escola superior de enfermagem de coimbra

CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTE AO GRAU DE MESTRE

EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

RECUPERAÇÃO FÍSICA DA LESÃO MÚSCULO-ESQUELÉTICA DO ATLETA DE FUTEBOL: VIVÊNCIAS E INTERVENÇÕES

MARGARIDA MARIA COSTA SOUSA FRANCO

Coimbra, março de 2017

escola superior de enfermagem de coimbra

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

EM REABILITAÇÃO

RECUPERAÇÃO FÍSICA DA LESÃO MÚSCULO-ESQUELÉTICA DO ATLETA DE FUTEBOL: VIVÊNCIAS E INTERVENÇÕES

MARGARIDA MARIA COSTA SOUSA FRANCO

Orientador: Professor Doutor António José Pinto de Morais,
Professor Coordenador, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

para obtenção do Grau de Mestre em

Enfermagem de Reabilitação

Coimbra, março de 2017

AGRADECIMENTOS

A minha gratidão às pessoas que foram determinantes nesta etapa da minha vida académica e profissional.

Ao Professor Orientador, António José Pinto de Morais, pela permanente disponibilidade, orientação científica, e motivação para a realização deste estudo e pelos valiosos contributos para a minha aprendizagem e evolução académica.

Aos meus pais pelo apoio incondicional durante esta caminhada, por serem fonte de inspiração para nunca desistir dos meus sonhos e me superar a cada obstáculo.

Aos meus colegas Rúben e Daniela pela motivação e inspiração para a realização deste projeto no âmbito desportivo.

Ao Samuel pela paciência e apoio demonstrado, permitindo-me concretizar este objetivo.

A todos os participantes do estudo e restantes elementos desportivos que aceitaram o desafio de partilharem as suas experiências, pela sua disponibilidade e amabilidade para a realização do estudo, pois sem eles nada seria possível.

A todos, o meu profundo agradecimento.

ABREVIATURAS E SIGLAS

AVD´s – Atividades de vida diárias

DGS – Direção Geral de Saúde

DR - Diário da República

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ex: - exemplo

FPF – Federação Portuguesa de Futebol

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. - página

PNPAF - Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física

RESUMO

A lesão músculo-esquelética é uma situação limitadora das atividades de vida diárias do atleta de futebol, exigindo mudança e adaptação nos vários sistemas humanos. Desta forma, a adesão do atleta à recuperação, restabelecendo a sua funcionalidade, possui um elevado interesse para a enfermagem e em particular para a enfermagem de reabilitação**.**

O presente estudo tem como objetivo identificar as vivências do atleta de futebol em recuperação da lesão músculo-esquelética. É de natureza qualitativa, com abordagem fenomenológica descritiva. A colheita de informação foi realizada através de entrevista semiestruturada a dez atletas de futebol que reuniam os critérios de inclusão. Para a análise e interpretação das informações recorreu-se ao método de Colaizzi.

Através das declarações dos participantes emergiram seis temas: ocorrência de lesão, paragem de competição, procura de ajuda da equipa de saúde, recuperação, limitações e sugestões.

As vivências do atleta com lesão músculo-esquelética com paragem da competição abrangem diversas dimensões. Os participantes referiram que a lesão foi devida a si, vivenciando-a como um obstáculo à concretização dos seus objetivos e expetativas desportivas, e "impedimento" da sua afirmação desportiva, conduzindo à expressão de sentimentos de insatisfação e desvalorização pessoal, com consequente perda da autoconfiança e de motivação.

No final considera-se a necessidade de implementar intervenções promotoras da adesão do atleta ao processo de recuperação, sendo indicadas várias intervenções integrando uma visão holística do atleta, atendendo às suas vivências e respostas emocionais, para uma melhor recuperação.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação, Futebol, Lesão músculo-esquelética, Vivências.

ABSTRACT

A musculoskeletal injury is a condition that limits the daily life activities of a football athlete, requiring changing and adaptation from the various human systems. Thus, the athlete's recovery, reestablishing and promoting their recuperation, is of a high interest for nursing and in particular to the rehabilitation nursing.

The goal of this study is to identify the life experiences of the football athlete while in recovery from a musculoskeletal injury. This study is of a qualitative nature with a phenomenological descriptive approach. The information was collected through interviews semi structured to ten football athletes who matched our inclusion criteria. The information was analyzed and interpreted using the Colaizzi method.

From the participants statements, six topics have emerged: injury occurrence, competition interruption, search for medical assistance, recovery, limitations and suggestions.

The experiences of musculoskeletal injury with competition interruption comprehends several dimensions of the individual. The participants mentioned that the injury was their fault, experiencing it as an adversity to the fulfillments of their sport objectives and expectations. In addition, the participants also felt that the injury was an 'impediment' to their sportive affirmation, driving to feelings of dissatisfaction and self-depreciation, with consequent loss of self-confidence and motivation.

To conclude we consider the need to implement interventions that promote the adherence of the athlete to the recovery process. Thus, we indicate several interventions that integrate a holistic vision of the athlete, taking into consideration their life experiences and emotional answers, to a better recuperation.

Keywords: Rehabilitation Nursing, Football, Musculoskeletal Injury, Life Experiences.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Benefícios e riscos da atividade física e desporto 22

Figura 2. Fatores de risco que predispõem o atleta à lesão 27

Figura 3. Modelo da resposta ao processo da lesão desportiva e de reabilitação. 33

Figura 4. Caracterização dos participantes 53

Figura 5. Temas das vivências do atleta de futebol com lesão músculo esquelética 63

Figura 6. Subtemas do tema ocorrência da lesão 64

Figura 7. Sentimentos relativos ao tema ocorrência da lesão. 67

Figura 8. Sentimentos relativos ao tema paragem de competição 70

Figura 9. Aspetos temáticos do tema procura de ajuda da equipa de saúde 78

Figura 10. Aspetos temáticos do tema recuperação 83

Figura 11. Aspetos temáticos do tema limitações 91

Figura 12. Aspetos temáticos do tema sugestões 96

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 15

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 - O DESPORTO E A LESÃO 21

1.1 - EPIDEMIOLOGIA DAS LESÕES 23

1.2 - O IMPACTO BIOPSICOSSOCIAL DA LESÃO 25

2 - O ATLETA DE FUTEBOL E A LESÃO MÚSCULO-ESQUELÉTICA 27

2.1 - FATORES QUE PREDISPÕEM À LESÃO 27

2.2 - COMPETÊNCIAS DOS ATLETAS DE FUTEBOL PERANTE A LESÃO 30

3 - A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO E O DESPORTO 35

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

4 - METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO 41

4.1 - PROBLEMÁTICA, QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVO 42

4.2 - PARADIGMA E OPÇÃO METODOLÓGICA 44

4.3 - TIPO DE ESTUDO 46

4.3.1 - O movimento fenomenológico 46

4.3.2 - A fenomenologia de Edmund Husserl 48

4.3.3 - A fenomenologia e a enfermagem 49

4.4 - CONTEXTO E PARTICIPANTES DO ESTUDO 49

4.5 - COLHEITA DA INFORMAÇÃO 53

4.6 - ASPETOS ÉTICOS E FORMAIS 55

4.7 - ANÁLISE DA INFORMAÇÃO 56

4.8 - VALIDAÇÃO E RIGOR DA INVESTIGAÇÃO 59

5 - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DA INFORMAÇÃO..... 63

5.1 - VIVÊNCIAS PERANTE A OCORRÊNCIA DA LESÃO 64

5.1.1 - Motivos da ocorrência da lesão 64

5.1.2 - Sentimentos relativos à ocorrência da lesão..... 66

5.2 - VIVÊNCIAS PERANTE A PARAGEM DE COMPETIÇÃO 70

5.3 - VIVÊNCIAS PERANTE A PROCURA DE AJUDA DA EQUIPA DE SAÚDE..... 78

5.4 - VIVÊNCIAS DURANTE A RECUPERAÇÃO 83

5.5 - VIVÊNCIAS PERANTE AS LIMITAÇÕES 91

5.6 - SUGESTÕES..... 96

CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES..... 101

BIBLIOGRAFIA..... 107

ANEXO

ANEXO I - Autorização da Comissão de Ética da UICISA: E

APENDICES

APENDICE I - Grelha de análise

APÊNDICE II - Guião de Entrevista

APENDICE III - Autorização dos clubes

APENDICE IV - Consentimento informado

INTRODUÇÃO

O futebol é um desporto de contacto de elevada exigência e competitividade, o que acarreta elevados níveis de pressão física e psicológica, aumentando o risco de ocorrência de lesões músculo-esqueléticas (Laux, Krumm, Diers & Flor, 2015). Estas lesões são um dano físico que limita o funcionamento e poderá conduzir à interrupção total ou parcial da modalidade, sendo por isso uma situação complexa, com gravidade e duração variável, que apresenta alterações fisiológicas, psicológicas e emocionais, tendo uma influência significativa na qualidade e velocidade do processo de recuperação, bem como nas intervenções de reabilitação da lesão músculo-esquelética (Clement, Granquist & Arvinen-Barrow, 2013).

A lesão músculo-esquelética do atleta é uma situação limitadora ou incapacitante que exige, não apenas a recuperação física mas também a adaptação pessoal, social e profissional durante todo o processo de recuperação, pelo que a participação do Enfermeiro e em particular do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), é importante. Este pode contribuir não apenas nos processos fisiológicos da recuperação da lesão, mas também no processo de transição vivenciado pelo atleta, o qual exige mudanças em todos os sistemas humanos, na aquisição de novos conhecimentos de forma a alterar comportamentos, bem como, na adaptação do indivíduo no contexto relacional com os outros atletas, clube de futebol, adeptos, família e amigos.

A investigadora escolheu como tema para esta dissertação a "recuperação da lesão músculo-esquelética no atleta de futebol", por se enquadrar numa das suas áreas de interesse profissional, e sentir necessidade de aumentar o seu conhecimento na área das vivências do atleta de futebol em recuperação da lesão músculo-esquelética, de modo a permitir uma melhor adequação das intervenções.

Por outro lado, a escolha do tema enquadra-se no documento aprovado pela Assembleia do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação sobre Áreas Investigação Prioritárias para a Especialidade em Enfermagem de Reabilitação a 24 de janeiro de 2015 (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Este documento identifica 16 áreas de investigação, das quais quatro são consideradas emergentes, entre as quais as

"intervenções autónomas do enfermeiro de reabilitação na função motora" (p. 4), sendo esta considerada uma área de investigação prioritária em Enfermagem de Reabilitação para 2015-2025.

É neste enquadramento que surge o presente estudo, tendo presente no Documento da Ordem dos Enfermeiros (2015) que "cada EEER deverá continuar a investigar os problemas que lhe fazem sentido estudar, com o objetivo de possibilitar espaço à inovação ou áreas que decorram da própria profissão" (p. 6).

Sabe-se que um dos maiores obstáculos ao processo de recuperação das lesões é a adesão, verificando-se por vezes que os atletas procuram iniciar rapidamente a competição antes da sua recuperação completa, com consequente recidiva de lesões (Clement et al., 2013; Nandakumar, T. & Sandhu, J., 2014). Esta situação interfere com várias dimensões do indivíduo (psicológicas, pessoais, sociais e/ou familiares), podendo acarretar consequências negativas para a sua saúde e evolução desportiva. Assim, a investigadora considerou como problemática de investigação para este estudo: a adesão do atleta de futebol em recuperação da lesão músculo-esquelética.

Nos últimos anos, os estudos realizados têm procurado abordar os aspetos físicos e psicológicos associados à lesão e não tanto ao atleta lesionado nas suas diversas dimensões. Contudo, a reabilitação das lesões músculo-esqueléticas em atletas de futebol, é um processo complexo, que requer tempo, esforço, dedicação e compreensão do fenómeno nas suas diferentes dimensões, sendo essencial a sua participação ativa e adesão à recuperação, pelo que importa compreender os fenómenos humanos, associados à recuperação.

De forma a compreender melhor a problemática de investigação, e devido à escassez de literatura existente sobre a vivência do atleta na recuperação da lesão músculo-esqueléticas e dos fatores que envolvem a sua recuperação, a investigadora procurou conhecer as vivências do atleta de futebol com lesão músculo-esquelética que implique afastamento das competições, de modo a implementar intervenções de suporte, facilitadoras da adesão do atleta à recuperação e consequentemente maior eficácia do processo de reabilitação.

Apesar das vivências de um atleta de futebol em recuperação músculo- esquelética ser individual e circunstanciada pela equipa, condições físicas do atleta, fatores económicos, familiares, laborais e outros, é importante que o EEER reconheça e

compreenda essas vivências, no sentido de não centrar o processo de reabilitação apenas na lesão, mas também na pessoa e nas diversas circunstâncias que podem afetar o processo de recuperação. Neste âmbito surge como questão de investigação: quais as vivências do atleta de futebol em recuperação da lesão músculo-esquelética?

Considerando a problemática de investigação e a questão de investigação definida, o objetivo deste estudo é: identificar as vivências do atleta do futebol em recuperação da lesão músculo-esquelética.

Tendo presente os pressupostos atrás referidos, a investigadora optou por realizar um estudo de natureza qualitativa, seguindo uma abordagem fenomenológica descritiva. A colheita da informação foi realizada através de entrevistas semiestruturadas a dez atletas de futebol de quatro clubes de futebol num raio de 40 km da cidade de Coimbra. Os participantes foram selecionados de forma intencional, segundo critérios de inclusão definidos, procurando entrevistar atletas que tenham vivenciado o fenómeno e que permitam uma recolha da informação rica e em profundidade. Para a análise e interpretação da informação, a investigadora recorreu ao método de Colaizzi, que permite uma análise fenomenológica em nove etapas.

A presente dissertação encontra-se dividida em duas partes, sendo a primeira parte antecedida pela introdução, onde se enquadra o estudo, apresenta o tema, problemática, questão e objetivo de investigação, bem como o percurso metodológico.

A primeira parte é constituída pelo enquadramento teórico, com três capítulos. No primeiro, a investigadora aborda o desporto e a lesão, nomeadamente a epidemiologia e impacto biopsicossocial da lesão. No segundo capítulo, a investigadora aborda o atleta de futebol e a lesão músculo-esquelética, incluindo os fatores que predispõem à ocorrência da lesão, bem como as competências e reações emocionais dos atletas perante a lesão. No terceiro capítulo, a investigadora fala sobre a enfermagem de reabilitação e o desporto, apresentando as definições de enfermagem de reabilitação e os aspetos relativos à participação do EEER no desporto e em particular no futebol.

A segunda parte diz respeito ao estudo empírico, sendo o mesmo composto por dois capítulos. No primeiro capítulo a investigadora apresenta o percurso metodológico desenvolvido no estudo para dar resposta à problemática de investigação, apresenta a problemática, questão e objetivo de investigação, a metodologia de investigação, o paradigma, a opção metodológica, o tipo de estudo, o contexto e participantes no

estudo, a colheita de informação, os aspetos éticas e formais, o processo de análise de informação, e a validação e rigor da investigação. No segundo capítulo apresenta, analisa e discute a análise da informação com recurso à literatura.

No final apresenta as considerações finais e faz sugestões de investigações futuras.

A organização e elaboração do trabalho seguem as normas do Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos (2016a), e as Regras de Elaboração e Apresentação de Dissertações (2016b), da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A primeira parte inclui três capítulos. No primeiro capítulo a investigadora aborda o desporto e a lesão, incluindo os aspetos conceptualmente importantes para compreender a lesão desportiva na vertente epidemiológica e impacto biopsicossocial. No segundo capítulo a investigadora aborda o atleta de futebol e a lesão músculo-esquelética, referindo os fatores que predispõem à lesão e as competências dos atletas de futebol perante a lesão. No terceiro capítulo aborda a enfermagem de reabilitação e o desporto onde se referem as competências do EEER e a sua ação e visibilidade no desporto.

1 - O DESPORTO E A LESÃO

A promoção da atividade física tem sido um alvo de preocupação por parte da Direção Geral de Saúde (DGS), integrando o Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física (PNPAF), o qual se enquadra nos programas de saúde prioritários, dando resposta às orientações da Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, Saúde e Bem-Estar (2016-2025), em sintonia com o Plano Nacional de Saúde (DGS, 2016).

Segundo o PNPAF, pretende-se prevenir e gerir as doenças crónicas através da promoção de estilos de vida fisicamente ativos, do incentivo do conhecimento da população sobre os benefícios e eventuais riscos da sua prática, bem como, na formação e capacitação de profissionais de saúde e outros profissionais para promoverem a mudança de comportamentos, o aconselhamento e a referenciação de utentes no âmbito da atividade física (DGS, 2016).

De facto, os benefícios da atividade física para a saúde humana são inquestionáveis, uma vez que melhora a capacidade funcional e motora, desenvolve a força, aumenta a capacidade cardiorrespiratória e consequentemente diminui o risco de contrair patologias cardiovasculares e metabólicas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a atividade física tem ainda efeitos positivos na saúde mental, podendo reduzir doenças como a ansiedade, depressão e mesmo prevenir certas formas de demência.

O desporto está frequentemente associado à atividade física, embora seja distinto desta. A atividade física envolve o movimento corporal que resulta num dispêndio de energia superior ao do repouso. Por outro lado, o desporto é definido como todas as formas de atividade física planeada e estruturada que melhoram a capacidade física e o bem-estar e que se encontra inserida numa competição regulamentada (Caspersen, Powell & Christenson, 1985).

Apesar dos inúmeros benefícios da atividade física para a saúde, quando esta é realizada com elevada intensidade e frequência, ou seja, na prática de um desporto há um aumento dos riscos e das lesões associadas, tal como representado na Figura 1.

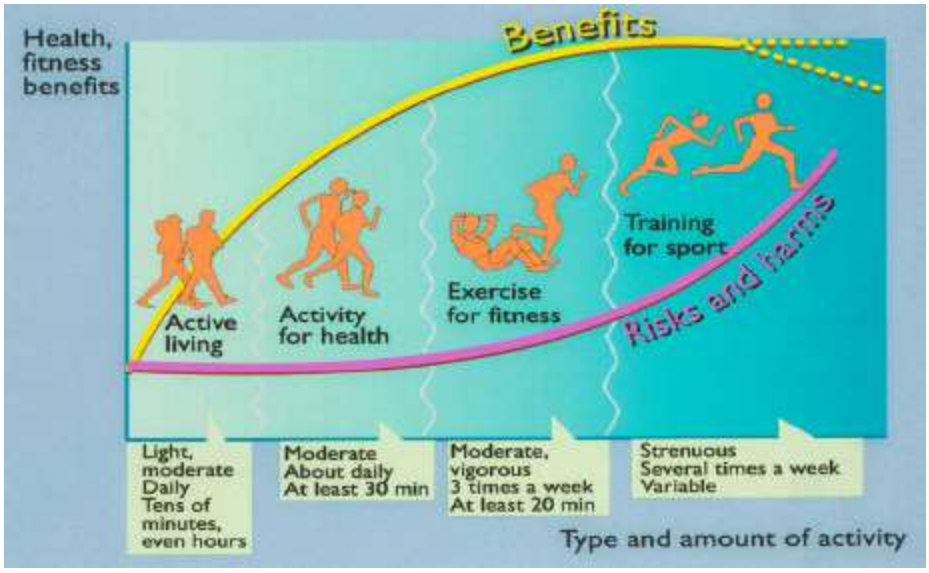

Figura 1. Benefícios e riscos da atividade física e desporto.
Fonte: OMS (2003, p. 3). Retirado de:http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67796/1/WHO_NMH_NPH_PAH_03.2.pdf

O futebol é um desporto de contacto de elevada exigência e competitividade, o que acarreta elevados níveis de pressão física e psicológica, aumentando o risco de ocorrência da lesão músculo-esquelética (Laux et al., 2015). Segundo Vasconcelos-Raposo, Carvalho, Teixeira e Neto (2014), sabe-se que o aumento da intensidade competitiva, pelo número de competições e intensidade dos treinos, contribuem para o aumento da incidência de lesões nos escalões com maior responsabilidade desportiva, tais como os seniores.

Para se promover a adesão à recuperação e implementar intervenções de suporte, é necessário conhecer as lesões mais comuns, os fatores que predispõem os atletas para a sua ocorrência, bem como, compreender qual o seu impacto e de que forma os atletas reagem psicologicamente a esta alteração (Vasconcelos-Raposo et al., 2014).

Atualmente não há uma definição da lesão do atleta de futebol que seja aceite de forma generalizada na literatura, variando a definição segundo os diversos autores. Este facto deve-se à realidade complexa da lesão que engloba múltiplos fatores fisiológicos, nível competitivo, frequência da competição, entre outros (Volpi & Taioli, 2012). Por outro lado, verifica-se que na literatura existe uma tentativa de definir a lesão desportiva, considerando-a como qualquer evento físico ocorrido durante a prática do desporto ou apenas quando ocorre em eventos que exijam uma paragem da atividade por um certo número de dias (Volpi & Taioli, 2012).

De acordo com Schmidt-Olsen (1991 como referido por Massada, 2003), o Conselho da Europa, considera a lesão desportiva como:

> Patologia traumática adquirida durante um jogo ou prática desportiva, causando uma ou mais das seguintes condições: redução da actividade, necessidade de tratamento ou aconselhamento médico e/ou consequências negativas do ponto de vista económico e social. (p. 103).

Deste modo, a lesão desportiva é um dano físico adquirido durante a prática desportiva de carácter competitivo que restringe a possibilidade de funcionamento e poderá conduzir à interrupção total ou parcial da modalidade. (Buceta, 1996 como referido por Vasconcelos-Raposo et al., 2014; Zafra, Montalvo & Sánchez, 2006).

Por outro lado, quando se fala em lesão não se deve considerar apenas o que o atleta sofre, ou seja, a lesão física, mas sim todo o processo da lesão associado, considerando os fatores pessoais e sociais envolvidos, uma vez que estes têm uma forte influência na resposta do atleta à lesão e consequente recuperação (Wiese-Bjornstal, Smith, Shaffer & Morrey, 1998).

1.1 - EPIDEMIOLOGIA DAS LESÕES

Relativamente ao tipo de lesões frequentemente observadas no futebol, os autores são, de uma forma geral consensuais, distinguindo-as em entorses articulares (tornozelo e joelho), lesões musculares (ruturas e contusões), lesões de sobrecarga (*overuse)* e fraturas (Massada, 2003; Ekstrand, Hägglund &Waldén, 2011).

Os entorses articulares são das patologias traumáticas mais frequentes do atleta de futebol, dos quais se salientam os entorses do tornozelo e do joelho. Os entorses do joelho, apesar de menos frequentes são clinicamente significativos, uma vez que requerem cuidados mais específicos, exigindo por vezes intervenção cirúrgica com paragem mais prolongada da competição (Massada, 2003).

Segundo o mesmo autor, as lesões musculares poderão distinguir-se em patologia funcional (crónica) ou patologia traumática (aguda). As primeiras ocorrem quando há uma utilização excessiva de uma massa muscular e poderão resultar em eventos como cãibras e contraturas musculares. Já as patologias de origem traumática ocorrem após um esforço súbito e intenso que ultrapassa a resistência mecânica do músculo, havendo uma massa muscular que fica fragilizada. Destas salientam-se as contusões e roturas

musculares. Estas últimas são as mais frequentes nos atletas de futebol, ocorrendo com maior frequência nos músculos da coxa, isquiotibiais, bem como, nos quadricípites.

Num estudo conduzido por Ekstrand et al. (2011), em atletas de futebol profissionais europeus durantes várias épocas, as lesões por sobrecarga representavam 28% de todas as lesões. Estas lesões ocorrem com frequência no futebol devido à existência de movimentos repetitivos que podem ultrapassar os limites de duração e intensidade, o que por sua vez irá causar um desgaste repetitivo das estruturas músculo-esqueléticas.

As fraturas ocorrem na maioria das vezes devido ao impacto e choque decorrente da atividade desportiva, referindo Massada (2001) que o atleta de futebol apresenta "(…) uma maior gravidade clínica, quando comparada com atletas das outras modalidades desportivas." (p.170).

Já em relação à incidência e prevalência das lesões em atletas de futebol não há concordância na literatura, uma vez que as lesões são definidas e classificadas de formas diferentes pelos diversos autores, o que dificulta a comparação dos diversos estudos (Volpi & Taioli, 2012).

Num estudo dos autores Ekstrand et al. (2011), conclui-se que a maioria das lesões traumáticas ocorreu durante os jogos (81%) e que apenas 19% das lesões ocorreram no âmbito de treino. De facto, o jogo é uma situação de maior complexidade e intensidade que exige mais capacidades técnicas e táticas por parte dos jogadores, havendo maior risco de impacto e choque entre jogadores.

Segundo Vasconcelos-Raposo et al. (2014, p. 112), sabe-se que "aproximadamente metade dos atletas de competição, em algum momento da sua carreira, contrai lesões que impossibilitam a sua participação desportiva.".

Num estudo conduzido na população holandesa, os autores referem que quase 60% dos jogadores de futebol amador "sofreram pelo menos uma lesão durante uma temporada de futebol competitivo, e aproximadamente um terço dessas lesões resultou em ausência de jogo de futebol durante pelo menos um mês." (Van Beijsterveldt et al., 2014, p. 339).

Neste âmbito, podemos constatar que a ocorrência de lesões músculo-esqueléticas são eventos relativamente frequentes nos jogadores de futebol, sendo que muitas vezes implicam a paragem nos treinos e competição, podendo interferir negativamente no seu desempenho e evolução desportiva.

Vasconcelos-Raposo et al. (2014), relacionam a incidência das lesões com características pessoais e emocionais dos atletas, referindo que os que têm atitudes mais positivas em relação à vida e às situações de transição têm maior capacidade de resistência e consequentemente menor incidência de lesões.

1.2 - O IMPACTO BIOPSICOSSOCIAL DA LESÃO

De acordo com a literatura, a maioria dos atletas quando estão lesionados, para além das alterações fisiológicas inerentes à lesão músculo-esquelética, apresentam também alterações do foro psicológico e emocional, o que pode ter influência significativa na qualidade e velocidade do processo de recuperação, bem como, nas intervenções de reabilitação da lesão músculo-esquelética (Clement et al., 2013). Neste sentido, os profissionais de saúde na área desportiva devem estar despertos e possuir conhecimentos sobre a existência destas alterações emocionais e comportamentais, tendo um importante papel na avaliação e acompanhamento dos atletas durante o seu processo de recuperação, bem como, nos resultados obtidos (Clement et al., 2013).

Assim, podemos entender a lesão desportiva como um acontecimento de vida que, consoante a sua gravidade e duração, terá um impacto variável na vida diária e percurso do atleta de futebol, podendo interferir ao nível das várias esferas da sua vida. De facto, a lesão músculo-esquelética é uma situação limitadora ou até mesmo incapacitante que poderá exigir que o atleta altere as suas rotinas diárias, interferindo não só ao nível fisiológico, como também, ao nível familiar, social e profissional.

O processo de transição vivenciado pelos atletas é complexo, exigindo mudanças em todos os sistemas humanos (relação com o mundo, capacidades). Tendo em vista a melhoria da saúde e bem-estar, este processo procura que a pessoa incorpore novos conhecimentos de forma a alterar comportamentos, como também, o conceito do eu no seu contexto relacional.

A enfermagem tem como questões centrais, a forma como as pessoas lidam com a transição e de que forma o contexto em que se inserem interfere com o seu processo de recuperação (Meleis, 2012).

Deste modo, o EEER deve procurar entender o processo de transição do atleta com lesão músculo-esquelética, de forma a intervir com vista a proporcionar estabilidade e

bem-estar físico, psicológico e social, facilitando uma transição o mais saudável possível.

Para além destes aspetos, há outros que podem interferir com o processo de reabilitação do atleta, nomeadamente o facto da lesão músculo-esquelética poder acarretar alterações significativas na gestão e organização da equipa e do clube de futebol, pois o afastamento da competição pode implicar um prejuízo no investimento realizado, para além dos custos associados às intervenções de reabilitação dos atletas. (Vasconcelos-Raposo et al., 2014).

Deste modo, sabe-se que "a ausência de um jogador pode ter uma influência negativa sobre o próprio jogador, sobre a equipa e também sobre a sociedade, tendo em vista os custos de saúde associados." (Eirale, Farooq & Smiley, 2013 como referido por Van Beijsterveldt et al., 2014, p. 340).

2 - O ATLETA DE FUTEBOL E A LESÃO MÚSCULO-ESQUELÉTICA

As lesões representam elevados prejuízos quer no âmbito da saúde, como também financeiro, pessoal e desportivo, pelo que, os profissionais da área desportiva devem abordar as lesões e consequente reabilitação de forma holística, sendo capazes de reconhecer as suas consequências físicas, sociais, emocionais e mentais (Clement et al., 2013). Deste modo, a abordagem à lesão músculo-esquelética do atleta deverá incluir o estudo dos fatores de risco associados, bem como, a compreensão das competências e respostas emocionais do atleta à mesma.

2.1 - FATORES QUE PREDISPÕEM À LESÃO

Para compreender a ocorrência da lesão e de que forma é possível preveni-la é importante considerar os fatores de risco que predispõem a ocorrência da lesão. Estes podem ser divididos em internos e externos, como apresentado na Figura 2.

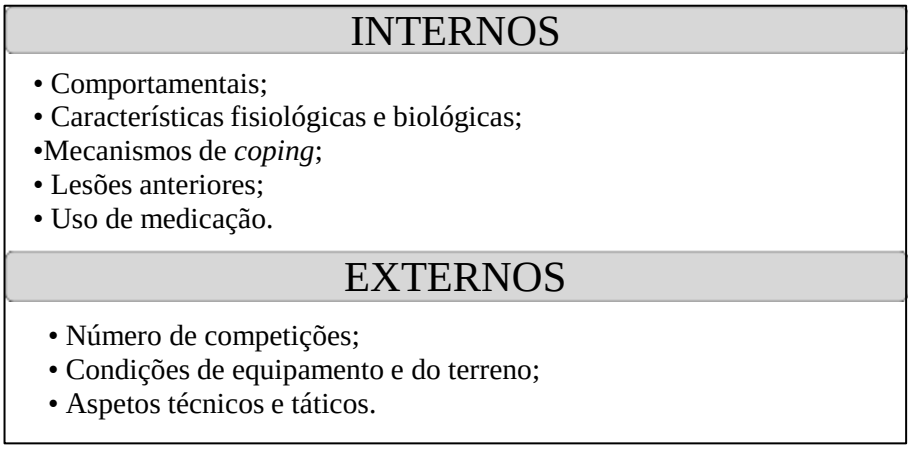

Figura 2. Fatores de risco que predispõem o atleta à lesão

Os fatores internos estão diretamente relacionados com o próprio jogador e podem ser comportamentais, características fisiológicas e biológicas, lesões anteriores e o uso de medicação. Ao nível dos fatores comportamentais é importante salientar a importância dos estilos de vida adotados tais como a nutrição, as rotinas diárias e o consumo de substâncias psicoativas (Volpi & Taioli, 2012).

Relativamente às características fisiológicas e biológicas, a exigência deste desporto ao nível dos tecidos músculo-esqueléticos pode representar um excesso de estímulo nestas estruturas o que poderá aumentar o risco de ocorrência de lesões agudas ou crónicas. A idade é também um fator que interfere com a elasticidade, resistência, força muscular e óssea, bem como, com a existência de processos degenerativos, o que interfere não só com a vulnerabilidade às lesões, mas também com o tempo de paragem necessário à recuperação das lesões.

O facto de os atletas já terem vivenciado uma experiência traumática de lesões anterior torna-os mais vulneráveis à ocorrência de novas lesões, uma vez que, apesar de poder existir uma recuperação funcional completa ao nível fisiológico, as estruturas envolventes poderão estar fragilizadas, ou seja, poderá não ter havido uma recuperação anatómica completa (Volpi & Taioli, 2012). Por outro lado, ao nível psicológico, sabe-se que "as inseguranças que advêm de uma lesão desportiva provocam uma redução na autoestima e autoconfiança, instalando-se alguma confusão quanto às eventuais consequências." (Vasconcelos-Raposo et al., 2014, p.113).

De acordo com Ivarsson e Johnson (2010) e Vasconcelos-Raposo et al. (2014), a análise do modelo de Andersen e Williams mostra que o *stress* é uma variável importante para a ocorrência da lesão. Estes autores referem que a suscetibilidade encontra-se em grande parte associada a fatores de natureza psicológica, devendo-se considerar não só os fatores pessoais, como também, as histórias de *stress* e os mecanismos de *coping* dos atletas. Assim, Cohen, Nordin & Abrahamson (2010, como referido por Vasconcelos-Raposo et al., 2014), referem que:

> (…) indivíduos com determinadas características de personalidade quando complementadas com menores recursos de *coping*, e em situações potencialmente de *stress*, tenderão a sofrer mais lesões na medida em que apresentam redução do campo visual, maior tensão muscular e nível de distração. (p. 116).

Desta forma, considera-se que fatores como a fadiga e o *stress* poderão interferir diretamente na vulnerabilidade do atleta à lesão, uma vez que conduzem ao enfraquecimento do sistema imunológico e consequentemente à diminuição da resistência do organismo (Vasconcelos-Raposo et al., 2014).

Também Ford, Eklund e Gordon (2000 como referido por Vasconcelos-Raposo et al., 2014), referem que os atletas mais otimistas e com elevada autoestima têm uma

capacidade de *coping* mais eficaz perante situações de vida causadoras de *stress*, o que por sua vez reduz a vulnerabilidade à lesão. Por outro lado, Vasconcelos-Raposo et al. (2014), refere que os "indivíduos com preocupações excessivas (ansiedade) de se lesionarem tendem a sofrer mais lesões." (p.113).

O recurso a medicação, tais como anti-inflamatórios e/ou analgésicos para o atleta poder jogar indica que este ainda não se encontra em condições fisiológicas para lidar com as exigências do jogo, o que poderá acarretar consequências nefastas para a sua saúde e para o processo de recuperação (Volpi & Taioli, 2012).

Os fatores externos dependem do ambiente e contexto em que o atleta se insere e incluem o número de competições, as condições do equipamento e do terreno e aspetos técnicos e táticos.

O número de competições e a frequência da presença do atleta nos jogos ou até mesmo um início rápido nos jogos pode influenciar a predisposição à lesão. A este nível, Volpi e Taioli (2012) verificaram que as lesões podem ocorrer com a mesma frequência na primeira ou na segunda parte do jogo, embora ocorram em maior número quando a equipa está numa fase de ataque. Já Zafra et al. (2006) afirma que fatores como maiores recursos psicológicos, capacidade de atenção e uma boa gestão do esforço e ritmos competitivos tendem a estar associados a baixos níveis de lesão.

As condições do equipamento como os pitões e chuteiras interferem com a adesão do pé ao solo e resistência ao atrito, podendo interferir com a mobilidade fisiológica. Neste sentido, Massada (2003) indica que "a falta ou excesso de aderência mostram-se como factores de risco importantes e por isso a escolha do sapato desportivo não deverá ser feita de forma alienatória" (p. 182). Também as condições do terreno de jogo (campo) têm influência direta na adesão e mecanismo de mobilidade das articulações do pé e joelho, uma vez que solos com maior adesão permitem um maior bloqueio do movimento da articulação e consequentemente limita a liberdade de movimentos, tornando as articulações mais vulneráveis à ocorrência da lesão. Relativamente ao terreno, Massada (2003) refere que:

> (…) por vezes, as condições em que se desenrola a prática desportiva são alteradas de forma fraudulenta pelo adversário (…) esquecendo-se que poderão colocar em perigo a integridade física dos atletas se a escolha dos *pitões* não tiver sido feita de acordo com as características do terreno para aquela época sazonal. (p. 183)

Os aspetos técnicos e táticos dizem respeito à gestão e organização das competições e consequente qualidade e quantidade de metodologias de treinos. Segundo Volpi e Taioli (2012), as táticas de jogo acarretam, cada vez mais, uma maior pressão em várias áreas do campo de jogo e maior cobertura dos adversários, o que exige que os atletas de futebol tenham que realizar ações cada vez mais complexas numa pequena área do campo. Estas táticas fazem com que haja maior probabilidade de ocorrer colisões e impactos entre os jogadores e consequentemente aumenta a probabilidade da lesão. No mesmo sentido, a pré-época é essencial na preparação física e psicológica dos atletas para a época desportiva, uma vez que é durante esta fase que os atletas se começam a familiarizar com as metodologias de treino, com o terreno e até mesmo com as expetativas do público e fãs. Deste modo, deve ser uma preocupação dos elementos desportivos (treinadores, atletas e dirigentes associativos) realizá-la de forma adequada, influenciando positivamente a prevenção de ocorrência de lesões.

Como analisado, as causas das lesões poderão ter múltiplas origens, verificando-se no entanto que os fatores internos, principalmente no âmbito psicológico, têm um elevado impacto, tanto na ocorrência da lesão como no processo de recuperação. Neste âmbito, a investigadora considera importante o seu estudo, uma vez que, estes fatores, quando devidamente analisados poderão ser corrigidos ou melhorados.

De seguida, a investigadora analisa as capacidades e competências específicas que permitem aos atletas lidar com a lesão.

2.2 - COMPETÊNCIAS DOS ATLETAS DE FUTEBOL PERANTE A LESÃO

Exige-se ao atleta de futebol, não só uma elevada preparação física, como também, uma elevada competência para lidar com situações inesperadas e de grande complexidade. Devido a este facto, os atletas necessitam desenvolver características que os tornem capazes de lidar com as pressões diárias e manter o bem-estar físico e mental.

Neste âmbito, de acordo com Jones, Hanton e Connaughton (2002, como referido por Mahl & Vasconcelos-Raposo, 2007), as competências específicas dos atletas com desempenho mentalmente forte são:

- Altos níveis de otimismo;
- Autoconfiança e autoestima;
- Controlo de execução;

- Comprometimento;
- Concentração;
- Força de vontade,
- Autonomia;
- Motivação.

De facto, algumas das competências referidas são desenvolvidas pelos atletas ao longo dos anos, sendo que os atletas de escalões mais elevados e com maior experiência desportiva apresentam capacidades mais desenvolvidas e maior controlo na execução. Estes atletas deverão estar bem preparados para lidar com as situações de pressão e de perda, no entanto, características como a força de vontade, a motivação e a concentração poderão estar diminuídas, maximizando o risco da lesão. De acordo com Zafra, Álvarez e Redondo (2005, como referido por Vasconcelos-Raposo et al., 2014), à medida que "(…) aumentava o escalão de competição, também aumentava tanto a autoconfiança como a ansiedade, e a perceção de êxito, mas concomitantemente verificaram que a motivação diminuía." (p. 118).

No mesmo sentido, Zafra et al. (2006) refere que os atletas de futebol com maior capacidade de concentração e menor níveis de ansiedade apresentam maiores níveis de *coping* para enfrentar a lesão.

As competências dos atletas de futebol referidas, são protetoras e estruturantes do seu bem-estar físico e mental. Quando os atletas têm estas competências pouco desenvolvidas ou vivenciam situações de *stress*, tais como a presença de uma lesão, estas competências podem estar diminuídas e potenciar reações emocionais menos adequadas, podendo prejudicar o seu rendimento desportivo.

Reações do atleta à lesão músculo-esquelética

A adaptação psicológica do atleta à lesão é um processo complexo e de difícil compreensão. Neste âmbito, Petitpas e Danish (1995 como referido por Vasconcelos-Raposo et al., 2014) salientam as seguintes reações psicológicas associadas à lesão: a perda de identidade, o medo e ansiedade, a falta de confiança e a redução do desempenho desportivo.

Já Clement et al. (2013) referem que sentimentos como o *stress* e ansiedade podem afetar diretamente o decorrer do processo de reabilitação, salientando que estas reações

emocionais são sinais de má adaptação do atleta à lesão e podem interferir diretamente com a sua adesão ao processo de recuperação. Estes autores consideram que a dificuldade de adesão ao processo de recuperação pode ser resultado da dificuldade do atleta lidar com as suas respostas emocionais, devendo esta ser uma área prioritária de intervenção do processo de recuperação. Os mesmos autores afirmam ainda que com a adoção de intervenções específicas, como por exemplo, a comunicação eficaz, definição de metas e a motivação, pode-se ajudar os atletas a lidar com a dor e as reações emocionais, desenvolvendo a autoeficácia, a autoestima e a autoconfiança, bem como as dificuldades relativas ao processo de reabilitação e à adesão ao mesmo.

Ao longo dos anos vários foram os modelos concetuais que procuraram uma melhor compreensão das reações dos atletas à lesão. Salientam-se os seguintes modelos (Liberal et al., 2014; Vasconcelos-Raposo et al., 2014):

- Modelo de Kübler-Ross de 1969 adaptado por Rotella em 1982, onde se procura explicar a reabilitação atlética comparando às diversas fases do luto: negação, raiva, negociação, depressão e a aceitação;
- Modelo Integrado da resposta psicológica ao processo da lesão desportiva e de reabilitação (Wiese-Bjornstal et al, 1998);
- Modelo Biopsicossocial da reabilitação da lesão desportiva de Bewer, Anderson e Van Raalte de 2002, através do qual se procura analisar o processo e as interligações entre os vários fatores de risco perante a ocorrência da lesão.

Destes modelos, a investigadora apresenta na Figura 3 o modelo integrado da resposta psicológica ao processo da lesão desportiva e de reabilitação de Wiese-Bjornstal et al. (1998), por lhe parecer ser este o que está mais de acordo com a sua experiência enquanto enfermeira em clubes de futebol.

Este modelo procura abordar as dinâmicas psicológicas e sociológicas da lesão desportiva, considerando que os fatores pré e pós-lesão influenciam a resposta psicológica e que esta varia ao longo do tempo de forma dinâmica, sendo a recuperação física e psicológica o resultado do processo (Wiese-Bjornstal et al., 1998). De acordo com estes autores, ao longo desse processo há influência dos fatores pessoais e situacionais, que determinam a avaliação cognitiva. Esta avaliação encontra-se num lugar central, interferindo diretamente com as resposta emocionais do atleta à lesão, que

por sua vez influenciam as respostas comportamentais (comportamentos de adesão, inclusão social, entre outros), não descartando a existência de influências em sentido oposto (Wiese-Bjornstal et al, 1998).

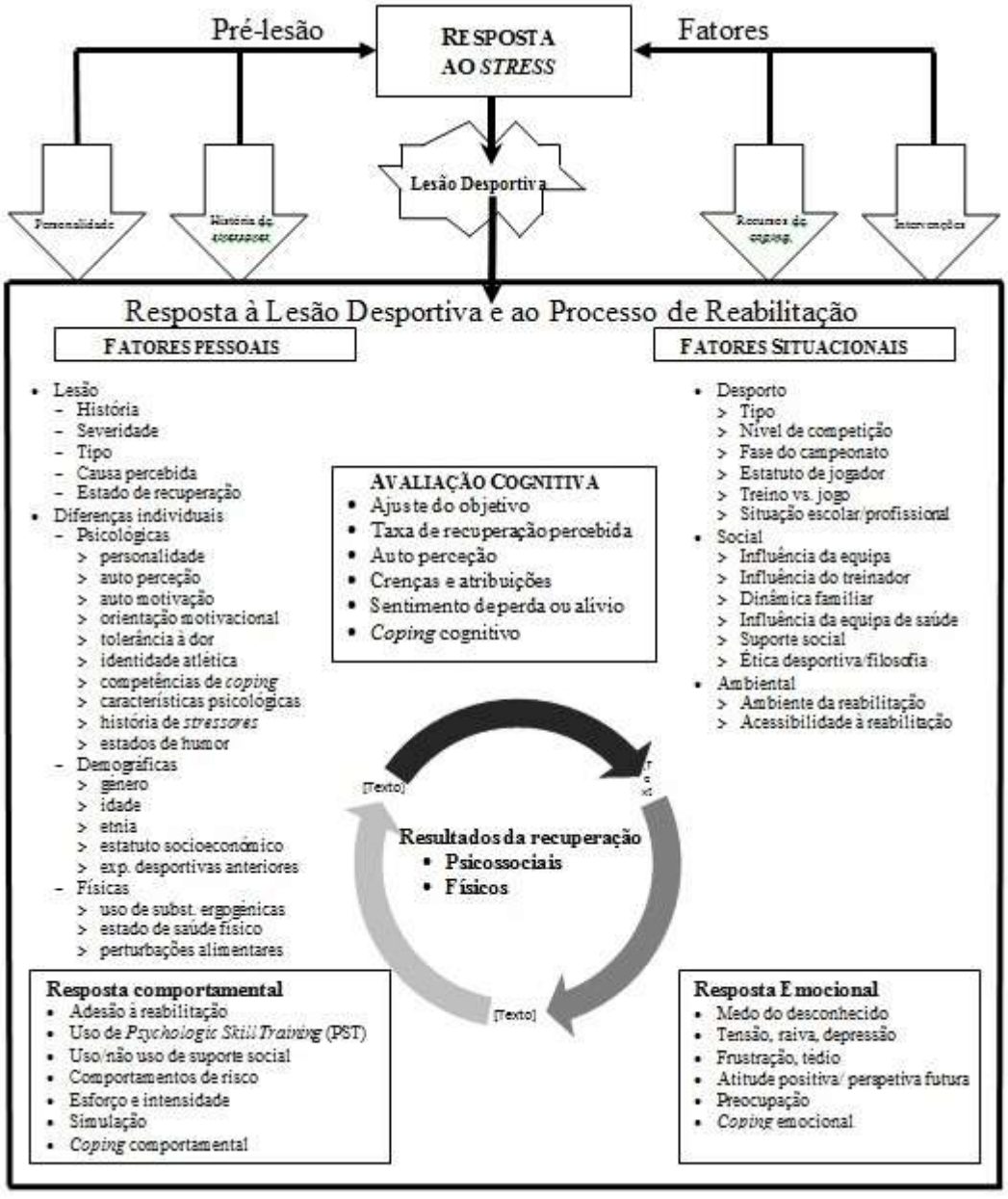

Figura 3. Modelo da resposta ao processo da lesão desportiva e de reabilitação.
Fonte: Adaptado de Wiese-Bjornstal et al., 1998, p. 49)

A lesão desportiva apresenta-se como elemento de *stress*, sendo que as respostas emocionais a esta determinam a forma como o atleta interpreta e lida com esta, e consequentemente determinam o decurso do processo de reabilitação. Através desta análise é possível compreender que é essencial uma intervenção ao nível da avaliação

cognitiva do atleta, de forma a melhorar a sua adaptação à lesão e consequentemente a adesão à recuperação.

3 - A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO E O DESPORTO

A enfermagem tem uma forte presença no desporto, quer seja na prestação de cuidados diretos nas instituições desportivas, como através da promoção do conhecimento no âmbito dos cuidados de saúde primários.

O desporto é uma área de prestação de cuidados específica, uma vez que o alvo dos cuidados dos enfermeiros são os atletas que apesar de serem indivíduos saudáveis poderão contrair lesões músculo-esqueléticas que podem afetar o seu desempenho e rendimento desportivo. No entanto, há ainda pouca visibilidade dos cuidados de enfermagem no âmbito desportivo, devido a estas atividades não serem investigadas e descritas pelos profissionais que as desempenham (Bastos, 2016). Neste sentido, Marques (2005), destaca a importância do papel do enfermeiro para uma afirmação profissional no âmbito desportivo através da reflexão e investigação sobre a necessidade e eficácia da sua prática, podendo assim afirmar as suas competências e conhecimentos no âmbito desportivo.

No mesmo sentido, Marques-Vieira e Antunes (2017) referem que as intervenções de enfermagem no âmbito desportivo ainda não são reconhecidas devido ao escasso desenvolvimento na área, no entanto o conhecimento tem evoluído ao longo dos anos quer pela formação formal e/ou informal, como também, pela experiência profissional dos enfermeiros no âmbito desportivo. Os mesmos autores referem que os enfermeiros "(…) adquirem saberes acerca das ciências de enfermagem, das ciências biomédicas e das ciências humanas, estabelecendo requisitos para o correto cuidar de um atleta amador ou profissional, nos seus vários níveis competitivos." (Marques-Vieira & Antunes, 2017, p. 333).

No âmbito desportivo, o enfermeiro e em particular o EEER é o profissional que estabelece uma relação terapêutica de maior confiança, permitindo um maior conhecimento das necessidades e capacidades dos atletas, contribuindo positivamente para o seu desempenho e rendimento desportivo (Marques-Vieira & Antunes, 2017; Aguiar, 2006).

Deste modo, o papel do EEER no ambiente desportivo destaca-se pela sua capacidade de implementar planos de reabilitação com vista à funcionalidade e aproveitamento da

capacidade física do atleta, sem nunca descurar as suas capacidades psíquicas. (Aguiar, 2006).

De acordo com o DR 35/2011 (2011),

> A reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas, ou com as suas sequelas e maximizar o seu potencial funcional e independência. (p. 8658),

A ação no âmbito desportivo enquadra-se nas competências específicas do EEER, de acordo com o DR 35/2011 (2011), nomeadamente na competência J3: "c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa." (p. 8658), já que o descritivo desta competência considera que o EEER "interage com a pessoa no sentido de desenvolver atividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais e assim permitir um melhor desempenho motor e cardiorrespiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal." (DR 35/2011, 2011, p. 8658).

Considerando o exposto, e de acordo com as unidades da competência supracitada, o EEER tem competências para cuidar do atleta com lesão músculo-esquelética, quer concebendo e implementando programas de treino motor e cardiorrespiratório, como de avaliar e reformular programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados.

Segundo a mesma fonte, cabe ao EEER a conceção e implementação de planos de reabilitação que permitam responder às necessidades das pessoas e promovam a sua capacitação, exigindo que este tome decisões no âmbito da promoção da saúde, prevenção de lesões, bem como, no tratamento e reabilitação das mesmas, realizando uma avaliação dos resultados obtidos. De acordo com o exposto a ação do EEER enquadra-se no âmbito da prática desportiva, nomeadamente na recuperação do atleta de futebol com lesão músculo-esquelética, prevenindo lesões, restabelecendo a sua funcionalidade e prevenindo eventuais recidivas.

Relativamente às intervenções dos enfermeiros e EEER no ambiente desportivo, podemos destacar que estes têm capacidade de intervenção ao nível das três áreas de atuação: primária, secundária e terciária (Marques, 2005; Aguiar, 2006). Segundo os mesmos autores, na primeira fase destacam-se as intervenções no âmbito da prevenção da lesão através da identificação dos fatores de risco para a ocorrência de lesão, bem como a adoção de medidas preventivas. Também reforçam a importância do incentivo à

adoção de metodologias que visem à redução da fadiga e da sobrecarga em fases de treino e competição mais intensas que exijam maior desgaste físico. Na fase secundária é essencial a intervenção do enfermeiro na identificação precoce da lesão aguda ou crónica e no estabelecimento de um diagnóstico de enfermagem que permita responder ao problema, bem como, restabelecer a função o mais rápido possível. Numa fase terciária, deve avaliar as limitações inerentes à presença da lesão e estabelecer um plano de reabilitação que permita solucionar a incapacidade, procurando orientar e acompanhar a reintegração do atleta na atividade desportiva em estreita colaboração com os restantes profissionais (Aguiar, 2006; Marques, 2005).

Durante toda a intervenção do EEER no âmbito desportivo é essencial o encaminhamento das situações para os profissionais mais especializados, bem como, a comunicação da informação sobre o processo de recuperação, objetivos e evolução com os elementos desportivos (Bastos, 2016; Marques, 2005).

Como analisado a intervenção do EEER é essencial no ambiente desportivo, no entanto, estas intervenções devem estar enquadradas no trabalho realizado por uma equipa multidisciplinar. Neste sentido, Marques (2005) reforça a importância da equipa multidisciplinar no ambiente desportivo, sendo essencial "(…) um diálogo aberto e constante entre todos os elementos." (p. 25).

Já Marques-Vieira e Antunes (2017) referem que a existência de uma equipa multidisciplinar e a sua eficácia de atuação na área da saúde, encontra-se limitada pela estrutura socioeconómica dos clubes de futebol o que pode acarretar repercussões na recuperação e rendimento do atleta. Segundo Bastos (2016) o enfermeiro e em particular o EEER ao ter a capacidade de gerir conhecimentos das várias ciências, reúne as competências relacionais e técnico-científicas necessárias para prestar cuidados holísticos apresentando um papel importante no seio da equipa multidisciplinar desportiva.

Em suma, a presença do EEER é essencial no seio de uma equipa multidisciplinar no ambiente desportivo pelas suas competências e visão holística do atleta de futebol. Assim, este profissional atua na prevenção de lesões, na identificação de diagnósticos e prestação de cuidados imediatos perante a lesão músculo-esquelética e na recuperação do atleta de futebol com lesão músculo-esquelética, reestabelecendo a sua funcionalidade e prevenindo eventuais recidivas.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

A segunda parte deste estudo é relativa ao estudo empírico, incluindo dois capítulos. O primeiro capítulo é relativo à metodologia do trabalho, apresentando as opções e o percurso metodológico desenvolvido para dar resposta à questão de investigação. No segundo capítulo apresenta os temas essenciais e os vários aspetos que resultaram da análise da informação recolhida, e discute a informação de acordo com a literatura.

4 - METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

A Enfermagem centra-se nas experiências de vida dos indivíduos e dos significados para a sua vida, ou seja, destaca-se como uma ciência humana prática (Meleis, 2012). Enquanto disciplina do conhecimento tem demonstrado uma evolução a um ritmo rápido, investindo no desenvolvimento de uma base de conhecimento mais sólida, que permita um desenvolvimento teórico e prático, bem como, a divulgação dos respetivos resultados, com fim de melhorar os contextos dos cuidados (Polit, Beck & Hungler, 2004).

Santos (2010) reconhece que o futuro das ciências é a partilha de metodologias, determinando um fim aos limites estanques e abrindo portas à "multidisciplinaridade". O mesmo autor salienta que "numa fase de revolução científica como a que atravessamos, essa pluralidade de métodos só é possível mediante transgressão metodológica" (p. 48).

Assim, a investigação científica deve ser uma fonte de conhecimento constituída por um conjunto de procedimentos ordenados e rigorosos, que permite colher e validar a informação com fim de descrever, explicar ou predizer o acontecimento de determinados fenómenos.

Segundo Fortin (1999):

> A investigação científica constitui um método por excelência que permite adquirir novos conhecimentos. (…) O processo consiste em examinar fenómenos com vista a obter respostas a questões determinadas que se deseja aprofundar. A investigação científica distingue-se de outros tipos de aquisição de conhecimentos pelo seu carácter sistemático e rigoroso. (p. 4)

Deste modo, é através da investigação científica que se consegue adquirir novos conhecimentos, estabelecendo uma "(…) ponte entre a disciplina como campo de conhecimento e a prática profissional como campo de intervenção" (Fortin, 1999, p. 20), tendo um papel importante para "reforçar as bases científicas e contribuir para o desenvolvimento contínuo das profissões." (p. 17).

4.1 - PROBLEMÁTICA, QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVO

Uma investigação tem como ponto de partida uma "situação considerada como problemática, isto é, que causa um mal-estar, uma irritação, uma inquietação, e que por consequência, exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno" (Fortin, 1999, p. 48).

De acordo com Polit et al. (2004) "uma declaração de problema é a expressão de um dilema ou de uma situação perturbadora que necessita de ser investigada." (p. 107). Esta situação insatisfatória demarca o início de um trabalho de investigação, uma vez que, para compreender o fenómeno, o investigador procura uma resposta que satisfaça a problemática. Assim, é a problemática de investigação que irá orientar e delimitar o percurso metodológico.

Um problema de investigação poderá ter origem nas mais diversas realidades vivenciadas pelo investigador, surgindo pelo seu próprio interesse, experiência clínica, ideias de fontes externas (colegas, investigadores,…), bem como, por aspetos sociais (Polit et al., 2004). Segundo Fortin (1999), "(…) as preocupações que evoluem para a definição de problemas de investigação numa disciplina profissional enraízam-se muitas vezes na prática." (p. 20). Neste âmbito, a investigadora, encontrando-se a trabalhar na área desportiva há algum tempo, constatou que os atletas de futebol com lesão músculo-esquelética procuravam frequentemente reduzir o tempo de recuperação, chegando mesmo a querer iniciar a competição antes de a terminar, podendo vir a ter consequências na sua saúde e evolução desportiva. Esta situação, ligada à adesão ao plano de reabilitação, causaram interesse e curiosidade à investigadora, uma vez que é uma área que interfere com várias dimensões do individuo (psicológicas, pessoais, sociais e/ou familiares). Assim, a problemática de investigação para este estudo é: a adesão do atleta de futebol à recuperação da lesão músculo-esquelética.

Após definir a problemática de investigação, a investigadora teve como preocupação verificar se outros enfermeiros de reabilitação a dar apoio a equipas de futebol, com vários anos de experiência na área desportiva, sentiam esta situação como um problema. Abordou dois colegas e ambos foram unânimes em considerar que era de facto um problema com que tinham de lidar com frequência e que pouco estava estudado sobre esta situação, sendo importante compreender como os atletas vivenciam o processo de

recuperação para melhor compreender o processo de adesão à recuperação músculo-esquelética.

Neste sentido e após a identificação da problemática de investigação e a verificação de que ela era sentida também por outros EEER com experiência na área desportiva do futebol, e tendo presente que segundo Fortin (1999) "uma questão de investigação é um enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos-chave, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica." (p. 51), formulou a seguinte questão de investigação: quais as vivências do atleta de futebol em recuperação da lesão músculo-esquelética?

A área desportiva, nos últimos anos, tem sido alvo de vários estudos científicos que têm refletido diversas alterações e melhorias na prevenção e tratamento de diversas patologias, embora a adesão ao processo de recuperação ainda se encontre pouco estudado. Neste âmbito, por considerar que o EEER tem um importante papel no âmbito da promoção da adesão ao plano de reabilitação dos atletas, a investigadora procurou identificar as vivências dos atletas de futebol com lesão músculo-esquelética, que tenha implicado o afastamento das competições. Através da compreensão das vivências do atleta durante o processo de recuperação, procurou conhecer melhor as intervenções de suporte, facilitadoras da sua adesão, e consequentemente gerar um impacto positivo na gestão e organização dos cuidados a prestar a esta população.

A declaração do objetivo de estudo é uma fase essencial, uma vez que indica "por que você deseja fazer o estudo e o que você pretende atingir." (Spirduso & Silverman, 2000, p. 9 como referido por Creswell, 2007). De facto, após estabelecido a problemática que inquieta o investigador e verificada a sua universalidade, é necessário definir o propósito, a intenção central que irá guiar o estudo, ou seja o objetivo que assenta na necessidade do estudo (problemática) e é delimitado com as questões da investigação (Creswell, 2007). Deste modo, após análise e reflexão da problemática, a investigadora definiu como objetivo deste estudo: identificar as vivências do atleta de futebol em recuperação da lesão músculo-esquelética.

Partindo da questão de investigação e do objetivo formulado, descreve, nos subcapítulos seguintes, o percurso metodológico para a realização deste estudo.

4.2 - PARADIGMA E OPÇÃO METODOLÓGICA

Segundo Fortin (2009, p. 27), "o paradigma do investigador refere-se à sua visão do mundo, às suas crenças, que determinam a perspetiva segundo a qual ele coloca uma questão de investigação e estuda um fenómeno".

O paradigma "é uma visão do mundo, uma perspetiva geral sobre as complexidades do mundo real" e permite esboçar a forma como se adquirem os conhecimentos (Polit et al., 2004, p. 27). Deste modo, quando se inicia o processo de investigação procura-se o paradigma e os métodos mais apropriados para estudar os fenómenos.

O conhecimento científico está em constante evolução e mudança, demonstrando o elevado interesse do homem na descoberta e compreensão do mundo, procurando desenvolver e aperfeiçoar metodologias que lhe permitam compreender a realidade. Durante muitos anos houve um predomínio da visão positivista, tal como refere Streubert e Carpenter (2013), "(…) a visão cartesiana foi, durante muito tempo, considerada a única abordagem para o novo conhecimento (…)" (p. 3). Através da visão positivista, observa-se a ciência como verdade única e absoluta, considerando o homem apenas como ser pensante e não como ser em relação com o mundo. Neste âmbito, segundo a investigação quantitativa "(…) os fenómenos humanos são previsíveis e controláveis" (Burns e Grove, 2001 como referido por Fortin, 2009, p. 27).

Com a evolução do conhecimento, houve uma perceção que a visão positivista da realidade era limitadora, uma vez que muitas vezes essa abordagem se demonstrava insuficiente para estudar fenómenos na área das ciências humanas. Deste modo, surgiu a necessidade de explorar novas formas de conhecimento que permitissem compreender de forma mais profunda os fenómenos da realidade, devendo considerar todos os aspetos dessa mesma realidade (Streubert & Carpenter, 2013).

Considerando o objetivo estabelecido, "identificar as vivências do atleta de futebol em recuperação da lesão músculo-esquelética", este estudo integra-se num paradigma naturalista ou fenomenológico, uma vez que se pretende estudar os assuntos no seu meio natural, interpretando os fenómenos através dos significados atribuídos pelos participantes (Fortin, 2009).

Através do paradigma naturalista observa-se a realidade como "uma construção dos indivíduos que participam da pesquisa; a realidade existe dentro de um contexto e muitas construções são possíveis." (Polit et al., 2004, p. 28). Assim, através deste

paradigma poderão existir diversas interpretações da realidade, sendo que pressupõe que "o conhecimento seja maximizado quando a distância entre o pesquisador e os participantes no estudo for minimizada" (Polit et al., 2004, p. 28).

De acordo com o exposto, e tendo presente a questão de investigação, foi utilizado o método qualitativo que se enquadra numa abordagem compreensivista da realidade, através da qual se pretende obter a visão dos participantes. Segundo Streubert e Carpenter (2013), "as experiências dos participantes são os resultados da investigação qualitativa, portanto, é essencial que essas experiências sejam relatadas segundo a perspetiva das pessoas que as viveram." (p. 23). Assim, este método tem um carácter indutivo e descritivo, através do qual se pretende uma análise pormenorizada da realidade em estudo.

No método qualitativo, "o investigador exerce um papel ativo na investigação", sendo a realidade obtida através da relação de intersubjetividade que se estabelece entre investigador e participante, uma vez que a experiência e saber do participante é determinante para o estudo (Fortin, 2009, p. 299). Assim, a investigação qualitativa procura analisar o que os indivíduos dizem e fazem na sua vida diária, bem como, os seus significados e necessidades, sempre enquadrados no seu contexto cultural e social.

As autoras Polit et al. (2004), apresentam como características do método qualitativo o facto de este ser um método não rígido e holístico, que é capaz de se ajustar à realidade e às suas mudanças, relatando o que é realmente apreendido, procurando a compreensão do todo. Este método exige que o investigador contacte diretamente com a realidade, exigindo um elevado envolvimento com todo o processo de pesquisa. Para além destes factos, este método requer uma análise contínua da informação, de forma a poder compreender se a informação recolhida é comum e assim determinar quando se poderá terminar o estudo.

No método qualitativo defende-se que a revisão da literatura deverá ser realizada a seguir à análise da informação, uma vez que se pretende obter uma descrição pura dos fenómenos sem influência do conhecimento descrito na literatura. Porém, Polit et al. (2004) reforçam o pensamento de alguns autores referindo que "(…) o pesquisador deve conduzir ao menos uma revisão da literatura superficial para obter orientação, incluindo a orientação na identificação de parcialidade nos estudos anteriores" (p. 56). O mesmo é defendido por Streubert e Carpenter (2013), que salienta que uma breve revisão da literatura no início da investigação permite assegurar a relevância do estudo e a

adequação do método selecionado. Neste âmbito, no presente estudo, a investigadora fez uma análise da literatura numa fase inicial, com a finalidade de se familiarizar com a temática. Após a análise da informação obtida nas entrevistas a investigadora realizou a revisão da literatura, de forma a compreender de que forma os resultados obtidos se enquadram no conhecimento já adquirido.

4.3 - TIPO DE ESTUDO

Segundo Fortin (1999), "o desenho de investigação é o plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas (…)" (p. 132). No sentido de dar resposta à questão de investigação, a investigadora procurou compreender os fenómenos vivenciados pelos atletas de futebol, e atendendo ao pouco conhecimento produzido do domínio em estudo, a investigadora considerou este estudo como sendo do tipo descritivo-exploratório, de nível I (Fortin, 1999).

Na investigação qualitativa encontram-se diversos tipos de abordagem da realidade que partilham características comuns, podendo ser distinguidos consoante o objetivo final da investigação (Fortin, 1999). Neste âmbito, e considerando que no presente estudo se pretende compreender um fenómeno junto dos participantes que viveram a experiência, explorar conceitos, bem como descrever experiências dos participantes, a investigadora considerou que o estudo se enquadrava no tipo fenomenológico.

4.3.1 - O movimento fenomenológico

O movimento fenomenológico teve início na primeira década do século XX, sendo constituído por "três fases: (1) Preparatória, (2) Alemã e (3) Francesa", que serão analisadas de seguida (Streubert & Carpenter, 2013, p. 75).

A primeira fase (Preparatória) foi descrita por Franz Brentano e Carl Stumpf, que apresentaram o rigor científico da fenomenologia. Nesta época a abordagem deste método centrou-se na clarificação do conceito de intencionalidade, que define a consciência como sendo sempre consciência de algo extraído da realidade, ou seja, a consciência está sempre dirigida a determinado fenómeno (Streubert & Carpenter, 2013). Como refere Giorgi e Sousa (2010), "é a componente intencional da consciência que coloca o seu objeto de estudo, a vivência intencional, ao nível do sentido, do significado." (p.40).

Como impulsionadores da segunda fase (Alemã) salientam-se os filósofos Edmund Husserl e Martin Heidegger. Os trabalhos destes autores encontram-se intimamente ligados, sendo que Husserl defendia que "a filosofia deveria tornar-se uma ciência rigorosa que restauraria o contacto com as preocupações humanas mais profundas e que a fenomenologia deveria tornar-se o fundamento da filosofia e da ciência." (Giorgi e Sousa, 2010, p.40). Já Polit et al. (2004) distinguem as visões destes autores, referindo que a perspetiva defendida por Husserl é uma fenomenologia descritiva, uma vez que assenta na descrição do significado da experiência, enquanto que Heidegger, propõe uma fenomenologia interpretativa ou hermenêutica em que se procura compreender os fenómenos da experiência.

Durante esta fase clarificam-se conceitos como: as essências, a intuição e a redução fenomenológica (Spielgerberg, 1965 como referido por Streubert & Carpenter, 2013). Segundo o autor referido, as essências são unidades do conhecimento que permitem compreender os fenómenos da realidade vivida, a intuição de acordo com Streubert e Carpenter (2013) "é uma compreensão eidética ou interpretação rigorosa do que é o significado na descrição do fenómeno em investigação" (p. 76), ou seja, uma compreensão da filosofia enquanto conhecimento relativo à essência das coisas, que deriva da interpretação e análise da informação que nos permite uma rigorosa compreensão do fenómeno em estudo.

Na filosofia de Husserl, a redução fenomenológica é "(…) um retorno à consciência original no que concerne ao fenómeno em estudo." (Streubert & Carpenter, 2013, p.77), isto é, para podermos observar e analisar a realidade tal como é vivenciada, os investigadores devem distanciar-se das suas crenças e ideias pré-concebidas. No entanto, Merleau-Ponty (1956, como referido por Streubert & Carpenter, 2013), defende que "a redução completa pode nunca ser possível devido à relação íntima que os indivíduos têm com o mundo." (p.77).

Por fim, destacam-se como líderes da terceira fase (Francesa) do movimento fenomenológico autores como Gabriel Marcel, Jean Paul Sartre e Maurice Merleau-Ponty, que desenvolveram como conceitos centrais: a incorporação e o ser-no-mundo. Estes conceitos "referem-se à crença de que todos os actos são construídos sobre alicerces de percepção ou consciência original de algum fenómeno." (Streubert & Carpenter, 2013, p.78).

4.3.2 - A fenomenologia de Edmund Husserl

A fenomenologia surgiu como movimento filosófico a partir de uma obra de Edmund Husserl e rapidamente se aplicou a várias áreas do conhecimento, tais como, a sociologia e a psicologia. Wagner (1983, como referido por Streubert & Carpenter, 2013) descreve a fenomenologia como sendo:

> (…) um sistema de interpretações que nos ajuda a perceber e a conceber a nós mesmos, os nossos contactos e interacções com os outros e tudo o resto na nossa experiência de vários modos, incluindo a descrição de um método, uma filosofia ou um modo de pensar. (p. 75)

Já Streubert e Carpenter (2013), definem a fenomenologia como sendo "uma ciência cuja finalidade é descrever um determinado fenómeno ou a aparência das coisas enquanto experiências vividas." (p.74). No mesmo sentido, Giorgi e Sousa (2010), referem-se à fenomenologia como sendo "(…) uma linha de pensamento que extravasou os limites da acção filosófica inicial, permanecendo activa até aos dias de hoje, não cessando de questionar múltiplos quadrantes da vida intelectual, científica e social." (p.33).

Como refere Fortin, (2009), o objetivo central da fenomenologia "(…) é descrever a experiência tal como é vivida e relatada pelas pessoas tocadas por um fenómeno preciso." (p. 36).

Neste sentido, é possível compreender que a fenomenologia é um tipo de investigação que permite uma análise crítica e rigorosa de um fenómeno. De facto, através da fenomenologia obtemos um modo de pensar e observar a realidade como sendo socialmente construída, uma vez que é através do contacto com os outros que compreendemos e interpretamos essa mesma realidade. O processo de construção do conhecimento através deste método depende diretamente da relação entre o investigador e o participante. Deste modo, a escolha deste método permite uma maior aproximação à realidade tal como é vivida pelos participantes, bem como, analisar os significados atribuídos pelos mesmos às situações, procurando descrever as experiências vividas.

Assim, através da fenomenologia, a investigadora pretende obter uma descrição compreensiva das vivências do atleta com lesão músculo-esquelética, com fim de compreender o que estes sentem durante esta fase de transição doença/saúde e assim adequar os planos de recuperação, bem como, promover maior adesão aos mesmos.

4.3.3 - A fenomenologia e a enfermagem

A enfermagem, enquanto ciência humana, centra-se no estudo das experiências de vida dos indivíduos e dos significados para a sua vida, tendo como objeto de estudo as respostas humanas aos processos de transição. Neste âmbito, no que concerne à aplicabilidade do método fenomenológico à Enfermagem, considera-se que "(…) a fenomenologia como método, é bem adequada à investigação de fenómenos importantes para a enfermagem." (Streubert & Carpenter, 2002, p. 49). De facto, acrescentam que:

> (...) é nítida a relevância da fenomenologia enquanto método de investigação para a enfermagem. (…) Os fenómenos relacionados com a enfermagem podem ser explorados e analisados por métodos fenomenológicos que possuem como meta a descrição de experiências vividas. (p.71)

Sobre a aplicação da fenomenologia no campo da enfermagem Streubert e Carpenter (2013), consideram que "a experiência humana é o princípio central e o que dirige as investigações fenomenológicas é como os seres humanos experimentam os fenómenos importantes para a prática de enfermagem." (p.88).

4.4 - CONTEXTO E PARTICIPANTES DO ESTUDO

O meio selecionado para a realização do presente estudo foram os clubes de futebol localizados num raio de 40 Km da cidade de Coimbra. A escolha destes locais foi por conveniência da investigadora, pelo conhecimento prévio dos participantes, pela facilidade de acessibilidade aos participantes, pela riqueza de informações que é possível colher nestes locais, como também, pela proximidade que a investigadora tem com os clubes. O estudo foi elaborado com participantes de quatro clubes de futebol, com o apoio da equipa de saúde: o Grupo Desportivo do Sourense, o Futebol Clube da Pampilhosa, a Associação Desportiva Cultural e Recreativa de Pereira e o União Desportiva da Tocha.

O Grupo Desportivo do Sourense foi fundado em 1947 e localiza-se na vila de Soure pertencente ao concelho de Soure. Atualmente a equipa efetua os treinos e competições no Campo António Coelho Rodrigues. O escalão sénior apresenta um efetivo de 23 jogadores com uma média de idades de 26 anos.

O Futebol Clube da Pampilhosa foi fundado em 1930 e localiza-se na vila da Pampilhosa do Botão pertencente ao concelho da Mealhada. Atualmente efetua os seus

treinos e competições no Estádio Carlos Duarte. O escalão sénior apresenta um efetivo de 25 jogadores com uma média de idades de 28 anos.

A Associação Desportiva Cultural e Recreativa de Pereira foi fundada em 1987 e localiza-se na vila de Pereira do Campo pertencente ao concelho de Montemor-o-Velho. O escalão sénior apresenta atualmente um efetivo de 18 jogadores com uma média de idades de 24 anos.

O União Desportiva da Tocha foi fundado em 1953 e localiza-se na vila da Tocha pertencente ao concelho de Cantanhede. O escalão sénior apresenta atualmente um efetivo de 16 jogadores com uma média de idades de 26 anos.

São os participantes do estudo que fornecem a informação que irá dar resposta à problemática, permitindo alcançar o objetivo formulado. Segundo Polit et al. (2004), bons participantes são pessoas "(…) conhecedoras, articuladas, ponderadas e desejam falar longamente com o investigador (…)" (p. 236), ou seja, que sejam capazes de testemunhar sobre a sua experiência e descrever o que interessa, o que supõe motivação para participar e capacidade para se exprimir (Fortin, 2009). Desta forma, os participantes foram selecionados de forma intencional, procurando incluir os atletas que tenham vivenciado uma lesão músculo-esquelética, possibilitando a compreensão do fenómeno em estudo. Esta seleção foi realizada tendo em conta os seguintes critérios de inclusão:

- nacionalidade portuguesa;
- sexo masculino;
- escalão sénior amador;
- lesão músculo-esquelética ocorrida nos últimos três meses;
- afastamento das competições superior a quinze dias.

A nacionalidade portuguesa foi considerada como critério de inclusão devido à facilidade de comunicação com os atletas durante a colheita da informação, evitando barreiras comunicacionais ou linguísticas.

O sexo masculino foi escolhido como critério de inclusão por haver maior facilidade de acessibilidade a estes atletas por serem a maioria nesta modalidade.

A escolha dos atletas que pertencem ao escalão sénior prende-se pelo facto de estarem sujeitos a um maior esforço físico, uma vez que realizam treinos com maior frequência

e exigência, como também, pelo facto de apresentarem maiores responsabilidades sociais e familiares, sendo que, a presença de uma lesão poderá ser um fator crítico para a sua gestão pessoal. Deste modo, a investigadora considerou que esta população seria a mais adequada para o presente estudo, uma vez que pretende analisar as vivências do atleta de futebol numa fase de transição imposta por uma lesão músculo-esquelética, procurando considerar as várias esferas da sua vida diária (vida profissional, social, familiar ou desportiva).

Segundo a Federação Portuguesa de Futebol [FPF] (2012), sabe-se que o jogador amador é o

> Praticante de futebol que exerce a actividade desportiva mediante a celebração de um compromisso desportivo sem remuneração ou sem auferir, directa ou indirectamente, qualquer outro proveito material ou financeiro, com excepção do montante recebido a título de reembolso de despesas. (p4)

Segundo a mesma fonte, o jogador profissional é: "o praticante de futebol que, mediante a celebração de um contrato de trabalho desportivo, exerce a actividade desportiva como profissão, exclusiva ou principal, auferindo por via dela uma retribuição." (p. 4). Na região de Coimbra a maioria dos clubes têm escalões seniores de carácter amador, pelo que durante a realização deste estudo, a investigadora optou por realizar as entrevistas nestes escalões.

O critério de a lesão ter ocorrido dentro de um período de tempo recente, possibilita que o participante tenha memórias mais exatas sobre o acontecimento, permitindo que a informação relatada seja mais precisa e coerente.

O afastamento das competições é um fator crítico que pode influenciar diretamente o processo de adesão e recuperação da lesão músculo esquelética. Por este motivo, foi selecionado como critério de inclusão o afastamento da competição, permitindo analisar de que forma é que esse afastamento interferiu nas vivências dos atletas e nas suas decisões de saúde.

De acordo com Polit et al. (2004), no que diz respeito ao número de participantes na pesquisa qualitativa, não existem critérios ou regras pré-estabelecidas, sendo que este é definido em função da finalidade da pesquisa, da qualidade e profundidade da informação obtida pelos participantes. Outros autores como Strauss e Corbin (2008) referem que a recolha da informação continua "(…) até que todas as categorias estejam

saturadas; ou seja, não surge nenhum dado novo ou importante e as categorias estão bem desenvolvidas em termos de propriedades e de dimensões." (p.208).

De facto, no estudo qualitativo não é estabelecido um número limite de participantes, uma vez que este é determinado pela necessidade da informação, sendo que deve permitir a recolha de informações suficientes até que se atinja a redundância, ou saturação.

No estudo qualitativo "(…) as decisões de amostragem (…) são orientadas pelos dados", sendo que os investigadores qualitativos utilizam o "(…) princípio da saturação, que ocorre quando os temas e as categorias dos dados se tornam repetitivos e redundantes, de forma que nenhuma informação nova possa ser trazida com a coleta de mais dados." (Polit et al., 2004, p. 57). Segundo Loureiro (2006), a saturação é "um conceito que traduz aquele momento em que os dados deixam de trazer coisas novas, o que implica que o processo de análise decorra em simultâneo com a colheita de dados (…)." (p.26).

Face ao exposto, no presente estudo foi atingida a saturação das informações à nona entrevista, tendo-se realizado a décima entrevista para confirmação da saturação. De seguida apresenta-se a caracterização dos participantes no estudo. No sentido de garantir o anonimato dos participantes, faz-se referência utilizando a seguinte codificação: P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9 e P10. A caracterização é feita segundo a idade, o tempo de competição (anos), a escolaridade, a lesão ocorrida e o tempo de afastamento da modalidade (semanas), sendo as informações apresentadas na Figura 4.

Participaram no estudo dez atletas de futebol, do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 20 e os 34 anos de idade, sendo a média de idades de 26,9 anos. Quanto ao tempo de competição este varia entre os 8 e os 25 anos, sendo que, em média os atletas competem há 16,4 anos. Relativamente ao nível de escolaridade verificou-se que a maioria (7) possui o 12º ano de escolaridade, sendo que, um tem o 10º ano e dois têm licenciatura. Em relação à lesão ocorrida podemos verificar que duas lesões são fraturas, cinco são musculares e três de ligamentos do joelho. Estas lesões acarretaram em média um afastamento da competição de 6,2 semanas, ou seja, um afastamento em média de 6 jogos.

Partici-pante	Idade	Tempo de competição	Escolaridade	Lesão	Tempo de afastamento
P1	34	19 anos	12º ano	Fratura do rádio	10 semanas
P2	34	20 anos	Licenciatura	Bi-fratura do maxilar	8 semanas
P3	23	16 anos	12º ano	Rutura parcial do ligamento int. joelho	10 semanas
P4	23	8 anos	Licenciatura	Entorse do joelho	5 semanas
P5	28	12 anos	12º ano	Entorse do joelho	4 semanas
P6	35	25 anos	10ºano	Rutura longo adutor	10 semanas
P7	21	15 anos	12º ano	Contratura isquiotibiais	8 semanas
P8	21	15 anos	12ºano	Contratura quadricípite	3 semanas
P9	20	12 anos	12º ano	Rutura muscular coxa	2 semanas
P10	30	22 anos	12º ano	Microrrotura região posterior perna	2 semanas

Figura 4. Caracterização dos participantes.

Verificou-se que os participantes do estudo treinam entre 3 a 4 vezes por semana e têm uma competição por semana e que sete têm uma vez por ano lesões que exigem paragem de competição.

4.5 - COLHEITA DA INFORMAÇÃO

A colheita da informação é um processo objetivo e sistemático realizado consoante o nível de conhecimento do fenómeno, da questão e objetivo de investigação, bem como, das características dos participantes em estudo.

Na investigação qualitativa a informação pode ser recolhida através de diversos instrumentos, sendo da responsabilidade da investigadora selecionar o instrumento mais adequado para responder ao objetivo e à questão do estudo, uma vez que são estes elementos que vão permitir aceder à informação requerida de forma a dar resposta ao objetivo de investigação que foram previamente estabelecidos.

Fortin (1999) afirma que nos estudos em que há um nível baixo de conhecimento de sobre o fenómeno, ou seja, nos estudos de nível I, a investigadora deve procurar "acumular a maior quantidade de informações possíveis, a fim de abarcar os diversos aspetos do fenómeno" (p. 240), sendo que a autora sugere que neste nível poder-se-á recorrer a questionários, observações e/ou entrevistas. No mesmo sentido, as autoras

Polit et al. (2004), referem que "nas ciências humanas, uma boa parte da informação pode ser obtida pelo questionamento directo das pessoas." (p. 251). Já Streubert e Carpenter (2002) salientam que a entrevista é o instrumento que se adapta melhor para atingir os objetivos dos estudos qualitativos. Segundo Fortin (1999), "a entrevista é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objetivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas."(p. 245).

A realização da entrevista acarreta alguns obstáculos e dificuldades na sua execução que devem ser considerados na opção por este método. De facto, desde o momento da sua elaboração até ao fim da sua implementação, exige um elevado dispêndio de tempo por parte da investigadora. Por outro lado, a entrevista está associada a custos elevados para a investigação, principalmente se for realizada de forma presencial, uma vez que é realizada de acordo com a disponibilidade dos participantes, o que pode implicar maior número de deslocações da investigadora (Fortin, 1999). Porém, apesar destes obstáculos, a entrevista apresenta-se como um instrumento valioso para a colheita de informação, uma vez que permite um contacto direto entre investigador-participante. Este facto permite obter uma maior compreensão das questões evitando assim alguma má-interpretação e um maior índice de resposta o que poderá conduzir à obtenção de informações com maior profundidade e de conteúdo mais rico (Polit et al., 2004).

Na opinião de Fortin (1999) a entrevista aberta, poderá ter uma vertente parcialmente estruturada ou semiestruturada, na qual o "responsável apresenta uma lista de temas a abordar, formula questões a partir destes temas e apresenta-os ao respondente segundo uma ordem que lhe convém." (p. 247). Neste âmbito, considerando a natureza do estudo, optou-se por utilizar como instrumento de colheita de informação, a entrevista semiestruturada. Esta opção teve a ver com a pouca experiência da investigadora na realização de entrevistas, uma vez que, a utilização de linhas norteadoras permite uma melhor orientação da entrevista com fim de atingir o objetivo proposto, mantendo a liberdade e riqueza do diálogo. Deste modo, a entrevista semiestruturada foi elaborada com questões abertas e claras, de forma a permitir ao participante responder de forma livre, sem condicionantes e/ou respostas pré-determinadas (Fortin, 2009).

Para a construção da entrevista, num primeiro momento a investigadora elaborou uma grelha, onde considerou os blocos temáticos do estudo, aos quais atribuiu questões norteadoras que permitissem obter respostas aos mesmos. Depois selecionou

indicadores de resposta para cada questão permitindo clarificar o que se pretendia obter com cada questão (Apêndice I). Esta grelha deve ser avaliada de forma crítica por profissionais com experiência na área do estudo e na investigação e pelo orientador do estudo. A grelha foi avaliada por um EEER, com vários anos de experiência em clubes de futebol e pelo orientador do estudo.

De seguida foi elaborado o guião de entrevista, permitindo apresentar as questões norteadoras elaboradas de forma lógica, facilitando a comunicação entre entrevistador e participante. Depois, deve ser realizado um pré-teste ao guião de entrevista, ou seja "um ensaio para determinar se o instrumento foi formulado com clareza, sem parcialidade e se é útil para a geração das informações desejadas." (Polit et al., 2004, p. 256). O pré teste foi realizado através de entrevistas preliminares junto de indivíduos que tenham vivenciado o fenómeno em estudo, de forma a permitir avaliar a eficácia e impacto do instrumento a ser utilizado. Neste estudo, foram realizadas duas entrevistas pré-teste que permitiram que a investigadora se familiarizasse com o fenómeno em estudo, bem como, adequasse o instrumento de colheita de informação aos objetivos do estudo. Houve necessidade de alterar o guião original, devido à existência de repetições nas questões que dificultavam a orientação da entrevista, chegando assim às questões norteadas para a realização do estudo (Apêndice II).

De forma a recolher toda a informação com rigor, foram efetuadas gravações áudio de todas as entrevistas em suporte digital, que duraram em média 22 minutos. Posteriormente foi realizada a audição de cada entrevista e transcrito com rigor o *verbatim* nelas contidas. O processo de audição e transcrição foi realizado sempre no final de cada entrevista. As transcrições foram posteriormente validadas por cada participante e analisadas as temáticas relatadas pelos participantes.

4.6 - ASPETOS ÉTICOS E FORMAIS

A colheita e registo da informação só é possível após reunidas as autorizações e consentimentos informados por parte de todos os intervenientes. O primeiro contacto foi realizado pela investigadora diretamente com os responsáveis de cada clube de futebol tendo apresentado o estudo que se pretendia realizar e solicitado ao responsável a autorização escrita para aceder aos participantes (Apêndice III).

Após este primeiro contacto e autorizada a realização do estudo, a investigadora contactou o responsável pela equipa de saúde, para dar conhecimento da autorização para a realização do estudo, e solicitar a sua colaboração. Todos os responsáveis pela equipa de saúde colaboraram, tendo analisado os critérios de inclusão e informado a investigadora dos atletas que cumpriam esses critérios. Posteriormente a investigadora contactou diretamente os participantes, como forma de estabelecer maior proximidade. Apresentou-lhes o estudo e o seu objetivo, a duração prevista para a entrevista, a necessidade do seu consentimento para a realização do estudo e da gravação áudio. Após este esclarecimento e a aceitação por parte dos atletas, procedeu à marcação das entrevistas, de acordo com a sua disponibilidade.

O ambiente da entrevista pode ser determinante para o seu desenvolvimento, devendo ser realizada num local que permita a privacidade do participante e isento de barulhos externos. As entrevistas foram marcadas de acordo com a disponibilidade dos entrevistados e em local favorável para os mesmos, pelo que todas as entrevistas foram realizadas de forma individual, respeitando a intimidade dos entrevistados, evitando a presença de elementos externos.

Antes de iniciar a entrevista, a investigadora informou novamente cada participante do objetivo do estudo, da garantia de anonimato e confidencialidade da informação, e de que a sua participação era voluntária, podendo desistir a qualquer momento. Após esta apresentação foi solicitado o consentimento informado por escrito (Apêndice IV).

Durante a entrevista a investigadora manteve a preocupação em respeitar os princípios éticos inerentes à investigação qualitativa, mantendo o respeito pelos princípios da beneficência, autonomia e da justiça, como também, da dignidade de todos os participantes (Streubert & Carpenter, 2013).

4.7 - ANÁLISE DA INFORMAÇÃO

A análise da informação numa investigação qualitativa é "(…) uma atividade intensiva, que exige criatividade, sensibilidade conceitual e trabalho árduo." (Polit et al., 2004, p.358). De facto, este é um processo que exige que a investigadora se envolva profundamente com a investigação e reflita sobre as descrições da experiência humana, com fim de evidenciar as unidades de significação representativas dessa experiência (Streubert & Carpenter, 2013). Assim, através da análise da informação pretende-se

"(…) organizar, fornecer estrutura e extrair significado dos dados de pesquisa." (Polit et al., 2004, p. 358).

Fortin (1999) considera que a análise da informação de um estudo fenomenológico tem quatro fases principais. Num primeiro momento o investigador procura colocar em evidência o sentido geral do texto através da audição/leitura repetida das entrevistas, como forma de se familiarizar com as vivências descritas. Após esta fase, há a identificação das unidades de significação através da subdivisão do texto em partes que ilustram o fenómeno em estudo. Num terceiro momento, o investigador procura aprofundar a compreensão das unidades, analisando temáticas centrais, ou seja, faz um desenvolvimento do conteúdo das unidades de significação. Por fim, o investigador realiza uma síntese do conjunto das unidades de significação, as quais dizem respeito a "constituintes que determinam o contexto do fenómeno explorado e que incluem forçosamente a parte da significação inerente a este contexto." (Deschamps, 1993, p. 18 como referido por Fortin, 1999, p. 315).

A análise da informação na investigação qualitativa não segue um processo sequenciado de forma estanque, "(…) não existem regras sistemáticas para a análise e apresentação dos dados qualitativos." (Polit et al., 2004, p.358). Apesar da investigação qualitativa ser um processo flexível, as autoras defendem que os investigadores poderão seguir uma diretriz pré-estabelecida, que permita orientar o decurso do processo de análise.

Na investigação fenomenológica há uma grande diversidade de métodos para a análise da informação, sendo da responsabilidade da investigadora selecionar a abordagem que mais se adequa aos fundamentos da sua investigação e consequentemente que permita uma interpretação rigorosa dos fenómenos em estudo (Streubert & Carpenter, 2013). Deste modo, para a análise da informação da presente investigação, a investigadora optou por selecionar o processo interpretativo de Colaizzi. Este método foi selecionado por permitir uma análise cuidada das comunicações e uma compreensão crítica dos significados das descrições, como também, pelo facto de permitir o regresso aos participantes para validação dos significados. Segundo Polit et al. (2004), este método é um dos três métodos de análise mais frequentemente utilizados na Enfermagem.

O método Colaizzi e as respetivas etapas processuais são descritos por vários autores, embora as duas primeiras etapas não sejam consensuais (Streubert & Carpenter, 2013; Polit et al., 2004). Neste âmbito, considerando que na investigação qualitativa a análise da informação começa desde o início da sua colheita, a investigadora optou por seguir a

descrição de Streubert e Carpenter (2013), que faz referência ao método com apresentação das seguintes nove etapas processuais:

- "Descreva o fenómeno de interesse;
- Recolha descrições dos participantes acerca do fenómeno;
- Leia as descrições do fenómeno feitas por todos os participantes;
- Regresse às transcrições originais e extraia as declarações significativas;
- Tente atribuir um significado a cada declaração significativa;
- Organize a agregação dos significados formalizados em grupos de temas;
- Escreva uma descrição exaustiva;
- Volte aos participantes para validarem a descrição;
- Se forem revelados novos dados durante a validação, incorpore-os na descrição exaustiva." (p. 80).

De seguida a investigadora faz uma breve descrição dos procedimentos utilizados em cada etapa, para tornar percetíveis as fases do processo metodológico utilizadas na presente investigação.

Na primeira etapa, a investigadora procurou qual o fenómeno com interesse para o estudo que surge das suas crenças e inquietações iniciais sobre a realidade, tendo procurado descrevê-lo de forma rigorosa e detalhada. Esta etapa já foi clarificada no início do estudo empírico onde se analisou e descreveu a problemática de investigação.

De forma a observar a realidade tal como é vivenciada e para realizar uma descrição objetiva do fenómeno em estudo, a investigadora procurou refletir sobre as suas crenças antes de iniciar o estudo, anotando-as, de forma a poder afastar-se das mesmas durante a realização do estudo.

A segunda etapa corresponde à recolha das informações junto dos participantes, tendo procurado recolher as descrições destes sobre as suas vivências da realidade em estudo, através da realização das entrevistas.

No terceiro momento do método de Colaizzi preconiza-se que se realize uma leitura das transcrições das entrevistas com fim de adquirir o sentido global das mesmas. Assim, durante esta fase a investigadora efetuou a transcrição literal de cada entrevista e a leitura e releitura das entrevistas.

Durante este processo e com o aprofundamento na investigação, iniciou o processo de codificação, iniciando a quarta etapa sugerida por Colaizzi, onde a investigadora regressou a cada transcrição com fim de obter as declarações significativas para o estudo. Estas foram identificadas através do relato das vivências, pela repetição de ideias durante a entrevista, como também, pelo reforço de ideias através da linguagem não-verbal.

Na quinta etapa, de acordo com indicação do autor, a investigadora tentou atribuir um significado a cada declaração anteriormente obtida, isto é, formular significados através da transposição das palavras dos participantes, procurando manter sempre o contexto e o sentido das palavras referidas.

A sexta etapa diz respeito à organização dos significados obtidos em grupos de temas, sendo que esta organização da informação permitiu à investigadora reunir todas as categorias de informação contidas nas transcrições.

A sétima etapa consistiu em realizar uma descrição exaustiva do fenómeno e da sua estrutura através da agregação dos conjuntos de temas e dos significados previamente formulados com uma afirmação tão inequívoca quanto possível.

Nas últimas duas etapas, o autor prevê que a investigadora regresse aos participantes para validar a descrição do fenómeno em estudo e que estes confirmem, ou não, se estas representam as suas vivências. No caso de nesta fase os participantes acrescentarem novas informações, a investigadora poderá introduzir as mesmas na análise efetuada.

A cada entrevista foram realizadas as primeiras seis etapas, no sentido da investigadora se ir apercebendo da informação recolhida e da obtenção da saturação das respostas. Após a saturação das respostas passou-se às etapas seguintes.

4.8 - VALIDAÇÃO E RIGOR DA INVESTIGAÇÃO

Na investigação qualitativa é essencial que a investigadora assegure durante todo o processo de investigação, o rigor e a adequação do método, de forma a assegurar a fiabilidade dos resultados obtidos.

Num primeiro momento, importa refletir se a opção metodológica do estudo em questão se encontra adequada à problemática em estudo, bem como, à questão de investigação e aos objetivos do estudo, sendo que, como já explorado, pretende-se analisar a

experiência tal como é vivida pelos participantes, procurando o significado que é atribuído por estes. Esta temática é uma área que tem sido pouco explorada na Enfermagem e que necessita de ser analisada com maior profundidade, uma vez que poderá interferir diretamente com o decurso do processo de recuperação dos atletas.

Na verdade, "a finalidade do rigor na investigação qualitativa é representar rigorosamente as experiências dos participantes." (Streubert & Carpenter, 2013, p. 49). Com a evolução da metodologia qualitativa, vários autores procuraram conceitos que permitissem definir o rigor, dos quais se salientam Guba e Lincoln (1985 como referido por Fortin, 2009), que identificaram conceitos que "descrevem as técnicas operacionais de apoio ao rigor do trabalho: credibilidade, confiança, confirmabilidade e transferibilidade." (Streubert & Carpenter, 2013, p.49).

Credibilidade

Segundo Polit et al. (2004), a credibilidade diz respeito à confiança na veracidade das informações recolhidas, envolvendo "dois aspectos: primeiro, realizar a investigação de uma forma que enfatize a credibilidade e, segundo, tratar de demonstrar credibilidade." (p. 295). De facto, a credibilidade de uma investigação qualitativa corresponde à "(…) precisão dos nossos achados, tal como são descritos pelos participantes", isto é, a credibilidade é tanto maior quanto maior proximidade existir entre a realidade que é descrita pela investigadora e a realidade vivenciada pelo participante (Loureiro, 2006, p. 27).

Deste modo, ao longo do presente estudo foram adotados procedimentos que permitissem aumentar a credibilidade dos resultados obtidos e consequentemente diminuir possíveis fontes de erro. Segundo Streubert e Carpenter (2013), é frequente "(…) o acto de voltar aos informantes para ver se reconhecem os resultados (…)." (p. 50). Neste âmbito houve preocupação de validar junto dos participantes do estudo a veracidade dos resultados, sendo esta realizada após a análise das entrevistas onde foi validada a descrição dos fenómenos.

As entrevistas foram realizadas num ambiente escolhido pelo participante, procurando que este fosse um ambiente agradável e confortável para o mesmo.

Associado a esta técnica surge o conceito de triangulação que diz respeito à confirmação da informação obtida por mais de um investigador, permitindo uma análise

mais rigorosa (Loureiro, 2006). Neste sentido, durante a investigação a triangulação das informações foi executada através do recurso a um colega com experiência em estudos qualitativos, bem como, com o auxílio do professor orientador para validação do processo de análise e codificação.

Confiança e Confirmabilidade

O conceito de confiança/dependência corresponde à verificação do processo de investigação, bem como do método utilizado. Este conceito pressupõe que o percurso utilizado para o elaborar se encontre adequadamente descrito, de forma que dois investigadores diferentes possam validar o mesmo processo de investigação.

A confirmabilidade de uma investigação tem como objetivo "(…) ilustrar, tão claramente quanto possível, os processos de evidência e pensamento que conduzem às conclusões." (Streubet & Carpenter, 2013, p.50). Na mesma perspetiva, Loureiro (2006), refere que a confirmabilidade permite-nos avaliar "(…) em que medida os achados do estudo são o produto do foco da investigação e não uma interpretação arbitrária e enviesada do próprio investigador." (p. 30).

Segundo os autores anteriormente citados, para verificar a confirmabilidade de um estudo é necessário verificar as informações obtidas ao longo de todo o processo de investigação, desde a recolha das mesmas, passando pela análise das transcrições e notas realizadas, como também, pela análise das unidades e significados obtidos, ou seja, "as significações que emergem dos dados devem ser verificadas para avaliar-lhe a veracidade, a solidez e a certeza (…)." (Fortin, 2009, p. 305).

O presente estudo não foi sujeito a auditoria externa ao processo de investigação, no entanto, houve sempre validação da sua execução pelo professor orientador.

Transferibilidade

Quanto à transferibilidade, Fortin (2009) refere que é a "(…) aplicação ou à transposição dos resultados para outros meios, para outras populações ou para outros contextos." (p.305). Já Streubert e Carpenter (2013) referem-se à transferibilidade como sendo a "(…) probabilidade dos resultados do estudo terem significado para os outros contextos semelhantes." (p. 50).

Segundo Loureiro (2006), sabe-se que o aumento da transferibilidade de um estudo pode dever-se à realização de uma colheita de informação pormenorizada que se verifique na riqueza das descrições dos informantes, como também, na seleção de participantes que permitam a obtenção de informação detalhada. Neste âmbito, no estudo em questão a transferibilidade das informações a outros contextos ou meios verifica-se devido à seleção de participantes que vivenciaram o fenómeno recente na primeira pessoa e que foram capazes de transmitir a informação de forma aprofundada, aumentando a probabilidade de obter relatos mais ricos e consequentemente aumentar a transferibilidade.

De seguida a investigadora apresenta a informação recolhida após o seu tratamento, onde é feita a sua análise e discussão com base na literatura.

5 - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DA INFORMAÇÃO

No presente capítulo a investigadora faz a apresentação, análise e discussão dos dados obtidos através das entrevistas realizadas aos atletas de futebol que participaram no estudo.

Através das informações recolhidas e após o seu tratamento, foram encontrados os temas essenciais, sendo as declarações temáticas apresentadas como forma de contextualização e clarificação dos temas e dos seus aspetos temáticos. A investigadora optou por recorrer a figuras para melhor ilustrar os temas e aspetos temáticos.

Para a apresentação da informação, tendo em vista a apresentação e descrição da experiência vivida pelos informantes do estudo, recorreu a excertos do discurso dos mesmos, isto é, às declarações significativas, as quais estão identificadas com a letra P (participante), seguida do número referente à ordem em que foi realizada a entrevista.

Em simultâneo com a apresentação, a investigadora faz a discussão das informações obtidas, de forma a analisar o significado atribuído à experiência vivida pelos informantes, contextualizando com a literatura existente, bem como, com a reflexão pessoal, de forma a enriquecer a discussão.

Na Figura 5, apresenta os seis temas essenciais que surgiram do processo de análise fenomenológica relativos às vivências dos informantes, sendo eles: ocorrência da lesão, paragem de competição, procura da equipa de saúde, recuperação, limitações e sugestões.

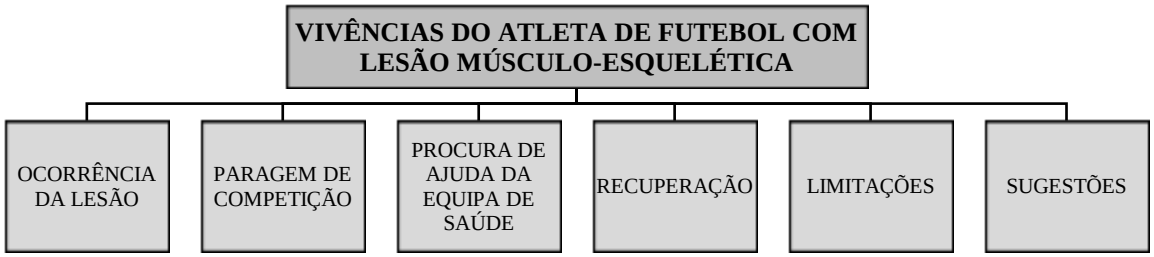

Figura 5. Temas das vivências do atleta de futebol com lesão músculo esquelética.

De seguida apresenta-se, analisa-se e discute-se cada tema num subcapítulo.

5.1 - VIVÊNCIAS PERANTE A OCORRÊNCIA DA LESÃO

Perante a ocorrência da lesão os atletas referiram conteúdo que permitiu considerar dois subtemas, conforme se apresenta na Figura 6: motivos e sentimentos.

Figura 6. Subtemas do tema ocorrência da lesão.

Estes dois subtemas são apresentados em subcapítulos separados de forma a se obter a melhor compreensão do conteúdo expresso nos mesmos.

5.1.1 - Motivos da ocorrência da lesão

A perceção que os atletas têm do motivo (origem) da lesão, pode condicionar e interferir com as suas vivências relativamente à sua recuperação. Neste âmbito é importante que estes sejam capazes de reconhecer o motivo da lesão de forma a adquirir estratégias para evitar a sua reincidência. De acordo com o conteúdo expresso pelos atletas relativamente aos motivos da ocorrência da lesão, verificou-se que referiram motivos devidos a si e devido aos outros.

Motivos da ocorrência da lesão devidos a si

No presente estudo a maioria dos atletas (8) referiram que a ocorrência da lesão se deveu a ações dos próprios, tais como:

- Mau apoio do pé

> "Foi num lance no meio campo que eu ia tentar passar ao meu colega só que o meu pé de apoio ao colocar no chão escorreguei e abriu. (…) Acho que foi [risos] acho que foi [pausa] uma situação em que tive azar, porque normalmente isso, ainda por cima estava de alumínio [pitons], normalmente isso nunca acontece, só que naquele momento tinha que acontecer". P6
> "(…) apoiei-me mal e ao apoiar-me fiz fratura (….)". P1

- Adoção de más rotinas diárias

  "Sim mais devido a mim e depois também as lesões acabam por ser numa altura em que eu tenho uma má rotina por que é sempre em época de exames, acabam sempre por ser a seguir a isso, em que nós acordamos mais tarde, a alimentação não é a mesma e depois vou para os treinos e a minha condição física se calhar não é a melhor e é tudo um aglomerar de situações que influenciam." P7

- Escolha do equipamento

  "Ahhh, [pausa] pode ter sido devido a mim porque eu lembro-me do terreno estar seco e eu ter jogado com um piton misto, que é um piton que tem alumínio e de borracha normal e se calhar não era as melhores condições para estar a jogar com um piton misto, devia ter sido um piton normal, porque o terreno não estava regado e por isso é que se calhar o pé prendeu, que eu lembro-me que o pé ficou preso na relva quando fiz a rotação e daí ter feito a lesão." P4

- Preparação inadequada ou recuperação incompleta de lesões anteriores

  "Digo, que possa ter sido disso de, pronto, nessa semana sei que não consegui vir mais cedo e ia logo treinar, não vinha fazer o reforço antes. Não sei se pode ter sido disso ou não." P4

  "Ahhh é assim analisando agora depois de relembrar o lance várias vezes, penso que foi um lance fortuito porque ter posto o pé ou não foi um momento sem pensar, foi o facto de não querer sofrer golo e então defender, se calhar tive culpa podia ter [pausa] tido mais consciência e dar o lance como perdido, mas tentei ao máximo evitar isso e foi inevitável o contacto a seguir." P5

  "Acabo sempre por me aleijar, por me lesionar, mas basicamente sim a causa da lesão foi o facto de eu aquecer mal, de eu ás vezes chegar ao treino e integrar logo com bolo e má preparação e depois eu querer logo desde o inicio expressar o máximo de mim e os meus músculos não aguentarem." P7

  "Isto já vem de há muito tempo atrás, eu acho que isto nunca ficou totalmente curado (…)." P7

- Presença de fadiga

  "Foi num lance sozinho [pausa] a dominar a bola, (…) a partir de uma certa idade parece que as lesões aparecem mais fácil. Pode ter sido daí, os músculos já estarem muito fatigados destes anos todos. Também pode ser de uma dor que eu tenho tido no tendão de aquiles que me afeta muito os gémeos, mas também está ligado a este músculo. Pode ser de várias coisas, mas eu penso que é mais dessa dor que eu tenho." P10

> "Eu acho que o corpo acusou, depois de muito jogo, as últimas três semanas já andava a sentir-me mesmo muito cansaço mesmo antes dos jogos eu falava com o responsável de saúde e dizia: mais dia menos dia eu não sei, espero que não, mas eu acho que isto vai rasgar. Eu mesmo antes dos jogos já sentia muito cansaço, mesmo nos treinos eu já me sentia mole que já não reagia como no início da época, já estou muito mais pesado [pausa] (…)" P9

Apesar dos aspetos da vida quotidiana, em especial os que criam maior dificuldade, serem muitas vezes atribuídos aos outros ou ao acaso, verifica-se que nesta situação, existe por parte dos atletas a consciência de que as lesões foram devidas a opções, decisões ou escolhas suas. A existência desta consciência será importante para se obter um maior envolvimento no processo de recuperação, mas, por outro lado, também poderá contribuir para que possam querer esconder ou mesmo procurar minimizar as lesões.

Motivos da ocorrência da lesão devido aos outros

Apenas dois atletas referiram que a causa da lesão estava relacionada com fatores externos, tais como:

> "Foi uma pancada, foi devido aos outros." P3
> "Outros, sim, pelo menos eu alongo sempre, faço sempre os exercícios como deve ser, sou uma pessoa preocupada, quando estou lesionado quer sempre recuperar o mais rápido possível e [pausa] não havia como evitar." P8

Segundo as declarações analisadas, os atletas demonstram capacidade em reconhecer a origem da sua lesão, no entanto manifestaram que alguns fatores podiam ter sido corrigidos de forma a evitar a lesão. O facto de a maioria dos atletas atribuir a causa da lesão a eles próprios poderá conduzir um sentimento de maior responsabilização sobre o processo de recuperação.

5.1.2 - Sentimentos relativos à ocorrência da lesão

Em relação ao tema ocorrência da lesão, pode-se observar na Figura 7 que no subtema sentimentos, encontraram-se os seguintes aspetos temáticos: frustração, incapacidade tristeza, desapontamento, deceção, revolta e preocupação.

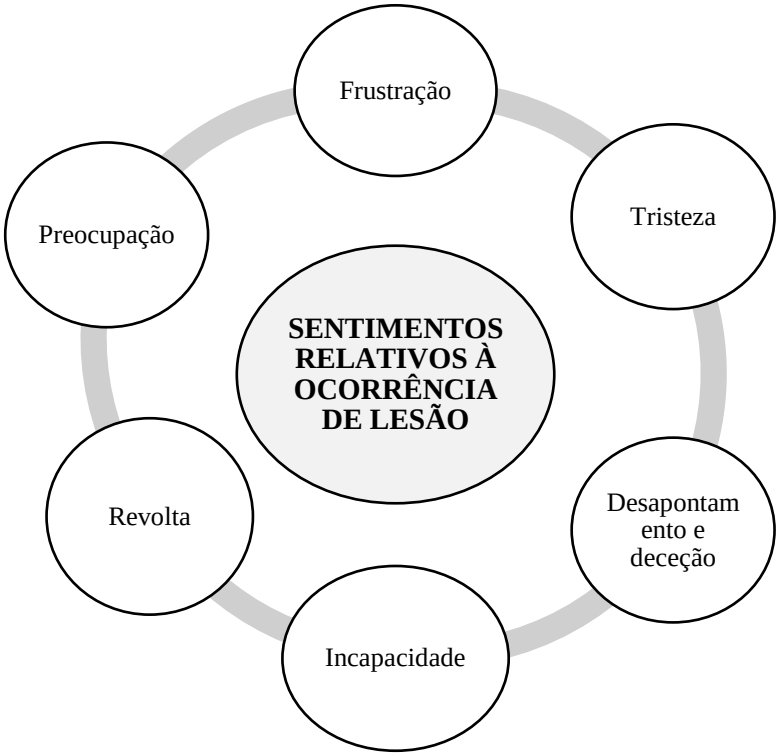

Figura 7. Sentimentos relativos ao tema ocorrência da lesão.

Perante a ocorrência de uma lesão músculo-esquelética vários participantes referiram que vivenciaram o sentimento de frustração, estando este sentimento maioritariamente associado ao facto de estarem impedidos de fazer o que gostam, como pode ser constatado nas seguintes declarações:

> "Além das dores, frustrado. Frustrado por não poder [pausa] pronto porque é uma coisa que eu gosto de fazer, (…)." P3

> "É porque eu não consigo estar aqui parado e então nós queremos é estar sempre lá dentro a jogar. É basicamente isso e agora nesta fase em que eu estou é frustrante isto acontecer." P10

> "Frustração, além das dores, frustração. É o impedimento de continuar, por isso [pausa], também para mim o futebol para mim também é um bocado para limpar um bocado a cabeça e não sei quê, de maneira que nesse tempo que estou assim é complicado. (…)." P3

O diagnóstico da lesão músculo-esquelética tem um impacto negativo no atleta, pois este observa esta situação como um obstáculo à sua afirmação desportiva, vivenciando períodos de frustração mais ou menos intensos consoante os seus mecanismos de *coping*, podendo mesmo conduzir à perda da motivação.

Estas declarações vão de encontro com o descrito na literatura, uma vez que "ao nível emocional, os atletas poderão vivenciar períodos de frustração, raiva, confusão, depressão, medo e baixa autoestima." (Heredia, Muñoz e Artaza, 2004; Tracey, 2003 como referidos por Vasconcelos-Raposo et al., 2014, p. 114).

Como verificado, a lesão é vivenciada como obstáculo à prática de atividade física e conduz a sentimentos de frustração, no entanto, também conduz a sentimentos de insatisfação e desvalorização, representados através da tristeza. Neste âmbito, três participantes relataram a vivência de sentimentos de tristeza associados à ocorrência da lesão, de onde se salientam:

> "Uma tristeza grande, a gente quer jogar sempre, quer estar bem sempre [pausa] e para mim estar no posto médico é muito mau." P10

> "O jogador não gosta de ficar parado, não gosta de ir para o banco, quer jogar, portanto fiquei triste, mas uma pessoa pronto foram três jogos, podia ter sido mais, podia ter sido um ano, podia ter sido um jogo. O importante é depois focar e foi o que eu fiz, foquei-me em tratar, soube o que é que tinha que fazer, pôr quentes, depois fazer gelo, essas coisas todas [pausa] e foram esses os meus sentimentos." P8

> "Estava triste, estava muito triste, (…)." P5

Através das declarações dos participantes compreendemos que pelo facto de não conseguirem jogar, encontram-se descontentes com eles próprios e com a sua realização pessoal. Verifica-se que houve participantes que referiram os sentimentos de frustração e de tristeza em simultâneo, como constatado na seguinte declaração:

> "Senti-me um bocado frustrado, um bocado triste, porque eu já ando nisto há muitos anos, gosto disto e tenho feito a minha vida [pausa] (…)" P6

Por outro lado, associado aos sentimentos de frustração e tristeza, surgiram também sentimentos de deceção e desapontamento, uma vez que a lesão impede os participantes de atingirem os objetivos e as expetativas delineadas para a época desportiva. Estes sentimentos foram descritos por dois participantes nas seguintes declarações:

> "Fiquei um bocado triste e desapontado, eu gosto sempre de jogar à bola e é para isso que estou [pausa], mas tinha que me focar em estar preparado e recuperar o mais rapidamente possível para poder jogar." P8

> "Epa, Fiquei abananado, então foi um soco na cabeça. [risos]. Não sei, fiquei (…) Ahh estava dececionado, claro." P2

Os sentimentos descritos pelos participantes vão de encontro ao estudo de Clement, et al. (2013) que refere que os atletas lesionados apresentam respostas emocionais como raiva, sintomas depressivos (angústia, desânimo, frustração) e ansiedade.

O que emergiu muito nas entrevistas foi o facto da lesão músculo-esquelética comprometer a capacidade física e/ou emocional do atleta para participar no desporto, o que o impede de desempenhar o seu papel na equipa. Neste sentindo, um participante referiu que perante a ocorrência da lesão vivenciou sentimentos de incapacidade, considerando que não era útil, tal como descrito de seguida:

> "(….) sentia-me incapacitado (…) pensava que não não [pausa] não me sentia útil, (…) parecia um inválido de certa forma (…)." P5

> "(…) [pausa] uma sensação horrível de como é que é possível de um momento para o outro ter uma dor tão grande, de um lance, de um momento que à partida não seria nada de assim tão grave e então foi muito difícil, conseguir recuperar primeiro psicologicamente." P5

As manifestações apresentadas por este participante vêm de encontro ao descrito por Brink et al. (2010), num estudo comparativo entre jogadores lesionados e saudáveis, onde os jogadores com lesão vivenciavam experiências de exaustão emocionais mais significativas, o que por sua vez os fazia sentir menos aptos e menos em forma.

É de referir que no presente estudo apenas um participante demonstrou sentimentos de preocupação perante a ocorrência da lesão, tal como referenciado:

> "Eu fiquei muito preocupado foi mesmo no domingo quando isso aconteceu. Nessa semana não tivemos treino na terça, vim na quarta-feira de propósito para estar com o fisioterapeuta e quarta e quinta estive com ele e sexta fui fazer a ecografia." P9

Este sentimento de preocupação encontra-se relacionado com o facto de a sintomatologia ser exacerbada (dores e derrames), como também pelo desconhecimento do diagnóstico e consequentemente do tempo e processo de recuperação.

Um dos participantes referiu ainda que perante a ocorrência da lesão vivenciava sentimentos de revolta devido a se encontrar frequentemente lesionado e também por ser sempre pelo mesmo tipo da lesão.

> "O primeiro sintoma que se sente, ou melhor, quando eu sinto que tenho uma lesão, ainda por cima a minha lesão é sempre a mesma, nunca passa disto, nunca tive outra lesão, sinto que tive sempre a mesma, é a revolta, porque é sempre a mesma coisa." P7

Como se pode constatar das declarações apresentadas perante a ocorrência da lesão músculo-esquelética os atletas sentem-se impedidos de concretizarem os seus objetivos e de se afirmarem no âmbito desportivo, vivenciando períodos de frustração, tristeza ou preocupação que se não forem detetados e acompanhados poderão conduzir a perda de autoconfiança ou até mesmo motivação para iniciar e manter a sua recuperação.

5.2 - VIVÊNCIAS PERANTE A PARAGEM DE COMPETIÇÃO

A paragem de competição é um tema que surgiu das declarações das vivências dos atletas de futebol com lesão músculo-esquelética. No âmbito desta temática salientam-se os seguintes sentimentos: frustração, tristeza, revolta, desânimo e deceção, angústia, *stress*, perda, falta de confiança, apoio e fuga.

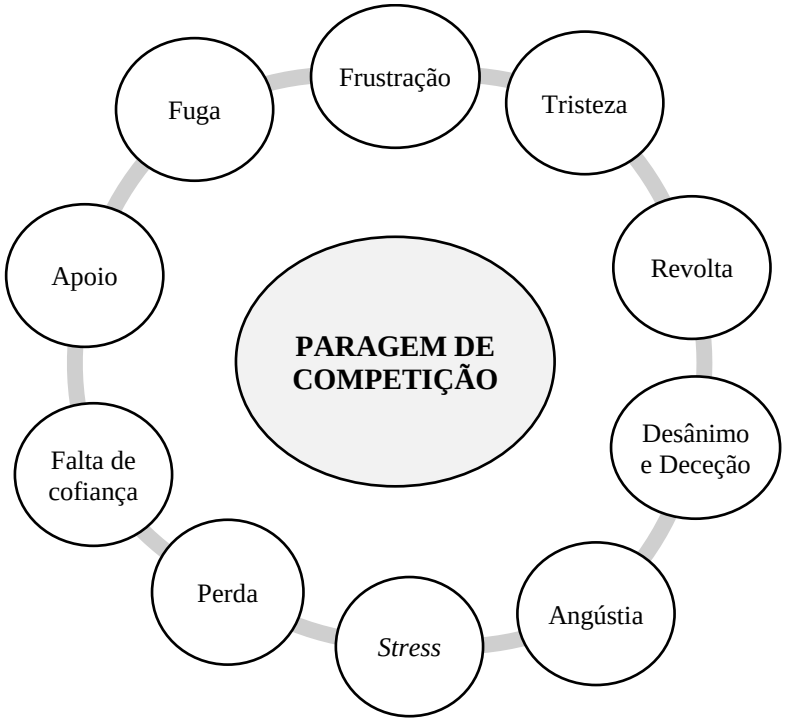

Figura 8. Sentimentos relativos ao tema paragem de competição.

A ocorrência da lesão muitas vezes implica a paragem da competição, impedindo os atletas de cumprirem com o seu papel, podendo afastá-los do grupo. Da análise das narrativas dos entrevistados, inferem-se impactos notórios no seu estado emocional, sendo que a frustração e tristeza são dos sentimentos mais referidos pelos atletas, nomeadamente no que concerne à prestação no clube e pertença na equipa.

> "Este é o meu primeiro ano neste clube e estou quase desde o início da época lesionado, ou seja, lesiono-me, depois voltava a jogar e lesionava-me outra vez, não consigo dar o contributo que eles esperam de mim por estar sempre lesionado e parece que está sempre aqui alguma coisa, então acho que [pausa] aí é um grande sentimento de frustração por não poder ajudar os meus colegas e estar sempre lesionado e não poder demonstrar o meu valor, é frustrante." P4

> "Sim claro [pausa] um pouco triste, nós queremos estar sempre todos juntos e estar a treinar juntos e ir aos jogos juntos e os almoços juntos, porque nós aqui dentro somos tipo uma família. Estamos juntos, convivemos juntos [pausa] é claro que isso é sempre triste." P10

> "É uma tristeza momentânea, acho quando se gosta de uma coisa e se vê que se vai ficar sem ela durante algum tempo é normal que uma pessoa muitas vezes não reaja bem, mas é depois aí que se mostra que gostamos mesmo disso e vamos ter que estar um bocado de fora." P9

> "O jogador gosta de jogar e quer jogar sempre e não poder ajudar a equipa, os amigos, aquilo é uma segunda família, as pessoas que estão dentro consideram e tem que ser assim ter ali uma segunda família e é pena uma pessoa estar de fora, acho que ninguém gosta, foi só isso." P8

As declarações apresentadas vão de encontro ao referido por Arvinen-Barrow, Massey e Hemmings (2014), uma vez que a paragem de competição conduz à existência de emoções negativas (dúvida sobre si, frustração, *stress* e fadiga), e consequentemente implica uma diminuição da capacidade do atleta para gerir os seus sentimentos, pensamentos e comportamentos.

Dois informantes referiram frustração e tristeza associadas à sua prestação não ir de encontro ao investimento monetário realizado pelo clube:

> "Sim, [pausa] no sentido de não poder contribuir com a minha prestação, não é. Eu sinto que por exemplo no nosso caso em particular estar a pagar a um jogador que não pode dar o seu contributo (….), é frustrante." P3

> "(…) e depois ter estas lesões e continuar e não conseguir demonstrar o meu valor às pessoas, porque as pessoas que estão aqui confiaram em mim e pagam, ou seja, se estás a receber dinheiro para jogares tens que dar alguma coisa que é jogar, é o que estás a dar ao clube, e eu não consegui fazer isso. Daí estar frustrado e triste, (…)." P4

Estes sentimentos também se encontram muito associados ao facto de a equipa não ter muito jogadores, isto é, o plantel ser reduzido e os atletas sentirem que deveriam estar com capacidades de ajudar e contribuir para a equipa.

> "Relativamente ao clube também senti que as pessoas [clube, dirigentes e treinador] estavam tristes, porque acho que contribuo para ajudar a equipa,

> acho que fazia falta, além de nós não termos um plantel muito longo, é um bocado curto, ainda por cima com as lesões é complicado e era complicado para eles, para o clube, para mim." P6

> "(…) no nosso caso em particular a equipa está com um plantel curto e sinto que sou uma baixa importante para a equipa." P3

> "Senti-me mal, porque realmente o futebol é das coisas que eu mais gosto e nesta altura para nós, qualquer jogador que não possa jogar, como temos o plantel curto, é complicado. E dois meses e meio foi muito tempo afastado (…)." P1

Como verificado, as expetativas de contribuir com a sua prestação para o clube estão comprometidas quando os atletas se encontram fora da competição, o que é agravado pelo facto de serem remunerados para cumprir o seu papel, bem como, pelo facto de não haver jogadores suficientes para os poder substituir, o que lhes transmite sentimentos de insatisfação para com o clube e para com eles próprios.

Este sentimento de insatisfação encontra-se mais acentuado em atletas que manifestaram preocupação em manter hábitos saudáveis e de prevenção de lesões. No entanto, vivenciam situações de recidiva de lesões, tal como podemos constatar nas seguintes declarações:

> "(…) ainda por cima no meu caso é o segundo ano consecutivo que isto está a acontecer comigo, por um período alargado, é frustrante." P3

> "(…) a minha vida é o futebol e é claro que quando uma pessoa está muito tempo parada fica triste não é? (…)." P6

> "Também sinto triste, porque nunca estive assim, e estar sempre a trabalhar para não ter a lesão e depois ao mesmo tempo tê-la na mesma, ou, vir sempre a voltar a ter. Penso que, é que se fosse uma pessoa que não ligasse e tivesse uma má alimentação, ou que não viesse fazer os exercícios corretos, aí sim podia dizer, ahh pronto pode-me acontecer a mim." P4

Através da análise das descrições, perante a paragem de competição surgem também sentimentos de revolta caracterizados pela desordem e confusão nos pensamentos e ações, sendo este sentimento por vezes potenciado pelo facto da lesão ser devido a ações do próprio.

> "(…) será a revolta por nos estarmos a pôr-nos outra vez de parte e fui eu que me pus nessa situação, por isso é revolta por sermos nós a fazer com que paremos de jogar de futebol, é mais um tempo de paragem, é mais um bocado fora e depois vamos voltar." P7

> "(…) eu sinto que estou a ajudar e que é preciso a minha ajuda e torna-se um bocado como disse revoltante porque não conseguimos ajudar nem a nós nem ao clube, nem ajudar os nossos colegas." P7

> "(…) porque recordo-me que a primeira semana foi uma semana em que eu estava mais conturbado, mais, qualquer coisa que me pudessem dizer ou fazer que parece que não conseguia pensar de forma tão clara, parece que estava mais focado na dor e não na solução dela e foi difícil, foi uma primeira semana muito complicada para mim. (…)." P5

Após o atleta se consciencializar da presença da lesão e das suas repercussões, este manifesta sentimentos de revolta e raiva como expressão da sua indignação, sendo que se estes sentimentos não forem adequadamente direcionados poderão conduzir a atitudes agressivas para com o próprio, a família, a equipa ou até mesmo perante os adversários (Vasconcelos-Raposo et al., 2014).

No mesmo sentido, os atletas que apresentam sinais de agressividade em campo terão maior tendência a passar por períodos de depressão após uma lesão músculo-esquelética, e de frustração devido a não terem capacidade de lidar com os sentimentos de revolta (Wagman & Khelifa, 1996).

O facto do atleta se sentir limitado e impedido de concretizar os seus objetivos e expetativas transmite um sentimento de incerteza, porém também lhe transmite vulnerabilidade perante a sociedade e o clube, o que poderá ser representado por sentimentos de desânimo ou deceção, tal como descrito nas seguintes declarações:

> "Senti-me limitado, foi pouco tempo, [pausa] uma pessoa fica desanimada, uma pessoa convida "olha vamos ali tomar café, (…)". Depois conseguia andar, continuava limitado, não conseguia treinar, não conseguia correr muito, mal consegui andar, mas depois comecei a progredir e agora estou bem." P8

> "Dececionado, sei lá, desmotivado (…) É isso, dececionado, Não sou jogador de estar parado, não estou habituado." P2

> "É o afastamento do grupo, o afastamento da competição (…) Basicamente é tudo sentimentos negativos." P3

> "Foi muito difícil porque não estava à espera nada de numa fase dessas, mais a mais, [pausa] sou um atleta que me cuido, que faço fortalecimento e isso tudo e nunca pensei que uma pancada da forma como foi pudesse causar um impacto tão grande como a paragem assim inesperada (…)." P5

A paragem de competição também apresenta repercussões no estado emocional dos participantes no que diz respeito à sua evolução e progresso desportivo, uma vez que

representa a perda de oportunidade de demonstrarem as suas capacidades perante o clube, bem como a perda do lugar na equipa, sendo substituídos por outros atletas.

> "Nós quando nos lesionamos nós estamos a jogar dentro da equipa do onze inicial. Nós lesionamo-nos e ficamos parados um mês ou quinze dias ou o que for e a tristeza é que quando regressamos não temos o nosso lugar e isso é que é triste." P10

> "Não estando eu a jogar, terá que estar alguém a fazer o meu papel, se calhar, não querendo ser egoísta, mas se calhar, o [pausa, pausa] os créditos que seriam se calhar para mim, são para outra pessoa. É um bocado nesse aspeto." P3

> "Nós andámos a lutar por um lugar, ganhamo-lo e depois ficamos lesionados e quando voltamos temos que voltar a andar a lutar e isso é triste, mas pronto, é mesmo assim." P10

Através das declarações apresentadas podemos compreender que, a paragem da competição tem um elevado impacto na capacidade do atleta enfrentar a lesão e iniciar a recuperação, uma vez que as emoções negativas referidas pelos participantes têm um efeito prejudicial na sua perceção da realidade, podendo mesmo contribuir para que estes percam o interesse em manter a atividade desportiva (Arvinen-Barrow et al., 2014).

Os informantes referiram também que o afastamento da competição se representava como uma perda quer a nível da condição física, como também, do acompanhamento da equipa, sendo que este sentimento é mais acentuado quando a equipa se encontra bem classificada e tentam alcançar lugares mais elevados na competição, tal como podemos constatar**:**

> "Custa-me mais quando eu estou num momento, ou eu ou a equipa, estamos num momento [pausa] algo bom, quando estamos a lutar por alguma coisa, ou títulos ou numa fase a eliminar ou estamos a lutar por algo, por exemplo, um lugar na equipa, quando sentimos que estamos mesmo bem, estamos confiantes, estamos a fazer golos no caso do futebol, [pausa] e isso aí prejudica-me mais a nível psicológico, ficamos um bocado mais afetados porque é uma paragem, vamos perder bastante condição física, vamos perder o andamento da equipa, vamos ficar de fora bastante tempo e o futebol, os jogadores o que gostam mesmo é o jogo ao domingo e os treinos não é tanto, mas os jogos ao domingo é o melhor que nós temos e custa parar um bocado." P7

> "Sim a minha evolução profissional, vá, ou das minhas capacidades, porque é um período que fica estagnado." P3

> "(…) e eu ao parar ia perder tudo aquilo que eu fiz para trás e uma pessoa sente-se frustrada, de começar novamente do zero, condição física e é complicado." P6

> "Fica-se só mais preso, agora tive que recomeçar, mas agora já estou outra vez a voltar à forma física e tenho que continuar assim." P8

Os estados emocionais são influenciados por diversos fatores como traços de personalidade, suporte social e familiar, evolução e estadio da recuperação, bem como por mecanismos de *coping*. Reconhecendo a paragem de competição como uma situação que lhes transmite incerteza e receio sobre o seu futuro, deve ser considerado que o atleta possa estar confuso e vivencie diversos sentimentos numa só fase da recuperação, tal como podemos constatar nas seguintes declarações:

> "O leque de sentimentos é esse, é a revolta, ficarmos tristes e chateados ao início, (…)." P7

> "Como tinha dito ao bocado, frustrado, (….), de estar afastado do grupo, de não poder fazer aquilo que mais gosto. Por isso triste É assim, é o stress, a frustração, é um bocado a angústia [pausa], de não estar a fazer aquilo, de não conseguir fazer aquilo bem ou de fazê-lo com dor, acho que é stressante, frustrante, é angustiante." P3

A angústia surge da capacidade de reconhecer ou percecionar um perigo ou ameaça para a sua integridade física e principalmente emocional. A perceção de uma ameaça provoca desconforto ou inquietação, isto é, cria ansiedade ou angústia e irá ao mesmo tempo exigir que a pessoa exerça um esforço para se proteger do perigo percecionado (Lazarus, 1991 como referido por Dias, Cruz & Fonseca, 2014). Nesse sentido, o *stress* é a resposta do organismo a um estímulo percecionado como ameaça, podendo estar representado por aumento da tensão muscular, diminuição do campo de visão ou da concentração, conduzindo à diminuição das resistências orgânicas e psicológicas do atleta para lidar com a paragem de competição (Brink et al., 2010; Zafra, 2006).

A perceção da perda de competências e do afastamento do grupo, conduz à perda de convicção e de certeza sobre si mesmo, o que por sua vez transmite sentimentos de insegurança e de falta de confiança. Esta perda da confiança e da autoestima se não for devidamente detetada e acompanhada pode conduzir à desmotivação.

> "É um período que depois quando se volta nunca é imediato, à sempre uma falta de confiança." P3

> "Muito, treino 50%. Sente-se com mais medo de ir aquele lance, de ir ao choque, de saltar, de fazer um arranque rápido, claro que sim." P10

> "Estamos sempre limitados, por mais que digamos que não que nós estamos bem, o cérebro sabe que está ali qualquer coisa e temos sempre aquele medo que se puxarmos mais um bocadinho isto pode vir a complicar-se mais e então já jogamos com medo (…)." P7

A incerteza e insegurança que advêm da consciencialização da presença da lesão músculo-esquelética e consequente da paragem de competição, conduzem a uma diminuição da autoestima e autoconfiança dos atletas, uma vez que os atletas consideram que a lesão os tornou vulneráveis (Vasconcelos-Raposo et al., 2014).

Os mesmos autores referem ainda que devido à presença destes sentimentos instala-se uma confusão no estado emocional, sendo que os atletas percecionam o risco de perderem o lugar na equipa, chegando mesmo a temer pela sua autonomia.

A paragem de competição é maioritariamente caracterizada como uma experiência negativa, no entanto, é possível compreender que sendo esta uma vivência que altera as diversas dimensões da pessoa, permite o aparecimento de novas oportunidades, revelando alguns aspetos positivos. Assim, tal como nos é descrito pelos participantes a paragem de competição permite observar a existência de apoio informal (familiares e amigos) e formal (equipa de saúde) e assim reforçar laços existentes:

> "(…) mas também ficava em casa, felizmente também tive apoio de familiares que me ajudaram para não estar também sempre sozinho, também foram só três dias, mas pronto nota-se a diferença, claro." P8

> "Houve mais um apoio reforçado, por parte de familiares. Há um [pausa] se calhar quando estou sozinho em certos períodos em que me vou a baixo, mas isso fica comigo e é só comigo, mas não me isolo, de maneira nenhuma. (…) sempre que me acontece este tipo de situação tenho sempre o apoio de toda a gente, seja no que for preciso, ir comigo a algum lado, seja no que for preciso fazer-me algum tipo de compras ou mesmo [pausa] a minha namorada também já está sensibilidade para esse assunto, por isso, também já tem outro tipo de trato, outro tipo de paciência para quando isso acontece." P3

> "Pois que eu no meu caso, que tenho a agradecer bastante ao departamento médico que efetivamente ao 4º dia [risos] como disse até ter essa conversa, não estava nada nada nada bem psicologicamente e embora essa minha lesão me tivesse posto de parte algum tempo, penso que sem haver diálogo, sem haver um plano de recuperação bem feito não voltava à competição tão rápido como pensei, voltar a jogar, que efetivamente é isso." P5

Para o sucesso das intervenções do processo de recuperação é essencial considerar a rede social e familiar de que o atleta dispõe, uma vez que durante esta fase necessita de maior apoio e motivação para conseguir adotar uma atitude positiva face à paragem de competição (Vasconcelos-Raposo et al., 2014).

Também Zafra (2006) refere que níveis elevados de apoio social, são percebidos como estratégias de *coping* eficazes, uma vez que ajudam o atleta a enfrentar a situação. Por outro lado, é ainda de salientar que se este apoio não for adequado, pode levar a um excesso de autoconfiança e diminuição da atenção, conduzindo a maior vulnerabilidade às lesões.

O atleta de futebol deve estar preparado para lidar com situações de elevada exigência e competitividade, o que exige altos níveis de pressão física e psicológica. Por vezes se os atletas não se sentem bem adaptados à equipa/clube ou se vivenciam períodos de maior fragilidade pessoal ou social (ex: situações de luto) podem entrar em sobrecarga psicológica. Nestas situações a paragem da competição poderá ser entendida como uma fuga à pressão exigida pelo futebol, tal como foi descrito por um participante:

> "Este ano a mim não me custou tanto, porque este ano a minha primeira experiência numa equipa a lutar para não descer de divisão e não tem sido fácil, tem havido muitos problemas e eu este ano digamos que a paragem foi um alívio para mim, porque tem havido muitos problemas, muitas confusões, treinadores e jogadores a ir embora, conflitos entre jogadores e treinadores e este ano temos estado a perder bastante, uma coisa que era novidade para mim até agora e que eu já andava bastante stressado, a minha namorada e as pessoas que conviviam comigo diziam que eu andava bastante stressado, bastante enervado e eu vi que era através do futebol, por causa de este ano ser uma realidade totalmente diferente, (…), este ano, foi um alívio ter parado aquele tempinho, também para pensar um bocado, para pensar também nos problemas e focar-me mais em mim." P7

Estas informações vêm de encontro ao descrito por Vasconcelos-Raposo et al. (2014), sendo possível encontrar situações em que os atletas percecionem mais vantagens na sua inatividade do que na sua recuperação

Da análise das narrativas emerge que a situação de ocorrência da lesão e consequente paragem de competição são situações comuns nas competições, sendo que alguns participantes demonstram algum conformismo com esta situação.

> "Nós também temos que perceber que o futebol é lesão, não é? E isto a qualquer momento pode acontecer a qualquer um e temos que estar preparadas, (…)." P6

> "(…) Mas isto são coisas que sabemos que estamos sempre sujeitos a elas." P10

Devido ao facto de não conseguirem cumprir com o seu papel surge uma insatisfação com a sua prestação o que os faz vivenciar sentimentos de *stress* e ansiedade. Se estes sentimentos não forem abordados de forma adequada e precoce, poderão resultar em estados emocionais mais intensos como a frustração, desânimo ou revolta e assim afetar o comportamento do atleta durante o processo de recuperação (Clement et al., 2013).

5.3 - VIVÊNCIAS PERANTE A PROCURA DE AJUDA DA EQUIPA DE SAÚDE

A relação estabelecida ente atleta e a equipa de saúde é fundamental para a reabilitação física e psicológica, bem como, para a sua adesão à recuperação. Neste âmbito, no tema procura de ajuda da equipa de saúde, encontraram-se expressões ligadas à procura de ajuda e ao adiamento da recuperação, como representado na Figura 9.

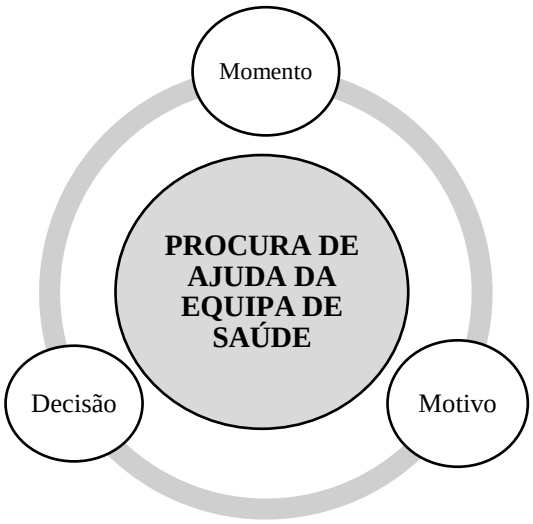

Figura 9. Aspetos temáticos do tema procura de ajuda da equipa de saúde.

O atleta quando se lesiona nem sempre procura de imediato a ajuda da equipa de saúde, sendo esta procura realizada num momento mais tardio, podendo acarretar consequências para o seu estado de saúde. Neste âmbito, três participantes afirmaram que a procura de ajuda decorreu no momento da lesão devido à perceção da gravidade da lesão.

> "Foi [pausa] foi logo, foi logo assim que eu mal senti o impacto, ahh caí no chão para me proteger um bocado mais, para não estar a fazer força na perna, mas quando tentei apoiar senti uma dor muito muito forte e tive que chamar

> logo o massagista (…) não consegui continuar o treino, ele foi-me logo buscar gelo e estive a fazer gelo e isso assim no restante treino e receitou-me também anti inflamatórios e parei completamente. Aí parei, foi logo no momento em que parei, não tentei nem nada." P5

> "Foi logo, de imediato, porque eu senti logo que não estava bem. Senti logo o tendão a rasgar, isto até deu um estalo, (…) senti logo que aqui tinha feito alguma coisa. Fiquei no chão e não voltei mais." P6

> "(…) vou pôr o pé no chão e sinto uma dor tipo os ligamentos a rasgarem e sentia dor e pedi logo a substituição e saí.(…) Saí de campo, ele ligaram a perna, eu entrei só para dar o tempo de um colega meu faze um aquecimento rápido e depois já nem toquei mais na bola nem nada saí logo." P10

Quatro participantes afirmaram que procuraram ajuda da equipa de saúde apenas no final do jogo e/ou treino, tendo continuado a atividade física com a lesão e com as limitações subjacentes.

> "Foi no final do jogo, porque eu ainda tive um bocado, ainda com a fratura ainda continuei, mas depois só no fim é que fui para o hospital." P1
> "Foi logo após o jogo." P2

> "Sim, foi no jogo, entrou a assistência, vim cá fora, fui assistido, pronto *spray* (…). Continuei, fiz o resto do jogo, portanto fiz mais 20 minutos assim, e pronto, e depois [pausa] é que parei mesmo." P3

> "Foi (pausa), foi depois de ter jogado, porque eu lembro-me que no final desse treino fui logo falar com o enfermeiro de reabilitação lhe explicar o que tinha acontecido (…)." P4

Os informantes perante esta situação demonstraram um sentimento de ambivalência, sendo por vezes difícil admitir que não procuraram ajuda no momento da lesão, mesmo sabendo que isso lhes poderá acarretar consequências, apresentando por vezes discursos contraditórios, como podemos verificar pelas seguintes declarações de um participante:

> "E (pausa), mas eu nem parei logo, continuei a jogar e no domingo ainda joguei, só que joguei sobre dores, tinha muita dor, então depois daí, nos outros treinos a seguir já não consegui treinar, pronto e fiquei a fazer recuperação (…). " P4

> "Eu sempre que tenho alguma coisa digo, não tenho problema." P4

Por vezes, a procura de ajuda da equipa de saúde é adiada por um período de tempo mais longo, sendo que três participantes manifestaram que a procura de ajuda ocorreu apenas no dia ou nos dias seguintes à lesão.

> "No dia a seguir, não foi no momento da lesão porque não estava lá o enfermeiro, infelizmente o nosso "protocolo" do clube limita o enfermeiro a um dia por semana e foi logo na sexta que fui logo à clínica (…) e começaram logo a tratar-me (…)." P8

> "Não, logo no final do jogo não. Fui para casa, depois segunda e terça tivemos folga e depois só quarta, não tinha treino mas tive que vir cá que estava cheiinho de dores e vim cá ter com o fisioterapeuta." P9

> "(…) mas como era uma dor que eu conseguia suportar, não achei problema e então continuei sempre com aquela dependência e aquela limitação, mas continuei sem problema nenhum (…). Só procuro a ajuda da equipa de saúde quando já não dá mesmo mais, já não dá mesmo (…) Só mesmo quando já não dava mais, só procurei a equipa de saúde quando já nem conseguia correr, quando já me doía bastante à mobilidade." P7

O evitamento da equipa de saúde, dos colegas de equipa e/ou dos treinadores é segundo Clement et al. (2013), um comportamento característico de alguns atletas que procuram manter-se ativos na competição independentemente das consequências para o seu bem-estar físico e emocional É importante que a equipa de saúde esteja desperta para esta situação de forma a intervir o mais precocemente possível na recuperação do atleta.

Das informações obtidas é possível compreender que alguns participantes só procuraram ajuda da equipa de saúde quando houve agravamento da sintomatologia ou incapacidade física para a atividade, recorrendo à equipa de saúde numa fase tardia. Neste sentido, todos os participantes referiram que os motivos para a procura de ajuda foram a presença de dor e o sentimento de incapacidade e limitação para a atividade, tal como representado nas seguintes declarações:

> "Porque, embora já tenha alguns anos de experiência no futebol, [pausa], há certas dores, certas pancadas que já tive que sei que aquilo é momentâneo, que passa, a dor que eu tive foi tão forte e como foi num membro que nunca tinha tido, o joelho, [pausa] (….) Foi tanto o momento como a intensidade da dor (…)." P5

> "(…) desconforto, as dores (…)." P2

> "Então, (Pausa) se não estava bem, se me tinha aleijado, se senti logo que não era uma coisa tão simples quanto uma nódoa negra (…) Para já porque nunca tinha tido nada, nunca tinha tido problemas no joelho. Depois porque as dores eram imensas, eu não conseguia andar (…)." P3

> "Porque ao não me sentir bem nos treinos, ou sentir uma dor no joelho, ahh percebi que algo estava mal comigo. (…)." P4

> "Foi aí porque eu senti que não era uma dor que eu pudesse aguentar durante o jogo inteiro e eu tenho essa noção e pedi logo a substituição, saí logo." P10

> "(…) e como temos que estar sempre ativos, a carga foi demasiada e num remate que fiz, lembro-me que foi aí que o músculo esticou demasiado e foi aí que eu não consegui mais, até andar me custava." P7

> "Eu senti logo, mal conseguia andar, andei dois ou três dias sem andar, quer dizer andava só que andava mal, eu considerava que não andava, era só do sofá para a cama." P8

> "(…) uma dor mesmo brutal como nunca tinha sentido [pausa] e vi logo que a coisa já não estava boa." P9

> "Porque vi que algo não estava bem, porque como eu já ando nisto há algum tempo, há muitos anos, um jogador sabe quando a lesão quando é grave ou quando não é ou quando dá para continuar ou não dá, e eu vi logo que algo de muito grave tinha acontecido." P6

Outro motivo para a procura de ajuda descrito pelos participantes foi o facto de confiar na competência e profissionalismo dos cuidados, bem como devido à eficácia e rapidez de tratamento, como podemos constatar nas seguintes declarações:

> "São eles que me vão poder ajudar, tanto mais rápido como melhor, e escolhi a eles porque acho são as pessoas indicadas, aqui não temos mais ninguém que (…) não decidi ir fora porque sei que aqui temos boas condições e bons enfermeiros para tratar de nós. Tenho confiança neles e porque neste caso porque me estava a doer (…)." P4

> "Primeiro é o profissionalismo, levam a coisa muito a sério [pausa] tratam-nos bem, conseguem recuperar-nos de forma eficaz e prefiro, tendo o protocolo aproveito. Mas sem dúvida o serviço e a qualidade, muito importante." P8

> "(…) Óbvio que tinha que recorrer a alguém que percebesse do assunto para tratar isto como deve ser, e mais importante que tratar isto rápido é mesmo tratar como deve ser por isso aí recorrer à equipa de saúde." P7

Das narrativas dos informantes emerge com grande intensidade que na sua maioria estes adiaram a procura de ajuda mesmo apresentando sintomatologia, subvalorizando o impacto e consequências da lesão. Esta desvalorização da lesão e das suas consequências encontra-se muitas vezes relacionado com a necessidade de se afirmar perante a equipa e perante o clube, conseguindo demonstrar as suas capacidades e com o consequentemente com o receio de terem de interromper a atividade desportiva.

> "Porque pensava que ainda dava, foi até não poder mais. Aguentei, só mesmo quando não podia mais com dores é que tive que sair (…)." P1

> "Estava desconfortável com aquela pancada, mas como faltava pouco para acabar e como não fazia a mínima ideia que tinha uma fratura, senão nem sequer tinha continuado, mas estava muito quente. Não tinha a noção que tinha a fratura." P2

> "Primeiro acho que estava com muita dor, mas senti que a equipa precisava de mim e que não [pausa] que já só faltava 5 minutos e que uma pessoa queimando um minuto aqui e ali, o jogo já estava a acabar, não valia a pena estar eu a gastar uma substituição, porque podia ser dada outras soluções para a frente e foi o que aconteceu (…) Queria dar tudo, pelo menos tudo o que ainda conseguia, faltavam 5 minutos, dei tudo e com muita dor, com muita dor mesmo, muita dor, porque ainda tive que fazer alguns sprints (…) No jogo estava só a pensar no jogo, a partir do jogo ter acabado, aí sim vamos pensar noutras coisas." P9

> "O mister me dar mais uma hipótese e eu dizer que não porque me estava a doer, porque naquela altura, eu não sabia, podia ter sido só um estiramento, não me estava a dar uma dor que eu, depois ao longo do jogo, claro, começou a doer mais, mas não sabia que era um entorse, pensava eu que tinha sido um estiramento que ia aguentar as dores, pronto foi mais um erro por causa da recuperação, mas pronto, agora tem estado tudo bem." P4

Os participantes referiram que o que os manteve na competição foi a falta de conhecimento da gravidade da lesão, no entanto é notório que a necessidade de pertença à equipa e a vontade de mostrar as suas competências são as vivências mais emergentes.

Um participante referiu que para adiar a procura de ajuda da equipa de saúde procura solucionar a situação da lesão utilizando estratégias que o permitam manter a atividade desportiva, porém que esta vivência o afeta psicologicamente.

> "Sim, enquanto consigo, utilizo umas ligaduras e umas coxas elásticas, para apertar o músculo, não é a mesma coisa, estamos sempre limitados, o nosso cérebro pensando que não está sempre limitado, isto é uma coisa que me afeta muito, eu não sabendo que estou com o meu corpo a 100%, nunca dá para nos darmos ao futebol e ao jogo a 100%. Estamos sempre limitados, por mais que digamos que não que nós estamos bem, o cérebro sabe que está ali qualquer coisa e temos sempre." P7

> "(…) Não é a mesma coisa, nós queremos puxar mais por nós mas sabemos que se calhar se fizermos isso a lesão pode vir-se a complicar mais. Então, apesar de não ser a mesma coisa, eu só paro mesmo quando chego à fase limite e já não consigo mesmo nem correr e às vezes nem andar." P7

Dois participantes manifestaram que a decisão de adiar a recuperação é entendida como uma prática regular e comum, mesmo reconhecendo que esta lhes trará consequências futuras.

> "Porque [pausa], normalmente é costume fazer isso, mas como já tinha estado lesionado e queria demonstrar que podia jogar e não costumo estar assim sempre lesionado, pensei que fosse só um estiramento e estivesse a doer e fosse passar, fosse só uma [pausa] dor passageira e daí ter arriscado, que depois se viu [pausa] que se foi a ver que não foi uma boa opção." P4

> "(…) O processo foi esse, normalmente é sempre assim, no treino tenho sempre alguns sintomas pequenos, mas como eu penso que consigo continuar com isso e não é algo muito limitador, eu continuo e depois lá à frente ainda é pior." P7

> "Para agora ainda dá que somos jovens, mas depois mais à frente ainda pode ser por deixar arrastar alguma coisa a nível de joelhos, penso que seja perigoso (…)." P4

5.4 - VIVÊNCIAS DURANTE A RECUPERAÇÃO

A recuperação do atleta com lesão músculo-esquelética é um processo complexo, que engloba diferentes etapas e durante a qual o atleta vivencia diversas alterações do seu estado emocional. Neste âmbito durante a análise do tema recuperação identificaram-se os seguintes aspetos: comportamentos de adesão e não-adesão e uso de estratégias adaptativas.

Figura 10. Aspetos temáticos do tema recuperação.

As vivências dos participantes perante a lesão e a necessidade de paragem podem interferir diretamente com o processo de recuperação sendo referidos comportamentos de adesão, não-adesão ao processo de recuperação e desenvolvimento de estratégias adaptativas.

De acordo com Vasconcelos-Raposo et al. (2014) os comportamentos associados à adesão é um dos maiores problemas no processo de recuperação, uma vez que alguns atletas procuram diminuir ao máximo este tempo, enquanto outros o procuram prolongar sem necessidade.

A maioria dos participantes referiram que não tentaram iniciar a competição mais cedo, sendo que o principal motivo de adesão à recuperação foi o receio de agravar o seu estado de saúde, bem como, as consequências futuras para a sua saúde.

> "Nunca houve vontade própria de ir (…) Não, isso não porque como era uma lesão que [pausa] que sabia que no futuro iria trazer algumas implicações que se calhar não ia correr muito bem para mim, [pausa] tentei sempre o máximo uma recuperação o mais rápido possível (…)." P5

> "Com uma lesão assim tão grave e aconteceu porque recuperei e depois voltou a acontecer, mas acho que de momento com os exercícios que estou a fazer e a treinar todos os dias que não pensaria em voltar mais depressa do que por exemplo o EEER me dissesse, porque sei o que é ficar de fora tanto tempo devido a lesão. Acho que é mais por aí." P4

> "Não. Só com ordens médicas (…) Não, com medo de estragar o que se calhar já estava a ficar bom, foi sempre com ordem médica. Às vezes basta um bocadinho para estragar tudo do que fiz atrás." P6

> "Este ano eu preferi parar (…)." P7

> "Não tentar não, só com o consentimento da clínica (…) Eu sou muito cauteloso nessas coisas e já esta semana quando eu joguei não rendi o máximo que eu podia, saí logo na segunda parte porque não estava bem fisicamente, qualquer impacto ainda estava receoso [pausa] agora não, agora já estou bem." P8

A motivação é um dos principais comportamentos de adesão referida por parte dos participantes, salientando-se:

> "(…) no inicio não, se calhar na primeira semana ainda estou e vejo os meus colegas correr e eu não posso, mas depois vejo que algo, passado essa semana vou conseguir ficar mais forte, ou tenho que ficar mais forte para conseguir estar lá ao pé deles e vou ser um melhor jogador ou um melhor atleta, porque vou estar mais preparado ou por exemplo não vou ter tantas lesões como tenho tido. No meu caso também me dá motivação de voltar mais forte (…)." P4

Relacionado com elevados níveis de adesão podemos identificar a motivação do atleta e o foco no seu sucesso (Niven, 2007). Porém segundo Liberal et al. (2014), é importante considerar que a motivação é um fator que varia ao longo do processo de recuperação, podendo o atleta apresentar períodos de maior ou menor motivação.

Um dos informantes refere mesmo que esta decisão de adesão decorre de más experiências anteriores, uma vez que por ter iniciado a competição precocemente sentiu aumento da dor e aumento do tempo de recuperação.

> "Eu lembro-me que meti coxas elásticas, tomei uma injeção de anti-inflamatórios e meti uns tapes e tinha que aguentar esse jogo. O que depois a seguir ainda me veio a doer mais mas sim tive que forçar um bocado para nos ajudar (…) e agora através dessa experiência que depois senti ainda pior e demorou mais a recuperar decidi sempre que eu estiver lesionado parar ao mínimo sinal parar e tratar isto como deve ser do que depois ter repercussões mais, não só ao nível o futebol mas também ao nível pessoa, ter repercussões mais para a frente." P7

No entanto, os informantes que referiram ter aderido ao processo de recuperação, manifestaram também que em lesões anteriores já tinham tentado, ou que se fosse outra lesão (menos grave) poderiam tentar reduzir o tempo de recuperação para iniciar a atividade desportiva.

> "Enquanto falei de uma rutura, porque pode se ter uma contratura ou rutura muscular e mesmo assim arriscar num jogo ou [pausa] e não ser tão prejudicial assim, do que no joelho." P4

> "Já, sim já. Lembro-me que houve uma vez em que tive a mesma lesão, penso que há dois anos em que nós estávamos a lutar para ser campeões ou ganhar a taça, não há três anos e eu tinha exatamente a mesma coisa e nós precisávamos de ganhar (…)." P7

> "Sim, sim, sem dúvida. Em termos desta rutura não, porque não conseguia mesmo, mas em termos de pubalgia sim. É complicado para mim sempre no início da época por causa da pré-época em termos físicos é muito exigente que é para nos prepararmos fisicamente para o resto da época e a carga é muita, muitas vezes temos treinos bi-diários, temos treinos todos os dias da semana durante umas três/quatro semanas seguidas e nessa fase sim com muitas dores (…) Mas o que custa mais é sempre no início da época (…)." P9

A adesão ou não-adesão são respostas comportamentais ao processo de recuperação que podem estar intimamente interligadas com os mecanismos de *coping* e com a capacidade de organização e gestão dos fatores internos e externos por parte do atleta. A

perceção dos atletas sobre a sua capacidade de lidar com a lesão é importante para o seu bem-estar psicológico e para o seu futuro desempenho (Liberal et. al, 2014).

Por outro lado, três informantes manifestaram comportamentos de não adesão ao processo de recuperação, uma vez que pensaram e/ou tentaram iniciar mais cedo a competição antes de terminar a recuperação.

> "Sim, a cada jogo [risos] (…) Ahh isso todos o dias, esperava sempre que melhorava tipo de uma semana para a outra semana, mas com o passar do tempo é que [pausa] verificava que não. Pronto, era uma fratura, demora sempre o seu tempo." P2

> "É assim que nós quando temos uma lesão só devemos voltar à competição com a lesão 100% curada. Isso foi uma coisa que nunca fiz, hoje umas lesões que eu tenho vêm dessas antigas que ficaram lá sempre uma fibrose e depois a partir daí podem surgir novas lesões no futuro (…) Foi consenso de três partes (equipa de saúde, equipa técnica e minha). Eu sabia que não estava completamente recuperado." P10

> "Sim, na altura ainda tentei [pausa], tentei voltar, mas não dava, porque isto é uma lesão complicada e ao cair (…) só mesmo quando o médico me disse que sim." P1

O défice de adesão pode ser considerada como uma resposta emocional mais profunda que o atleta não consegue gerir, devendo esta ser considerada como uma área de ação prioritária (Clement et al., 2013).

Assim, como principais fatores de não-adesão ao processo de recuperação, os participantes referiram os seguintes: a idade, a desvalorização da gravidade da lesão e o sentimento de pertença à equipa.

> "Não porque é uma lesão muito pequenina não traz grandes repercussões (…) É assim eu só fui porque me sentia capaz de ir, porque se eu me sentisse de outra forma é claro que eu não podia fazer nada, isso não. Mas neste tipo da lesão que não é muito grande e dá para ir controlando pronto foi por isso é que eu fui jogar." P10

> "Às vezes sentimos a necessidade de ir para campo antes de terminar a recuperação, porque nunca queremos ficar de fora e é o maior erro que fazemos, porque a lesão ainda não está bem curada, podemos ainda piorar e depois em vez de estar uma semana estamos um mês." P10

> "Quando somos mais novos temos maior tendência para tentar ir para a competição mais cedo." P7

> "É o sentir que sou importante e que faço a diferença, sentir que sou mais um em campo a ajudar e gosto de jogar, gosto de ajudar a equipa. Se por vezes me

> tiver que sacrificar a mim, uma dor que eu tenha, que por vezes é pouco mais, se tiver que sacrificar em prol da equipa vou ter que fazer.” P9

A idade é um fator importante que surge da análise das entrevistas, uma vez que a maioria dos atletas referem que as camadas mais jovens estão mais propensos a desconsiderar a gravidade da lesão e a adiar a decisão de procurar a equipa de saúde, fator este que poderá ser justificado pela falta de maturidade, menor experiência no âmbito desportivo e do baixo nível de responsabilização características desta faixa etária.

Segundo Niven (2007), a falta de compreensão sobre a lesão e sobre o programa de reabilitação, são definidos como principais fatores de não-adesão à recuperação, uma vez que alguns atletas demonstram desconhecimento quanto à possibilidade de agravamento da lesão, caso não parem o tempo adequado. Por outro lado, segundo a mesma autora o facto de os atletas estarem fora da competição, implica que os atletas não recebam o reforço positivo dos jogos, o que pode conduzir a um decréscimo da motivação.

Dois participantes manifestaram ainda que sentiram alguma pressão exercida por elementos desportivos para manterem a atividade física, quer seja pelo reduzido número de elementos da equipa, como também pela sua competência técnica e tática. Segundo os atletas estes fatores influenciaram a sua decisão de não-adesão à recuperação, como se pode constatar:

> “(…) porque há jogos que o treinador quer-te a ti porque tu é que tens aquelas qualidades técnicas e táticas e ele quer-te a ti. Foi o que me aconteceu no jogo. Eu joguei limitado.” P10

> “O treinador veio falar comigo a ver como é que eu estava e eu disse que não dava para jogar o jogo inteiro, ainda tenho alguma dor, mas com isto bem ligado dá para ir. Pronto e foi assim.” P10

> “(…) eu lembro-me de terem falado comigo e terem dito: “ahh se tivesses ficado mais uma semana e nós é que dissemos para tu ires porque não havia mais ninguém para jogar ou havia pouca gente para ajudar, tu até se calhar já tinhas recuperado e não tinha acontecido a segunda vez”, mas acho que se lhe forçarem, tanto a equipa médica como o clube, para não irem para campo, enquanto as coisas não estiverem resolvidas (…).” P4

> “(…) desde que faço tudo bem e que me deram o tempo para recuperar certo, até agora ainda não me aconteceu nada. “ P4

As declarações dos participantes vão de encontro ao descrito por Niven (2007), uma vez que a pressão exercida pela competição e pela necessidade de manter o seu lugar na equipa podem influenciar os comportamentos de adesão dos atletas. Através das declarações dos informantes verificamos que estes optaram por iniciar a competição mais cedo apesar de acarretar posteriormente maior limitação e maior tempo de paragem.

Segundo a mesma autora, os treinadores podem interferir negativamente com o processo de recuperação, quando não há um trabalho multidisciplinar e/ou não compreendem o processo, acabando por exercer pressão sobre o atleta para este regressar à atividade.

De facto, quando o processo de recuperação implica paragem da competição, torna-se um tema de difícil abordagem e negociação com o atleta e elementos desportivos, uma vez que a necessidade de manter o atleta a jogar, e o facto de ele não querer ficar inativo, são obstáculos para a equipa de saúde manter o processo de recuperação completo.

Durante a recuperação os atletas adotam "estratégias adaptativas" para favorecer a recuperação, procurando não só manter a condição física, como também, reduzir o tempo de paragem. Neste âmbito, a maioria dos participantes referiu que as estratégias adaptativas utilizadas durante a recuperação foram: a realização de exercícios de fortalecimento complementares em casa, no ginásio ou no horário do almoço, como também, o recurso a técnicas como a massagem e aplicação de crioterapia, como se pode constatar:

> "Sim em casa, aqui também tenho feito alguma coisa, mas é mais em casa." P1

> "Foi alguns exercícios mais na minha pausa da hora de almoço, alguns exercícios que eu fazia lá de recuperação e de fortalecimento comecei a fazer também na minha pausa da hora de almoço. Antes de almoçar, sensivelmente 15/20 minutos e fazia um bocado (…), tanto que como o meu processo de recuperação tanto era na minha hora de almoço como no campo a minha recuperação até foi evoluindo de uma forma muito muito boa (…)." P5

> "Tenho feito fortalecimento, alongado bem e massagem antes e depois do treino. É o que tenho feito neste momento (…) Depois faço banhos e massagens em casa." P6

> "(…) até porque eu agora faço muitos mais abdominais, porque me aconselharam, porque não tinha muita força muscular, alongo muito mais, porque é muito importante alongar e nós às vezes somos preguiçosos e vamos longo embora do treino sem sequer alongar." P7

> "(…) de manhã consigo sempre treinar para mim e vou ao ginásio, faço exercícios que me possam ajudar a recuperar e depois à tarde consigo sempre, tento vir mais cedo para o treino e faço uns exercícios também aqui no ginásio do clube e é assim que vou conciliando (…) Foi fortalecimento." P4

> "Eu até fazia o tratamento do gelo e quente em casa na hora em que me ia deitar (…)." P10

> "Hoje vamos fazer um novo exercício que a partir de agora vou fazer em casa também, sem fazer muita força, sem estar em dor e sem muita frequência. E depois sim em casa vou fazer dentro do que eu puder." P9.

> "Fiz em casa o que me mandaram. Eu já tive algumas lesões e sei algumas estratégias, algumas alternativas que fui sempre ouvindo (…)." P8

Dois participantes referiram que a alteração dos hábitos diários foi uma estratégia importante para a sua recuperação, quer através da alteração da nutrição como dos horários de repouso, salientando-se:

> "Tenho-me hidratado bem quando tenho lesão, (…) descanso bem, (…) Ao nível de vitaminas também, tento fazer o melhor possível." P6

> "Foi uma coisa que eu percebi que é bastante importante, a rotina que nós temos no dia-a-dia condiciona bastante o nosso rendimento físico. Eu acordava bastante tarde às vezes, saltava refeições e depois chegava ao treino ou aos jogos e não sentia tanta força e não tinha tanto rendimento. Quando fazia rotinas mais correta sentia-me bastante melhor." P7

Uma estratégia essencial para lidar com o processo de recuperação é manter o contacto com a equipa e com o clube, uma vez que fornece um maior apoio e incentivo aos atletas durante esta fase, tal como descrito na seguinte declaração:

> "Sim, eu no domingo como é óbvio, mesmo não estando convocado, gosto de fazer a minha presença, estive na mesma com a equipa, acompanhei a equipa e depois estive como adepto [pausa] e é normal, muita gente da direção, os adeptos, a perguntarem-me o que é que eu tinha e que estavam a estranhar ver-me de fora, mas é tudo uma questão de tempo. Quando chegar o tempo de voltar, voltamos." P9

A lesão músculo-esquelética normalmente interrompe o suporte social providenciado pelas interações e laços afetivos criados na equipa, sendo o contacto com os elementos desportivos uma estratégia importante para promover a adesão à recuperação. De facto Clement et al. (2013), referem que este contacto pode contribuir para um aumento da motivação e do compromisso do atleta para regressar à competição

Os informantes também manifestaram que outra estratégia utilizada foi a procura de ajuda e recolha de informação sobre a sua lesão e formas adequadas de intervenção através de familiares, amigos, equipa de saúde, bem como, da internet.

> "Eu tenho sorte nesse aspeto porque eu tenho uma mãe que é enfermeira e ela dá-me sempre alguns conselhos (…)." P7

> "Logo, cheguei a casa no domingo [dia da lesão] preocupadíssimo, sentia uma dor brutal, senti que isto aqui não é normal, aconteceu aqui alguma coisa. Então fui ver à internet problemas musculares, rutura muscular ok, tratamento de rutura muscular (…)." P9

> "Tirando o facto de [pausa] seguir a risca o plano de recuperação que o departamento médico me impos, [pausa] penso que eu li algumas coisas sobre a recuperação e fiquei a saber o que é que eu podia fazer À parte disso e penso com a ajuda do departamento, depois falando com eles, embora o meu dia-a-dia, tenha um horário um bocado preenchido, consegui em certos aspetos recuperar melhor, isto é, complementar a minha recuperação no campo." P5

Das declarações emerge a importância do contacto entre atleta-equipa de saúde, sendo essencial que o processo de recuperação inclua tempo para discussão da situação, de forma que o atleta compreenda melhor esse processo.

> "Houve, houve, até ter uma conversa assim, recordo-me que no 4º dia depois da pancada [pausa] no tratamento com o responsável do departamento clinico e desabafei com ele, disse que não me sentia bem que parece que não via resultados visíveis nenhuns de há três/quatro dias e ele fez-me ver que realmente que não é do dia para a noite, que não é uma situação, não é uma lesão que se pode curar assim do nada, é preciso muita força de vontade e é preciso também nunca desistir e pensar sempre o melhor e efetivamente esse diálogo que tive com ele ajudou-me bastante foi muito bom." P5

Esta declaração vai de encontro ao descrito por Niven (2007), uma vez que um défice de conhecimento pode conduzir à desmotivação e consequentemente à diminuição da adesão. Se os profissionais investirem na construção de uma relação terapêutica, permitirá ao atleta maior conforto para expor as suas dúvidas e dificuldades e consequentemente promoverá um comportamento de adesão.

Em suma, através das declarações dos participantes compreende-se que a maioria aderiu à recuperação devido ao receio de agravar a lesão ao tentar iniciar mais cedo. No entanto, é possível verificar que os mesmos atletas noutras situações de lesão, não aderiram à recuperação, salientando-se como comportamentos de não-adesão, a idade como fator de imaturidade na tomada de decisão, e o facto de sentirem necessidade de pertencer e contribuir para a equipa, desvalorizando a gravidade da lesão.

5.5 - VIVÊNCIAS PERANTE AS LIMITAÇÕES

A presença da lesão músculo-esquelética reflete-se em alterações no ritmo de vida dos atletas, que resultam das consequências fisiológicas e emocionais associadas à diminuição da atividade subjacente ao afastamento dos treinos e competições (Vasconcelos-Raposo et al., 2014).

Neste sentido, no tema limitações foram encontrados os seguintes aspetos temáticos: laboral, atividades de vida diárias (AVD´s), social/relacional e percurso desportivo.

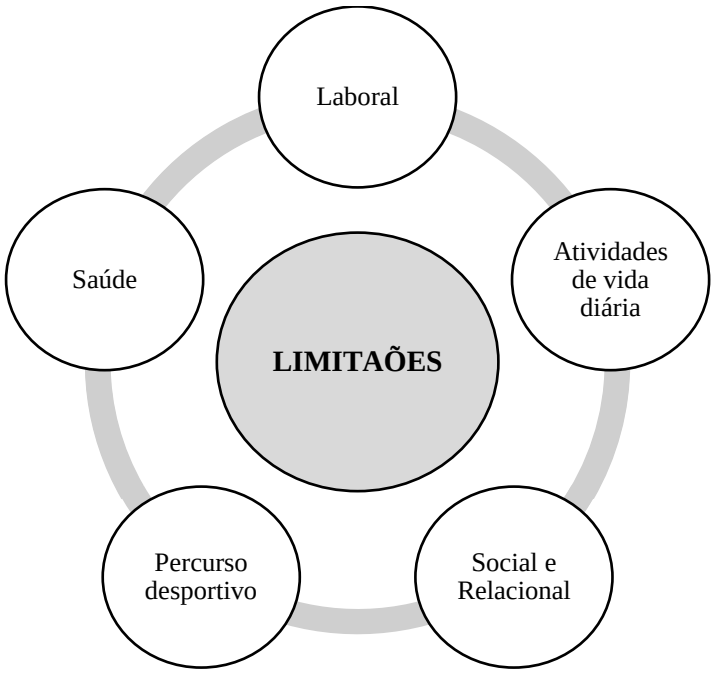

Figura 11. Aspetos temáticos do tema limitações.

A prática de futebol ao nível amador não comtempla remuneração dos atletas, o que exige que o futebol seja uma atividade paralela a uma atividade profissional principal. Desta forma, o facto de os atletas estarem lesionados acarreta dificuldades e compromete o seu desempenho laboral.

Cinco participantes referiram que a sintomatologia associada à lesão como a dor e edema, bem como a dificuldade na mobilidade limitaram a sua atividade profissional.

> "Pois, neste momento ainda tenho dor. Para trabalhar também ainda não estou em condições." P1

> "Foram alguma, porque a minha profissão é a restauração, uma pessoa tem que andar, eu lá faço um pouco de tudo e (…) é complicado e eu no dia seguinte à minha lesão eu acordei com a virilha cheia de derrame, inchada, mal conseguia

> levantar-me, muito menos andar e em relação à minha profissão prejudicou-me um bocado, só que também por um lado o meu sogro é o meu patrão e estava mais tranquilo, mas não foi fácil. A lesão impedia-me de dar 100% no trabalho, era impossível dar os 100%, andava ali a dar 50%." P6

> "É assim, como eu tenho o café e passo muitas horas em pé e a andar de um lado para o outro, é o facto de estar em pé e me doer, é o facto de andar e doer." P3

> "(…) ahh tudo bem, mas com os dias a passar e quando vi que a dor não passava e com o desconforto, para caminhar, para o meu dia-a-dia mesmo no emprego e isso assim (…) Foi um complicado, porque no meu dia-a-dia trabalho e no emprego a função que eu desempenho não estou sempre sentado, (…) às vezes com alguns pesos e foi muito desconfortável, aliás nos primeiros 3 dias tive que recorrer a colegas a pedir ajuda, porque não foi nada fácil, porque foi muito complicado, foi muito complicado." P5

> "(…) e até mesmo no trabalho, trabalho com materiais de construção e às vezes dificultava-me." P10

> "Porque é assim, ter um contrato de trabalho, nos dias que correm hoje já é muito complicado, é muito difícil e estar a arriscar numa modalidade paralela a isso (…) mas olhando numa perspetiva de futuro, o que conta mais é o emprego e ter uma lesão nessa fase em que arranjei o emprego há sensivelmente pouco tempo [pausa] não podia estar agora a ter uma paragem (…) e eu mancava, tinha algumas dificuldades e então foi muito difícil, foi muito duro, tive por acaso tive uma chefia que me apoiou numa primeira fase, (…)." P5

As limitações inerentes à lesão podem exigir que o atleta se ausente do trabalho por algum período e consequentemente afetar o seu rendimento familiar. Assim, os atletas referem que a situação da lesão músculo-esquelética foi um obstáculo à vida profissional e que foi difícil de ultrapassar necessitando de recorrer aos colegas de trabalho e chefia. Esta situação transmite-lhes uma sensação de vulnerabilidade no mercado de trabalho, podendo mesmo comprometer a sua evolução profissional.

As AVD´s são as tarefas que cada um desempenha de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia, podendo ser distinguidas em atividades básicas (higiene, locomoção, alimentação, etc.) ou instrumentais (executar tarefas domésticas) de vida diária. No que diz respeito às AVD´s, das declarações dos participantes emergem maiores alterações ao nível da locomoção, alimentação e da realização das tarefas diárias, como se pode constatar:

> "No meu dia-a-dia ao início era um bocado complicado porque consoante a gravidade da lesão eu mal consigo andar, custa-me um bocado (…) às vezes, custava-me até conduzir porque o movimento da perna (...)." P7

> "(…) tinha sido um impacto muito grande, (…) eu já nem sequer conseguia poisar o pé no chão, mal conseguia mexer-me, fazer o movimento da perna direita e pensei: isto tem que ser algo mais (…)." P8

> "Nos primeiros dias foram bastantes, a subir escadas, a andar, a estar sentado a dor estava sempre lá a moer [pausa] (…) as minhas atividades normais que faço todos os dias fi-las sempre, só que limitado a nível de rapidez física e tinha sempre aquela dorzinha (…)." P10

> "(…) A segunda e terça-feira foi subir escadas foi muito complicado em termo de dor, mesmo a andar foi muito complicado [pausa] a partir de quarta-feira já começou a aliviar a dor." P9

> "É assim, (pausa) a única alteração foi só mesmo na dieta, teve que ser uma dieta mole durante três ou quatro semanas." P2

> "Afeta-me no meu funcionamento normal, demoro mais tempo a fazer as coisas, tenho mais dificuldade." P3

> "Não, é assim [pausa] há algumas coisas do dia-a-dia, algumas obrigações de casa diárias que tenho que não fui fazendo a 100% (…) Sim, a mudança que houve foi, digamos, em vez de fazer as minhas obrigações todas, tive que pedir ajuda e como é óbvio teve que haver um esforço maior de quem está comigo em casa, mais para me apoiar e ajudar." P5

Através das declarações dos informantes podemos compreender que a lesão músculo-esquelética limita a realização de algumas tarefas diárias, necessitando por vezes de ajuda de outros para a sua concretização ou de mais tempo para as concretizar, comprometendo a sua autonomia e independência.

Três participantes referiram ainda que a realização dos exercícios inerentes ao processo de recuperação também lhes limitou o tempo destinado para realizar as suas atividades de vida diária.

> "Também trouxe implicações no tempo despendido para realizar os exercícios de recuperação, mas também já que tinha que ficar em casa aproveitava distraía-me com a televisão e computador e fazia os exercícios e os quentes ou o gelo." P8

> "Talvez um maior consumo de tempo, uma vez que o fortalecimento ainda consome algum tempo e retira da vida esse tempo." P7

> "O início da época também foi complicado porque também estou na universidade e o primeiro mês é o que tenho mais dor e depois começa os testes e trabalhos e uma pessoa não tem tempo para quase nada (…)." P9

Como já analisado a situação da lesão e da paragem da competição está intimamente relacionada com alterações do estado emocional, dos horários e rotinas diárias. Devido a este facto, os participantes manifestaram repercussões na sua vida social e na relação estabelecida com os outros, como descrito nas seguintes declarações:

> "Muitas. Primeiro, nos primeiros três dias nem saí de casa, nem conseguia andar. Depois também tive sorte que não tive aulas, era época de exames (…) Privei-me de algumas coisas, não podia sair à noite, convidaram-me para sair no sábado mas era impensável (…) Foi isso, privou-me de muitas coisas." P8

> "Penso que por vezes podia estar mais chateado, ou podia responder mal a outras pessoas ou não ter tanta paciência, (…) também implica pensar nisso durante o dia e como sabia que não o podia fazer, ou que vinha para o treino e não podia treinar, se calhar durante o dia não tinha tanta paciência para certas situações do dia-a-dia que podiam ocorrer." P4

> "Não, tinha aquele desconforto na boca." P2

> "(…) como o futebol para mim também é muito uma forma de eu me abstrair do que se passa em casa, [pausa], perdi a minha mãe recentemente, pronto, também tenho algum, [pausa], uma relação com o meu pai que não é muito saudável, de maneira que estando sem fazer isso, eu chego a casa e vou sempre que ter que descarregar em alguém(…) É chegar a casa e começar a chorar, é chegar a casa e começar a discutir, e pronto, e é isso, é um bocado assim." P3

De acordo com as declarações, pode-se entender que a situação da lesão interfere com os comportamentos sociais dos atletas, sendo que os participantes referem durante esta fase estarem mais impacientes e sensíveis para situações diárias. Deste modo, podem apresentar respostas emocionais menos adequadas a situações comuns, afetando o seu bem-estar e relacionamento com os outros.

No âmbito do percurso desportivo as limitações vivenciadas pelos participantes são notórias e têm um impacto negativo afetando todas as outras esferas da sua vida diária, como se pode constatar:

> "(…) durante o dia penso que podia estar bem e não estou e pronto vou ao clube e não vou treinar vou fazer recuperação, por isso acho que me sinto/sentia um bocado triste por não poder ir treinar e ter que ir fazer exercícios de recuperação (…)." P4

> "Ainda para trabalhar, mesmo aqui [clube/treino] ainda tenho algumas dores, mas são normais. O médico disse que era mesmo assim, que isto perfeito não vai ficar." P1

> "(….) e mais a mais num momento de querer ajudar o clube em questão em que estou, que está num momento difícil, [pausa] não estava nada à espera e foi impacto nada positivo para mim, foi muito doloroso." P5

> "(…) vamos perder bastante condição física, vamos perder o andamento da equipa, vamos ficar de fora bastante tempo e o futebol, os jogadores o que gostam mesmo é o jogo ao domingo e os treinos não é tanto, mas os jogos ao domingo é o melhor que nós temos e custa parar um bocado." P7

> "(…) porque uma pessoa faz a pré-época, trabalha para o ano inteiro e eu sei que com esta lesão ia parar muito tempo (…)." P6

Das declarações de um informante surge ainda que o impacto da lesão e da paragem da competição modificou de tal forma a sua perspetiva do percurso desportivo, que ponderou mesmo a desistência da modalidade.

> "Nós jogamos a nível amador, não ganhamos o suficiente para por exemplo ficarmos em casa uma semana ou duas sem fazer nada, só a recuperar e então eu penso assim: fogo então se calhar mais vale é deixar de jogar e às vezes numa situação uma pessoa também pensa muito nisso." P10

> "As pessoas de 30, 32, 33 anos aparecem estas lesões com alguma frequência, se calhar pensamos se calhar vai ser desta que vou deixar de jogar, já não estou para andar sempre assim, limita-me a minha vida, não ganhamos o suficiente para andar com estas dores e com estas lesões e passa mesmo por aí." P10

Um dos participantes demonstrou ainda que a lesão músculo-esquelética e a sua recuperação poderiam limitar a sua saúde futura:

> "(…) passados uns anos nós vamos querer continuar a andar e a fazer as nossas coisas do dia-a-dia e o joelho poder estar muito desgastado e poder ser prejudicial para a nossa saúde." P4

Através da análise das declarações dos participantes podemos compreender que a lesão músculo-esquelética acarreta consequências para o seu bem-estar físico e psicológico interferindo com as várias dimensões pessoais, sociais, relacionais e laborais.

5.6 - SUGESTÕES

O tema sugestões apresenta-se esquematizado na Figura 12 e engloba os seguintes aspetos temáticos: intervenção para o clube, para outros atletas de futebol e para os profissionais de saúde.

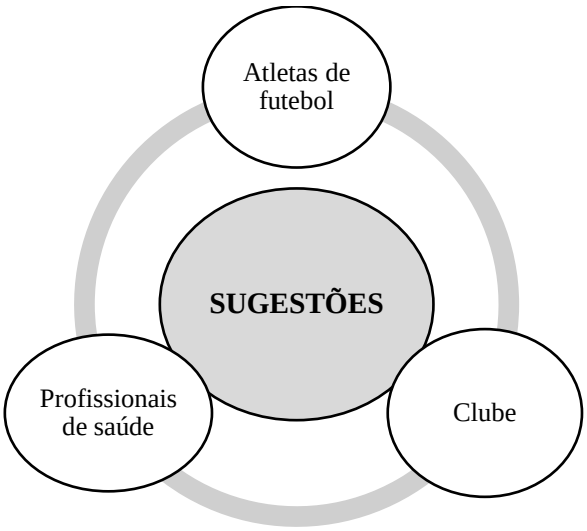

Figura 12. Aspetos temáticos do tema sugestões.

Relativamente às sugestões dos informantes para outros atletas de futebol salienta-se a importância de estes investirem na sua recuperação realizando exercícios de fortalecimento e até na prevenção de lesões.

> "(…) fazerem fortalecimento, porque não é, nem todos vão ter lesões e se fizerem fortalecimento, penso que estão mais aptos para não ter lesão." P4

> "Acho que é muito importante fazer a prevenção de lesões. E acho que aqui o trabalho de ginásio e isso parte de cada um, (…) vir um bocadinho mais cedo (…) e fazer a prevenção (…) E acho que em termos de prevenção se for feito o trabalho de ginásio, uma prevenção muscular completa acho que deve ser sempre feita por todos." P9

> "(…) os atletas acham um bocado chato, um bocado seca, mas penso que todos aderimos muito bem a isso e por isso se vê que o departamento médico está sempre a querer ajudar e a prevenir lesões (…) falo por mim e por colegas meus, recorremos lá e somos sempre muito bem tratados e é um grande apoio." P5

Através das declarações dos participantes emerge a importância de uma participação ativa por parte dos atletas no seu processo de recuperação, sendo que estes deverão

investir na sua recuperação física e emocional para uma adequada integração das atividades desportivas.

No que concerne às sugestões para o clube, das declarações dos participantes emerge a necessidade de aumentar o tempo de prestação de cuidados de saúde, melhorando assim o acesso à equipa de saúde.

> "A nível distrital devia haver uma maior presença e acompanhamento, apesar de não ser possível por causa dos orçamentos. Não sei, acho que ainda é muito amadorismo, digamos assim. Os clubes profissionais têm tudo, aqui já que não há meios pelo menos as pessoas que conheçam alternativas outros métodos para fazer em casa." P7

> "(…) Portanto é diferente, neste caso uma das coisas que eu acho é que acho que é muita gente (muitos jogadores) só para uma pessoa (profissional de saúde), assim em vez de lá estar eu três semanas poderia estar menos. (…) Em relação ao resto, acho que alguns clubes, isto também dependo do dinheiro, mas acho que uma vez por semana a presença do massagista é muito pouco, para mim devia ser pelo menos dois dias no mínimo (…) eu na quinta-feira era um jogo treino, não tive ninguém lá para tratar de mim, mal conseguia andar, consegui conduzir fui até casa etc., mas não tive ninguém para me tratar na altura. (...) Acho que isso também influencia a recuperação, mas isso também envolve dinheiro." P8

> "Ultimamente que posso relembrar outros clubes, são clubes que sempre investiram no departamento médico e foi seguramente uma vantagem enorme para o bem-estar do clube, tanto nas camadas jovens como no plantel sénior (…). Porque se os jogadores estiverem bem, podem jogar e isso também se deve em certa parte ao departamento médico do clube." P5

Os participantes referem estarem cientes que a gestão dos recursos humanos e materiais é limitada pelas condições económicas dos clubes. Um dos informantes referiu que a estrutura organizacional do clube poderá influenciar o relacionamento entre os vários elementos, dando ênfase à importância da comunicação entre dirigentes associativos, treinadores e departamento médico para uma melhor recuperação dos atletas.

As declarações dos informantes vão de encontro ao descrito por Marques-Vieira e Antunes (2017)**,** quando refere que "atualmente, o acesso à saúde por parte dos desportistas é mais facilitado em desportos com maior estrutura socioeconómica" (p.333), e também de encontro ao descrito por Vasconcelos-Raposo et al. (2014), que referem a necessidade de melhorar os recursos técnicos e humanos, promovendo a comunicação multidisciplinar que permita um planeamento das atividades de recuperação integrados na competição e equipa. Este relacionamento entre a equipa de

saúde e os elementos desportivos permite aos atletas manter o contacto com a equipa e assim diminuir o impacto do afastamento.

Ainda no âmbito da comunicação multidisciplinar, um dos participantes manifestou a importância do papel dos profissionais de saúde na adoção de uma atitude mais participativa na decisão de regresso à competição, bem como no estabelecimento de uma relação de multidisciplinariedade baseada na comunicação.

> "Em primeiro é não cederem à pressão da equipa técnica. Não está em condições não está. Não é nem 20%, nem é 10%, nem 90 nem 95%, tem que estar 100% para entrar ou ser opção que é para nós darmos tudo." P10

> "Agora mesmo que o jogador queira e diga que já está bom, porque isso muitos mentem, isso é que é o mal, e pensam que estão a fazer bem, mas não estão, porque o pior mal é para eles e para a equipa e o problema é esse. É tentar que eles sejam o mais honestos possível mas só mete-los a treinar e a jogar quando estiverem 100% bem." P10

Estas declarações vão de encontro ao referido por Marques-Vieira e Antunes (2017) que reforçam a importância da comunicação no seio da equipa multidisciplinar, valorizando a intervenção do enfermeiro na articulação entre os vários elementos desportivos.

Uma das dificuldades no ambiente desportivo é fazer com que os atletas cumpram o tempo de paragem e adiram à recuperação e aos planos de prevenção. Neste sentido, relativamente ao papel dos profissionais de saúde, das declarações dos participantes emerge a necessidade de educação e formação sobre as lesões e a recuperação, dando ênfase à importância da paragem na recuperação e prevenção de recidivas.

> "(…) mostrar que vão ficar mais tempo parados ainda do que poderiam estar e que se calhar às vezes mais vale parar um jogo ou dois para depois continuar a fazer a época toda (…)." P4

> "Penso que é demonstrar essas coisas aos atletas e fazer-lhes perceber que têm que fazer a recuperação seja do que for ou fazerem fortalecimento, (…)" P4

> "(…) o departamento médico mostra muita vontade em querer ajudar e tanto que nós temos um plano de prevenir lesões que tem várias etapas e que costumamos fazer de 2 em 2 ou de 3 em 3 semanas (…)." P5

> "Acho que a equipa de saúde juntamente com os jogadores devem planear e ver quando chega estas alturas de maior cansaço devem planear um bocado a prevenção das lesões e o trabalho no ginásio." P9

A planificação de um plano de prevenção integrado no treino e na competição foi um aspeto que surgiu das declarações e representa um impacto positivo na adesão à

prevenção de lesões, uma vez que inclui todos os atletas da equipa (lesionados e não lesionados), promovendo a importância da realização de exercícios diários para a prevenção de recidivas.

As declarações dos participantes vão de encontro ao descrito por Clement et al. (2013), que reforçam a importância de estabelecer um plano de recuperação com metas a atingir e com variedade de exercícios de forma a motivar o atleta para aderir ao plano de recuperação. No mesmo sentido, Vasconcelos-Raposo et al. (2014) referem que este planeamento deve ser individualizado para cada atleta, englobando objetivos realistas, que integrem a progressão da exigência e variedade de exercícios.

De forma a promover a responsabilização e autonomia do atleta na sua recuperação é importante que estes estejam munidos de conhecimentos sobre a sua lesão e sobre o processo de recuperação.

> "Acho que o conhecimento ou dar a conhecer esse tipo de informações aos jogadores seria bastante importante e se calhar podia prevenir mais lesões, por exemplo, também ao nível de alongamentos (…)." P7

> "Também haver um maior conhecimento por parte dos jogadores a nível das lesões, de porque acontece o que acontece aos músculos, como se podem recuperar, porque fazer gelo até x tempo e depois passar a fazer calor. Nós quando nos lesionamos (…) não sabemos o que havemos de fazer. Isso também é complicado porque uma pessoa também se sente sempre preocupada, não está lá ninguém o que é que nós fazemos (…). Devia haver mais informação para nós sabermos o que fazer a seguir, haver mais autoconhecimento." P7

Esta sugestão dos participantes vai de encontro ao descrito por Vasconcelos-Raposo et al. (2014) que destaca a importância da educação do atleta sobre a lesão e o tempo necessário para a total recuperação e das atividades a realizar, para que estes compreendam a importância da paragem para o seu bem-estar físico e psicológico, evitando um retorno à atividade precoce e uma involução do processo de recuperação. No mesmo sentido Clement et al. (2013) reforçam que os profissionais de saúde devem garantir uma adequada formação do atleta para um adequado retorno à atividade.

As declarações dos participantes das sugestões de intervenção no âmbito de desportivo vão de encontro às necessidades e dificuldades sentidas por cada um durante o seu processo de recuperação, procurando promover uma maior adesão.

De seguida faremos as considerações sobre os achados das entrevistas, bem como faremos as sugestões e apresentamos as limitações deste estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES

Com a apresentação e análise da informação é possível elaborar de forma sistematizada a síntese e um conjunto de sugestões que surgiram do fenómeno estudado. No decorrer da investigação, principalmente durante a análise e discussão das informações recolhidas conheceram-se as vivências dos atletas de futebol com lesão músculo-esquelética e identificaram-se estratégias de intervenção, de forma a promover comportamentos de adesão ao processo de recuperação, proporcionando aos atletas uma fase de transição o mais estável possível.

Da análise das entrevistas surgiram seis temas essenciais que respondem à problemática e questão de investigação que orientaram o estudo, sendo eles: ocorrência da lesão, paragem de competição, procura de ajuda da equipa de saúde, recuperação, limitações e sugestões.

Relativamente ao objetivo do estudo, identificar as vivências do atleta de futebol em recuperação de lesão músculo-esquelética, verificou-se que a maioria dos participantes referiu que a lesão foi devida a si, vivenciando-a como um obstáculo à concretização dos seus objetivos e expetativas para a época desportiva, considerando-a com grande impacto no seu gosto pelo futebol e um "impedimento" para a sua afirmação desportiva. Esta situação conduziu à expressão de sentimentos de insatisfação e desvalorização pessoal, com consequente perda da autoconfiança e de motivação.

No tema paragem de competição os participantes também manifestaram sentimentos de frustração e tristeza, não apenas relacionados com a insatisfação com a sua pessoa como no tema anterior, mas também associados ao comprometimento do sentimento de pertença à equipa e à dificuldade de cumprir e desempenhar o seu papel na equipa com o sucesso desejado. Como fatores potenciadores destes sentimentos de insatisfação foi referido o investimento monetário do clube e a escassez de jogadores. O afastamento da competição foi também vivenciado pelos atletas como uma perda de oportunidade, das capacidades e das competências, tornando-o mais vulnerável perante os elementos desportivos e até mesmo perante a sociedade. Esta fase de transição foi percecionada como ameaça à sua evolução desportiva conduzindo a sentimentos de angústia e *stress*. Contudo a paragem de competição foi também vivenciada como uma fase que permite a

“fuga” à realidade e à pressão competitiva, proporcionando o apoio e suporte social, dando ênfase aos seus aspetos positivos.

Através do tema procura de ajuda da equipa de saúde, verificou-se que a maioria dos atletas procura a ajuda da equipa de saúde apenas após o jogo/treino, ou até mesmo, alguns dias após a lesão, apesar de reconhecer que estas atitudes lhes podem trazer repercussões futuras. Os principais motivos referidos pelos participantes para a procura de ajuda da equipa de saúde foram a dor e a limitação física, tendo alguns participantes referido que só quando estes sintomas e sinais são exacerbados é que procuram ajuda. O facto de os atletas adiarem esta procura de ajuda deve-se ao desconhecimento da gravidade da lesão, porém também emerge como fator predisponente o sentimento de querer ajudar a equipa (pertença à equipa) e a necessidade de contribuir para o clube. Estes factos vão de encontro às vivências analisadas nos temas anteriores.

O conhecimento por parte dos profissionais sobre a perceção do atleta com lesão, a paragem de competição e o processo de recuperação, é essencial para a promoção de uma adesão efetiva à recuperação. Neste sentido, após análise das vivências dos atletas com lesão músculo-esquelética perante a ocorrência da lesão e a paragem de competição, procuramos compreender como decorre o processo de adesão à recuperação.

No tema recuperação, podemos verificar que a maioria dos atletas demonstrou comportamento de adesão à recuperação devido ao receio de agravamento da lesão ou pelas suas repercussões futuras. Porém foi também notório que os participantes nalgum momento da sua vida desportiva procuraram retomar a atividade desportiva sem terminar o processo de recuperação. Como principais fatores de não adesão salienta-se a idade, a desvalorização da gravidade da lesão e o sentimento de pertença à equipa. Também é de salientar que a pressão exercida pelos elementos desportivos para iniciar a competição precocemente pode conduzir à adoção de comportamentos de não adesão dos atletas. Da análise das declarações emerge a importância do atleta manter contacto com a equipa durante a recuperação, bem como, do investimento na comunicação entre os vários elementos desportivos, de forma a diminuir o impacto do afastamento e assim promover a adesão.

A abordagem do tema limitações permite-nos compreender que a ocorrência da lesão e a paragem da competição implicam mudanças nas várias dimensões do atleta (laboral, pessoal, social e relacional, percurso desportivo e saúde), limitando a sua independência

e autonomia diária. Estas alterações interferem com a sua perceção das vivências durante a recuperação da lesão, podendo conduzir a respostas emocionais menos adequadas na sua vida diária e menor adaptação a esta fase.

O tema sugestões, surgiu das propostas dos informantes para incentivar a adesão do atleta à recuperação, procurando colmatar algumas dificuldades sentidas por eles ao longo da sua recuperação. Neste sentido, resultaram como sugestões a melhoria da relação e comunicação dos recursos humanos, o aumento do conhecimento em saúde dos atletas e dos vários elementos desportivos, o planeamento da recuperação, a prevenção de lesões e a adoção de um papel mais interventivo na decisão em saúde por parte dos profissionais de saúde.

Em síntese os atletas de futebol com lesão músculo-esquelética vivenciam sentimentos de insatisfação e descontentamento com perda de autoconfiança e motivação as quais têm um elevado impacto na adoção de comportamento de não adesão ao processo de recuperação. Alguns atletas procuram manter-se em competição mesmo sabendo que isso pode prejudicar o seu estado de saúde.

É importante que o EEER considere as vivências do atleta na implementação de intervenções que promovam e incentivem a adesão do atleta à reabilitação. Da análise das declarações dos participantes, e considerando as suas sugestões, destacam-se como áreas de intervenção essenciais na promoção da adesão ao processo de recuperação as seguintes: envolvimento do atleta com a equipa, planeamento do processo de recuperação, comunicação multidisciplinar no âmbito desportivo, educação e formação dos elementos desportivos.

De acordo com o exposto, sugerimos as seguintes intervenções:

- Promoção do envolvimento do atleta com as atividades da equipa, de forma a minimizar o impacto da paragem da competição, incentivando o atleta à integração das atividades.
- Planeamento e negociação com o atleta do processo de recuperação, estabelecendo objetivos a cumprir, valorizando o seu esforço com fim da promoção e adoção de estratégias de *coping* para ultrapassar a situação e promoção da sua motivação para o cumprimento do plano terapêutico.
- Comunicação efetiva entre os atletas, profissionais de saúde, treinadores e dirigentes associativos, para que todos os intervenientes conheçam a

evolução do atleta durante a época desportiva e durante a sua recuperação promovendo o regresso à competição com a recuperação total.

- Educação para a saúde dos atletas sobre a situação da lesão e processo de recuperação, definindo o tempo necessário para a recuperação, dando ênfase à importância de cumprir a recuperação na prevenção de recidivas.
- Formação específica dos treinadores e profissionais de saúde englobando a importância do reconhecimento das vivências do atleta durante o processo de reabilitação e do conhecimento sobre os comportamentos de adesão e não-adesão.

Após análise das declarações dos participantes e considerando o modelo de Wiese-Bjornstal et al. (1998) apresentado no início do estudo, é possível entender a lesão e consequente paragem de competição como um obstáculo à concretização dos objetivos do atleta. Para intervir adequadamente no atleta de futebol com lesão músculo-esquelética é essencial avaliar as suas capacidades cognitivas e estratégias de *coping* para lidar com a situação e conseguir compreender e intervir ao nível das suas respostas emocionais e comportamentais. Assim, na abordagem ao atleta de futebol com lesão músculo-esquelética e para uma implementação de um plano de intervenção no âmbito da reabilitação é essencial adotar-se uma visão holística do atleta, considerando as suas vivências e respostas emocionais às alterações fisiológicas, com vista à promoção da adesão do atleta ao mesmo e consequente melhoria dos resultados obtidos.

Na realização deste estudo considera-se ter existido algumas limitações, como seja a falta de experiência da investigadora na área da investigação qualitativa e mais especificamente no âmbito da fenomenologia. Assim, no início das entrevistas houve dificuldade em conseguir a expressão dos sentimentos e emoções por parte dos participantes, os quais referiram não estarem habituados a refletir sobre esta temática. Neste sentido, os discursos poderão estar condicionados devido à dificuldade dos atletas na reflexão, partilha e comunicação das suas vivências. Como forma de ultrapassar este obstáculo a investigadora procurou observar os comportamentos e atitudes apresentados pelos informantes ao longo das entrevistas, sendo percetível na abordagem dos sentimentos e emoções que existiram momentos de maior inibição com desvio de olhar e diminuição do tom de voz.

Outra dificuldade sentida ao longo da realização da presente dissertação foi a escassez de estudos sobre as vivências do atleta com lesão músculo-esquelética, principalmente

na área da enfermagem e especificamente na enfermagem de reabilitação, facto que limitou o aprofundamento e riqueza da literatura. No entanto durante a realização da investigação estas limitações não foram entendidas pela investigadora como um obstáculo, mas sim como um estímulo para a procura de conhecimento e desenvolvimento de novas competências para ultrapassar essas dificuldades, contribuindo para a melhoria das técnicas de investigação.

A mudança dos contextos da prática e a afirmação profissional só é possível com o desenvolvimento de novos conhecimentos, sendo essencial o investimento na investigação científica para o aprofundamento e fundamentação das problemáticas vivenciadas. Neste sentido, relativamente à investigação em enfermagem no âmbito desportivo, considera-se que futuramente seria importante realizar um estudo com participantes de outros escalões competitivos de forma a comparar as suas vivências, sendo que este conhecimento permitiria o desenvolvimento de intervenções adequadas às realidades vividas pelos atletas de cada escalão. Seria também importante a realização de estudos que validassem o impacto das intervenções de enfermagem de reabilitação na adesão ao processo de recuperação, sendo que este conhecimento permitiria clarificar e afirmar a presença do EEER no âmbito desportivo.

A presente dissertação contribuiu para o aprofundamento e reflexão sobre o fenómeno estudado, procurando dar ênfase à visibilidade dos saberes e competências dos enfermeiros e em particular dos EEER para a melhoria das intervenções no âmbito desportivo e consequentemente dos cuidados prestados ao atleta de futebol.

Ao finalizar este estudo, considera-se que o objetivo deste trabalho foi atingido, conseguindo-se identificar as vivências do atleta de futebol com lesão músculo esquelética. O mesmo considera-se relativamente à problemática e questão investigação enunciadas, cujas respostas foram encontradas no decorrer do estudo.

BIBLIOGRAFIA

Documentos em suporte papel

Aguiar, P. (2006). Enfermagem no desporto: factores intervenientes na adesão terapêutica. *Revista Portuguesa de Enfermagem* 8, 47-54. ISSN 0873-1586.

Creswell, J. W. (2007). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed. ISBN: 978-85-363-0892-0.

Flick, U. (2014). *Uma introdução à pesquisa qualitativa*. (2ª ed.). Porto Alegre: Bookman. ISBN: 85-363-0414-6. 312.

Fortin, M. F. (1999) – *O processo de investigação: da concepção à realização*. Lusodidacta: Loures. ISBN: 978-972-8383-10-7.

Fortin, M. F. (2009) – *Fundamentos e etapas do processo de investigação.* Loures, Portugal: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-18-5.

Giorgi, A. & Sousa, D. (2010). *Método fenomenológico de investigação em psicologia*. Lisboa, Portugal: Fim de século, D.L. ISBN: 978-972-754-273-4. 279.

Magalhães, M.. (2005). Enfermeiro no Desporto: que formação? Que competências? Uma perspectiva. In Cruz, G; Oliveira, L (Coord.), *Saúde Desporto e Enfermagem* (151-164). Coimbra, Portugal: Formasau. ISBN 972-8485-48-4.

Marques, A. (2005). Ser Enfermeiro no Desporto. In Cruz, G; Oliveira, L (Coord.), *Saúde Desporto e Enfermagem* (21-58). Coimbra, Portugal: Formasau. ISBN 972-8485-48-4.

Marques-Vieira, C. & Antunes, N. (2017). Enfermagem no desporto In Marques-Vieira, C., Sousa, L. (Coord.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da Vida (331-340)*. Loures, Portugal: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-73-4.

Massada, J. L. (2003). *Lesões no desporto*. Lisboa, Portugal: Editorial Caminho. ISBN: 972-21-1595-2.

Massada, L. (2001). *Lesões típicas do desportista.* (3ª ed.). Lisboa, Portugal: Editorial Caminho. ISBN: 972-21-0655-4.

Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: development and progress* (5ª ed.). Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins. ISBN: 978-1-60547-211-9.

Morse, J. M. (2007). Aspectos essenciais de metodologia de investigação qualitativa. : Coimbra, Portugal: Formasau. ISBN: 978-972-8485-89-4.

Polit, D.; Beck, C. & Hungler, B. (2004). Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização (5ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed. ISBN 8573079843.

Poupart, J. (2012). *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos.* (3ª ed.). Petrópolis, RJ: Vozes. ISBN: 978-85-326-3681-2. 464.

Regulamento n.º 125/2011. (2011*). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Diário da República [DR], II Série. nº 35/2011 (11-02-18), 8658-8659.

Santos, B. S. (2010). *Um discurso sobre as ciências* (16ª ed.). Porto, Portugal: Edições Afrontamento. ISBN 9789723601749.

Strauss, A. & Corbin, J. (2008). *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed. ISBN: 978-85-363-1043-5.

Streubert, H. & Carpenter, D. (2013). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: avançando o imperativo humanista* (5ª ed.) Loures, Portugal: Lusodidacta. ISBN 9789898075345.

Streubert, H. J. & carpenter D. R. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: avançando o imperativo humanista (2ªed.)*. Loures, Portugal: Lusodidacta. ISBN: 972-8383-29-0.

Documentos em suporte digital

Arvinen-Barrow, M.; Massey, W. & Hemmings, B. (2014). Role of sport medicine professionals in addressing psychosocial aspects of sport-injury rehabilitation: professional athletes´ views. *Journal of athletic training, 49*(6), 764-772. Acedido a 16 de fevereiro de 2017. Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25243737.

Bastos, N. F. (2016). Importância do papel do enfermeiro integrado numa equipa multidisciplinar desportiva (Tese de Mestrado., Instituto Politécnico de Setúbal). Acedido a 16 de fevereiro de 2017. Recuperado de: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/17641/1/Relat%C3%B3rio%20deTrabalho%20de%20Projeto%20Nuno%20Fazendeiro_Vers%C3%A3o%20final.pdf.

Brink, M.; Vissher, C.; Arends, S.; Zwerver, J. Post, W. & Lemmink, K. (2010). Monitoring stress and recovery: new insights for the prevention of injuries and illnesses in elite youth soccer palyers. *British Journal of Sports Medicine 44*(11), 809-815. Acedido a 7 de outubro de 2016. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20511621#.

Caspersen C. J.; Powell K. E. & Christenson G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports, 100*(2), 126–131. Acedido a 12 janeiro de 2017. Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424733/pdf/pubhealthrep00100-0016.pdf.

Clement, D.; Granquist, M. & Arvinen-Barrow, M. (2013). Psychosocial aspects of athletic injuries as perceived by athletic trainers. *Journal of athletic Training, 48(*4), 512-521. Acedido a 18 abril de 2016. Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3718354/.

Dias, C.; Cruz, J. & Fonseca, A. (2014). Pre-competitive emotions in team sports: differences across gender and perceived importance and difficulty of the competition. *Portuguese Journal of Sport Sciences, 14*(3), 81-96. Acedido a 1 de outubro de 2016. Recuperado de http://www.fade.up.pt/rpcd/_arquivo/artigos_soltos/2014-3/05.pdf.

Direção Geral de Saúde [DGS] (2016). *Estratégia Nacional para a promoção da atividade física, da saúde e o do bem-estar da Atividade Física*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal. Acedido a 12 de janeiro de 2017. Recuperado de https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/relatorios-e-publicacoes.aspx.

Ekstrand, J.; Hägglund, M. & Waldén, M. (2011). Injury incidence and injury patterns in professional football: the UEFA injury study. *British Journal of Sports Medicine, 45* (7), 553-558. Acedido a 23 de fevereiro de 2017. Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19553225.

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (2016a). *Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos*. Coimbra, Portugal: Conselho Pedagógico. Acedido a 12 dezembro de 2016. Recuperado de https://www.esenfc.pt/pt/page/237.

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (2016b), *Elaboração e Apresentação de Dissertações da Dissertações*. Coimbra, Portugal: Conselho Técnico-Científicoo. Acedido a 12 dezembro de 2016. Recuperado de https://www.esenfc.pt/pt/page/237.

Federação Portuguesa de Futebol [FPF] (2012). Estatutos: Federação Portuguesa de Futebol. *Escritura Pública a 24 de Maio de 2011 e a 9 de Outubro de 2012*. Acedido a 2 de fevereiro de 2017. Recuperado de: htto://www.fpf.pt/Portals/0/Documentos/Centro%20Documentacao/Estatutos/estatutos.pdf.

Gould, D. & Dieffenbach, K. (2002). Psychological characteristics and their development in olympic champions. *Journal of Applied Sport Psychology, 14*(3). Acedido a 1 de outubro de 2016. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/241673552_Psychological_Characteristics_and_Their_Development_in_Olympic_Champions.

Ivarsson, A. & Johnson, U. (2010). Psychological factors as predictors of injuries among senior soccer players. A prospective study. *Journal of sports science and medicine*, 9(2), 347-352. Acedido a 1 de outubro de 2016. Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3761721/pdf/jssm-09-347.pdf.

Laux, P; Krumm, B.; Diers, M & Flor, H. (2015). Recovery-stress balance and injury risk in professional football players: a prospective study. *Journal of Sports Sciences, 33(*20), 2140-2148. DOI: 10.1080/02640414.2015.1064538. Acedido a 18 abril de 2016. Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4673559/pdf/rjsp-33-2140.pdf.

Liberal, R.; López-de-la-llave, A.; Pérez-Llantada, M. & Garcia-Mas, A. (2014). Psychological impact of sports injuries and psychological well-being in relation to sports performance in competition gymnasts. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto, 14*(3), 97-107. Acedido a 1 outubro de 2016. Recuperado de: http://www.fade.up.pt/rpcd/_arquivo/artigos_soltos/2014-3/06.pdf.

Loureiro, L. (2006) – Adequação e rigor da investigação fenomenológica em enfermagem: crítica, estratégias e possibilidades. *Revista Referência,* IIª Série (2), 21-32. Acedido a 9 de fevereiro de 2017. Recuperado de http://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=investiga%E7%E3o%20fenomenol%F3gica&id_artigo=21.

Mahl, A. C. & Vasconcelos-Raposo, J. V. (2007). Perfil psicológico de prestação de jogadores profissionais de futebol do Brasil. *Revista Portuguesa Ciências do Desporto, 7*(1), 80-91. Acedido a 4 de março de 2017. Recuperado de: http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpcd/v7n1/v7n1a09.pdf.

Nandakumar, T. & Sandhu, J. (2014). Factors Influencing International Sporting Success - An Analysis of Indian Sports System. *International Journal of Sport Management Recreation & Tourism, 14*. 13-31. Acedido a 23 de fevereiro de 2017. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/276927006.

Niven, A. (2007). Rehabilitation adherence in sport injury: sport physiotherapists perceptions. *Journal of Sport Rehabilitation*, 16(2), 93-110. Acedido a 15 de fevereiro de 2017. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17918697.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Áreas Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Lisboa. Acedido a 12 de outubro de 2016. Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf.

Organização Mundial de Saúde [OMS] (2003). Health and Development Through Physical Activity and Sport. Acedido a 12 de janeiro de 2017. Recuperado de:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67796/1/WHO_NMH_NPH_PAH_03.2.pdf.

Van Beijsterveldt, A.; Steffen, K.; Stubbe, J. ; Frederiks, J. ; Van de Port, I. & Backx, F. (2014). Soccer injuries and recovery in dutch male amateur soccer players: results of a prospective cohort study. *Clinical Journal of sport* medicine, 24(4), 337-342. Acedido a 17 de outubro de 2016. Recuperado de: http://journals.lww.com/cjsportsmed/Abstract/2014/07000/Soccer_Injuries_and_Recovery_in_Dutch_Male_Amateur.12.aspx. DOI: 10.1097/JSM.0000000000000028.

Vasconcelos-Raposo, J.; Carvalho, R.; Teixeira, C. & Neto, J. (2014). Relevância da intervenção psicológica em casos de lesão de atletas. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto. (14)*2, 110-131. Acedido a 1 de outubro de 2016. Recuperado de: http://www.fade.up.pt/rpcd/_arquivo/artigos_soltos/2014-2/07.pdf.

Volpi, P. & Taioli, E. (2012). The health profile of professional soccer players: Future Opportunities for Injury Prevention. *Journal of Strength and Conditioning Research, 26*(12), 3473-3479. Acedido a 17 de outubro de 2016. Recuperado de: http://journals.lww.com/nsca-jscr/Abstract/2012/12000/The_Health_Profile_of_Professional_Soccer_Players_.39.aspx. DOI: 10.1519/JSC.0b013e31824e195f.

Wagman, D. & Khelifa, M. (1996). Psychological issues in sport injury rehabilitation: current knowledge and practice. *Journal of athletic training, 31*(3), 257-261. Acedido a 2 de fevereiro de 2017. Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1318515/.

Wiese-Bjornstal, D. M.; Smith, A. M.; Shaffer, S. M & Morrey, M. A. (1998). An integrated model of response to sport injury: Psychological and sociological dynamics. *Journal of Applied Sport Psychology, 10*(1), 46-69. Acedido a 4 de março de 2017. Recuperado de: http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10413209808406377.

Zafra, A.; Montalvo, C. & Sánchez, T. (2006). Factores Psicológicos y vulnerabilidad a las lesiones deportivas: un estudio en futbolistas. *Revista de Psicología de Deporte*. *15*(1), 37-52. Acedido a 2 de fevereiro de 2017. Recuperado de: http://www.rpd-online.com/article/viewFile/242/242.

ANEXO

ANEXO I - Autorização da Comissão de Ética da UICISA: E

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)

da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

Parecer Nº 346_04-2016

Título do Projecto: Recuperação física da lesão músculo-esquelética do atleta de futebol: vivências e intervenções.

Identificação do Proponente

Nome(s): Margarida Maria da Costa Sousa Franco

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador Responsável/Orientador: Professor Doutor António José Pinto de Morais

Relator: Rogério Manuel Clemente Rodrigues

Parecer

A proponente pretende desenvolver estudo com o objectivo de "... *identificar as vivências do atleta de futebol em recuperação de lesão músculo-esquelética*".

O estudo é definido como "... *qualitativo de cariz fenomenológico*".

Os participantes serão "... *atletas de futebol em recuperação de lesões músculo-esqueléticas... prevendo-se doze a quinze informantes*", recrutados em "*Clubes e/ou Associações de Futebol num raio de 40km da cidade de Coimbra...*"

O convite à participação e as informações sobre o estudo serão efectuados pela proponente.

Com base nos documentos apresentados:

- Estão definidos os critérios de inclusão;
- É garantida a participação livre, voluntária e informada dos participantes;
- É apresentado documento para obtenção do consentimento;
- É garantida a confidencialidade dos dados recolhidos;
- São apresentadas as questões orientadoras da entrevista de recolha de dados;
- É garantida a destruição das gravações áudio após tratamento da informação;
- Não são identificados danos, ou custos, para os participantes.

O parecer da Comissão de Ética da UICISA-E é favorável ao estudo, salvaguardando que a sua realização não pode dispensar a obtenção da autorização das entidades a partir das quais se obtêm os dados que permitirão aceder aos participantes.

O relator: Rogério Manuel Clemente Rodrigues

Data: 25/05/2016 O Presidente da Comissão de Ética: Maria Manuela Botelho

APÊNDICES

APÊNDICE I - Grelha de análise

BLOCOS TEMÁTICOS	QUESTÕES NORTEADORAS	INDICADORES
Lesão músculo-esquelética.	Qual a lesão que teve? Como ocorreu a lesão? (A que foi devida a lesão) Quando solicitou ajuda à equipa de saúde? Porque procurou ajuda da equipa de saúde?	Tipo de lesão Motivo ou razão de ter ocorrido a lesão músculo-esquelética: • Devido a si (não aquecimento, esforço excessivo); • Devido aos outros (má recuperação, traumatismo, esforço excessivo, etc…). Momento em que solicitou ajuda à equipa médica: • logo no início dos sintomas; • após o início dos sintomas; • apenas com o agravamento dos sintomas. Porque adiou a decisão Motivos ou razão para procura de ajuda (dor, imobilidade, estar cansado, perceber que era grave, não poder continuar,…..).
Vivências do atleta de futebol perante a paragem de competição, devido a lesão músculo-esquelética.	Como se sentiu quando percebeu que a lesão músculo-esquelética iria implicar paragem da competição? Quais as implicações da paragem da competição devido à lesão no seu dia-a-dia?	Sentimentos perante a paragem da atividade • Face a si (atleta de futebol); • Face à equipa (aos colegas); • Face ao clube (aos dirigentes e adeptos). Sentimentos face à paragem no percurso desportivo. Implicações na vida pessoal, profissional, familiar, social e desportiva.

BLOCOS TEMÁTICOS	QUESTÕES NORTEADORAS	INDICADORES
Vivências do atleta de futebol na adesão à recuperação física	Como tem contribuído/ O que tem feito para favorecer a recuperação?	Tem ido mais cedo aos treinos Tem feito exercícios em cada ou ginásio Outras opiniões médicas Do ponto de vista psicológico
	Alguma vez pensou/tentou iniciar competição antes de terminar a recuperação?	Explique-nos melhor o que sentiu e o que planeou? Quando? Como? O que fez ou disse?
	• Como conseguiu iniciar competição antes de terminar a recuperação?	Como o fez/conseguiu? O que acha que ganhou com isso? Considera que teve implicações no seu futuro desportivo? Conhece alguém que o tenha feito?
Outros aspetos	O que acha importante falar sobre as lesões e a adesão dos atletas à recuperação, quando implica paragem de competição.	Qual a sua opinião O que acha que se passa com os outros (o que os outros fazem) Como acha que se pode ajudar o atleta a aderir à recuperação

APÊNDICE II - Guião de Entrevista

escola superior de enfermagem de coimbra

V Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Margarida Maria da Costa Sousa Franco

GUIÃO DE ENTREVISTA

Recuperação física da lesão músculo-esquelética do atleta de futebol: vivências e intervenções

Coimbra
Junho, 2016

GUIÃO DA ENTREVISTA

Nº de Ordem:_____ **Iniciais:_____** **Data:** __ /__ /__

Início: __ h __ m **Fim:** __ h __ m **Duração da Entrevista:** _____

PROCEDIMENTOS PRÉVIOS

Realizar a entrevista em zona reservada (sem barulhos, nem interferências externas);

Apresentação da entrevistadora.

LEGITIMAÇÃO DA ENTREVISTA

Informar sobre :

- o âmbito do trabalho e sobre a utilização dos dados obtidos
- o tema do trabalho
- os objetivos do estudo;
- a participação livre e a possibilidade de desistir a qualquer momento
- respeito pela confidencialidade e anonimato da informação prestada.

Motivar o entrevistado a participar na entrevista (Informar sobre a importância da sua participação);
Solicitar colaboração para participar no estudo;
Pedir autorização para gravar a entrevista e informar que a gravação é para recolher todas as informações.
Solicitar para ler e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido/ autorização escrita;
Agradecer a disponibilidade para participar no estudo.

INFORMAÇÕES A DAR OS PARTICIPANTES ANTES DO INÍCIO DA ENTREVISTA

"Gostaria que respondesse às perguntas que lhe vou colocar com a maior franqueza e honestidade possível. Não há respostas certas ou erradas, por isso todas as suas respostas são tidas em consideração. Se não se sentir à vontade para responder a alguma pergunta, basta comunicar-me esse facto"

CARACTERIZAÇÃO DO INFORMANTE

1 - Idade ____ anos

2 - Tempo em que participa em competições de futebol ____ anos/meses.

3 - Escolaridade:_____

4 - Costuma ter lesões que implicam paragem na atividade desportiva: __Sim __Não

4.1 - Se sim qual a frequência por ano: __1 vez __ 2 vezes __3 vezes __+ de 3 vezes

5 - Tempo de lesão músculo-esquelética _____ dias

6 - Tempo de afastamento da modalidade _____dias

Questão de Investigação: Quais as vivências dos atletas de futebol em recuperação de lesão músculo-esquelética?

QUESTÕES NORTEADORAS

Qual a lesão que teve?

Como ocorreu a lesão?

Quando solicitou ajuda à equipa de saúde?

Porque procurou ajuda da equipa de saúde?

Como se sentiu quando percebeu que a lesão músculo-esquelética iria implicar paragem da competição?

Quais são as implicações da paragem da competição devido à lesão músculo-esquelética no seu dia-a-dia?

Como tem contribuído/ O que tem feito para favorecer a recuperação?

Alguma vez pensou/tentou iniciar competição antes de terminar a recuperação?

- Como conseguiu iniciar a competição antes de terminar a recuperação?

O que acha importante falar sobre as lesões e a adesão dos atletas à recuperação, quando implica paragem de competição

Comportamentos não-verbais	Observações gerais

APÊNDICE III - Autorização dos clubes

Ex. Sr. Presidente

(Nome do Clube)

Data:

Assunto: Pedido para realização de colheita de informação para mestrado

Margarida Maria da Costa Sousa Franco, enfermeira a realizar a dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, com o tema "Recuperação física da lesão músculo-esquelética do atleta de futebol: vivências e intervenções", vem por este meio solicitar a V.ª Ex.ª autorização para realizar entrevistas aos atletas que aceitarem participar no estudo, do Clube que V.ª Ex.º superiormente dirige.

Mais informo que a realização do referido estudo foi aprovada pela Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e que os critérios para inclusão dos atletas são: escalão sénior amador, lesão ocorrida nos últimos 3 meses, afastamento das competições superior a 15 dias, sexo masculino e nacionalidade portuguesa. Mais informo que para a realização da entrevista será previamente pedido ao atleta o seu consentimento informado, e em todo o processo é garantido o anonimato e a confidencialidade da informação.

Certa do melhor acolhimento, fico a aguardar a resposta de V.ª Ex.ª

Com os meus respeitosos cumprimentos,

A Mestranda

_____

Margarida Maria da Costa Sousa Franco

APÊNDICE IV - Consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Ao assinar este documento, dou o meu consentimento para participar no estudo a realizar por Margarida Maria da Costa Sousa Franco, Enfermeira e estudante do V Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, com o tema "Recuperação física da lesão músculo-esquelética do atleta de futebol: vivências e intervenções", o qual tem como objetivo: identificar as vivências do atleta de futebol em recuperação de lesão músculo-esquelética

Compreendi a informação que me foi fornecida acerca do estudo que se pretende realizar e estou ciente de:

1. Me ser garantido receber esclarecimento em qualquer momento que julgar necessário, antes e durante a minha participação no estudo;
2. Ter a liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar no estudo sem nenhuma consequência, prejuízo ou penalidade para mim;
3. Não ser identificado, sendo mantido o anonimato das informações prestadas;
4. As informações prestadas e os resultados delas decorrentes destinar-se-ão exclusivamente à apresentação e/ou publicação de trabalhos de carácter científico;
5. Os resultados do estudo estarem disponíveis para mim por meio das divulgações científicas e/ou diretamente através da investigadora, se solicitado.
6. Esta participação é totalmente voluntária.

Depois de ler este documento relativo ao Consentimento Informado, aceito participar na entrevista, assegurando que a minha participação no estudo é inteiramente voluntária e me é dada a garantia do anonimato.

Local: _____, Data: ____/____ /2017

Assinatura do participante: _____

Assinatura da investigadora: _____

CONTACTO
Margarida Maria da Costa Sousa Franco
e-mail - guida.m.s.f@gmail.com
Tlm - 910 670 338