tecnologia em Saúde. São Paulo, Brasil, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

Quivy, R. e Van Campenhoudt, L. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais*. 2ª Edição. Lisboa, Gradita – Publicações, Lda.

Ribeiro, J. (1996). Dor e Recuperação Psicológica no Desporto e na Actividade Física. In: Cruz, J. (Ed.). *Manual de Psicologia do Desporto*. Braga, Lusografe, 32, pp. 679-690.

Roh, J. e Perna F. (2000). Psychology/Counseling: A Universal Competency in Athletic Training. *Journal of Athletic Training*, 35(4), pp. 458-465.

Rose, J. e Jevne, R. (1993). Psychological processes associated with athletic injuries. *The Sport Psychologist*, 7, pp. 309-328.

Rotella, R. e Heyman, S. (1991). El esters, las lesions y la rehabilitacion psicologica de los desportistas. In: Williams, J. (Ed.). *Psicología Aplicada Al Deporte*. Madrid, Biblioteca Nueva, XXI, pp. 493-522.

Shephard, R. (2002). Importance of Sport and Exercise to Quality of Life and Longevity. In: Mostofsky, D. e Zaichkowsky, L. (Ed.). *Medical and Psychological Aspects of Sport and Exercise*. Morgantown, USA, Fitness Information Technology, Inc., 1, pp. 1-18.

Smith, A. (1996). Psychological impact of injury in athletes. *Sports Med*, 22(6), pp. 391-405. Abstract [Em linha]. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=AbstractPlus&list_uids=8969016&query_hl=19&itool=pubmed_docsum. [Consultado em 10/07/2006].

Smith, A., Scott, S. e Wiese, D. (1990). The psychological effects of sports injuries. Coping. *Sports Med*, 9(6), pp.352-369. Abstract [Em linha]. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?itool=abstractplus&db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=abstractplus&list_uids=2192425. [Consultado em 10/07/2006].

Snell, R. (2003). *Neuroanatomia Clínica para Estudantes de Medicina*. 5ª Edição. Rio de Janeiro, RJ, Editora Guanabara Koogan S.A.

Sociedade Portuguesa de Medicina Desportiva Home Page. [Em linha]. Disponível em <http://www.spm.pt>. [Consultado em 04/12/2005].

Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia Home Page. [Em linha]. Disponível em <http://www.spot.pt>. [Consultado em 06/09/2006].

Sport Discus Home Page. [Em linha]. Disponível em <http://www.ovid.com/site/catalog/DataBase/153.jsp?top=2&mid=3&bottom=7&subsection=10>. [Consultado em 14/05/2006].

Steadman, J. (1993). A Physician's Approach to the Psychology of Injury. In: Heil, J. (Ed.). *Psychology of sport injury*. US, Human Kinetics Publishers, 3, pp. 25-32.

Streubert, H. e Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o imperativo humanista*. Loures, Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Striegel, D., Hedgpeth, E. e Sowa, C. (1996). Differential Psychological Treatment of Injured Athletes Based on Length of Rehabilitation. *Journal of Sport Rehabilitation*, 5, pp. 303-335.

Theodorakis, Y., Malliou, P., Papaioannou, A., Beneca, A. e Filactakidou, A. (1996). The Effect of Personal Goals, Self-Efficacy, and Self-Satisfaction on Injury Rehabilitation. *Journal of Sport Rehabilitation*, 5, pp. 214-223.

Universidade Fernando Pessoa Home Page. [Em linha]. Disponível em <http://www.ufp.pt>. [Consultado em 06/09/2006].

Van Raalte, J., Brewer, D., Matheson, H. e Brewer, B. (1996). British Athletes' Perceptions of Sport and Mental Health Practitioners. *Journal of Applied Sport Psychology*, 8, pp. 102-108.

Van Raalte, J., Brewer, B., Brewer, D. e Linder, D. (1992). NCAA Division II College Football Players' Perceptions of an Athlete Who Consults a Sport Psychologist. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 14, pp. 273-282.

Weinberg, R. e Gould, D. (2003). *Foundations of Sport and Exercise Psychology*. 3ª Edição. Leeds, Champaign: Human Kinetics, 21, pp. 399-413.

- Weinberg, R. e Gould, D. (1995). *Foundations of Sport an Exercise Psychology*. Leeds, Champaign: Human Kinetics.
- Weise-Bjornstal, D., Smith, A., Shaffer, S. e Morrey, M. (1998). An integrated model of response to sport injury: psychological and sociological dynamics. *Journal of Applied Sport Psychology*, 10, pp. 46-69.
- Weise-Bjornstal, D., Smith, A. e LaMott, E. (1995). A model of psychologic response to athletic injury and rehabilitation. *Athletic Training: Sports Health Care Perspectives*, 1(1), pp. 17-30.
- Weise-Bjornstal, D. e Smith, A. (1993). Counseling Strategies For Enhanced Recovery of Injured Athletes within a Team Approach. In: Pargman, D. (Ed.). *Psychological Bases of Sport Injuries*. US, Fitness Information Technology, Inc., 9, pp. 149-182.
- Weiss, M. (2003). Psychological Aspects of Sport-Injury Rehabilitation: A Developmental Perspective. *Journal of Athletic Training*, 38 (2), pp. 172-175. [Em linha]. Disponível em <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=129375> 31. [Consultado em 12/06/2006].
- Wiese, D., Weiss e M. Yukelson. (1991). Sport Psychology in the Training Room: A Survey of Athletic Trainers. *The Sport Psychologist*, 5, pp. 15-24.
- Williams, J. e Andersen, M. (1998). Psychological Antecedents of Sport Injury: Review and Critique of the Stress and Injury Model. *Journal of Applied Sport Psychology*, 10, pp. 5-25.
- Williams, J. e Roepke, N. (1993). Psychology of Injury and Injury Rehabilitation. In: Singer, R., Murphey, M. e Tennant, L. (Ed.). *Handbook of Research on Sport Psychology*. New York, MacMillan Publishing Company, IX – Exercise/Health Psychology (38), pp. 815-839.

ANEXOS

ANEXO I

Desenho do estudo

DESENHO DO ESTUDO

TEMA: A DIMENSÃO PSICOLÓGICA NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO DA LESÃO DESPORTIVA

PROBLEMA: "Que importância atribuem os profissionais de medicina desportiva à dimensão psicológica no processo de reabilitação da lesão desportiva?"

OBJECTIVO: Identificar qual a importância que os PMD atribuem à dimensão psicológica na reabilitação desportiva

Identificar com que frequência os PMD encontram condições psicológicas associadas em atletas lesionados;
Identificar os principais comportamentos/condições psicológicas que os PMD julgam contribuir positivamente, ou negativamente, para o sucesso reabilitação de lesões desportivas;
Verificar o sistema referencial utilizado, ou não, pelos PMD no aconselhamento de atletas lesionados;
Identificar as competências técnicas psicológicas mais utilizadas pelos PMD durante o processo de reabilitação;
Verificar a percepção dos PMD acerca da frequência que um atleta é afectado psicologicamente devido a uma lesão;
Identificar as competências técnicas psicológicas às quais os PMD acham que uma aprendizagem mais aprofundada permitirá proporcionar o melhor aconselhamento a atletas lesionados;
Verificar se os diversos PMD preconizam a importância do tratamento da dimensão psicológica no processo de reabilitação de lesão desportiva;
Identificar o grau de importância que os PMD atribuem a um curso de psicologia na formação em medicina reabilitação desportiva.

INSTRUMENTO: *Questionário para a Dimensão Psicológica na Reabilitação Desportiva* (Marcolino & Lomba, 2006)

TIPO DE ESTUDO:
Quantitativo
Descritivo
Exploratório

AMOSTRA: 68 PMD
29 Técnicos de Reabilitação
16 Fisioterapeutas
14 Médicos
9 Enfermeiros

PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

ESTATÍSTICA DESCRITIVA
Frequência
Média
Desvio Padrão

ESTATÍSTICA INFERENCIAL
Kolmogorov-Smirnov
Qui-Quadrado (χ^2)
Alfa de Cronbach
Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)
Teste de esfericidade de Bartlett

VARIÁVEIS EM ESTUDO:
Resposta psicológica encontrada pelos PMD quando da reabilitação de atletas lesionados;
Comportamentos característicos ou atitudes de atleta que enfrentam com sucesso a lesão;
Comportamentos característicos ou atitudes de atleta que não enfrentam com sucesso a lesão;
Aplicação (tipo de sistema referencial) utilizado pelos PMD no aconselhamento de atletas lesionados;
Técnicas psicológicas utilizadas pelos PMD quando da reabilitação de atletas lesionados;
Frequência que um atleta é afectado psicologicamente devido a uma lesão;
Habilidades/Técnicas psicológicas importantes para os PMD aprenderem;
Importância do tratamento da dimensão psicológica no processo de reabilitação de lesão desportiva;
Importância atribuída pelos PMD a um curso de psicologia na formação em medicina reabilitação desportiva.

ANEXO II

Cronograma de investigação

CRONOGRAMA DE INVESTIGAÇÃO

NUNO LOPES DA LOMBA nº 10861 MOTRICIDADE HUMANA – 2005/2006 – UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA
 “A DIMENSÃO PSICOLÓGICA NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO DA LESÃO DESPORTIVA: UMA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE MEDICINA DESPORTIVA”

Fase	Objectivos	2005												2006																																																											
		Out.05				Nov.05				Dez.05				Jan.06				Fev.06				Mar.06				Abr.06				Maio.06				Jun.06				Jul.06				Ago.06				Set.06				Out.06																							
		Semana				Semana				Semana				Semana				Semana				Semana				Semana				Semana				Semana				Semana				Semana																															
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4																								
Conceptual	Revisão Bibliográfica	[Yellow]																																																																							
	Formulação do problema	[Orange]				[White]																																																																			
	Elaboração do quadro referência	[White]				[Pink]				[White]																																																															
	Definição de objectivos, questões e hipótese de investigação	[White]				[Magenta]				[White]																																																															
Metodológica	Desenho de investigação	[White]				[Cyan]				[Cyan]				[Yellow]				[White]																																																							
	Definição de população e amostra	[White]				[Blue]				[Blue]				[Yellow]				[White]																																																							
	Definição de variáveis	[White]				[Cyan]				[Cyan]				[Yellow]				[White]																																																							
	Escolha dos métodos de colheita e análise dos dados	[White]				[Teal]				[Teal]				[Yellow]				[White]																																																							
Empírica	Colheita de dados	[White]				[White]				[Green]				[Purple]				[Purple]				[Purple]				[Purple]				[Purple]				[White]				[White]				[White]				[White]																											
	Análise de dados	[White]				[White]				[White]				[White]				[White]				[White]				[White]				[White]				[White]				[White]				[White]				[White]				[White]				[White]				[White]															
	Interpretação dos resultados	[White]				[White]				[White]				[White]				[White]				[White]				[White]				[White]				[White]				[White]				[White]				[White]				[White]				[White]				[White]				[White]											
	Comunicação dos resultados	[White]				[White]				[White]				[White]				[White]				[White]				[White]				[White]				[White]				[White]				[White]				[White]				[White]				[White]				[White]				[White]				[White]				[White]			
	Elaboração da Monografia	[Dark Blue]																																																																							

Legenda

Duração efectiva

Duração programada
(cor correspondente)

Outros planeamentos e limites

Entrega do Projecto de Investigação

Realização do Pré-teste

Entrega do Relatório Final

Entrega da Monografia

NOTA: Entrega da monografia em 23/11/2006

ANEXO III

Tradução, validação e adaptação do instrumento

INTRODUÇÃO

No âmbito da realização da monografia para a obtenção do grau de licenciatura em Motricidade Humana, foi desenvolvido um processo de tradução, validação e adaptação do instrumento de medida, *The Physiotherapist and Sport Psychology Questionnaire* (PSPQ), adaptado por Hemmings e Povey (2006) através do *The Athletic Trainer and Sport Psychology Questionnaire* (ATSPQ) elaborado por Larson *et al.* (1996), foi traduzido, validado e adaptado para os vários PMD da população portuguesa.

De acordo com Hill e Hill (2002), deve-se realizar um estudo preliminar para traduzir e testar a tradução de um questionário já existente. Os autores explicam que este tipo de estudo tem a finalidade de verificar a relevância, clareza e compreensão das perguntas aplicadas aos inquiridos de um Universo novo.

Fortin (1999) [a propósito da utilização de questionários já publicados] alerta para a coerência de solicitar ao(s) autor(es) a obtenção de uma cópia do questionário e autorização de utilização. A autora alude para a necessidade de traduzir o questionário para a língua do país a aplicar e proceder a uma adaptação ao novo contexto de aplicação.

Almeida e Freire (2003) realçam a importância dos instrumentos na avaliação e na investigação na área das ciências sociais e, particularmente, na psicologia. Os autores explicam que a obtenção de bons resultados está dependente da qualidade ostentada pelos instrumentos.

Na área da saúde (Nunes *et al.*, 2005) e particularmente na área da medicina desportiva (Gonçalves e Rosado, 2004) a necessidade de traduzir, validar e adaptar os instrumentos, prende-se com a utilidade que estes têm para as práticas clínicas. Todavia, estes [de modo a poderem ser utilizados em novas populações] devem ser sujeitos a uma adaptação inter-cultural, desenvolvendo um processo de adaptação cultural e linguística, conforme esclarecem Gonçalves e Rosado (2004). Os mesmos autores (p. 102) realçam a importância da equivalência conceptual, que se refere “à equivalência de relevância e significado dos conceitos ou dimensões medidas”, e da equivalência linguística (ou semântica) relativa “à equivalência de construção e significado dos itens, questões ou opções de resposta”.

O *Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust* (cit. in Gonçalves e Rosado, 2004) aconselha a uma tradução e adaptação cultural de um instrumento de medição, de modo a poder ser aplicado à realidade do novo país. Segundo o mesmo organismo (cit. in Gonçalves e Rosado, 2004, p. 102):

“(...) a adaptação cultural de um instrumento de medição de resultados envolve duas fases principais: (I) avaliação das equivalências conceptuais e linguísticas; e (II) avaliação das propriedades psicométricas.”

Bighetti (2003) alerta para o facto de as propriedades psicométricas dificilmente permanecerem constantes após a tradução, justificando, assim, a validação do instrumento para aplicação a uma nova população. A psicometria, no entender de Pasquali (2003), tem como objectivo o estudo de fenómenos psicológicos e não conceitos (número), ou seja, expressar (observar) um fenómeno psicológico através do número. É, pois, importante verificar as propriedades psicométricas, mesmo que tenha existido uma tradução para uma nova população. Almeida e Freire (2003) referem a necessidade de estudar a sensibilidade, fidelidade e validade dos resultados.

A sensibilidade pode ser verificada, de acordo com Almeida e Freire (2003), através da distribuição dos resultados em análise (variância dos resultados). Numa distribuição normal é esperado um desvio padrão entre 2,5 ou 3 unidades da média. A fidelidade, segundo Fortin (1999), é definida como a propriedade do instrumento, onde os resultados serão idênticos, se aplicados duas ou mais vezes, nas mesmas condições, aos mesmos sujeitos e tradicionalmente verificada através da consistência interna.

Por fim, Fortin (1999) define validade como a qualidade do instrumento de medida analisar efectivamente o que se deseja medir. Segundo Almeida e Freire (2003), esta pode ser testada através da análise de constructo, ou seja, conhecer o grau daquilo que a prova está a medir. Dentro deste tipo de validade, afirma Fortin (1999), existe a validade nominal, que é habitualmente de natureza qualitativa. Uma outra característica, não menos importante neste processo, na opinião de Pasquali (2003), é o erro. Nenhum procedimento empírico está isento de erro. O erro pode ser do tipo instrumental (instrumento), pessoal (diferenças individuais), aleatório (não conhecido) e amostragem (selecção da amostra).

1. DESCRIÇÃO DO INSTRUMENTO

O instrumento original denominado de *The Athletic Trainer and Sport Psychology Questionnaire* (ATSPQ) foi elaborado por Larson *et al.* (1996) através da adaptação dos instrumentos desenvolvidos por Wiese *et al.* (1991) e Brewer *et al.* (1991). Em 2002, Hemmings e Povey adaptaram ligeiramente o ATSPQ de modo a reflectir a diferença entre ocupação profissional desempenhada entre as populações estudadas. Este instrumento foi intitulado por *The Physiotherapist and Sport Psychology Questionnaire* (PSPQ). O instrumento contém 11 questões, com oito objectivos, e visa medir a perspectiva dos diferentes PMD sobre a psicologia desportiva no tratamento de atletas lesionados.

Na questão 1 é pedido ao PMD que classifique mediante os 5 pontos da escala de Likert, que varia de 1 (nunca) a 5 (quase sempre), a frequência com que eles encontravam respostas psicológicas específicas associadas a lesões desportivas.

A questão 2 é aberta no seu final. É pedido ao PMD para identificar as quatro principais características/comportamentos que eles acreditam estarem presentes em atletas que recuperaram com sucesso. A questão 3 também é aberta no final. De igual modo, é solicitado ao PMD a nomeação das quatro principais características/comportamentos que eles julgam estarem presentes em atletas que recuperaram com menos sucesso.

A questão 4, 5 e 6 é relativa ao acesso a psicólogos do desporto e a utilização de um sistema referencial, e todas as três questões eram de resposta dicotómica (SIM ou NÃO).

A questão 7 compreende uma lista de 13 habilidades/técnicas psicológicas identificadas no ATSPQ & PSPQ que foram recomendados como importantes na facilitação da recuperação de lesões desportivas, incluindo formulação de objectivos, visualização e conversa pessoal positiva. O PMD é convidado a utilizar os cinco pontos da escala de Likert, que varia de 1 (nunca) a 5 (100% todas as vezes), para indicar o quão habitual é para ele usar cada uma das habilidades/técnicas particulares aquando do tratamento de atletas. Está providenciado um espaço em branco para o PMD adicionar qualquer técnica psicológica que eles acreditam ser importante e que não está incluída na lista original.

Na pergunta 8 questiona-se a frequência com que os atletas são afectados psicologicamente por uma lesão, sendo esta classificada através de uma escala de Likert, variando os seus valores entre 1 (Nunca) e 5 (100% do tempo).

A questão 9 consiste numa lista de 14 habilidades e técnicas psicológicas utilizadas no ATSPQ & PSPQ com os cinco pontos da escala de Likert, variando os valores entre 1 (nada importante) e 5 (muito importante). É pedido ao PMD que classifique mediante esta escala quais as habilidades/técnicas que sente que seria benéfica para ele aprender mais sobre ela.

A questão 10 refere-se à importância do tratamento da dimensão psicológica na lesão desportiva. Na questão 11 é perguntado qual a importância de um curso em psicologia do desporto para o profissional de medicina/reabilitação desportiva. Ambas as perguntas são classificadas segundo os cinco pontos da escala de Likert, variando os seus valores entre 1 (Não é importante) e 5 (Muito Importante).

Para o presente estudo foi necessário proceder a uma tradução e validação do PSPQ, de modo a viabilizar a sua aplicação em Portugal. A adaptação deveu-se às diferenças culturais, em versão inglesa, e aos objectivos do estudo, uma vez que estes eram dirigidos aos vários PMD existentes, contrariamente aos estudos anteriormente realizados que apenas contemplavam uma classe destes profissionais. Procedeu-se ainda a outras alterações e esclareceu-se a terminologia utilizada para definir PMD. No estudo de Larson *et al.* (1996) foram apenas estudados técnicos de MHU e na investigação levada a cabo por Hemmings e Povey (2002) apenas participaram fisioterapeutas. Como tal, todo o PSPQ sofreu o processo de tradução, validação e, posterior, adaptação. Todos estes procedimentos foram necessários de modo a poder alcançar os objectivos propostos pela monografia, surgindo o *Questionário sobre a Dimensão Psicológica na Reabilitação Desportiva* (QDPRD) de Marcolino & Lomba (2006), que foi o instrumento utilizado para a realização da investigação, ao qual se adicionou um questionário socio-demográfico de modo a poder caracterizar a amostra participante.

O tipo de estudo desenvolvido [preliminar] é, considerado por vários autores (Gonçalves e Rosado, 2004; Hill e Hill, 2002; Fortin, 1999), extremamente útil para a avaliação qualitativa de todo o processo, bem como, para a análise psicométrica ao instrumento (Almeida e Freire, 2003; Fortin, 1999; Gonçalves e Rosado, 2004; Pascali, 2003).

Embora o instrumento tenha vindo a ser utilizado em vários estudos (Hemmings e Povey, 2002; Larson *et al.*, 1996; Arvinen-Barrow's *et al.*, Manuscrito em preparação) nenhum dos autores procedeu à avaliação das qualidades psicométricas das escalas do instrumento. De acordo com a amável explicação de Arvinen-Barrow's:

“The PSPQ is an amended version from the Athletic Trainer and Sport Psychology Questionnaire (ATSPQ; Larson et al., 1996). In PSPQ, the title athletic trainer has been changed to physiotherapist in order to reflect the differences between the British and American occupational titles. Neither Hemmings and Povey (2002) or Larson et al. (1996) report any psychometric properties for the questionnaire, however Larson et al. (1996) used the original ATSPQ in a pilot study in order to identify any possible problems and insufficiencies. The study conducted by Hemmings and Povey (2002) was a preliminary study in the UK and their findings from PSPQ yielded similar results to those conducted by using ATSPQ. In addition, the study conducted by Arvinen-Barrow, Hemmings, Weigand, Becker, & Booth (manuscript in preparation) the results also yielded similar results to previous studies. Thus it can be assumed that the reliability, face-, content-, and construct- validity of the PSPQ have been established.”

Esta exposição é concordante com Fortin (1999) que, como anteriormente exposto, menciona que após a aplicação do instrumento duas ou mais vezes, nas mesmas condições, aos mesmos sujeitos e se verificarem idênticos resultados obtidos, pode-se assumir a validação do instrumento.

Todavia, os autores deste estudo, sustentados pelos vários autores (Almeida e Freire, 2003; Bighetti, 2003; Fortin, 1999; Gonçalves e Rosado, 2004; Pascali, 2003; Queijo, 2002) que alertavam para a necessidade de avaliar psicometricamente o instrumento após uma nova tradução, decidiram proceder com o estudo das propriedades psicométricas do instrumento, particularmente, à análise da fiabilidade e da validade, ainda que, esta análise se deva considerar inicial ou preliminar.

2. METODOLOGIA

Esta etapa é alusiva a todos os métodos e procedimentos utilizados para a efectivar o processo de tradução, validação e adaptação do instrumento utilizado na pesquisa. No decorrer deste ponto serão descritos todos passos relativos à pré-aplicação do instrumento: a autorização, a tradução, as alterações realizadas, o pré-teste e os procedimentos (operacionais e estatísticos).

2.1. Autorização

A autorização de utilização e a cedência do instrumento foi gentilmente concedida pelos autores, Dr. Brian Hemmings e Dr. L. Povey, por correspondência electrónica enviada pelo primeiro investigador (Anexo V).

2.2. Tradução

Para que o PSPQ pudesse ser aplicado em Portugal foi necessário proceder a um processo de tradução e adaptação inter-cultural. O método de tradução inversa é considerado o mais adequado e fiável, segundo vários autores (Gonçalves e Rosado, 2004; Hill e Hill, 2002; Fortin, 1999; Queijo, 2002). Este método consiste em realizar uma tradução inicial da língua original para a língua do próprio país. Seguidamente, é retraduzida para a língua original por um tradutor independente. Posteriormente é retraduzido, comparado e corrigido, até se alcançar um elevado grau de satisfação.

Tradução para a língua portuguesa: O PSPQ sofreu uma tradução gramatical e ortográfica, da língua inglesa para o idioma português, por quatro tradutores independentes com domínio na língua portuguesa.

Primeira versão de consenso: Numa segunda fase, estas versões portuguesas foram confrontadas entre si. Devido à existência de diferenças significativas entre as traduções, os investigadores procederam construção da versão consensual das 4 traduções.

Retroversão para a língua inglesa: Com a colaboração de *experts* do idioma original, efectuou-se uma retradução para a língua inglesa da primeira versão consensual no idioma português. Foi possível constatar o elevado grau elevado de concordância entre ambas as versões (original e retraduzida).

Versão provisória: Posteriormente, aplicou-se o instrumento a dois profissionais das suas áreas, designadamente, um especialista em medicina/reabilitação desportiva e um especialista em psicologia do desporto, com a finalidade de verificar se o instrumento estava bem estruturado e se a terminologia estava correcta. Finalmente, o instrumento foi ligeiramente adaptado. Essas adaptações serão descritas no ponto seguinte e justificam-se, sobretudo, pelos objectivos em estudos, pela equivalência conceptual e gramatical e o rigor da construção sintáctica.

Versão final: De modo a viabilizar todo o processo, recorreu-se a um júri especialista independente de modo a confirmar a viabilidade de todo o processo realizado. De modo a facilitar a interpretação de todo o processo desenvolvido sugere-se o recurso à figura 10 (baseado em Queijo, 2002; e Gonçalves e Rosado, 2004) que esquematiza a totalidade dos procedimentos realizados.

2.3. Adaptação

A adaptação da versão traduzida final deveu-se aos objectivos do estudo. O instrumento adaptado era dirigido aos vários PMD existentes, contrariamente aos estudos anteriormente realizados que apenas contemplavam um tipo de PMD. Este ponto justifica-se pela multidisciplinaridade da medicina desportiva e a necessidade de analisar a opinião de todos os PMD que assistem atletas lesionados durante o processo de reabilitação.

A primeira alteração no instrumento verificou-se no título. O PSPQ passou a ter a designação de *Questionário sobre a Dimensão Psicológica na Reabilitação Desportiva (QDPRD)*. As restantes adaptações são justificadas pela equivalência conceptual e gramatical, anteriormente explicadas e o rigor da construção sintáctica. O quadro 2 resume todas as adaptações e respectivas justificações realizadas.

Quadro 2 – Adaptações do instrumento		
Título	De: <i>O Questionário para Fisioterapeutas e Psicologia Desportiva</i>	Para: <i>Questionário sobre a Dimensão Psicológica na Reabilitação Desportiva</i>
Justificação: Alteração devido aos objectivos específicos do estudo.		
Item: 1.2	De: Raiva	Para: Revolta
Justificação: A sensibilidade e o significado do termo na área da saúde. A <i>raiva</i> é uma patologia do SNC. De acordo com Snell (2004, p. 63) “ <i>A raiva (rabies), que é uma doença viral aguda do sistema nervoso central, é transmitida pela mordida de um animal infectado.</i> ” O comportamento humano é a <i>revolta</i> .		
Item: 4	De: Alguma vez remeteu um atleta lesionado a aconselhamento para situações relacionadas com as suas lesões?	Para: Já alguma vez aconselhou um atleta lesionado a procurar aconselhamento psicológico relacionado com a sua lesão?
Item: 6	De: Usa algum procedimento escrito específico quando remete atletas a serviços de aconselhamento?	Para: Recorre a algum procedimento escrito específico quando indica atletas para serviços de aconselhamento?
Item: 7	De: Com que frequência pratica as seguintes competências/técnicas psicológicas quando assiste um atleta lesionado na sua recuperação de uma lesão?	Para: Com que frequência utiliza as seguintes competências/técnicas psicológicas quando presta assistência a um atleta lesionado no seu processo de reabilitação?
Item: 7.2	De: Usar objectivos a curto prazo	Para: Recorre a objectivos a curto prazo
Item: 7.3	De: Criar variedade em exercícios de reabilitação	Para: Diversificar os exercícios de reabilitação
Item: 7.5	De: Encorajar capacidades de comunicação eficazes	Para: Encorajar técnicas de comunicação efectiva
Item: 7.7	De: Usar a repetição mental / visualização	Para: Utilização de ensaio/visualização mental
Item: 7.8	De: Usar técnicas de relaxamento	Para: Utilização de técnicas de relaxamento
Item: 9	De: Que importância pensa que deveria ter para si aprender mais acerca das seguintes competências/técnicas psicológicas de forma a fornecer o melhor conselho possível a atletas lesionados?	Para: Qual a importância que atribui a uma aprendizagem mais profunda acerca das seguintes competências/técnicas psicológicas de modo a proporcionar o melhor aconselhamento possível aos atletas lesionados?
Item: 9.4	De: Ensinar o uso das imagens mentais	Para: Ensinar a utilizar imagens mentais
Item: 9.5	De: Ensinar capacidades de concentração	Para: Ensinar técnicas de concentração
Item: 9.6	De: Usar comunicação eficaz	Para: Utilizar uma comunicação eficaz
Item: 9.9	De: Criar variedade nos exercícios de reabilitação	Para: Diversificar os exercícios de reabilitação
Justificação: Alteração devido ao rigor da construção sintáctica.		
Item: 9.12	De: Aumentar as capacidades de escutar do fisioterapeuta	Para: Ensinar os profissionais de medicina desportiva a escutar
Justificação: Alteração devido aos objectivos específicos do estudo e rigor da construção sintáctica.		
Item: 10	De: Que importância pensa que tem tratar o aspecto psicológico de uma lesão atlética?	Para: Que importância atribui ao tratamento da dimensão psicológica de um atleta lesionado?
Item: 11	De: Que importância pensa ter um curso em psicologia do desporto na formação/aprendizagem de um fisioterapeuta?	Para: Ao nível da sua formação, que importância atribui a um curso em psicologia do desporto para o profissional de medicina / reabilitação desportiva?
Justificação: Alteração devido ao rigor da construção sintáctica.		
NOTA	A escala de medida não sofreu alteração do instrumento original.	

2.4. Pré-teste

O pré-teste representa uma inegável valência ao estudo, na medida em que permite testar, previamente, o instrumento de colheita de dados, como explicam Lakatos e Marconi nas suas obras (1992; 1991). Relativamente à utilização de questionários, Lakatos e Marconi (1992; 1991) e Hill e Hill (2002) sustentam que este procedimento permite verificar a fidedignidade, validade e a operatividade dos mesmos. Possibilita, também, avaliar a eficácia e a pertinência do questionário, bem como, verificar a sua compreensão semântica (Fortin, 1999). A obtenção de uma estimativa sobre os futuros resultados, o que permite alterar o desenho de estudo e uma conseqüente melhor qualidade na realização da investigação, é uma das utilidades do pré-teste, conforme Lakatos e Marconi (1992; 1991) sustentam. Por último, permite treinar o inquiridor para a aplicação do definitivo teste, que neste caso, é o autor e responsável pelo estudo.

O pré-teste consiste numa aplicação prévia a uma amostra reduzida (Lakatos e Marconi, 1992; Lakatos e Marconi, 1991), contudo, e como vários autores aludem (Fortin, 1999; Hill e Hill, 2002), esta deverá reflectir a variabilidade e diversidade existente na população em estudo. Os elementos participantes na amostra piloto, não constaram na amostra final, de modo a evitar a “contaminação” (Lakatos e Marconi, 1992; Lakatos e Marconi, 1991). Fortin (1999) explica que o pré-teste do questionário é essencial de modo a avaliar a eficácia e pertinência do mesmo, evitando erros e ambigüidades. A mesma autora considera o preenchimento do questionário por parte de 10-30 indivíduos suficiente para verificar a compreensão do mesmo.

O quadro 3, abaixo apresentado, esquematiza as características socio-demográficas dos indivíduos participantes no pré-teste da presente investigação. A selecção dos indivíduos procedeu-se de forma não aleatória por conveniência, método considerado ideal para a realização do pré-teste por Fortin (1999), tendo em conta a dificuldade de acesso a esta população. O pré-teste do presente estudo realizou-se durante o período de 7 de Março de 2006 a 29 de Março de 2006, no qual participaram 24 PMD. Os inquiridos participantes neste procedimento demoraram cerca de 10 minutos a preencher o questionário. A não manifestação de quaisquer tipos de dúvidas no seu preenchimento, bem como, a sua identificação e interesse demonstrado pela temática, pressupõe uma boa estruturação e compreensão semântica do QDPRD.

Quadro 3. Pré-teste – caracterização socio-demográfica

Dados Sócio-Demográficos	Frequência	Percentagem (%)
<i>1. Actividade Profissional</i>		
Enfermeiros	8	33,3
Técnicos de reabilitação	7	29,2
Médicos	6	25,0
Fisioterapeutas	3	12,5
Total	24	100,0
<i>2. Género</i>		
Masculino	15	62,5
Feminino	9	37,5
Total	24	100,0
<i>3. Regime de Trabalho</i>		
Full-Time	14	58,3
Part-Time	10	41,7
Total	24	100,0
<i>4. Modalidade (s) Assistida (s)</i>		
Futebol	10	41,7
Natação	6	25,0
Andebol	3	12,5
Basquetebol	2	8,3
Voleibol	2	8,3
Ginástica	2	8,3
Judo	2	8,3
Ténis	2	8,3
Futsal	1	4,2
Hóquei em Campo	1	4,2
Canoagem	1	4,2
+ Que uma modalidade	4	16,7
<i>5. Escalão (ões) etário (s) assistido (s)</i>		
Junior (- 18 anos)	10	41,7
Ambos escalões	8	33,3
Sénior (+ 18anos)	6	25,0
Total	24	100,0
<i>6. Grau (s) de profissionalização da (s) modalidade (s) assistida (s)</i>		
Amadora	12	50,0
Profissional	7	29,2
Semi-Profissional	5	20,8
Total	24	100,0

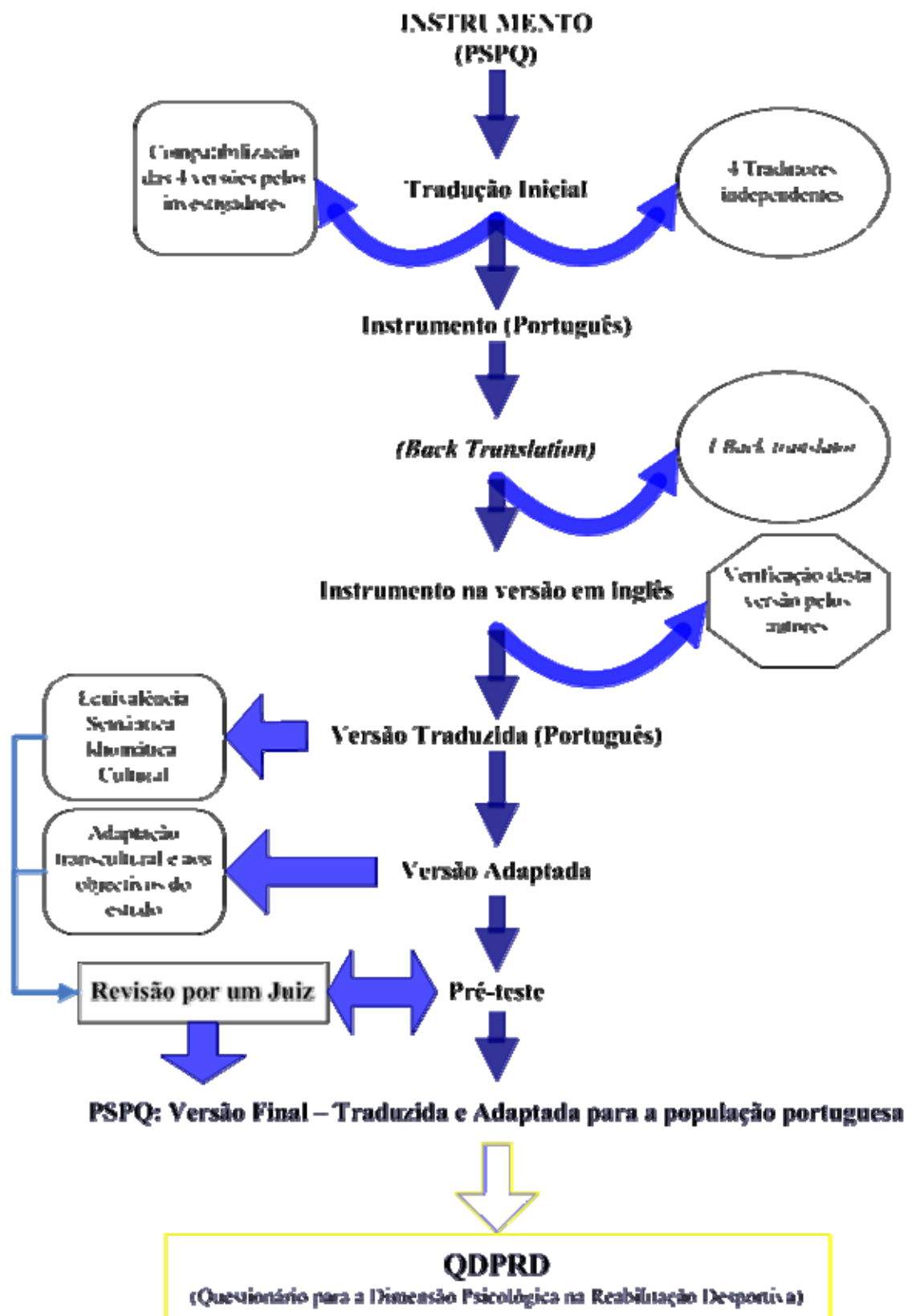


Figura 11. Tradução, validação e adaptação do *The Physiotherapist and Sport Psychology Questionnaire* para a população portuguesa – Ponte de Lima, 2006

2.5. Procedimentos

Este estágio pressupõe a descrição de todas as estratégias utilizadas ao nível dos procedimentos operacionais (protocolo de aplicação do instrumento) e ao nível dos procedimentos estatísticos (teste estatísticos utilizados).

2.5.1. Procedimentos Operacionais

Os inquéritos foram distribuídos em reuniões e encontros científicos da especialidade. A recolha foi posteriormente efectuada pelo próprio responsável do estudo. Para o referido efeito, utilizou-se o protocolo de aplicação do instrumento (Anexo VII).

2.5.2. Procedimentos Estatísticos

Para o tratamento dos dados estatísticos foi elaborada uma base de dados no suporte informático SPSS[®] (Statistical Package for Social Sciences), versão 13.0 para o sistema operativo Microsoft[®] Windows[®], que, segundo Pereira (2004), permite realizar estatísticas descritivas e inferenciais. Também foram utilizados os programas Microsoft[®] Office[®] Excel[®] 2003 e Microsoft[®] Office[®] Word[®] 2003, de modo a permitir a transformação e associação de alguns dados extraídos do SPSS. Todo o tratamento informático foi efectuado e processado num computador pessoal com a marca e modelo HP[®] (Hewlett-Packard[®]) Intel[®] Pentium[®] M, com um processador 1.73Ghz, 504 de RAM, utilizando o sistema operativo Microsoft[®] Windows[®] XP Home Edition[®] versão 2002.

Para a avaliação psicométrica do QDPRD, foi necessário o recurso aos seguintes testes estatísticos:

Quadro 4 – Testes estatísticos utilizados			
Etapa	Objectivo	Testes específicos utilizados	
Análise da normalidade e distribuição da amostra	Teste da normalidade da amostra	<i>Kolmogorov-Smirnov</i>	
	Verificar a distribuição das variáveis	<i>Histogramas (curva da normalidade)</i>	
	Verificar diferenças entre variáveis	<i>Teste do Qui-quadrado (χ^2)</i>	
Análise psicométrica (estatística inferencial)	Fiabilidade	Análise da consistência interna <i>Alfa de Cronbach (α)</i>	
	Validade	Validade de constructo	<i>Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)</i>
			<i>Teste de esfericidade de Bartlett</i>

3. RESULTADOS

Nesta fase serão apresentados todos os resultados relativos à análise psicométrica do instrumento. De referir que as questões 2 e 3 (resposta do tipo aberta) não foi submetida ao processo de validação, uma vez que a ordem de medida é nominal. Os dados apresentados são relativos ao total de PMD participantes, com $N=92$. No decorrer desta exposição serão abordados, primeiramente, o teste da normalidade da amostra (*Kolmogorov-Smirnov*) e os Histogramas com curva da normalidade. De seguida o teste do Qui-quadrado (χ^2) para a amostra. Finalmente a estatística inferencial da análise psicométrica através da fiabilidade, com a avaliação da consistência interna (*Alfa de Cronbach*); e a validade recorrendo à análise factorial (*KMO* e *Teste de esfericidade de Bartlett*).

3.1. Teste da normalidade da amostra

Uma vez que $N \geq 50$, foi realizado o teste estatístico *Kolmogorov-Smirnov*, de modo a estudar a normalidade da amostra em estudo (Tabela 1). Este teste evidencia um nível de significância nas variáveis *Profissão*, *Género*, *Regime de trabalho*, *Modalidade(s) assistida(s)*, *Escalão(ões) etário(s) assistido(s)* e *Grau(s) de profissionalização da(s) modalidade(s) assistida(s)* de $p. 0,000$ ($p. <0,05$), ou seja, é possível concluir que a distribuição das variáveis não apresenta características de normalidade (Maroco, 2003; Pereira, 2004; Pestana e Gageiro, 2003).

Tabela 6 – Teste da normalidade da amostra	Kolmogorov-Smirnov(a)		
	Statistic	df	Sig.
Profissão	0,241	92	0,000
Género	0,511	92	0,000
Regime de Trabalho	0,418	92	0,000
Modalidade(s) assistida(s)	0,311	92	0,000
Escalão(ões) etário(s) assistido(s)	0,251	92	0,000
Grau(s) de profissionalização da(s) modalidade(s) assistida(s)	0,264	92	0,000

a Lilliefors Significance Correction

Também é possível constatar através da visualização dos histogramas (gráficos 3, 4, 5, 6, 7 e 8) em baixo expostos, a não existência de uma distribuição normal em nenhuma variável em estudo. Assim, os restantes testes estatísticos a ser realizados, serão efectuados através da estatística não paramétrica.

Gráfico 3: Histograma da variável *Actividade profissional*

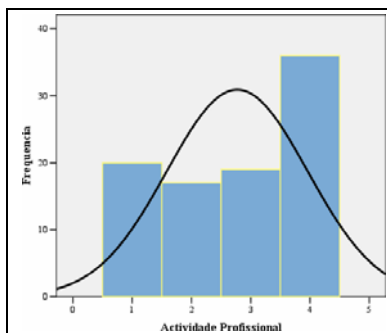


Gráfico 4: Histograma da variável *Género*

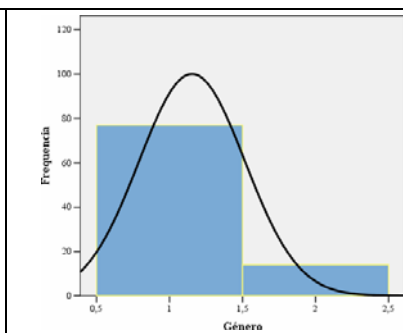


Gráfico 5: Histograma da variável *Regime de trabalho*

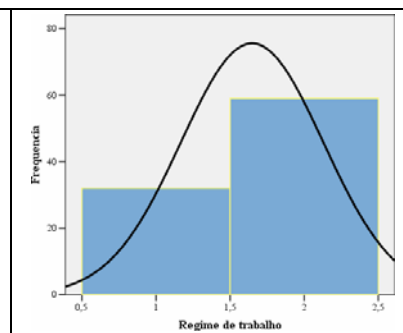


Gráfico 6: Histograma da variável *Modalidade(s) assistida(s)*

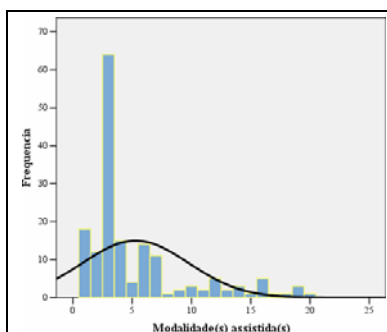


Gráfico 7: Histograma da variável *Escalão(ões) etário(s) assistido(s)*

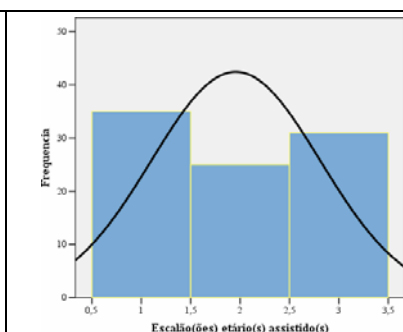
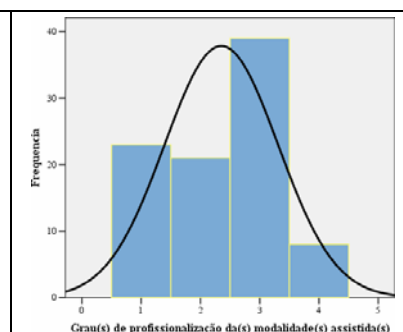


Gráfico 8: Histograma da variável *Grau(s) de profissionalização da(s) modalidade(s) assistida(s)*



3.2. Teste do Qui-Quadrado para a amostra

Para verificar se existiam diferenças entre as variáveis, aplicou-se o teste do Qui-quadrado (χ^2). Este teste foi utilizado pelo facto de não se ter verificado a normalidade da amostra em função das variáveis de estudo, solicitando, desta forma, o recurso a estatísticas não paramétricas, conforme o último ponto.

Recorrendo à tabela 7 (Teste do χ^2 para as variáveis atributo), é possível verificar que a variável *Escalão(ões) etário(s) assistido(s)* não apresenta valor significativo, $p. 0,424$ ($p. > 0,05$), ou seja, não existem diferenças significativas. Para as restantes variáveis em estudo, *Profissão*, *Género*, *Regime de trabalho*, *Modalidade(s) assistida(s)* e *Grau(s) de profissionalização da(s) modalidade(s) assistida(s)* verificaram-se os valores de significância, respectivamente de $p. 0,019$; $p. 0,000$; $p. 0,004$; $p. 0,000$ e $p. 0,000$ ($p. < 0,05$), ou seja, existe concordância muito boa (Maroco, 2003; Pereira, 2004; Pestana e Gageiro, 2003). Isto é, verifica-se, através deste teste de ajustamento, que existe alguma homogeneidade na distribuição das características destas variáveis.

Tabela 7 – Teste do χ^2 para as variáveis atributo

	Profissão	Género	Regime de trabalho	Modalidade(s) assistida(s)	Escalão(ões) etário (s) assistido(s)	Grau(s) de profissionalização da(s) modalidade(s) assistida(s)
χ^2 ^(a, b, c, d.)	10,000	44,522	8,522	452,952	1,717	19,826
Df	3	1	1	19	2	3
Asymp. Sig.	0,019	0,000	0,004	0,000	0,424	0,000

a. 0 células (0,0%) são esperadas células inferior a 5. Um mínimo esperado de 23,0.

b. 0 células (0,0%) são esperadas células inferior a 5. Um mínimo esperado de 46,0.

c. 0 células (0,0%) são esperadas células inferior a 5. Um mínimo esperado de 8,4.

d. 0 células (0,0%) são esperadas células inferior a 5. Um mínimo esperado de 30,7.

3.3. Fiabilidade

Fiabilidade é medida pela consistência interna (fiabilidade interna, nomeadamente o coeficiente alfa – α). O teste estatístico Alfa de Cronbach é, conforme Fortin (1999), a técnica mais corrente para estimar a consistência interna do instrumento, principalmente quando este é medido por escalas de Likert. Segundo a autora, o valor deste teste está compreendido entre 0,00 e 1,00. Quanto maior for o valor, maior é a consistência interna do instrumento.

De acordo com Pasquali (2003), este teste estatístico é utilizado para verificar a consistência interna do instrumento, com o objectivo de analisar a consistência interna dos itens. O autor (p.204) explica que “o coeficiente de alfa vai de 0 a 1, o 0 indicando ausência total de consistência interna dos itens e o 1, presença de 100%”.

Deste modo, recorreu-se ao teste estatístico Alfa Cronbach para verificar a fidelidade global do instrumento. Obteve-se o valor de 0,887, o que, de acordo com Devellis (*cit. in* Almeida e Freire, 2003), é um valor considerado muito bom (entre 0,80 e 0,90). Segundo a classificação de Pestana e Gageiro (2003), considera-se Boa a consistência interna (entre 0,8 e 0,9). Recorrendo à escala apresentada por Hill e Hill em 2002, o valor da medida de fiabilidade é estimado Bom (entre 0,8 e 0,9), estando muito próxima de um valor considerado excelente (superior a 0,9). Se algum item for, porventura, eliminado, o valor de alfa varia entre 0,879 e 0,891, respectivamente, os itens 25/33 e 5. A tabela seguinte resume estes dados.

Tabela 8 – Estatística de consistência interna

Alfa Cronbach	N de Itens
0,887	39

Item	Questão		Alpha Cronbach se Item eliminado
1	1.1	Stress/Ansiedade	0,887
2	1.2	Revolta	0,888
3	1.3	Problemas na sujeição ao tratamento	0,887
4	1.4	Depressão	0,888
5	1.5	Problemas com atenção ou concentração	0,891
6	1.6	Dependência do exercício	0,890
7	4	Recomendar atleta lesionado para aconselhamento sobre a sua lesão	0,890
8	5	Acesso a algum psicólogo desportivo creditado	0,888
9	6	Recurso a um procedimento escrito específico quando indica atletas para serviços de aconselhamento	0,890
10	7.1	Manter o atleta integrado na equipa	0,884
11	7.2	Recorrer a objectivos a curto prazo	0,884
12	7.3	Diversificar os exercícios de reabilitação	0,885
13	7.4	Encorajar pensamentos positivos	0,881
14	7.5	Encorajar técnicas de comunicação efectiva	0,881
15	7.6	Ensinar estratégias de controlo emocional	0,881
16	7.7	Utilização de ensaio/visualização mental	0,882
17	7.8	Utilizar técnicas de relaxamento	0,882
18	7.9	Ensinar técnicas de relaxamento muscular	0,882
19	7.10	Reduzir a depressão	0,881
20	7.11	Melhorar o apoio social	0,881
21	7.12	Reduzir o stress/ansiedade	0,880
22	7.13	Incentivar a autoconfiança	0,884
23	8	Frequência que um atleta é afectado psicologicamente por uma lesão	0,886
24	9.1	Melhorar o apoio social do atleta	0,882
25	9.2	Reduzir a depressão	0,879
26	9.3	Ensinar técnicas de relaxamento muscular	0,881
27	9.4	Ensinar a utilizar imagens mentais	0,882
28	9.5	Ensinar técnicas de concentração	0,880
29	9.6	Utilizar uma comunicação eficaz	0,882
30	9.7	Compreender a motivação individual	0,884
31	9.8	Estabelecer objectivos realistas	0,884
32	9.9	Diversificar os exercícios de reabilitação	0,886
33	9.10	Reduzir o stress/ansiedade	0,879
34	9.11	Ensinar estratégias de controlo emocional	0,880
35	9.12	Ensinar os profissionais de medicina desportiva a escutar	0,883
36	9.13	Aumentar a autoconfiança do atleta lesionado	0,883
37	9.14	Incentivar pensamentos positivos	0,881
38	10	Importância do tratamento da dimensão psicológica de um atleta lesionado	0,883
39	11	Importância de curso em psicologia do desporto na educação/formação em medicina desportiva	0,888

3.4. Validade

Para Hill e Hill (2002) uma variável tem validade se for uma medida da variável que o investigador pretende medir. De acordo com os autores existe uma validade de conteúdo, validade teórica e uma validade prática. A validade teórica é tratada segundo três tipos de validade: a) Validade convergente; b) validade discriminante; e c) validade factorial. A validade prática tem dois métodos (preditivo e simultâneo). A validade, para Fortin (1999), diz respeito à exactidão com que um conceito é medido.

De acordo com Maroco (2003) deve ser avaliada a qualidade dos dados na estimação dos factores comuns e factores específicos (extração de factores). Para tal, o autor explica que o Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) é a medida da homogeneidade das amostras mais usual e fiável. De acordo com a(s) escala(s) de valores KMO estes podem adjectivar recomendações relativamente à análise factorial. O autor menciona que, na análise factorial, é, geralmente, colocado o ênfase da estimação dos valores dos factores.

No entender de Pestana e Gageiro (2003, p. 505), *“o KMO e o teste de Bartlett são dois procedimentos que permitem aferir a qualidade das correlações entre as variáveis de forma a progredir com a análise factorial”*.

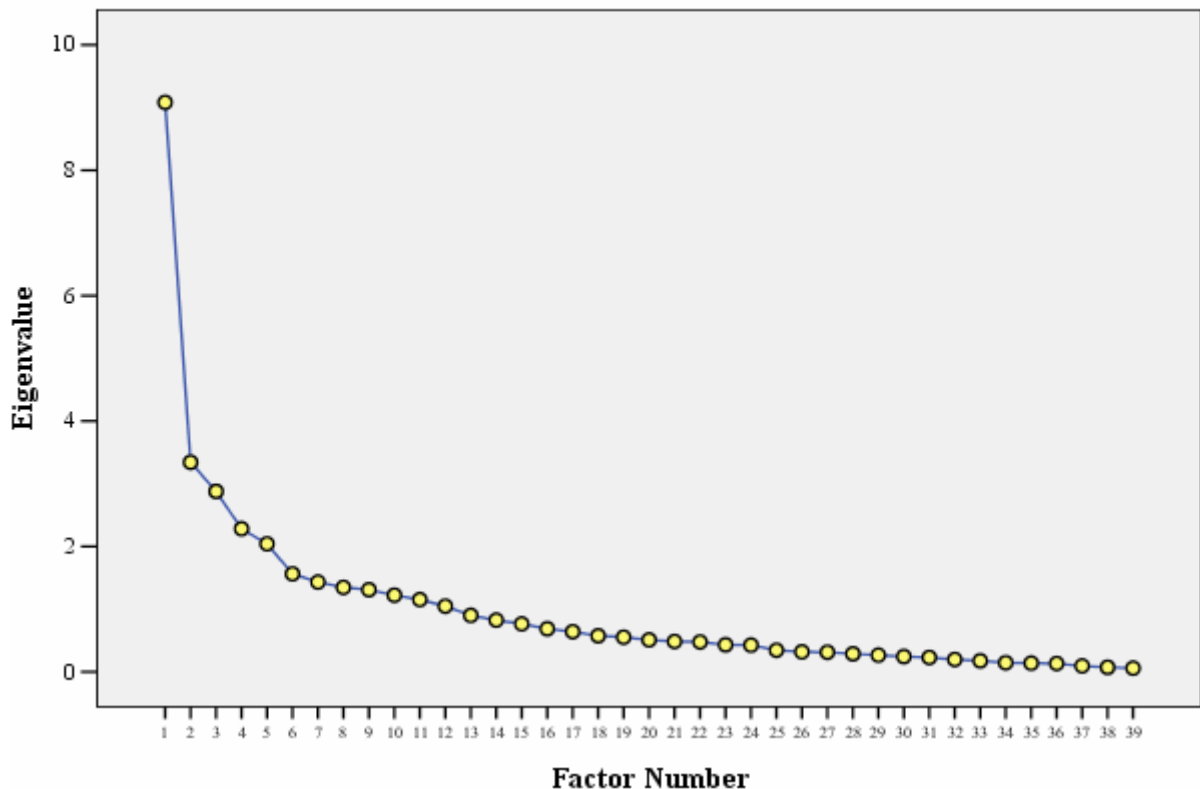
Tabela 9 – KMO e Teste de Bartlett

Kaiser-Meyer-Olkin	Measure of Sampling Adequacy.	0,709
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	1670,808
	df	741
	Sig.	0,000

O QDPRD foi sujeito aos referidos testes, o quadro em cima indica os valores obtidos. O valor de KMO alcançado deve ser interpretado, segundo as escalas de Maroco (2003), Pereira (2004), e Pestana e Gageiro (2003), de Médio (entre 0.7 – 0.8) para a análise dos componentes principais, ou análise factorial. O teste de esfericidade de Bartlett obtém um valor de $\chi^2=1670,808$ (741), ($p < 0,001$), o que, de acordo com os mesmos autores, rejeita a hipótese nula (ausência de relação entre as variáveis), ou seja, as variáveis são correlacionáveis. Ambos os testes permitem o prosseguimento da análise factorial.

A análise factorial determina quantos factores comuns possibilitam uma boa interpretação dos resultados (Scree Plot – gráfico 9) e identifica a variância explicada por cada factor (Maroco, 2003; Pereira, 2004; Pestana e Gageiro, 2003). O número apropriado de componentes a reter é indicado pelos pontos de maior declive (Pereira, 2004; Pestana e Gageiro, 2003).

Gráfico 9 - Scree Plot indica a análise de seis factores do instrumento



A análise do Scree Plot (gráfico 9) permite identificar a existência de seis factores. Embora o instrumento ostente 8 objectivos, este dado permite inferir a associação de itens em sub-dimensões, que no seu todo, avaliam uma dimensão [psicológica no processo de reabilitação da lesão desportiva]. Facto que se revela importante em futuras investigações que visam o desenvolvimento do instrumento.

Deste modo procedeu-se à análise global ao instrumento. Na extracção de factores recorreu-se ao *método da máxima verosimilhança*, uma vez que era pretendido analisar o instrumento na sua globalidade. De seguida, uma vez que se assume que todas as variáveis fazem parte da mesma dimensão [psicológica], procedeu-se a uma *rotação promax*, a qual obteve um valor explicado de 54,339% (Maroco, 2003; Nunes, 1999; Pereira, 2004; Pestana e Gageiro, 2003).

DISCUSSÃO

Com base nos dados apresentados, é possível afirmar que *Questionário sobre a Dimensão Psicológica na Reabilitação Desportiva* pode ser um instrumento útil para a exploração da dimensão psicológica no processo de reabilitação da lesão desportiva em profissionais de medicina desportiva portugueses, com o objectivo de promover uma melhor assistência ao atleta.

Os autores e anteriores utilizadores do instrumento original não haviam procedido à análise psicométrica do instrumento, o que inviabiliza a comparação entre as diferentes versões e a impossibilidade de confrontar a consistência e variância demonstradas. O presente instrumento apresenta uma consistência interna de 0,887, o que, de acordo com vários autores (Devellis, *cit. in* Almeida e Freire, 2003; Nunally, *cit. in* Carochinho, 1999; Fortin, 1999; Maroco, 2003; Pereira, 2004; Pestana e Gageiro, 2003), indica uma precisão de medida bastante relevante. Conclui-se, deste modo, que o instrumento apresenta uma consistência interna bastante razoável, podendo ser utilizado com aceitável precisão. Recorrendo aos valores obtidos pelos testes KMO e teste de esfericidade de Bartlett é possível aceitar a validade do instrumento (Maroco, 2003; Pereira, 2004; Pestana e Gageiro, 2003).

Neste estudo foi efectuada uma análise factorial exploratória segundo o método de máxima verosimilhança, com rotação promax, que explica uma variância total de 54,339%. Confrontando com outros estudos sobre validação de instrumentos na área da saúde e psicologia, designadamente de Carochinho (1999), Nunes (1999) e McIntyre e Araújo-Soáres (1999), verifica-se que a variância total explicada, desses instrumentos, não ultrapassa, respectivamente, 43,93%, 48,39% e 50,7%.

Todavia, o instrumento deve ser desenvolvido para o melhorar as estimativas dos coeficientes de fiabilidade (Hill e Hill, 2002). O recurso a um novo estudo preliminar para seleccionar os itens da versão final do questionário deve partir de uma boa análise dos itens inicialmente escritos; utilização de uma amostra aleatória; utilização de uma amostra de dimensão razoável (aconselha-se o recurso a 200 ou mais indivíduos); e sugere-se a análise dos 6 factores.

Em suma, os resultados do estudo das características psicométricas do instrumento revelam boas medidas de fiabilidade e validade, o demonstra a sua utilidade para o estudo da dimensão psicológica no processo de reabilitação da lesão desportiva.

ANEXO IV

Versão final do instrumento

QUESTIONÁRIO SÓCIO – DEMOGRÁFICO

Responda, por favor, às seguintes perguntas assinalando com uma cruz:

1. Profissão:	1. Médico	
	2. Enfermeiro	
	3. Fisioterapeuta	
	4. Outra, por favor especifique:	

2. Género:	1. Masculino	
	2. Feminino	

3. Regime de Trabalho:	1. <i>Full-time</i>	
	2. <i>Part-time</i>	

4. Modalidade (s) que presta assistência:	1. Andebol	
	2. Basquetebol	
	3. Futebol	
	4. Futsal	
	5. Hóquei em Patins	
	6. Natação	
	7. Voleibol	
	9. Outra, por favor especifique:	

5. Escalão etário que assiste:	1. Sénior (+ 18 anos)	
	2. Júnior (- 18 anos)	
	3. Ambos escalões	

6. Grau de profissionalização da modalidade:	1. Profissional	
	2. Semi-profissional	
	3. Amadora	

Questionário sobre a Dimensão Psicológica na Reabilitação Desportiva

Marcolino & Lomba (2006), adaptado de Hemmings & Povey (2002)

Por favor, responda a todas as questões da melhor forma possível e sinta-se livre de acrescentar quaisquer pontos não incluídos que acredite serem importantes.

Questão 1

Com que frequência encontra as seguintes condições associadas às lesões de atletas?
(Por favor, assinale com um círculo)

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Muito frequentemente
1.1. Stress / Ansiedade	1	2	3	4	5
1.2. Revolta	1	2	3	4	5
1.3. Problemas na sujeição ao tratamento	1	2	3	4	5
1.4. Depressão	1	2	3	4	5
1.5. Problemas de atenção ou concentração	1	2	3	4	5
1.6. Dependência do exercício	1	2	3	4	5
1.7. Outra, por favor especifique:	1	2	3	4	5

Questão 2

Por favor, identifique os quatro (4) principais comportamentos / características que acredita estarem presentes em atletas que enfrentam com sucesso a lesão.

2.1. 1) _____

2.2. 2) _____

2.3. 3) _____

2.4. 4) _____

Questão 3

Por favor identifique os quatro (4) principais comportamentos / características que acredita estarem presentes em atletas que não enfrentam com sucesso a lesão.

3.1. 1) _____

3.2. 2) _____

3.3. 3) _____

3.4. 4) _____

Questão 4

Já alguma vez aconselhou um atleta lesionado a procurar aconselhamento psicológico relacionado com a sua lesão? (Por favor, assinale com uma cruz)

4.1. *Sim*

4.2. *Não*

Questão 5

Tem acesso a Psicólogos do Desporto credenciados?
(Por favor, assinale com uma cruz)

5.1. *Sim*

5.2. *Não*

Questão 6

Recorre a algum procedimento escrito específico quando indica atletas para serviços de aconselhamento? (Por favor, assinale com uma cruz)

6.1. *Sim*

6.2. *Não*

Questão 7

Com que frequência utiliza as seguintes competências / técnicas psicológicas quando presta assistência a um atleta lesionado no seu processo de reabilitação?

(Por favor, assinale com um círculo)

	Nunca	25% do tempo	50% do tempo	75% do tempo	100% do tempo
7.1. Manter o atleta integrado na equipa	1	2	3	4	5
7.2. Recorre a objectivos a curto prazo	1	2	3	4	5
7.3. Diversificar os exercícios de reabilitação	1	2	3	4	5
7.4. Encorajar pensamentos positivos	1	2	3	4	5
7.5. Encorajar técnicas de comunicação efectiva	1	2	3	4	5
7.6. Ensinar estratégias de controlo emocional	1	2	3	4	5
7.7. Utilização de ensaio / visualização mental	1	2	3	4	5
7.8. Utilização de técnicas de relaxamento	1	2	3	4	5
7.9. Ensinar técnicas de relaxamento muscular	1	2	3	4	5
7.10 Reduzir a depressão	1	2	3	4	5
7.11. Melhorar o apoio social	1	2	3	4	5
7.12. Reduzir o stress ou a ansiedade	1	2	3	4	5
7.13. Incentivar a autoconfiança	1	2	3	4	5
7.14 Outra, por favor especifique:	1	2	3	4	5

Questão 8

Com que frequência acredita que um atleta é afectado psicologicamente devido a uma lesão?

(Por favor, assinale com um círculo)

Nunca	25% do tempo	50% do tempo	75% do tempo	100% do tempo
1	2	3	4	5

Outros comentários

Questão 9

Qual a importância que atribui a uma aprendizagem mais profunda acerca das seguintes competências / técnicas psicológicas de modo a proporcionar o melhor aconselhamento possível aos atletas lesionados? (Por favor, assinale com um círculo)

	Não é Importante	Relativamente Importante	Razoavelmente Importante	Importante	Muito Importante
9.1. Melhorar o apoio social do atleta	1	2	3	4	5
9.2. Reduzir a depressão	1	2	3	4	5
9.3. Ensinar técnicas de relaxamento muscular	1	2	3	4	5
9.4. Ensinar a utilizar imagens mentais	1	2	3	4	5
9.5. Ensinar técnicas de concentração	1	2	3	4	5
9.6. Utilizar uma comunicação eficaz	1	2	3	4	5
9.7. Compreender a motivação individual	1	2	3	4	5
9.8. Estabelecer objectivos realistas	1	2	3	4	5
9.9. Diversificar os exercícios de reabilitação	1	2	3	4	5
9.10. Reduzir o stress/ansiedade	1	2	3	4	5
9.11. Ensinar estratégias de controlo emocional	1	2	3	4	5
9.12. Ensinar os profissionais de medicina desportiva a escutar	1	2	3	4	5
9.13. Aumentar a auto-confiança do atleta lesionado	1	2	3	4	5
9.14. Incentivar pensamentos positivos	1	2	3	4	5
9.15. Outra, por favor especifique:	1	2	3	4	5

Questão 10

Que importância atribui ao tratamento da dimensão psicológica de um atleta lesionado?
(Por favor, assinale com um círculo)

Não é Importante	Relativamente Importante	Razoavelmente Importante	Importante	Muito Importante
1	2	3	4	5

Questão 11

Ao nível da sua formação, que importância atribui a um curso em psicologia do desporto para o profissional de medicina / reabilitação desportiva?
(Por favor, assinale com um círculo)

Não é Importante	Relativamente Importante	Razoavelmente Importante	Importante	Muito Importante
1	2	3	4	5

Qualquer outro comentário ou informação adicional que pretenda acrescentar.

ANEXO V

Autorização para a utilização do instrumento

Caixa de Entrada Escrever Mensagem Pastas Pesquisa Ajuda Lista de contactos Logout

Abriu Pasta INBOX

Quota (espaço ocupado / espaço livre): 1,50MB / 4,88MB (32,68%)

INBOX: RE: Request to allowed the use the PSPQ instrument (1 de 5) Mover | Copiar

Esta mensagem

Apagar | Responder | Responder a Todos | Reenviar | Reencaminhar | Código-fonte da Mensagem | Gravar como | Voltar para INBOX

Imprimir

Data: Thu, 17 Nov 2005 12:34:59 +0000

De: <https://webmail.ufp.pt/horde/imp/compose.php?to=Hemmings+Brian+%3CBrian.Hemmings%40northampton.Ac.Uk%3E&thismailbox=INBOX>

Para: <https://webmail.ufp.pt/horde/imp/compose.php?to=10861%40ufp.pt&thismailbox=INBOX>

Cc: <https://webmail.ufp.pt/horde/imp/compose.php?to=monna.arvinen-barrow+%3Cmonna.arvinen-barrow%40northampton.ac.uk%3E&thismailbox=INBOX>

Assunto: RE: Request to allowed the use the PSPQ instrument

Yes thats fine...please email monna.arvinen-barrow@northampton.ac.uk <mailto:https://webmail.ufp.pt/horde/imp/compose.php?to=monna.arvinen-barrow%40northampton.ac.uk%3E&thismailbox=INBOX for an electronic copy.

From: 10861@ufp.pt [mailto:https://webmail.ufp.pt/horde/imp/compose.php?to=10861%40ufp.pt&thismailbox=INBOX]

Sent: Sat 12/11/2005 16:00

To: brian.hemmings@northampton.ac.uk

Subject: Request to allowed the use the PSPQ instrument

From: Nuno Lomba, Human Kinetics, University Fernando Pessoa, Portugal

To: Dr Hemmings, Division of Sport Sciences, University College Northampton, England

Subject: Request to allowed the use the PSPQ instrument

Dr Hemmings

I, Nuno Lomba, am tacking on a degree of Human Kinetics in University Fernando Pessoa in Portugal. To conclude my degree I need to do an investigation. The subject that I am going to investigate is 'The importance of the psychological factors in sports injuries recovery and rehabilitation: a perspective from the therapists in Portugal'.

To elaborate my investigation I would like to use the Physiotherapist and Sport Psychology Questionnaire (PSPQ).

According to the ethic code of investigation, I would like to ask you Dr Hemmings if you could authorize me to use the aforesaid instrument, as well the supply of the instrument and it manual of use.

I will wait for your answer Dr Hemmings.

Tank you for your time.

Contacts:
Nuno Lomba, nr.10861, Human Kinetics Degree, University Fernando Pessoa,

Address: Casa da Garrida Rua Conde de Bertianos, 4990 Pta de Lima. Tel. (+351) 259 741 026/412
E-mail: 10861@ufp.pt

Personal contact:
Nuno Lomba, Rua do Raguengo n° 303 B/C 4730-750 Vila Verde Portugal,
Tel. (+351) 253312206 or (+351) 967 054 981 e-mail: nlliv@portugalmail.pt

Sent through UFP webmail - <https://webmail.ufp.pt/>

This e-mail is private and may be confidential and is for the intended recipient only. If you are not the intended recipient you are strictly prohibited from using, printing, copying, distributing or disseminating this e-mail or any information contained in it.

We virus scan all E-mails leaving The University of Northampton but no warranty is given that this E-mail and any attachments are virus free. You should undertake your own virus checking. The right to monitor E-mail communications through our networks is reserved by us.

Apagar | Responder | Responder a Todos | Reenviar | Reencaminhar | Código-fonte da Mensagem | Gravar como | Voltar para INBOX

Imprimir

Mover | Copiar Esta mensagem

ANEXO VI

Instrumento original

The Physiotherapists and Sport Psychology Questionnaire

(Hemmings & Povey, 2002)

Please answer all questions to the best of your ability and feel free to add any points not included that you believe to be of importance.

Question 1

How often do you encounter the following conditions associated with athlete injuries? (Please circle)

	Never	Rarely	Occasionally	Often	Very Often
1.1. Stress / Anxiety	1	2	3	4	5
1.2. Anger	1	2	3	4	5
1.3. Treatment compliance problems	1	2	3	4	5
1.4. Depression	1	2	3	4	5
1.5. Problems with attention or concentration	1	2	3	4	5
1.6. Exercise addiction	1	2	3	4	5
1.7. Other, please specify	1	2	3	4	5

Question 2

Please identify the top four (4) behaviours / characteristics you believe to be present in athletes who cope successfully with injury.

- 2.1. 1) _____
- 2.2. 2) _____
- 2.3. 3) _____
- 2.4. 4) _____

Question 3

Please identify the top four (4) behaviours / characteristics you believe to be present in athletes who do not cope successfully with injury.

- 3.1. 1) _____
- 3.2. 2) _____
- 3.3. 3) _____
- 3.4. 4) _____

Question 4

Have you ever referred an injured athlete to counselling for situations related to their injuries?
(Please tick)

- 4.1. Yes
- 4.2. No

Question 5

Do you have access to a certified Sport Psychologists? (Please tick)

- 5.1 Yes
- 5.2 No

Question 6

Do you use a specific written procedure when referring athletes for counselling services?
(Please tick)

- 6.1. Yes
- 6.2. No

Question 7

How often do you practice the following psychological skills / techniques when assisting an injured athlete in their recovery from an injury? (Please circle)

	Never Use	Use 25% of time	Use 50% of time	Use 75% of time	Use 100% of time
7.1. Keeping the athlete involved with team	1	2	3	4	5
7.2. Using short-term goals	1	2	3	4	5
7.3. Creating variety in rehab exercises	1	2	3	4	5
7.4. Encouraging positive self-thoughts	1	2	3	4	5
7.5. Encouraging effective communication skills	1	2	3	4	5
7.6. Teaching emotional control strategies	1	2	3	4	5
7.7. Using mental rehearsal / visualisation	1	2	3	4	5
7.8. Using relaxation techniques	1	2	3	4	5
7.9. Teaching muscular relaxation techniques	1	2	3	4	5
7.10 Reducing depression	1	2	3	4	5
7.11. Improving social support	1	2	3	4	5
7.12. Reducing stress or anxiety	1	2	3	4	5
7.13. Enhancing self-confidence	1	2	3	4	5
7.14 Other, please state	1	2	3	4	5

Question 8

How often do you believe an athlete is affected psychologically by an injury? (Please circle)

Never	25% of time	50% of time	75% of time	100% of time
1	2	3	4	5

Further comments

Question 9

How important do you feel it would be for you to learn more about the following psychological skills / techniques in order to provide the best possible advice for injured athletes? (Please circle)

	Not Important	Relatively Important	Fairly Important	Important	Very Important
9.1. Improving social support for athlete	1	2	3	4	5
9.2. Reducing depression	1	2	3	4	5
9.3. Teaching muscular relaxation techniques	1	2	3	4	5
9.4. Teaching the use of mental imagery	1	2	3	4	5
9.5. Teaching concentration skills	1	2	3	4	5
9.6. Using effective communication	1	2	3	4	5
9.7. Understanding individual motivation	1	2	3	4	5
9.8. Setting realistic goals	1	2	3	4	5
9.9. Creating variety in rehab exercises	1	2	3	4	5
9.10. Reducing stress /anxiety	1	2	3	4	5
9.11. Teaching emotional control strategies	1	2	3	4	5
9.12. Enhancing listening skills of physiotherapist	1	2	3	4	5
9.13. Enhancing self-confidence of injured athlete	1	2	3	4	5
9.14. Encouraging positive self-thoughts	1	2	3	4	5
9.15. Other, please state	1	2	3	4	5

Question 10

How important do you feel it is to treat the psychological aspect of an athletic injury? (Please circle)

Not Important	Relatively Important	Fairly Important	Important	Very Important
1	2	3	4	5

Question 11

How important do you believe a course in sport psychology is in the education / training of a physiotherapist? (Please circle)

Not Important	Relatively Important	Fairly Important	Important	Very Important
1	2	3	4	5

Any further comments or additional information you wish to supply.

ANEXO VII

Protocolo de aplicação do instrumento

PROTOCOLO DE APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO

O presente questionário destina-se à recolha de informações para um estudo sobre as opiniões dos diversos profissionais de saúde, que assistem atletas lesionados, acerca da dimensão psicológica no processo de reabilitação da lesão desportiva.

O presente estudo surge no âmbito da realização de uma monografia, como parte dos requisitos para obtenção do grau de licenciado em Motricidade Humana, leccionado na Unidade de Ponte de Lima da Faculdade das Ciências da Saúde pertencente à Universidade Fernando Pessoa.

O primeiro aspecto importante a ter em consideração para a aplicação do questionário é a explicação e autorização dos inquiridos. Todos os pressupostos éticos são expostos aos investigados, através de uma linguagem compreensível, bem como uma explicação verbal honesta, descrevendo toda a metodologia, os riscos e os benefícios que os sujeitos usufruem. É dado aos inquiridos um período de tempo suficiente, para examinarem as informações, colocar questões e pedir conselhos, bem como, a tecerem alguns comentários. Tal compromisso é assumido com a assinatura do formulário de consentimento (Anexo VIII).

Para a aplicação do instrumento é importante considerar as condições ambientais e contextuais. Um ambiente tranquilo e silencioso facilita a concentração dos inquiridos. O questionário foi facultado a todos os inquiridos, procedendo-se à recolha posteriormente realizada em data e local combinado, entre o participante e o autor. Alguns dos inquiridos, procederam ao preenchimento na instituição/local onde assistiam os atletas lesionados. Este ponto viria a, posteriormente, impor a alteração do critério de inclusão da amostra. Primeiro preencheu-se o questionário dos dados demográficos e de seguida o QDPRD.

Foi solicitado, aos PMD, que colaborassem na pesquisa respondendo de forma clara e objectiva. As várias respostas incidiam na perspectiva acerca de vários pontos relativos à dimensão psicológica no processo de reabilitação da lesão desportiva. Não existiu tempo limite, nem se consideraram questões certas ou erradas, deste modo, aconselhou-se a responder a todas as questões.

ANEXO VIII

Declaração de consentimento informado

Declaração de Consentimento Informado

Dimensão Psicológica na Reabilitação Desportiva

Marcolino & Lomba (2006), adaptado de Hemmings & Povey (2002)

A presente investigação surge no âmbito da conclusão da licenciatura de Motricidade Humana da Universidade Fernando Pessoa.

O objectivo deste estudo é verificar a perspectiva dos profissionais de medicina desportiva, sobre a dimensão psicológica aquando da reabilitação de atletas lesionados.

As respostas fornecidas devem ter o máximo de rigor e objectividade, pois só deste modo os resultados serão úteis. Em cada resposta só é permitida uma opção. Não existe tempo limite, por isso, aconselha-se responder a todas as questões.

O instrumento é composto por duas partes: a primeira parte contempla um questionário socio-demográfico; na segunda parte é solicitado aos inquiridos para identificarem os factores e técnicas psicológicas mais importantes no processo de reabilitação da lesão desportiva.

Os profissionais de medicina desportiva são intervenientes directos em todo o processo de reabilitação, pelo que, será possível adquirir um maior conhecimento desta importante componente do processo, bem como uma possível orientação para a prática clínica.

O inquirido não corre riscos ou danos físicos ao participar nesta pesquisa, ficando assegurada a confidencialidade e o anonimato de todos os dados recolhidos. Os resultados expostos posteriormente não identificarão qualquer participante.

Grato pela colaboração.

Eu abaixo-assinado aceito participar na investigação para os fins acima propostos.

Assinatura do participante: _____

Data: ____ / ____ / 2006

O responsável pelo estudo: _____
(Nuno Lomba)

ANEXO IX

Instrumento a utilizar

QUESTIONÁRIO SOCIO – DEMOGRÁFICO

Por favor, seleccione a(s) opção(ões) que considere correcta(s):

1. Profissão:	1. Médico	
	2. Enfermeiro	
	3. Fisioterapeuta	
	4. Outra, por favor especifique:	

2. Género:	1. Masculino	
	2. Feminino	

3. Regime de Trabalho:	1. <i>Full-time</i>	
	2. <i>Part-time</i>	

4. Modalidade (s) que presta assistência:	1. Andebol	
	2. Basquetebol	
	3. Futebol	
	4. Futsal	
	5. Natação	
	6. Voleibol	
	7. Outra(s), por favor especifique:	

5. Escalão(s) etário(s) que assiste:	1. Sénior (+18 anos)	
	2. Júnior (- 18 anos)	

6. Grau(s) de profissionalização da(s) modalidade(s):	1. Profissional	
	2. Semi-profissional	
	3. Amadora	

7. Local/contexto onde se realiza a reabilitação:	1. Departamento Médico da instituição desportiva	
	2. Centro Hospitalar	
	3. Centro Clínico Privado	
	7. Outra, por favor especifique:	

QUESTIONÁRIO SOBRE A DIMENSÃO PSICOLÓGICA NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO DA LESÃO DESPORTIVA

(Marcolino & Lomba, 2006)

Por favor, responda a todas as questões da melhor forma possível e sinta-se livre de acrescentar quaisquer pontos não incluídos que acredite serem importantes.

Questão 1

Com que frequência encontra as seguintes condições associadas às lesões de atletas?
(Por favor, assinale com um círculo)

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Muito frequentemente
1.1. Stress/Ansiedade	1	2	3	4	5
1.2. Revolta	1	2	3	4	5
1.3. Problemas na sujeição ao tratamento	1	2	3	4	5
1.4. Depressão	1	2	3	4	5
1.5. Problemas de atenção ou concentração	1	2	3	4	5
1.6. Dependência do exercício	1	2	3	4	5
1.7. Outra, por favor especifique:	1	2	3	4	5

Questão 2

Por favor, identifique os quatro (4) principais comportamentos, características ou atitudes que acredita estarem presentes em atletas que enfrentam com sucesso a lesão.

2.1. 1) _____

2.2. 2) _____

2.3. 3) _____

2.4. 4) _____

Questão 3

Por favor identifique os quatro (4) principais comportamentos, características ou atitudes que acredita estarem presentes em atletas que **não** enfrentam com sucesso a lesão.

3.1. 1) _____

3.2. 2) _____

3.3. 3) _____

3.4. 4) _____

Questão 4

Já alguma vez aconselhou um atleta lesionado a procurar aconselhamento psicológico relacionado com a sua lesão?

(Por favor, assinale com uma cruz)

4.1. *Sim*

4.2. *Não*

4.2. Que importância atribui a este serviço de aconselhamento?

(Por favor, assinale com um círculo)

Não é Importante	Relativamente Importante	Razoavelmente Importante	Importante	Muito Importante
1	2	3	4	5

Questão 5

Tem acesso a Psicólogos do Desporto credenciados?

(Por favor, assinale com uma cruz)

5.1. *Sim*

5.2. *Não*

5.2. Que importância atribui a estes profissionais no aconselhamento ao atleta lesionado?

(Por favor, assinale com um círculo)

Não é Importante	Relativamente Importante	Razoavelmente Importante	Importante	Muito Importante
1	2	3	4	5

Questão 6

Recorre a algum procedimento escrito específico quando indica atletas para serviços de aconselhamento? (Por favor, assinale com uma cruz)

6.1. *Sim*

6.2. *Não*

6.2. Que importância atribui a um procedimento escrito específico neste sistema de referência?

(Por favor, assinale com um círculo)

Não é Importante	Relativamente Importante	Razoavelmente Importante	Importante	Muito Importante
1	2	3	4	5

Questão 7

Com que frequência utiliza as seguintes competências/técnicas psicológicas quando presta assistência a um atleta lesionado no seu processo de reabilitação?

(Por favor, assinale com um círculo)

	Nunca	25% do tempo	50% do tempo	75% do tempo	100% do tempo
7.1. Manter o atleta integrado na equipa	1	2	3	4	5
7.2. Recorrer a objectivos a curto prazo	1	2	3	4	5
7.3. Diversificar os exercícios de reabilitação	1	2	3	4	5
7.4. Encorajar pensamentos positivos	1	2	3	4	5
7.5. Encorajar técnicas de comunicação efectiva	1	2	3	4	5
7.6. Ensinar estratégias de controlo emocional	1	2	3	4	5
7.7. Utilização de ensaio / visualização mental	1	2	3	4	5
7.8. Utilização de técnicas de relaxamento	1	2	3	4	5
7.9. Ensinar técnicas de relaxamento muscular	1	2	3	4	5
7.10 Reduzir a depressão	1	2	3	4	5
7.11. Melhorar o apoio social	1	2	3	4	5
7.12. Reduzir o stress ou a ansiedade	1	2	3	4	5
7.13. Incentivar a autoconfiança	1	2	3	4	5
7.14 Outra, por favor especifique:	1	2	3	4	5

Questão 8

Com que frequência acredita que um atleta é afectado psicologicamente devido a uma lesão?

(Por favor, assinale com um círculo)

Nunca	25% do tempo	50% do tempo	75% do tempo	100% do tempo
1	2	3	4	5

Outros comentários

Questão 9

Qual a importância que atribui a uma aprendizagem mais profunda acerca das seguintes competências/técnicas psicológicas de modo a proporcionar uma melhor assistência aos atletas lesionados?

(Por favor, assinale com um círculo)

	Não é Importante	Relativamente Importante	Razoavelmente Importante	Importante	Muito Importante
9.1. Melhorar o apoio social do atleta	1	2	3	4	5
9.2. Reduzir a depressão	1	2	3	4	5
9.3. Ensinar técnicas de relaxamento muscular	1	2	3	4	5
9.4. Ensinar a utilizar imagens mentais	1	2	3	4	5
9.5. Ensinar técnicas de concentração	1	2	3	4	5
9.6. Utilizar uma comunicação eficaz	1	2	3	4	5
9.7. Compreender a motivação individual	1	2	3	4	5
9.8. Estabelecer objectivos realistas	1	2	3	4	5
9.9. Diversificar os exercícios de reabilitação	1	2	3	4	5
9.10. Reduzir o stress/ansiedade	1	2	3	4	5
9.11. Ensinar estratégias de controlo emocional	1	2	3	4	5
9.12. Ensinar os profissionais de medicina desportiva a escutar	1	2	3	4	5
9.13. Aumentar a autoconfiança do atleta lesionado	1	2	3	4	5
9.14. Incentivar pensamentos positivos	1	2	3	4	5
9.15. Outra, por favor especifique:	1	2	3	4	5

Questão 10

Que importância atribui ao tratamento da dimensão psicológica de um atleta lesionado?
(Por favor, assinale com um círculo)

Não é Importante	Relativamente Importante	Razoavelmente Importante	Importante	Muito Importante
1	2	3	4	5

Questão 11

Ao nível da sua formação, que importância atribui a um curso em psicologia do desporto para o profissional de medicina/reabilitação desportiva?
(Por favor, assinale com um círculo)

Não é Importante	Relativamente Importante	Razoavelmente Importante	Importante	Muito Importante
1	2	3	4	5

Qualquer outro comentário ou informação adicional que pretenda acrescentar.

PONTE DE LIMA

2006



