

ANDERSON AURÉLIO DA SILVA

**ANÁLISE DO PERFIL, FUNÇÕES E HABILIDADES DO FISIOTERAPEUTA DO
FUTEBOL E DO VOLEIBOL NO BRASIL**

Belo Horizonte

Universidade Federal de Minas Gerais

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional

2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ANDERSON AURÉLIO DA SILVA

**ANÁLISE DO PERFIL, FUNÇÕES E HABILIDADES DO FISIOTERAPEUTA DO
FUTEBOL E DO VOLEIBOL NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Ciências da Reabilitação.

Área de concentração: Desempenho Motor e Funcional Humano.

Orientação: Prof. Sérgio T. Fonseca, ScD.

Belo Horizonte

Universidade Federal de Minas Gerais

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

2008

*Às minhas filhas Gabriela, Luísa e Letícia:
a maior razão deste trabalho e do meu viver.
Aos meus pais, pelo carinho e pelo exemplo.
À eterna companheira Alessandra: saudades.
Ao sopro de Deus em minha vida: Dulce Mara.*

AGRADECIMENTOS

Ao colega e Professor Dr. Sérgio Fonseca pela disponibilidade e pela confiança no meu trabalho. Tenho a certeza que essa dissertação foi um aprendizado e tanto para ambos. Obrigado pelo constante incentivo.

Às Prof^{as} Marcella Tirado e Rosana Sampaio pela experiência indelével nessa minha trajetória.

Ao mestre e colega José Liberato Júnior pelos conselhos e por trilhar meu caminho na docência.

À Natália Bittencourt, parceira de tantas lutas: obrigado por tudo e sempre.

À Monica Oliveira Pereira, a maior Perito Criminal do Brasil e minha eterna revisora de concordâncias e discrepâncias.

Aos alunos de graduação Guilherme Almada, Vanessa Lara de Araújo e Viviane Otoni Carvalhais pela contribuição e pela eterna disposição acadêmica. Em especial, aos alunos Marina de Barros e Gustavo de Carvalho pela dedicação e paciência na aplicação dos questionários: muito obrigado.

Aos colegas fisioterapeutas esportivos, aos membros da SONAFE: este trabalho é uma homenagem aos anônimos que nem sempre estão à frente das câmeras, mas contribuem, sobremaneira, para o engrandecimento do esporte nacional.

Aos colegas do Departamento de Fisioterapia/UFMG, da Perícia do 3º Departamento e do LAPREV/CENESP/UFMG pela preocupação, apoio e incentivo, principalmente quando o mundo desabou sobre as nossas cabeças e, lógico, a Ele que lá de cima protege-nos em todos os momentos com as Suas Mãos.

Resumo

A prática esportiva, por sua natureza, provoca lesões de diversos tipos, destacando aquelas do sistema musculoesquelético. O tratamento e a prevenção de lesões, por seu caráter multifatorial, exigem uma abordagem interdisciplinar. Cada uma das profissões que compõe a equipe de saúde esportiva pode ter uma contribuição significativa para proporcionar condições adequadas para o atleta na competição, auxiliando-o na performance para atingir potencial máximo e guiando o atleta para voltar aos níveis de competição após lesão. Apesar das controvérsias quanto ao papel de cada profissional e quanto à formação de seus integrantes, a equipe de saúde (incluindo o fisioterapeuta) que atende ao atleta, parece atuar em pelo menos quatro grandes domínios: Prevenção, Atendimento Emergencial, Reabilitação Funcional e Retorno à Atividade. Entretanto, a atuação do fisioterapeuta, no Brasil, parece ser heterogênea, sem uma definição clara do papel desse profissional dentro da equipe que atende ao atleta. Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo caracterizar o perfil do fisioterapeuta esportivo brasileiro, analisando tanto a sua inserção na prática clínica, na equipe interdisciplinar e no clube, quanto a sua formação em nível de graduação e especialização. Foram analisados cinquenta e cinco questionários referentes a 27 fisioterapeutas de clubes de futebol e 22 fisioterapeutas que atuavam em clubes e seleções de voleibol, perfazendo um total de 49 fisioterapeutas, sendo que apenas cinco fisioterapeutas eram do sexo feminino, e a idade média era de 32,2 anos. Os dados relativos à entrevista foram agrupados e analisados usando o pacote estatístico SPSS 15.0. Para comparar os grupos por local de atividade, foram agrupadas as categorias de voleibol e seleção de voleibol a fim de aumentar o poder do teste e devido à

homogeneidade destes grupos. Nesse caso, para comparar os grupos foram usados testes para proporções e de independência, como o Qui-quadrado, McNemar, teste Z e teste Mann-Whitney. Os resultados apontam que a maioria dos fisioterapeutas esportivos brasileiros possui especialização (78,2%), foi contratada por indicação (78,2%), trabalha mais de 8 horas ou dedicação exclusiva (80,0%), recebe de 7 a 10 ou mais salários mínimos (58,2%). Além disso, têm grande participação nos domínios do atendimento emergencial (87,3%), prevenção (92,7%), reabilitação funcional (98,2%) e retorno após lesão (100%). O fisioterapeuta esportivo possui grande relação interdisciplinar, sobretudo com o preparador físico na reabilitação funcional (70,9%) e com o médico do clube na decisão do retorno do atleta após reabilitação (74,5%) e no veto ou liberação do atleta para jogos/treinos (63,6%). Entretanto, poucos entrevistados citaram a utilização de modelos teóricos na prevenção (24%) e muitos reclamaram de ameaças à sua autonomia, principalmente pelo profissional médico. Diferenças significativas foram detectadas nas comparações entre fisioterapeutas de voleibol e de futebol. Nosso estudo conclui que se faz necessário investir na pós-graduação do profissional fisioterapeuta visando uma melhor especialização na área esportiva, consolidando conceitos através de referenciais teóricos e também incentivando a prática clínica.

Palavras-chave: Fisioterapia; Esportes; Prevenção; Reabilitação; Equipe Interdisciplinar; Futebol; Voleibol.

Abstract

The performance of sports activities frequently produces injuries to the musculoskeletal system. The adequate treatment and prevention of these injuries require an interdisciplinary approach. Each professional that comprises the sports health staff has a unique contribution to the athlete during a competition. The health staff provides adequate physical condition to the athletes, helping them to achieve their maximum potential or allowing them to return safely to competition after a sport related injury. Despite the controversies about the specific roles of each professional, the team health staff (including the physical therapist) provide services to the athlete in, at least, four main domains: Prevention, Emergency Care, Functional Rehabilitation and Return to Competition. However, the role of the physical therapist in Brazil seems to be heterogeneous, as there is no clear definition about the functions that this professional performs within the sports health staff. Thus, the objective of the present study is to analyze the profile of the Brazilian sport physical therapists, by verifying their level of education (graduate or undergraduate), as well as their clinical practice insertion within the health and team staff. To accomplish these objectives, fifty-five questionnaires from twenty-seven soccer teams physical therapists and twenty-two volleyball physical therapists belonging to clubs and Brazilian national teams were analyzed. Therefore a total of forty-nine physical therapists, five female and forty-four male – mean age 32,2 years, took part in this study. The data were grouped and analyzed by the statistical package SPSS 15.0. In order to increase the study's statistical power, the clubs and Brazilian national volleyball teams were grouped in the same group, as they were homogenous. To compare the physical therapist groups (soccer and volleyball) proportion and independence tests such as Chi-square, McNemar, Z and Mann-Whitney tests were

used. The results indicated that the majority of the Brazilian sport physical therapists are specialized (78,2%), were hired by indication (78,2%), work more than 8 hours a day or dedicate exclusively to their club (80,0%) and earn seven to ten minimal wages (58,2%). In addition, they have participation in the domains of emergency care (87,3%), prevention (92,7%), functional rehabilitation (98,2%) and return to competition (100%). The physical therapists have multiple interdisciplinary relations with other professionals, especially with the physical educator in functional rehabilitation (70,9%) and with the physician in the decision about the return of the athlete to competition after rehabilitation (74,5%) and about the permission to the athlete to take part during practices or games (63,6%). However, only a few physical therapists indicated the use of theoretical models to guide their work in injury prevention (24%). In addition, most of them complain about threats to their professional autonomy, mainly by the team physician. Significant differences were, also, observed in the comparison between volleyball and soccer physical therapists. In the present study, it was concluded that there is still the need to invest in the continued education of the sport physical therapist, with the objective of improving their educational level in the area of sports. This measure will help to consolidate the area, by establishing a better theoretical reference frame for the clinical practice of the sport physical therapist.

Key-words: Physical Therapy; Sports; Prevention; Rehabilitation; Interdisciplinary Staff; Soccer; Volleyball.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 INTRODUÇÃO.....	10
1.1 OBJETIVOS.....	28
CAPÍTULO 2 MATERIAIS E MÉTODOS	
2.1 TIPO DE ESTUDO.....	29
2.2 AMOSTRA.....	29
2.3 INSTRUMENTAÇÃO.....	30
2.4 PROCEDIMENTOS.....	31
2.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	31
CAPÍTULO 3 RESULTADOS.....	33
CAPÍTULO 4 DISCUSSÃO.....	57
CAPÍTULO 5 CONCLUSÃO.....	67
CAPÍTULO 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69
ANEXO 1.....	73
ANEXO 2.....	75
APÊNDICE 1.....	85

Capítulo 1 INTRODUÇÃO

A prática esportiva, por sua natureza, incita lesões de diversos tipos, destacando-se aquelas do aparelho ortopédico. A cada ano, milhões de lesões esportivas ocorrem em todo o mundo. Só no futebol norte-americano, 110.000 lesões graves resultam, em média, três semanas ou mais de inatividade ⁽¹⁾. Estudos realizados em países escandinavos documentam que as lesões esportivas são responsáveis por 10 a 19% das lesões agudas atendidas nos serviços de emergência, sendo o joelho e o tornozelo as estruturas mais atingidas ⁽²⁾. No Brasil, Moreira e colaboradores demonstraram uma prevalência elevada de lesões na Seleção Brasileira de Basquete masculino, durante a temporada de 2002, onde foi encontrada uma média de 6,37 lesões/atleta/temporada e índice de 2,55 lesões por atleta/mês ⁽³⁾.

Medicina Esportiva é um termo abrangente que inclui várias áreas de especialização profissional, todas as quais possuem alguma relação com a performance atlética ou com os cuidados para com o atleta lesado ⁽⁴⁾. Fisiologistas do exercício, biomecânicos, nutricionistas, psicólogos do esporte, preparadores físicos, enfermeiros, médicos, *athletic trainer* e fisioterapeutas podem ser legitimamente chamados especialistas em Medicina Esportiva ⁽⁴⁾. Certamente, cada uma dessas áreas de especialização pode ter uma contribuição significativa para proporcionar condições adequadas para o atleta na competição, auxiliando-o na performance para atingir potencial máximo e guiando o atleta para voltar aos níveis de competição após lesão. A questão fundamental é definir exatamente o que e como estas especialidades podem melhorar as condições de saúde da população atlética ⁽⁴⁾.

A formação dos profissionais envolvidos com a área esportiva, bem como as competências e atribuições de cada profissão são extremamente variáveis de país para país e, às vezes, até de estado para estado. Em pesquisa realizada em quatro divisões do futebol inglês, constatou-se que, dos 58 médicos que responderam a um questionário, somente nove tinham qualificação (especialização) em medicina esportiva e seis eram membros da *Royal Society of Medicine*, enquanto metade dos clubes tinha fisioterapeutas sem qualificação específica, ou seja, sem especialização na área esportiva ⁽⁵⁾. A maioria dos que não tinham especialização era representada por técnicos em fisioterapia, dos quais grande parte eram ex-atletas. Segundo os autores, esses fisioterapeutas estavam em posição desfavorável para resistir às ameaças à sua autonomia profissional, particularmente aquelas que surgem da tentativa dos gerentes e dos médicos em influenciar na sua decisão clínica ⁽⁵⁾. Em outra pesquisa, também no futebol inglês, o médico só comparecia ao clube uma vez por semana, cabendo ao fisioterapeuta o atendimento primário de lesões esportivas e também de outras doenças, inclusive prescrevendo medicamentos, tratando atletas baseado na cultura do futebol, aplicando injeções e tratamentos sem nenhuma base clínica/científica e, muitas vezes, com pouca autonomia nas decisões ⁽⁵⁾.

Nos EUA e no Canadá, o *athletic trainer* é um profissional-chave no programa de treinamento e tratamento de lesões do esporte em nível escolar de *High School* ⁽¹⁾, sendo membro integrante da equipe esportiva e trabalhando sob a supervisão de um médico licenciado e em cooperação com outros membros da equipe de saúde ⁽⁶⁾. Enquanto nos EUA existe o grau de bacharelado em *athletic trainer*, no Canadá, boa parte destes é composta por fisioterapeutas e educadores físicos que fizeram pós-graduação nessa área ⁽¹⁾.

Apesar das controvérsias quanto ao papel de cada profissional e quanto à formação de seus integrantes, a equipe de saúde, incluindo o fisioterapeuta, que atende ao atleta, parece atuar em pelo menos quatro grandes domínios: prevenção, atendimento emergencial, reabilitação e retorno do atleta à atividade ^(1,2,6,7,8). O entendimento dos modelos que norteiam cada um desses domínios se faz necessário haja vista que estes podem delimitar as funções de cada membro da equipe interdisciplinar, bem como definir as habilidades necessárias para se obter uma intervenção efetiva na área esportiva. Para tanto, realizamos uma revisão dos modelos de atuação dos profissionais de saúde na área esportiva, tanto a nível mundial, quanto a nível nacional, tentando identificar as relações interdisciplinares e tendo como foco central o profissional Fisioterapeuta.

PREVENÇÃO

Vários modelos de prevenção de lesões no esporte são construídos com intuito de direcionar estudos e embasar a atuação preventiva voltada para a incidência de lesões esportivas ⁽⁹⁾. Pesquisadores e médicos clínicos trabalham no campo de prevenção de lesões esportivas, estabelecendo objetivos, na tentativa de diminuir o risco de lesões ⁽⁹⁾. Para isso é necessária a integração de fatores clínicos (médicos), comportamentais (psicológicos, sociológicos e organizacionais), fisiológicos e biomecânicos ⁽⁹⁾.

Van Mechelen *et al* ⁽²⁾ descreveram quatro etapas para o processo de investigação em prevenção de lesões: a) identificar a magnitude do problema e descrevê-lo em termos de incidência e severidade das lesões esportivas; b) identificar os fatores de risco e os mecanismos de lesão; c) introduzir medidas que provavelmente irão reduzir o futuro risco e/ou severidade de lesão esportiva (pode

ser baseado em informação de fatores etiológicos ou no mecanismo de lesão identificado no 2º item); d) avaliar o efeito das medidas propostas, que pode ser analisado pela comparação entre antes e após intervenção, como por exemplo, comparando o tempo médio de recuperação de lesão. Entretanto, esta seqüência se torna limitada, pois não considera a natureza multifatorial das lesões ⁽²⁾.

O primeiro modelo para guiar a prática e pesquisa em prevenção nos esportes foi proposto por Meeuwisse em 1994 ⁽²⁾. Este modelo (figura 1) é caracterizado por uma abordagem epidemiológica na qual a lesão, apesar de poder ser causada por um evento incitante, na verdade resulta de uma complexa interação entre fatores de risco intrínsecos e extrínsecos, considerando a natureza multifatorial da lesão esportiva (fig.1) ⁽²⁾. Fatores de risco intrínsecos tais como idade, sexo, composição corporal podem aumentar o risco, predispondo o atleta a lesões. Fatores extrínsecos, como por exemplo, tipos de calçado ou de piso, podem modificar o risco de lesão, tornando o atleta mais susceptível à lesão. Entretanto, somente a presença desses fatores não é suficiente para produzir lesões. A somatória desses fatores e a interação entre eles aumentam a possibilidade do atleta sofrer uma lesão em dada situação. Meeuwisse ⁽²⁾ descreve o evento incitante como a “gota d’água” de uma cadeia que causa lesão.

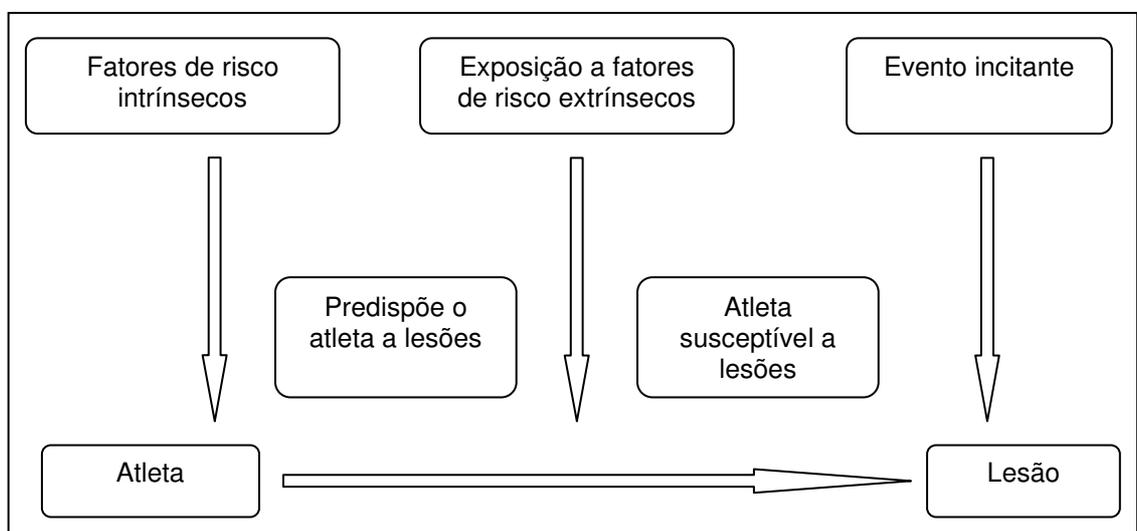


Figura 1 – Modelo Multifatorial de Etiologia de Lesões no Esporte (Adaptado de Meeuwisse, 1994).

Em um estudo de coorte para identificar fatores de risco utilizando esse modelo multifatorial, foram avaliados 306 atletas de duas divisões do futebol islandês, sendo pesquisada e registrada a altura, peso, composição corporal, flexibilidade, potência dos extensores dos joelhos, altura no salto vertical, consumo máximo de oxigênio (VO^2 máximo), estabilidade articular, história de lesão prévia ⁽¹⁰⁾. Os resultados do estudo indicaram que a presença de lesão prévia e a idade são fatores de risco. Esse fato sugere que mudanças na estrutura dos músculos e tendões e/ou a formação de um tecido cicatricial fraco resultam de uma reabilitação inadequada ou retorno antecipado ⁽¹⁰⁾. Os autores preconizam que entender os fatores de risco individual e aplicar esse modelo multifatorial para explorar a inter-relação entre os vários fatores é necessário para programar medidas preventivas eficazes ⁽¹⁰⁾.

Wismans e Norton ^(2,9) desenvolveram um modelo biomecânico que propõe a lesão como equivalente a uma falência da máquina ou de uma das suas estruturas. Lesão resulta da transferência de energia para o tecido, quando este perde sua capacidade de tolerância para absorver tais energias (micro ou macro lesão) ⁽²⁾. Tal modelo está orientado para promover intervenções focadas na modificação de cargas internas e externas que atuam sobre o corpo humano ^(2,9). Este modelo considera tanto as propriedades teciduais, quanto as características da carga imposta, ou seja, as propriedades dos tecidos, tais como flexibilidade e força, determinam como o organismo responde às cargas físicas. Assim, a reação do tecido depende da sua composição, do tipo e natureza da carga, da frequência de repetição da carga, da magnitude da transferência de energia e de fatores intrínsecos como idade, sexo e condição física ⁽²⁾. Entretanto, uma limitação deste

modelo é não considerar a competitividade e a repetitividade natural de cada esporte e os fatores comportamentais, psicológicos e adaptações biomecânicas, isoladas ou em conjunto, que acompanham a competição ⁽⁹⁾.

Bahr ⁽²⁾ propôs um modelo (figura 2) de prevenção no qual se nota além da conjugação do modelo epidemiológico com o biomecânico, o enfoque nas características do esporte em questão, naquele que o autor denomina modelo “causador de lesão”. Nesse modelo, fatores de risco internos e externos podem afetar a carga aplicada sobre o atleta e a tolerância a essa carga ⁽²⁾. Esse modelo pode ser usado para estudar a interação entre diferentes fatores causais de lesão, possibilitando uma prevenção efetiva, ao se considerar a descrição do mecanismo de lesão dentro do contexto da modalidade.

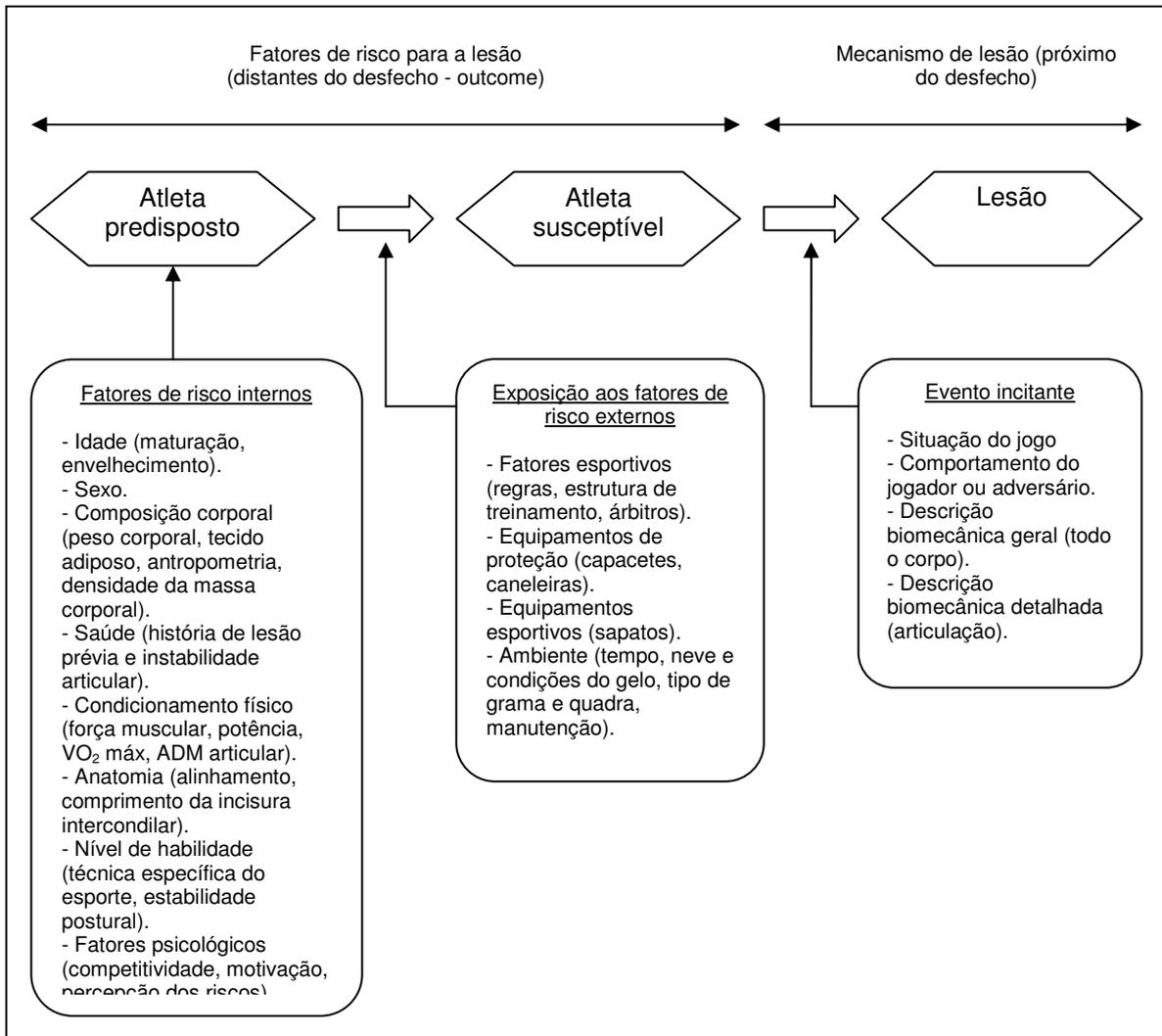


Figura 2 – Modelo Abrangente para Causa de Lesões (Adaptado de Bahr, 2005)

No referencial teórico de Capacidade x Demanda os fatores associados à ocorrência de lesões esportivas são analisados de maneira mais global, fugindo da lógica normalmente estabelecida por outros modelos. Nesse contexto, ter ou não lesão em um determinado esporte é muito mais definido em relação às demandas que aquele esporte possui associado com as capacidades (competências físicas) que o indivíduo tem para lidar com essas demandas ⁽¹¹⁾. A compreensão das capacidades individuais e das demandas do estresse específico do esporte aplicadas às estruturas do corpo pode ser mais efetivo na prevenção e no tratamento das lesões músculo-esqueléticas. Assim, para produzir o movimento

coordenado e para proteger tecidos biológicos de lesões, o sistema musculoesquelético deve ter a capacidade para gerar, transferir, e dissipar energia. Essa capacidade constitui os recursos dinâmicos disponíveis para controlar o estresse ⁽¹¹⁾. Conseqüentemente, uma compreensão de como as estruturas do sistema musculoesquelética, tais como os músculos e os tecidos passivos (ligamentos, cápsulas, e fâscias) são organizados para cumprir estas exigências, pode guiar os esforços da reabilitação dirigidos em melhorar a capacidade dinâmica (força, resistência, comprimento do músculo e rigidez) a fim de prevenir e tratar lesões ⁽¹¹⁾.

Além dos fatores físicos como desequilíbrio muscular, fadiga física e *overtraining* serem considerados causas de lesões esportivas, fatores psicológicos e sociais também podem contribuir para o surgimento de lesões. Em 1988, Andersen e Williams ⁽¹²⁾ propuseram um modelo denominado modelo de estresse e lesão esportiva (figura 3), estabelecendo uma relação entre variáveis psicológicas e a lesão esportiva. Segundo este modelo, o atleta durante a prática esportiva, experimenta diversas respostas cognitivas às situações potencialmente estressantes, podendo ser positivas (desafio, excitabilidade), como também negativas (ansiedade e desconforto). As respostas negativas podem ocasionar alterações fisiológicas/tencionais exageradas, tais como modificações endócrinas e no Sistema Nervoso Autônomo. Dessa forma, pode ocorrer aumento da respiração, tensão generalizada, tremor e labilidade emocional, além de aumento da distração ⁽¹²⁾. As alterações fisiológicas e tencionais determinam maior susceptibilidade à lesão devido ao (1) aumento generalizado da tensão muscular, gerando redução da flexibilidade e coordenação muscular; (2) redução do campo visual, dificultando a percepção pelo atleta de situações potencialmente lesivas e (3) aumento da

distração, retirando o atleta do foco de atenção da tarefa a ser realizada, determinando assim maior risco na falha de execução do movimento e, conseqüentemente, elevando o risco de lesões ⁽¹²⁾.

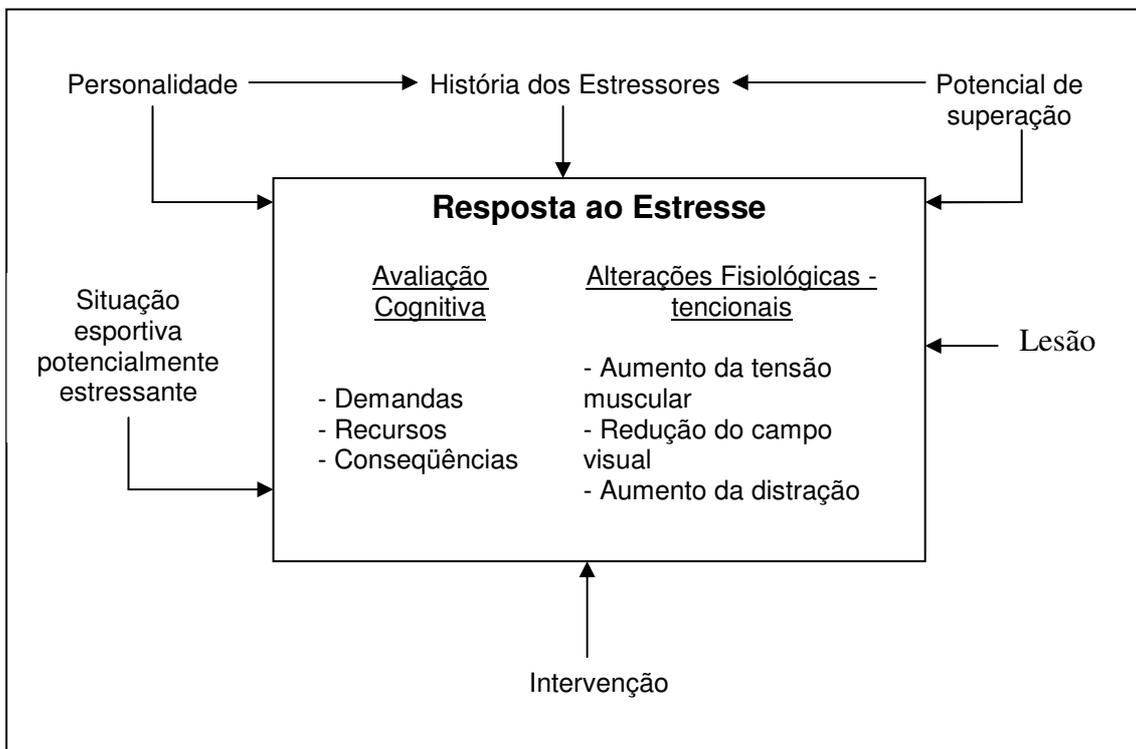


Figura 3 – Modelo de Estresse e Lesão Esportiva (Adaptado de Andersen e Williams, 1988).

Apesar da literatura esportiva apresentar testes para medir a composição corporal (adipometria, pesagem hidrostática), força (dinamometria), flexibilidade (goniometria), potência (salto vertical, teste de Jyuskala), *endurance* (corrida 12 minutos) e equilíbrio (*balance-master*), não existem evidências de que as informações destes testes podem ajudar a prevenir lesões ⁽⁶⁾. Porém, esses dados podem ser utilizados pelos profissionais para monitorar a efetividade do treinamento, a eficácia da reabilitação e possibilitar critérios para o retorno do atleta à atividade ⁽⁶⁾.

ATENDIMENTO EMERGENCIAL

O retorno imediato de um atleta lesado, durante treinos e jogos, principalmente neste último, em que as decisões são tomadas sobre grande pressão, exige dos profissionais que atuam em campo (principalmente médicos), exercícios de julgamento adequado para evitar problemas de responsabilizações futuras ⁽¹⁾. Entretanto, nem todas as equipes, profissionais ou amadoras, possuem a figura do médico esportivo, fato que se repete em todo o mundo.

O *Athletic Trainer Certified* (ATC) é um profissional com grande aceitação, sobretudo na América do Norte (EUA e Canadá), por ser um aliado altamente qualificado e bem instruído, preocupado com a prevenção, tratamento e reabilitação das lesões dos atletas ^(1,7). O ATC faz a ligação entre o médico e o treinador, entre o atleta e o treinador e entre outros membros da comissão técnica. Ele encaminha o atleta para o médico e provém este último de informações sobre os atletas ^(1,6). O ATC é uma pessoa chave no programa atlético de escolas de segundo grau (*High School*) e em equipes esportivas. Ele conduz o programa de controle de lesões e atende em treinos e jogos, principalmente nas atividades que o médico esportivo não está presente. Somente algumas escolas têm médico nos jogos, apesar de 65% das lesões ocorrerem nos treinos. Apenas 5% das escolas de 2º grau possuem o *athletic trainer certified*, com 75% dos cuidados sendo realizados pelo próprio técnico, sendo que 80% desses técnicos não possuem formação para cuidados básicos de saúde.

Assim como nesses países, no Brasil os regulamentos de competições e ou normativas baixadas por confederações de esportes, não definem de forma consensual sobre quais os profissionais que devem atuar no atendimento emergencial ^(13,14,15,16,17,18). A Confederação Brasileira de Tênis, no capítulo

intitulado “REGRA PARA CONTUSÃO”⁽¹³⁾, normatiza que: “na quadra, a avaliação e o tratamento de um jogador em circunstância médica, somente poderá ser feita pelo médico ou fisioterapeuta do torneio”. O médico ou fisioterapeuta determina se a condição do atleta é tratável ou não, se há necessidade de intervenção após a avaliação inicial, e se a “contusão da partida irá colocar a saúde do jogador em extremo risco”, sugerindo a sua retirada da partida. Na prática, observamos a crescente atuação de fisioterapeutas em competições de tênis, sendo que alguns são designados como verdadeiros *ATHLETIC TRAINERS* após terem sido capacitados pela ATP (*Association Tennis Professional*)⁽¹⁴⁾.

No futebol de salão (futsal) do Estado do Paraná o clube mandante deverá providenciar uma equipe composta por um médico, além de um fisioterapeuta ou um massagista para atendimento aos atletas, dirigentes e ao torcedor⁽¹⁵⁾. A Federação Paulista de Futsal permite ficar no banco de reservas: massagista profissional, médico, fisioterapeuta ou atendente de quadra, devidamente certificado por curso na Federação⁽¹⁶⁾. Já no futsal de Santa Catarina pode-se escolher entre massagista ou fisioterapeuta e entre médico ou fisioterapeuta⁽¹⁷⁾. Em *site* da Confederação Brasileira de Judô fica determinada a presença obrigatória do profissional médico no banco⁽¹⁸⁾.

Como podemos observar o atendimento emergencial, quanto ao seu *staff*, não possui uma padronização no Brasil, ficando o Fisioterapeuta apenas como mais uma opção de profissional a ser utilizada por alguns esportes.

REABILITAÇÃO FUNCIONAL

Mundialmente a reabilitação esportiva é um processo compartilhado por médicos, cirurgiões, fisioterapeutas, *athletic trainers*, cientistas esportivos, especialistas em condicionamento e treinadores^(4,7). Ao contrário da reabilitação em

ambiente clínico ortopédico (população geral), a reabilitação atlética não requer somente a restauração total das condições pré-lesão do membro ou articulação lesada, mas exige, também, a manutenção da performance do atleta como um todo ⁽⁴⁾.

A reabilitação esportiva é fundamentada nos conhecimentos sobre a capacidade de recuperação tecidual, nos aspectos biomecânicos das articulações, nos princípios fisiológicos dos trabalhos de resistência e de força muscular e nas bases neurofisiológicas do treinamento da habilidade ⁽⁴⁾. O sucesso do programa de reabilitação atlética está baseado no entendimento da capacidade de recuperação tecidual, a qual, quando devidamente aplicada, permite o tratamento progressivo de lesões que acometem articulações e músculos. Além disso, força, resistência e potência muscular podem ser desenvolvidas, enquanto flexibilidade e condicionamento cardiorrespiratório são mantidos ⁽⁴⁾.

Um programa de tratamento eficiente na área esportiva inclui quatro objetivos primários ^(7,19):

- 1) Restaurar a função da estrutura lesada através de:
 - Controle ou redução da dor associada à lesão.
 - Recuperação total da Amplitude de Movimento.
 - Manutenção ou melhora da força durante amplitude total.
 - Retorno do controle neuromuscular.
- 2) Proporcionar retorno seguro e o mais rápido possível aos treinamentos e/ou competição.
- 3) Restaurar ou promover função cardiovascular ou musculoesquelética a níveis antes da lesão.
- 4) Fornecer modificação de equipamentos tais como órteses e braces.

Um modelo esquemático da reabilitação esportiva (figura 4) foi proposto por Zachazewski e Magee e consiste de uma pirâmide de objetivos, no qual através de um processo ativo/participativo, o atleta é motivado a atingir critérios sucessivos e, deste modo, progredir através de uma reabilitação contínua, altamente estruturada e individualizada. O sucesso de uma etapa da reabilitação depende dos estágios que a precedem, ou seja, cada degrau deve contribuir de forma acumulativa para o retorno do atleta ao esporte. Por exemplo, os trabalhos para restaurar o controle do movimento e o equilíbrio, bem como para prover o atleta das capacidades físicas básicas precedem ao nível mais alto da pirâmide que é o trabalho funcional.

O raciocínio clínico do processo de reabilitação deve ser baseado numa lógica de progressão gradativa para que os atletas sejam reintroduzidos na demanda requerida para o esporte ⁽⁷⁾. Assim, inicia-se do geral para o específico, do simples para o complexo, do fácil para o difícil, com aumentos progressivos nas repetições e na intensidade ⁽⁷⁾. A necessidade de retornar com níveis de performance o mais próximo de antes da lesão, incentiva o atleta a atingir uma recuperação rápida e segura. A pressão para se agilizar a recuperação e a velocidade do retorno pode ser uma vantagem do atleta em relação ao tratamento convencional. Entretanto, o sucesso da reabilitação esportiva depende de:

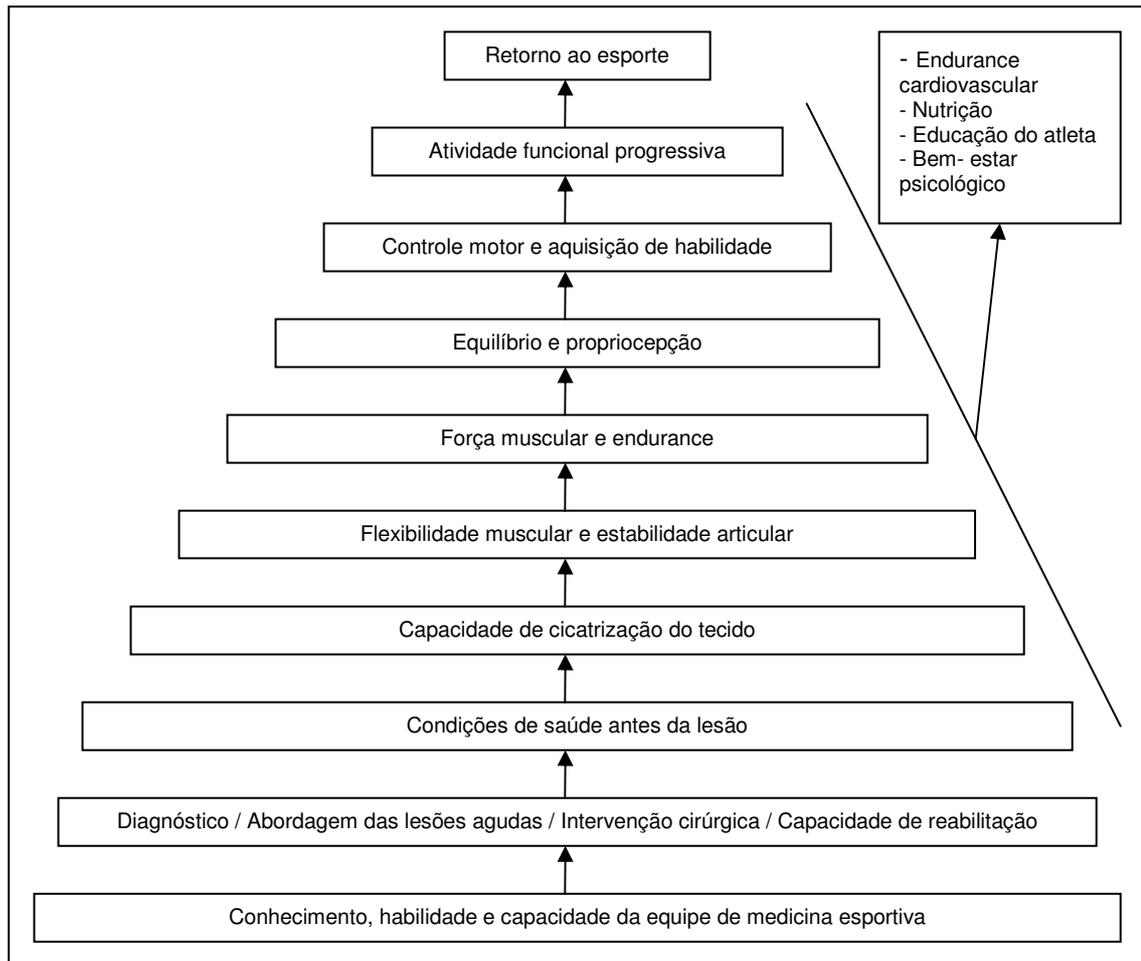


Figura 4 – Pirâmide da Reabilitação Esportiva (Adaptado de Zachazewski e Magee, 1996).

- 1) Diagnóstico imediato e acurado da natureza e severidade da lesão, com o tecido especificamente envolvido.
- 2) Início imediato do tratamento, direcionado para a atenuação dos efeitos secundários da reação inflamatória.
- 3) Inclusão, na seqüência, de exercícios progressivos que aumentem a solicitação e recuperação dos tecidos lesados.
- 4) Integração de atividades funcionais que auxiliem na restauração do padrão do movimento coordenado.
- 5) Acompanhamento psicossocial ^(4,7).

RETORNO DO ATLETA À ATIVIDADE

O maior objetivo e talvez o maior desafio da reabilitação esportiva seja o retorno rápido e seguro do atleta às atividades práticas (treinamento) e à competição. Para que esse objetivo seja alcançado, algumas premissas são essenciais ⁽¹⁹⁾:

- Iniciar o tratamento o mais cedo possível, incluindo os cuidados emergenciais das lesões agudas.
- Possibilitar uma intervenção mais individualizada.
- Planejar a reabilitação por metas a serem alcançadas e não por tempo médio de lesão.
- Incluir modificações de equipamentos, braces e órteses quando necessários.
- Possibilitar um acompanhamento psicossocial.
- Prover um prognóstico real sobre o retorno seguro e rápido para treinos e jogos.
- Incluir comunicação com a família, atletas, treinadores e outros profissionais.
- Documentar avaliação e evoluções através de registros ⁽¹⁹⁾.

Apesar disso, determinar quando o atleta está no ponto final da reabilitação e, portanto, apto para retornar aos treinos e/ou jogos não tem sido uma tarefa fácil ⁽⁴⁾. Testes clínicos e medidas, apesar de sofisticados não podem predizer a complexa interação da reabilitação de uma articulação ou de um membro na resposta à demanda imposta por um esporte específico ⁽⁴⁾. A cuidadosa interação entre o controle de peso do atleta e a manutenção de performance, dentre outros, podem ser críticos na determinação da prontidão para retorno à competição ⁽⁴⁾. Assim mesmo, a literatura médica esportiva contém testes para medir a composição corporal, força, flexibilidade, potência, *endurance* e equilíbrio, que são utilizados pelos profissionais para monitorar a efetividade do treinamento, a eficácia da

reabilitação e possibilitar a definição de critérios para o retorno do atleta à atividade (6).

Em decorrência da complexidade do retorno à prática esportiva pós-lesão, o *American College of Sports Medicine – ACSM* – desenvolveu um consenso intitulado “*Return-to-play*”, que tem como objetivo prover aos médicos uma ferramenta de decisão para determinar o retorno do atleta ao esporte (8,19,20). Dessa forma, nos EUA, o médico esportista coordena a evolução, tratamento e reabilitação da doença ou lesão e, por isso, a decisão final para o retorno deve ser desse profissional (19). Segundo o ACSM, o retorno à atividade deve levar em consideração os seguintes pontos (19):

- O *status* anatômico e funcional do tecido lesado.
- O grau de recuperação para lesões agudas e suas possíveis seqüelas.
- O retorno não pode significar risco para o atleta e para outros participantes.
- As habilidades específicas do esporte devem ser restabelecidas.
- A preparação psicossocial.
- As habilidades para prescrever equipamentos, braces e órteses.
- A concordância com leis públicas que regulamentam a atividade esportiva.

O processo deve incluir uma cadeia de comandos, um método de comunicação de decisões, um método de registro e um sistema de proteção da privacidade do jogador. A decisão leva em consideração quatro parâmetros:

- Critério médico: sobrepõe-se aos outros e é o mais bem definido.
- Critério sócio-econômico: pressões da família, técnicos, imprensa.
- Critérios políticos: concentra decisão no médico e no *athletic trainer*, considerando que a opinião de outros profissionais pode causar estresse desnecessário.

- Questões legais: médico não deve ceder a pressões, caso ache que ainda não está seguro para o retorno do atleta.

No Brasil, a fisioterapia clínica esportiva parece seguir os passos da fisioterapia clínica geral. Em que pese o consenso de que reabilitar atletas é bem diferente de tratar indivíduos não atletas, há uma tendência de se utilizar modelos baseados em função e disfunção humana nos dois casos, sendo que a metodologia do segundo necessariamente tem que passar pela recuperação funcional ⁽²⁰⁾. Assim, Rodrigues ⁽²¹⁾ define que o “médico libera o atleta clinicamente, e o fisioterapeuta libera o atleta funcionalmente após o mesmo ter evoluído no tratamento”, mostrando também a participação do fisioterapeuta na tomada de decisão do retorno do atleta às atividades ⁽²¹⁾.

Em um relato preliminar de três casos, médicos e fisioterapeutas avaliaram três atletas do sexo masculino, submetidos a tratamento cirúrgico de hérnia discal lombar, com o objetivo de avaliar os resultados de um protocolo de reabilitação acelerado com base em hidroterapia ⁽²²⁾. Os autores enfatizam a necessidade das atividades se tornarem um tanto quanto funcionais, simulando as atividades esportivas realizadas previamente. Por exemplo, no basquete tabelas com cestas são adaptadas às bordas da piscina e antes de retornar à prática fora da água o atleta exercita os movimentos básicos do esporte como saltos, corrida, deslocamentos e arremessos. No atletismo, o atleta inicia a corrida na piscina e posteriormente retoma aos treinos fora da água ⁽²²⁾.

No domínio da reabilitação funcional e do retorno do atleta à atividade, assim como no atendimento emergencial, não fica clara a definição de funções dos membros integrantes da equipe que assiste ao atleta. Enquanto na América do Norte o *athletic trainer* assume esse papel de transição entre o ambiente de

tratamento e o ambiente de treinamento ^(1,7), no Brasil temos relatos de preparadores físicos, fisioterapeutas ou ambos atuando nessa transferência ⁽²¹⁾.

Como apresentado acima, a literatura é demasiadamente controversa em relação às funções e aos domínios citados, existindo modelos norteadores apenas para a Prevenção e para a Reabilitação Funcional. Diante do quadro de indefinição de funções dos membros das equipes esportivas, seria de grande valia situar o Fisioterapeuta brasileiro nesse contexto, procurando entender sua inserção na equipe interdisciplinar, o que pode em muito contribuir para uma melhor organização de serviços e, conseqüentemente, melhor atendimento ao atleta. Além disso, a ausência de estudos em nível nacional, aliada à indefinição do papel do fisioterapeuta na equipe, pode contribuir para que haja diferenças entre as funções dos fisioterapeutas, mesmo em esportes mais populares, como futebol e voleibol no Brasil.

Assim, o presente trabalho tem como objetivo investigar qual é o perfil do fisioterapeuta esportivo brasileiro no que tange à sua formação, especialização, atuação e grau de autonomia dentro da equipe interdisciplinar. Diante do quadro internacional e das particularidades da realidade brasileira temos as seguintes questões:

- 1)Quais são as funções do Fisioterapeuta Esportivo no Brasil?
- 2)Em quais domínios da área esportiva esse profissional atua?
- 3)Quais as disciplinas e conteúdos da formação desse profissional em nível de graduação e de pós que lhe permitem atuar nesses domínios?
- 4)Qual o nível de autonomia do fisioterapeuta dentro da equipe interdisciplinar no esporte? Qual a sua participação no processo de veto ou liberação do atleta para as atividades?

1.1 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL – Identificar e caracterizar o perfil do fisioterapeuta esportivo brasileiro, analisando a sua formação em nível de graduação e especialização, bem como a sua inserção na prática clínica, na equipe interdisciplinar e no clube.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1 – Identificar as habilidades e funções exercidas pelo fisioterapeuta brasileiro que atua na área esportiva.
- 2 – identificar em qual(is) modelo(s) teórico(s) a atuação do fisioterapeuta esportivo está fundamentada.
- 3 – Investigar o grau de autonomia do fisioterapeuta esportivo brasileiro e sua inserção na equipe interdisciplinar.
- 4 – Comparar o grupo de fisioterapeutas esportivos que atua no voleibol com o grupo do futebol.

Capítulo 2 MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 TIPO DE ESTUDO - Esta pesquisa possui um delineamento transversal e foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais com o parecer de nº. ETIC 294/07.

2.2 AMOSTRA - Foram selecionados e analisados 55 questionários referentes a 27 fisioterapeutas de clubes de futebol e a 22 fisioterapeutas que atuavam em clubes e seleções de voleibol, perfazendo um total de 49 fisioterapeutas, sendo que seis profissionais atuavam tanto em clubes, quanto em seleções de voleibol. A maioria (44) era do sexo masculino e apenas 5 fisioterapeutas eram do sexo feminino, estando todas alocadas em seleções e/ou clubes de voleibol. Considerando todos os questionários analisados, 10 respondentes foram do grupo de seleção de voleibol, 18 de clubes de voleibol e 27 de futebol, representando 91%, 50% e 68% da população total destes profissionais, distribuídos respectivamente, em 11, 36 e 40 clubes/seleções, todos com fisioterapeutas em suas equipes. As margens de erro corrigidas para populações finitas são, então, de 9,8%, 16,8% e 10,9% respectivamente para as proporções em estudo. Considerando a amostra total a margem de erro é de 8,1% (considerando o nível de 95% de confiança).

Como foram enviados questionários para todos os elementos da população em que foi possível obter um contato, pode-se considerar que foi aplicado um procedimento de “censo”, no qual nem todos os elementos contatados estavam disponíveis a participar, ou seja, a despeito de ter sido feito um esforço para que toda a população participasse do estudo, tal objetivo não foi alcançado. Assim, as

margens de erro apresentadas são indicativos da precisão do estudo, supondo que não houve um viés de seleção dos respondentes sendo que, nesta condição, não se faz necessário o cálculo prévio do tamanho da amostra requerida. Outrossim, as margens de erros obtidas se encontram dentro de patamares aceitáveis para um estudo de natureza exploratória, por se tratar de um estudo com abordagem diferenciada aplicada a uma população pouco estudada na literatura ⁽²³⁾.

Os fisioterapeutas foram recrutados por ocasião do I Congresso Internacional e do III Congresso Brasileiro de Fisioterapia Esportiva ou por e-mail direcionado aos clubes e aos membros da Sociedade Nacional de Fisioterapia Esportiva. Os critérios de inclusão foram: a) fisioterapeutas esportivos de clubes/seleções brasileiras, de ambos os sexos, com qualquer tipo de vínculo com o clube/seleção; b) de nacionalidade e formação brasileira; c) que atuavam, ou atuaram nos dois últimos anos, no futebol profissional masculino (1ª e 2ª divisões do Campeonato Brasileiro) e no voleibol masculino e feminino (Liga Nacional de Voleibol), bem como em seleções estaduais e nacionais de ambos os esportes.

Os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 1) concordando em submeter-se ao questionário desta pesquisa.

2.3 INSTRUMENTAÇÃO - A pesquisa utilizou um questionário estruturado para levantamento de (1) dados sociodemográficos, (2) dados relativos ao ambiente de trabalho, (3) dados sobre a prática clínica e os domínios (anexo 1). O questionário também contém duas perguntas abertas direcionadas aos itens “Prevenção” e “Reabilitação Funcional”, visando melhor entendimento sobre em qual modelo a atuação dos fisioterapeutas está inserida nestes dois contextos, já que foram os domínios que apresentaram referenciais teóricos na literatura.

2.4 PROCEDIMENTOS - O primeiro contato com os voluntários em potencial foi realizado pessoalmente, durante o Congresso de Fisioterapia Esportiva (Ouro Preto/MG, Novembro de 2007) ou posteriormente através de e-mail direcionado aos clubes e aos membros da Sociedade Nacional de Fisioterapia Esportiva. Aqueles participantes que cumpriram os critérios de inclusão e que aceitaram participar da pesquisa preencheram o questionário de maneira presencial (durante o Congresso) ou, no segundo caso, receberam outro e-mail, contendo a entrevista pormenorizada sobre as habilidades e funções que exercem no seu clube (anexo 2). Após responderem ao questionário, os participantes devolveram-no, também por e-mail. Na seqüência, receberam uma carta contendo uma outra selada, em seu interior, para retorno do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, devidamente assinado.

2.5 ANÁLISE DOS DADOS - Os dados relativos à entrevista supracitada foram agrupados e analisados usando o pacote estatístico SPSS 15.0. Para comparar os grupos por local de atividade, foram agrupadas as categorias de voleibol e seleção de voleibol a fim de aumentar o poder do teste e devido à homogeneidade desses grupos. Para os cruzamentos foram aplicados basicamente três procedimentos. O teste de Z foi empregado para comparar diferenças nas proporções dos grupos de futebol e voleibol especialmente. Por exemplo, ele foi aplicado para verificar diferenças entre o percentual que tem carteira assinada em cada modalidade. O teste Mann Whitney foi aplicado em situações similares, nas quais o objetivo fora comparar a tendência central dos dois grupos em variáveis como, por exemplo, o número de profissionais da equipe interdisciplinar que atua em cada grupo. Por fim, o teste de McNemar foi aplicado para comparar as proporções

em variáveis medidas em toda a amostra, como por exemplo, quais tipos de terapias ou modelos teóricos são mais frequentes na amostra ⁽²³⁾.

Capítulo 3 – RESULTADOS

1. PERFIL DA AMOSTRA

Primeiramente foi verificado o perfil da amostra pesquisada, através de variáveis, tais como o sexo, a idade, a modalidade esportiva e a qualificação profissional. Assim, quanto ao gênero, 89,1% dos entrevistados foram do sexo masculino e 10,9% do sexo feminino. A idade dos fisioterapeutas pesquisados variou entre 24 e 46 anos, sendo 28 anos a idade de maior frequência e 32,2 anos a média das idades. Quanto à modalidade esportiva, os que trabalhavam em times de futebol corresponderam a 49,1% e, no voleibol, a 50,1% dos entrevistados.

O título de graduação dos entrevistados foi obtido em 69,1% dos casos nas instituições privadas e em 30,9% nas escolas públicas. Com relação à qualificação profissional, foi possível verificar que 76,3% dos pesquisados realizaram pelo menos uma especialização e 45,5% pelo menos um curso de aperfeiçoamento, enquanto 10,9% fizeram mestrado e nenhum cursou doutorado. Do total, sete profissionais (12,7%) não possuíam qualquer tipo de pós-graduação. A área de especialização de maior frequência foi “Fisioterapia Esportiva”, que reuniu 47,0% dos entrevistados e, em seguida, a “Acupuntura” com 15,0%. Quanto à área de aperfeiçoamento, a de maior citação foi a “Reeducação Postural Global” (RPG) com 11,0%, seguida por “Pilates” com 7,0%. As Figuras 5 e 6 apresentam, respectivamente, as áreas de especialização e de aperfeiçoamento citadas nas entrevistas.

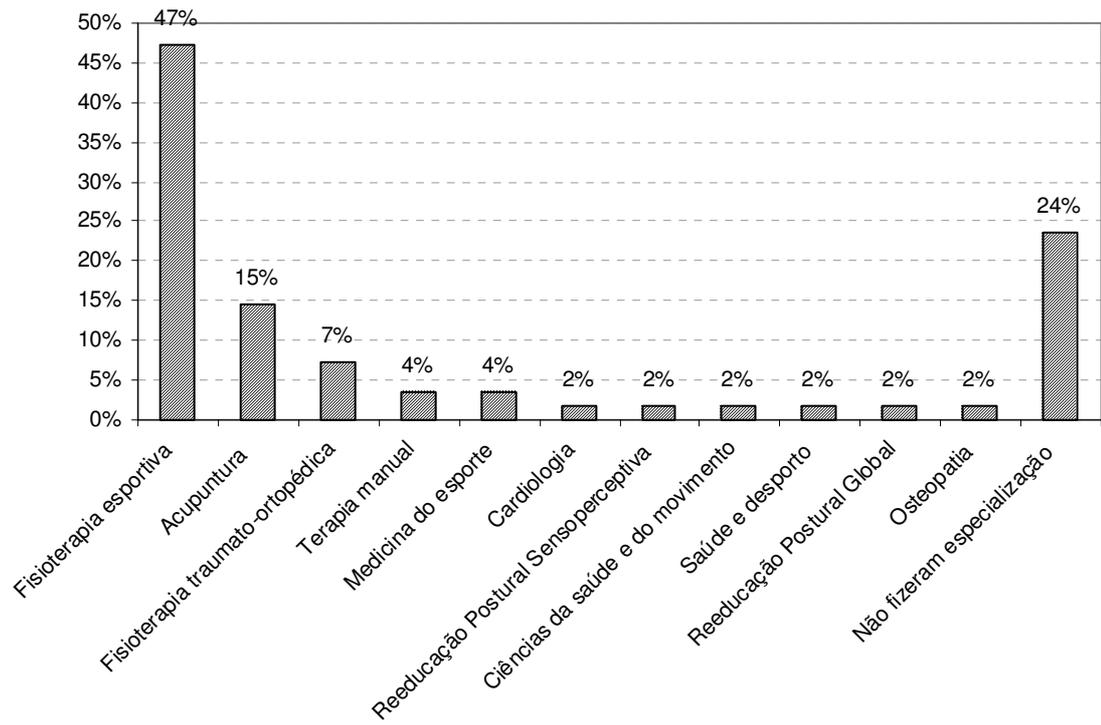


Figura 5 – Áreas de especialização

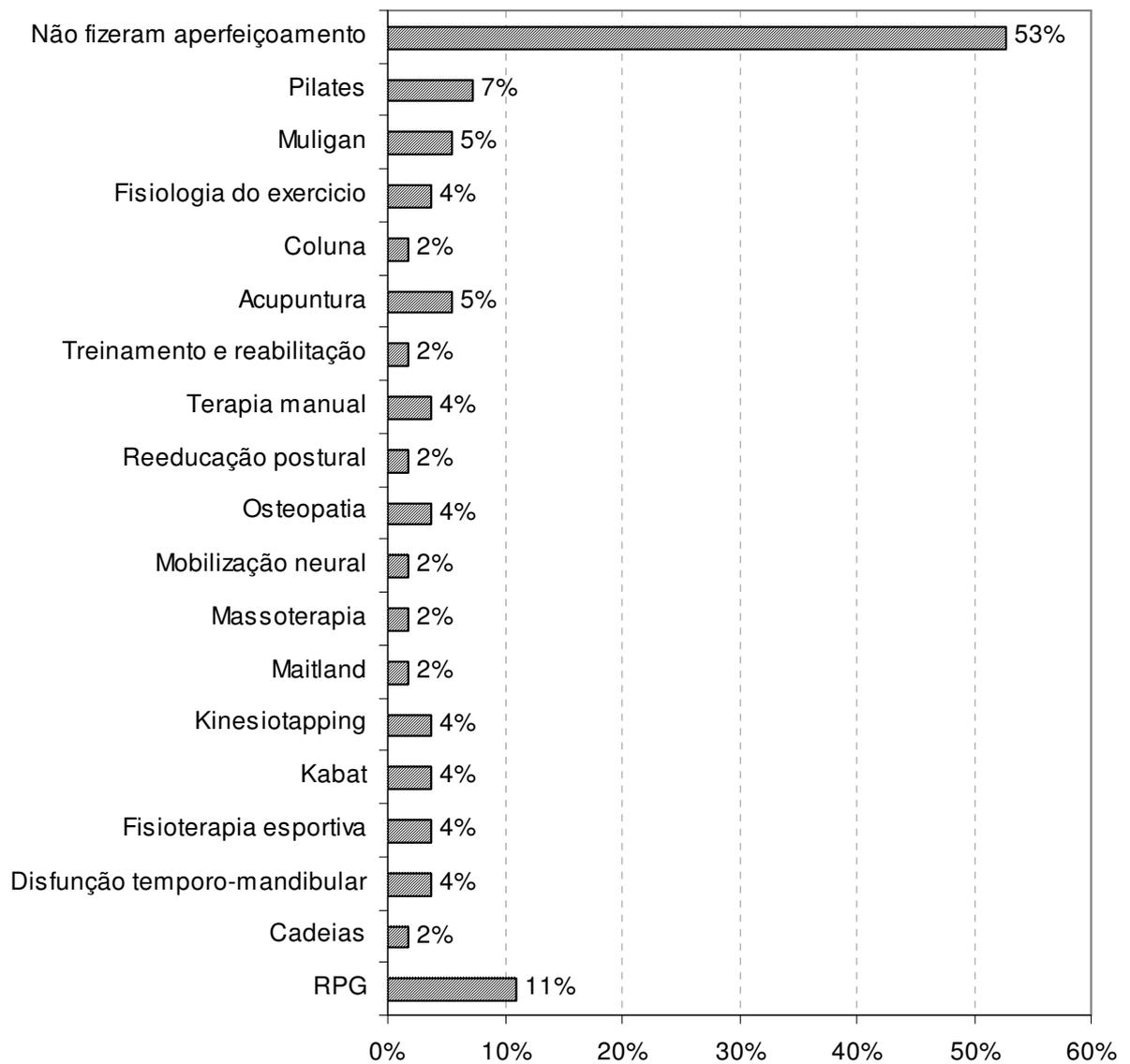


Figura 6 – Áreas de aperfeiçoamento

2. CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO

A contratação do fisioterapeuta no clube/seleção em sua grande maioria (78,2%) se deu através de indicação. Apenas um entrevistado ingressou por processo seletivo e 20,0% englobam outros meios. Os cargos mais citados, entre aqueles que fizeram a indicação do fisioterapeuta, foram os técnicos/treinadores

com 28,0%, seguido por outro colega fisioterapeuta (26,0%) e pelo diretor médico com 12,0%. Os outros cargos receberam citações inferiores a 10,0%. (Apêndice 1)

O vínculo empregatício com o clube teve 54,5% das contratações através da carteira assinada, 20,0% foram contratados como pessoa física, 18,2% como pessoa jurídica e 7,3% de outras formas, principalmente como estagiário e voluntário. A grande maioria dos pesquisados (80,0%) trabalhava mais de 8 horas/dia e /ou em regime de dedicação exclusiva para o clube. Demais resultados relativos ao número de horas diárias de trabalho estão apresentados na Figura 7.

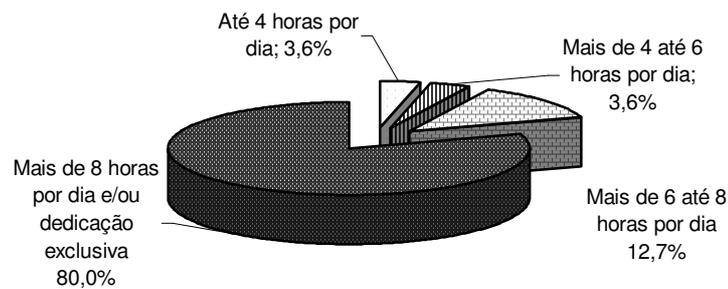


Figura 7 – Faixas de horas de trabalho por dia

Com relação aos salários recebidos pelos fisioterapeutas esportivos vale destacar que 32,7% recebiam de 7 a 10 salários mínimos. As demais faixas salariais estão demonstradas na Figura 8.

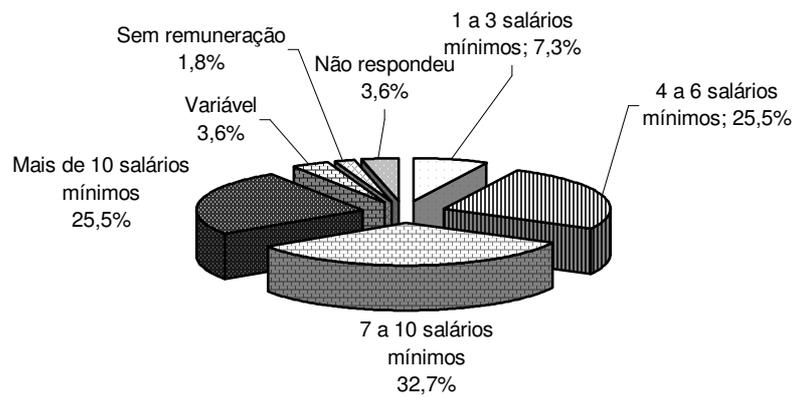


Figura 8 – Faixas salariais percebidas pelos fisioterapeutas esportivos.

Dos rendimentos extras (premiações, por exemplo) foi verificado que 40,0% recebem um rendimento, 25,5% dois rendimentos, 3,6% três rendimentos e 30,9% não recebem nenhum. Os tipos de rendimentos extras e sua freqüência de citação nos questionários podem ser visualizados na Figura 9, sendo “bicho” a premiação recebida em caso de vitória ou empate.

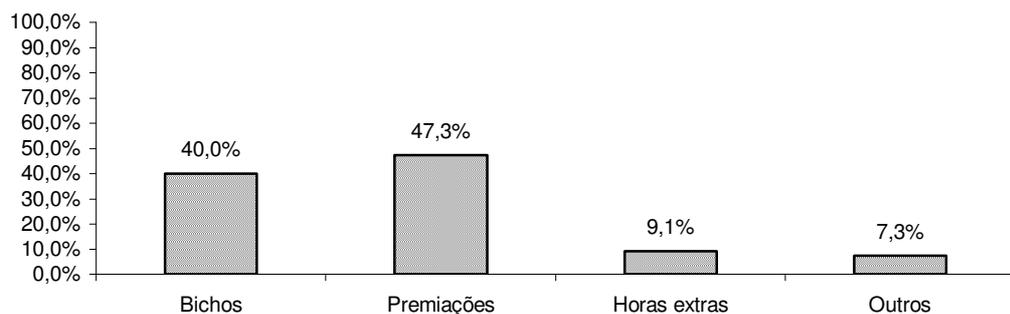


Figura 9 – Freqüência por tipo de rendimento.

A função do fisioterapeuta exercida no clube e identificada como a de maior freqüência foi a “presença em treinamentos e jogos”, com mais de 50,0% de citação de sempre presentes e de menor freqüência a função de “viajar com a equipe”, com

aproximadamente 40,0%. A “aplicação e/ou distribuição dos medicamentos prescritos” apresentou uma freqüência bem variada de resposta, sendo que quase sempre e raramente foram as opções mais citadas, com 21,8% cada. Os dados relativos às funções declaradas dos fisioterapeutas estão na Figura 10.

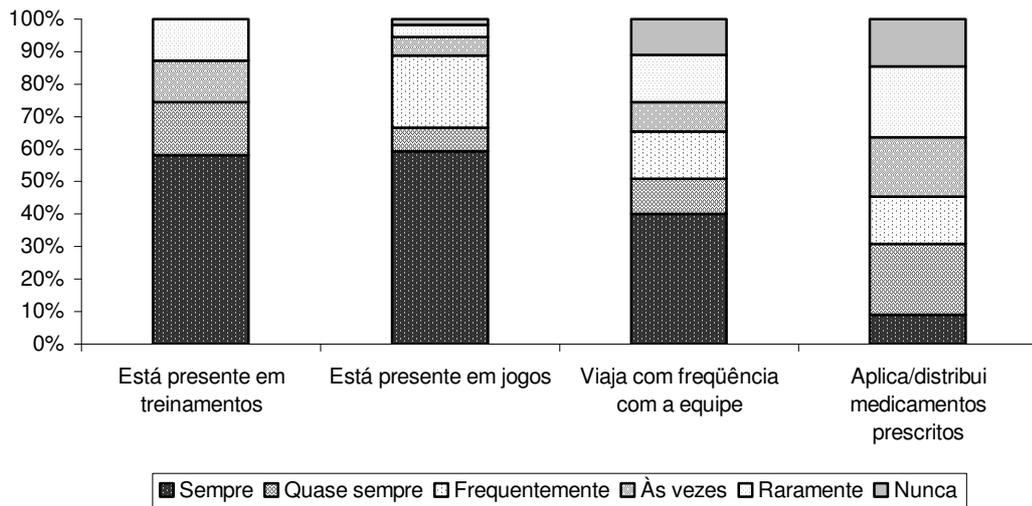


Figura 10 – Freqüências em relação às funções exercidas pelo fisioterapeuta.

3. CARACTERIZAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

3.1 - Níveis de atuação

Analisando os domínios de atuação da fisioterapia esportiva pode-se verificar que todos os entrevistados atuavam no “retorno ao esporte após a lesão”. A “reabilitação funcional” também foi muito citada com exceção de apenas um entrevistado. A “prevenção” foi identificada como realizada por 92,7% dos profissionais e o “atendimento emergencial” por 87,3%.

3.2 – Registro de lesões

O registro de lesões é realizado por 89,1% dos fisioterapeutas entrevistados. Dos 10,9% restantes, metade afirmou que esse é feito por outro profissional e a

outra metade afirmou que ninguém faz o registro. Todos que afirmaram que o registro é feito por outro profissional têm acesso a esses registros.

3.3 - Quanto à Prevenção

Dos profissionais pesquisados 76,4% afirmaram realizar programa de prevenção e que possuem apoio e condições para implementação desses programas. Por outro lado, 18,2% realizavam programa de prevenção sem apoio e apenas 7,3% não desenvolviam programa de prevenção de lesão (Figura 11).

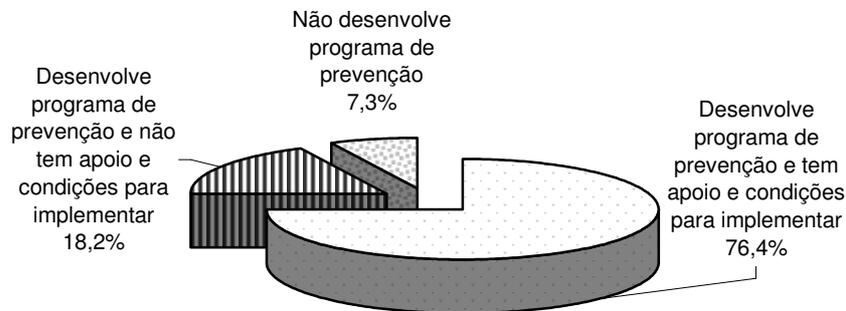


Figura 11 – Desenvolvimento e apoio para implementação de programa de prevenção.

Os programas de prevenção eram aplicados 3 vezes por semana (42,9% dos casos) ou 2 vezes (23,8%) por semana. As outras freqüências de aplicação dos programas de prevenção podem ser visualizadas na Figura 12.

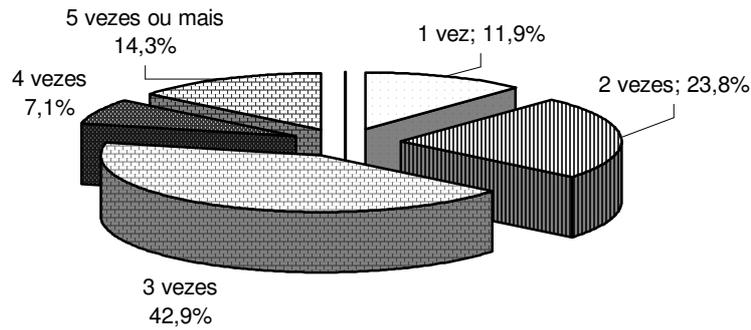


Figura 12 – Frequência semanal da aplicação do programa de prevenção.

Os profissionais mais citados como atuantes em conjunto com o fisioterapeuta nesses programas de prevenção de lesão foram o preparador físico, com 83,6% das citações, o treinador com 67,3% e o médico com 56,4%. A Figura 13 detalha a frequência de participação de cada categoria profissional nos programas de prevenção.

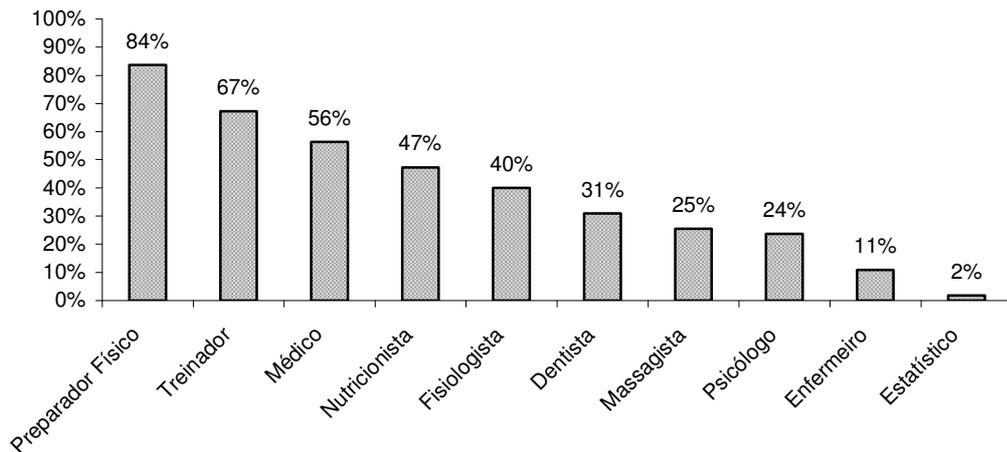


Figura 13 – Profissionais que atuam na prevenção de lesões juntamente com o fisioterapeuta.

Dos entrevistados que desenvolviam programa de prevenção de lesão em seus clubes, 56,9% afirmaram que os resultados dos mesmos eram avaliados e, no restante, 43,1% não era realizada qualquer tipo de avaliação. Na Figura 14 observamos os tipos de avaliações que eram realizadas com o objetivo de analisar a efetividade dos programas de prevenção. Nota-se que a “análise do número de lesões” era a avaliação mais utilizada seguida por “testes e avaliações” e, por fim, a “avaliação subjetiva”.

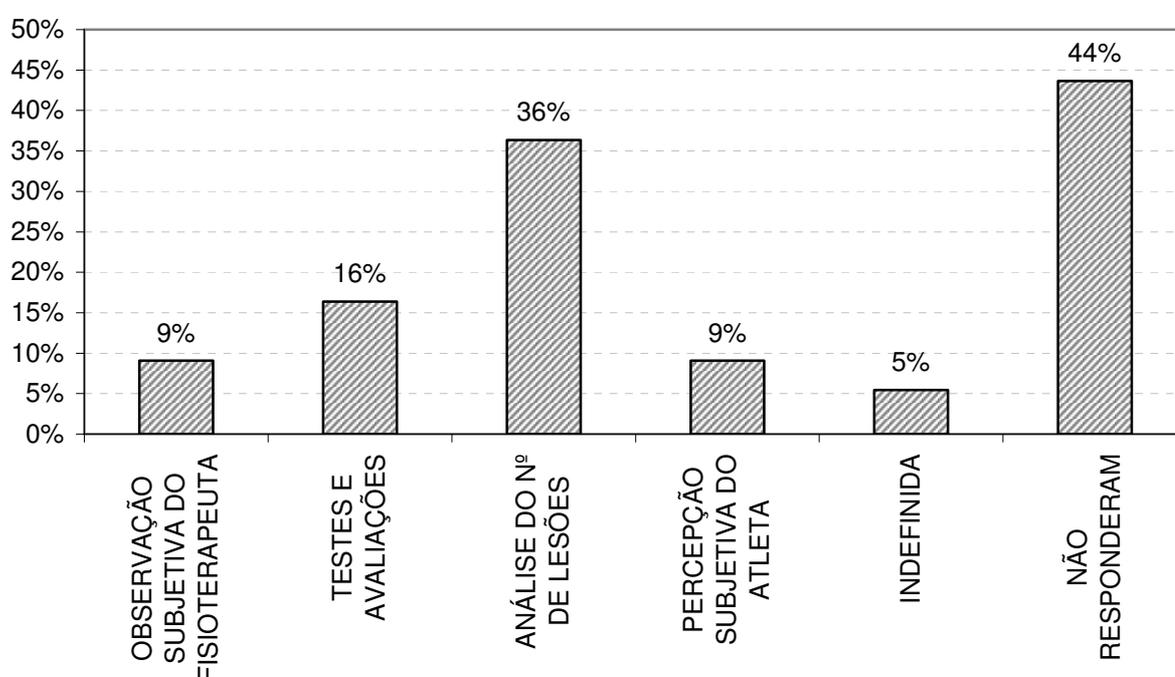


Figura 14 – Métodos de avaliação dos resultados do programa de prevenção.

Quando questionados sobre a utilização de algum modelo teórico para nortear as intervenções fisioterápicas com o objetivo de prevenir lesões esportivas, 58,2% dos fisioterapeutas afirmaram que seguiam algum modelo, 36,4% não utilizavam modelos e 5,5% não responderam. A discriminação de qual modelo teórico era utilizado pelos profissionais que responderam positivo à pergunta anterior pode ser visualizada na Figura 15. É notório como a maioria não descreveu corretamente ou

não respondeu, enquanto que os mais citados foram os modelos de Capacidade e Demanda (11%), de Meeuwisse/Bahr (11%) e de Mechelen (2%).

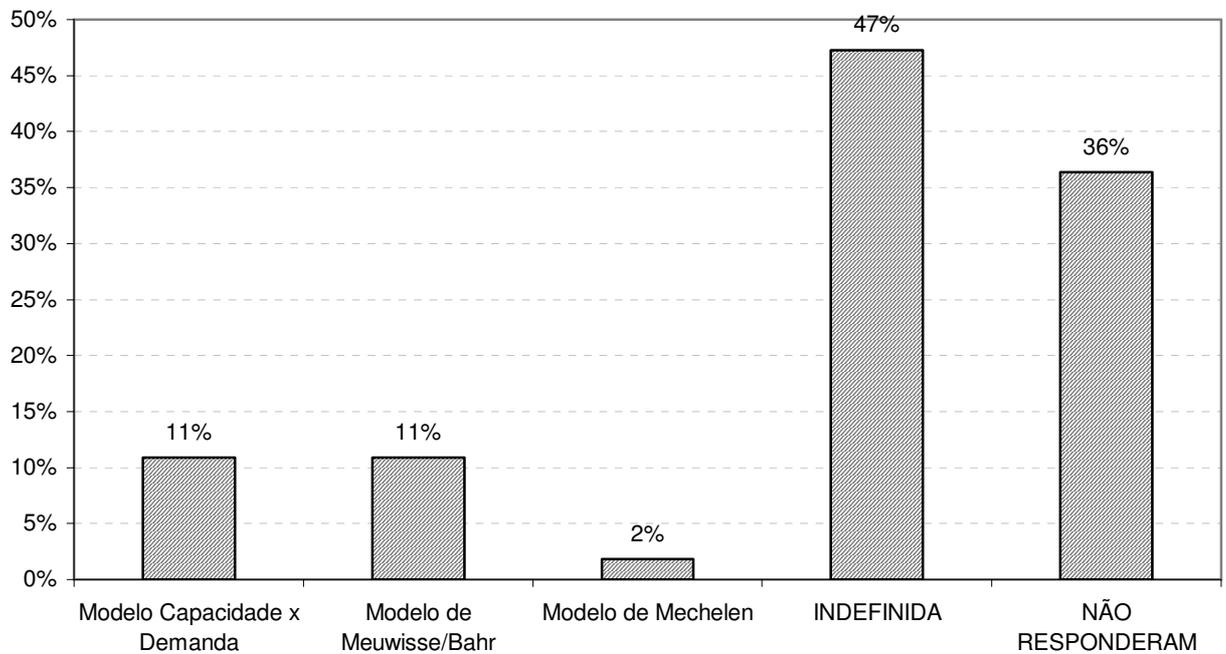


Figura 15 – Percentual de utilização de modelos teóricos para nortear intervenções fisioterápicas com objetivo de prevenir lesões esportivas.

Com relação aos equipamentos usualmente prescritos para prevenir lesões, 61,8% afirmaram prescrever órteses e 61,8% *braces*. Palmilhas foram citadas por 47,3% dos entrevistados e 27,3% citaram outros equipamentos. A utilização dos recursos “banheira com água quente” e “banheira com gelo” como procedimentos de prevenção de lesões teve resultados diferenciados para situações “pós-jogo” e “pós-treinos”, como pode ser visualizado na Figura 16.

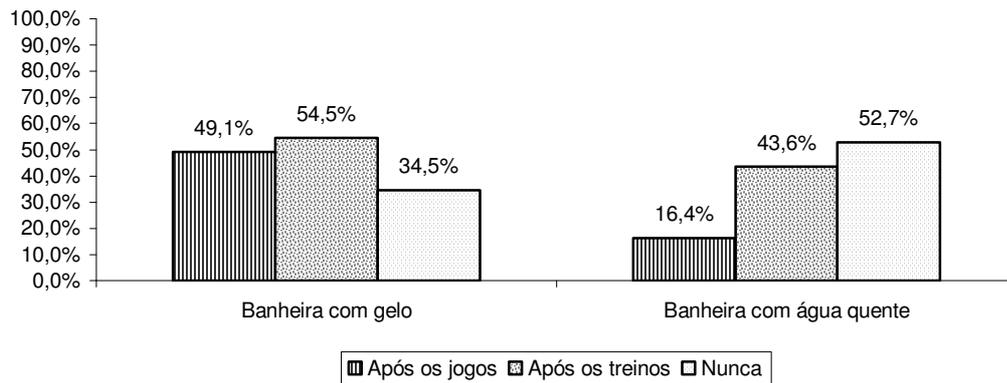


Figura 16 – Situação em que prescrevia e/ou aplicava banheira com gelo e banheira com água quente.

3.4 - Quanto ao Atendimento Emergencial

Se um atleta sofre uma lesão no treinamento, médicos e fisioterapeutas, em conjunto, foram citados por 29% dos entrevistados como os profissionais que realizam o atendimento emergencial. De maneira isolada o atendimento ocorria em 5% e em 33% dos casos, respectivamente para médicos e fisioterapeutas (Figura 17). Quando comparamos os resultados do atendimento emergencial de treinos com jogos, os percentuais de “médicos e de fisioterapeutas” e de “médicos e massagistas” aumentam, enquanto o percentual de “fisioterapeutas e massagista” e de “fisioterapeutas” diminuem, mostrando uma maior presença de médicos durante os jogos, quando comparados aos treinos. A única diferença significativa foi para a diminuição de “Fisioterapeuta” e crescimento de “Médico e Massagista” ($p= 0,063$, segundo o teste de McNemar).

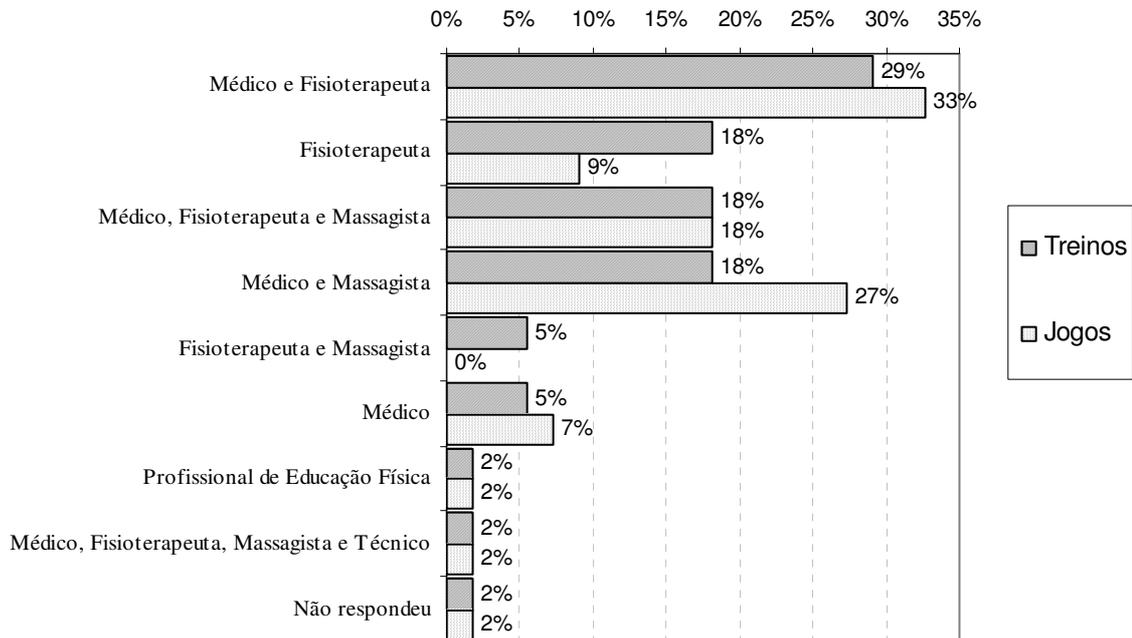


Figura 17 – Profissionais responsáveis pelo atendimento emergencial durante treinos e jogos.

A técnica e/ou procedimento mais citado como utilizado no atendimento emergencial foi, em primeiro lugar, a “bandagem”, com 70,9%, seguido de “cuidados com feridas, calos e bolhas”, com 63,6% e de “enfaixamentos” com 60,0%. A freqüência desses e de outros procedimentos apresentaram variação de 49,1 a 70,9% como está demonstrado na Figura 18. Na seqüência, a Figura 19 mostra em qual momento o fisioterapeuta adquiriu conhecimento das técnicas acima citadas. Destacamos os seguintes resultados: a “bandagem” foi aprendida principalmente em cursos extra-curriculares e práticas clínicas (34,5% e 36,4%); os “enfaixamentos” na graduação e em cursos (27,3% e 32,7%); as “terapias manuais” em cursos (38,2%); o “ABC do trauma” na graduação e em cursos (34,5% e 25,5%); a “ressuscitação cardiopulmonar” (RCP) em cursos (40,0%); e “cuidados com feridas, calos e bolhas” na prática clínica, com 49,1%.

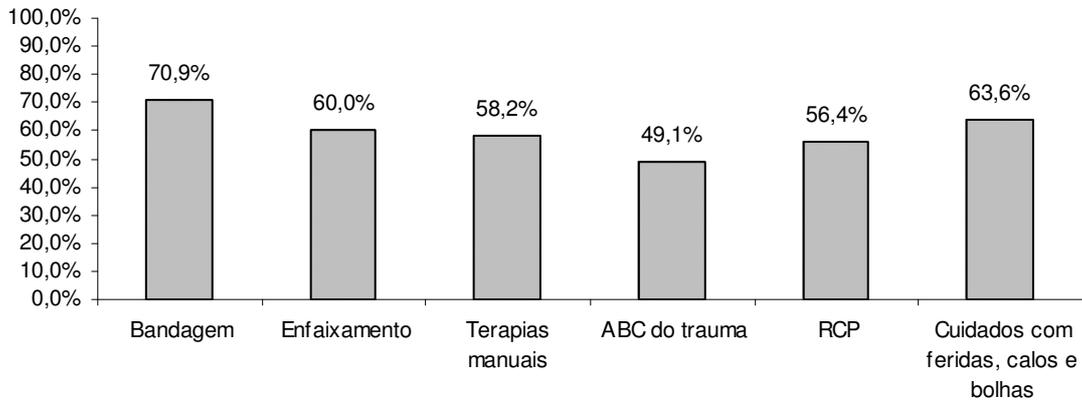


Figura 18 – Técnicas e/ou procedimentos utilizados durante atendimento emergencial.

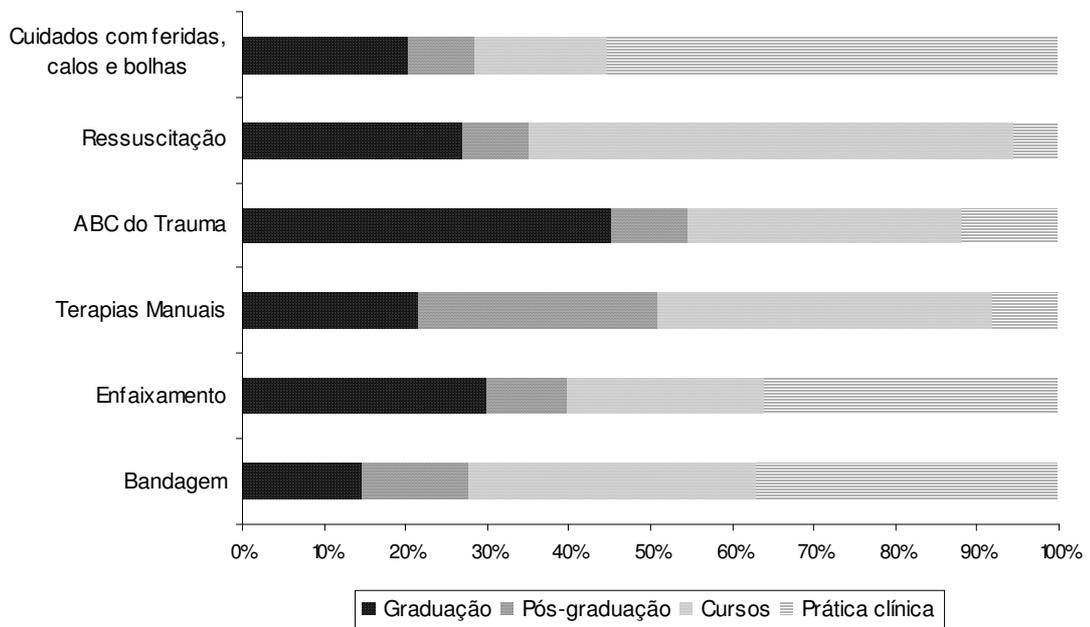


Figura 19 – Momento de aprendizado das técnicas e/ou procedimentos de aplicação no atendimento emergencial.

3.5 Quanto à Reabilitação Funcional

A maioria (89,1%) dos entrevistados afirmou utilizar algum modelo teórico para nortear intervenções fisioterápicas com o objetivo de reabilitar lesões esportivas, enquanto os demais (10,9%) responderam negativamente. Entretanto, os primeiros, ao serem indagados sobre qual modelo que embasava a reabilitação de lesões, não emitiram respostas adequadas.

As técnicas e/ou procedimentos citados para reabilitar atletas são apresentados na Figura 20. Nota-se que as mais aplicadas eram recursos físicos, citados por 98,0% dos pesquisados, técnicas manuais (62%), cinesioterapia e técnicas cinesioterapeúticas (58%), e Cadeias e RPG (53%).

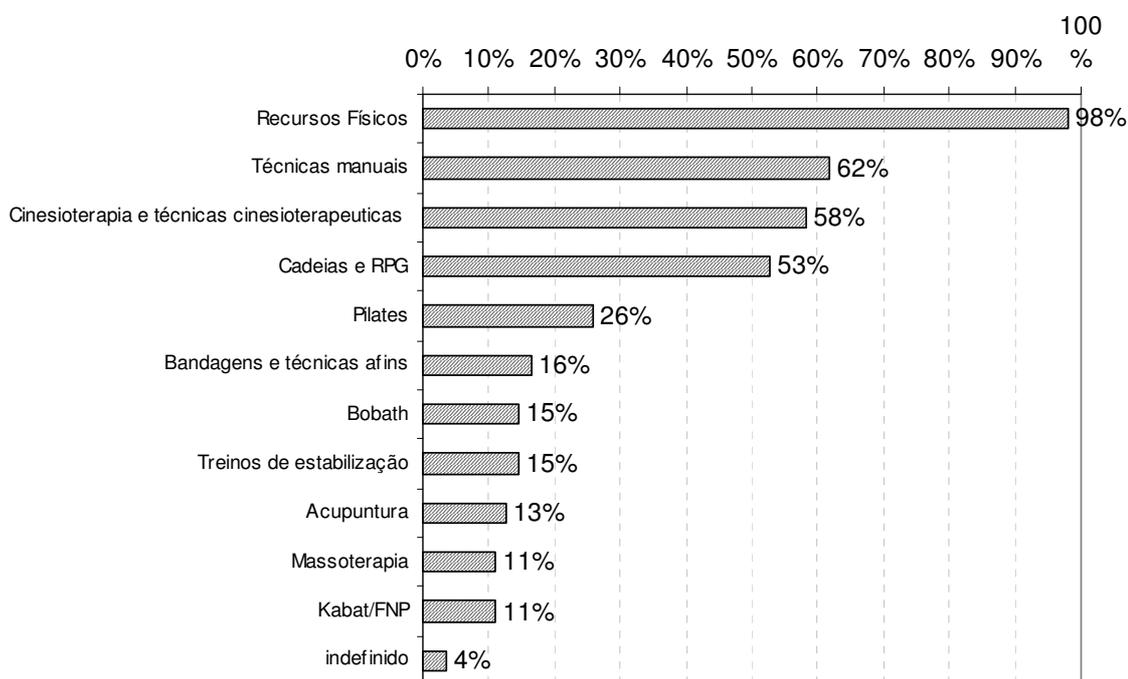


Figura 20 – Técnicas e/ou procedimentos aplicados na reabilitação de atletas.

A prática de atividade física durante a reabilitação de forma a manter o condicionamento cardiorrespiratório é realizada pela maioria, ou seja, 89,1%. Os

profissionais mais citados como responsáveis por esse trabalho foram o “Preparador Físico e Fisioterapeuta” (30,9%), o “Fisioterapeuta” (21,8%) e o “Preparador Físico” (14,5%), enquanto 20% ficaram representados por outras interações entre profissionais. Esse agrupamento de categorias pode ser visto na Figura 21, na qual se nota a participação do fisioterapeuta e do preparador físico, de maneira isolada e interativa, nesse tipo de abordagem.

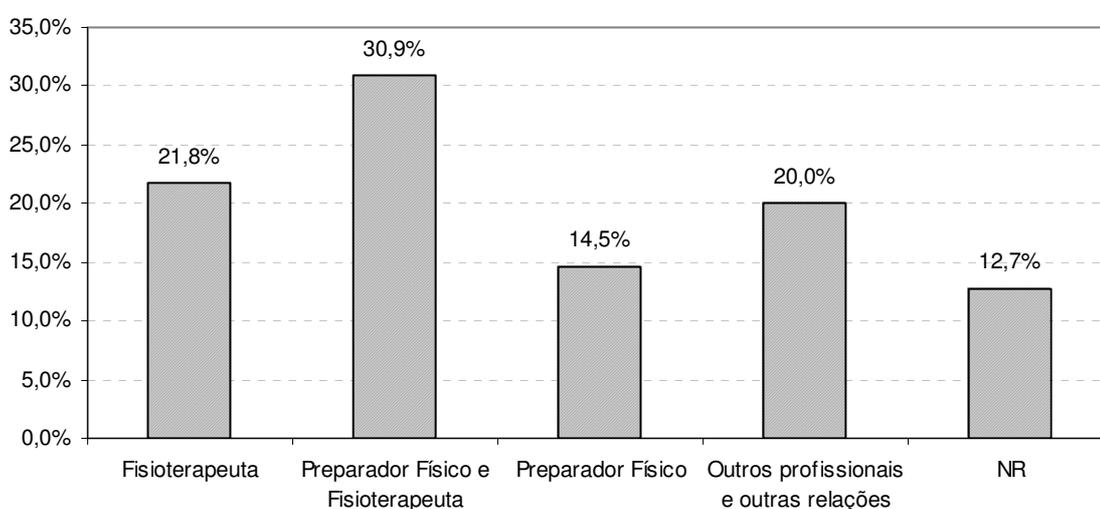


Figura 21 – Profissional responsável pela atividade física realizada pelo atleta, paralelo ao processo de reabilitação, com objetivo de manutenção do condicionamento cardiorrespiratório. (NR= não responderam)

3.6 – Quanto ao Retorno do Atleta ao Esporte

A decisão final sobre o retorno ao esporte após reabilitação, em 74,5% dos casos, fica a cargo do médico e do fisioterapeuta, 14,5% somente do médico e 10,9% somente do fisioterapeuta. Nenhum respondente afirmou que tal decisão fique a cargo do massagista. Quanto à participação do processo de veto ou liberação do atleta 63,6% afirmaram que o fisioterapeuta “sempre participa”, 27,3% afirmaram que “quase sempre” e 9,1% “às vezes”. Quanto aos critérios que norteiam

tal decisão, estão dispostos na Figura 22, apresentada na seqüência, na qual observamos que os critérios subjetivos da equipe de saúde são citados em 33% dos casos, seguidos por capacidades físicas, técnicas e funcionais ótimas (22%), critérios fisiopatológicos (20%) e necessidades do clube (20%).

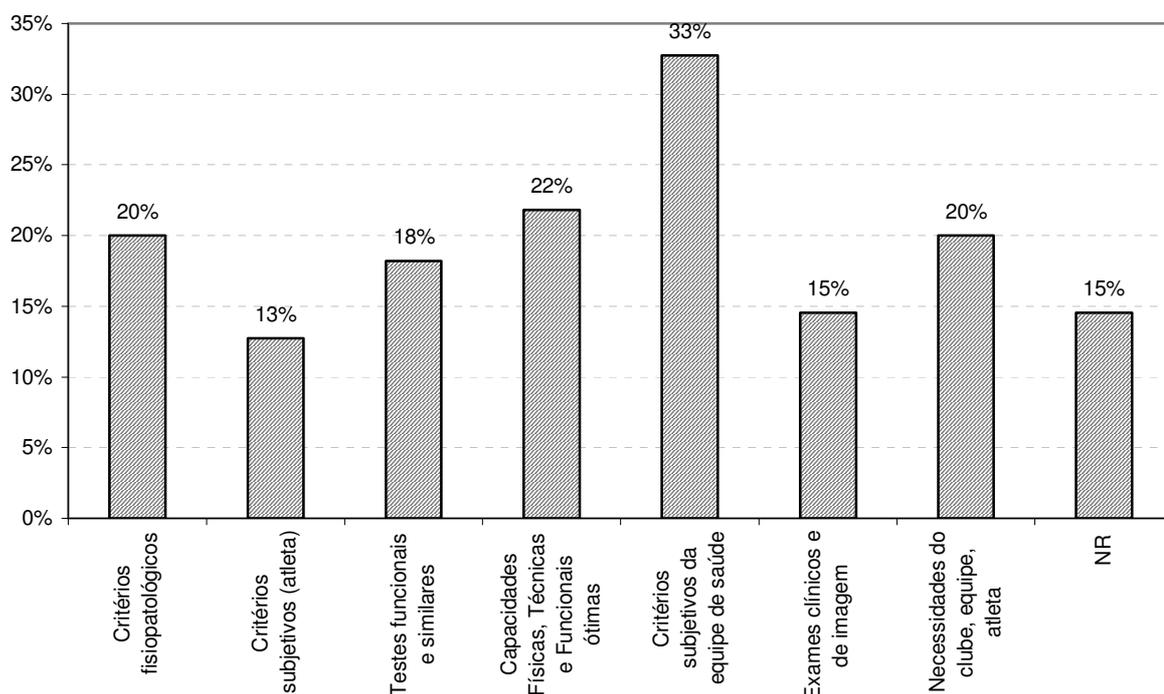


Figura 22 – Frequência dos critérios de julgamento para liberação do atleta.

Testes ou avaliações para embasar a decisão de retorno ao esporte são “sempre” realizados por 67,3% dos profissionais pesquisados, sendo que 27,3% afirmaram que isso ocorre “quase sempre” e 5,5% responderam “às vezes”.

Dos profissionais responsáveis pelo retorno gradativo do atleta às atividades funcionais de campo os mais citados foram os fisioterapeutas em conjunto com o

educador físico, com 70,9% das citações, seguido do fisioterapeuta isolado, com 27,3%. O restante (1,8%) era representado por outras interações.

3.7 – Quanto à equipe interdisciplinar

Os profissionais da saúde mais presentes nas equipes interdisciplinares e contratados diretamente pelos clubes são o preparador físico, com 94,5% das citações, o médico com 89,1% e o nutricionista com 69,1%. Entre os que são contratados para atuar de forma esporádica, o mais citado foi o odontologista, com 50,9%. Os profissionais que foram indicados como os menos presentes na equipe foram os podólogos, com 61,8% e enfermeiros com 50,9%. A Figura 23 mostra as freqüências de contratação direta, esporádica ou ausência dos diversos profissionais nas equipes que atuavam nos clubes, quando da pesquisa.

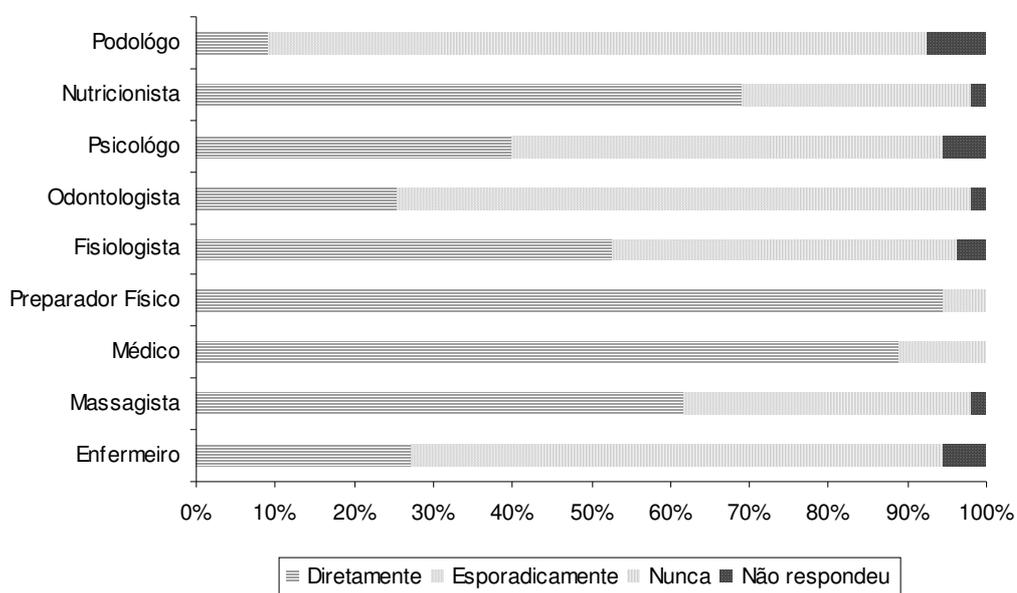


Figura 23 – Tipo de contratação dos profissionais de saúde.

A pesquisa destacou o trabalho do psicólogo e do nutricionista durante o processo de reabilitação de lesões. A Figura 24 mostra as freqüências do

acompanhamento dos profissionais psicólogos e, a Figura 25, as freqüências de participação dos profissionais nutricionistas durante a presença dos atletas no processo de reabilitação. É interessante notar que 41,8% afirmaram que o atleta lesado nunca tinha acompanhamento psicológico, enquanto 22,2% não eram atendidos por nutricionista durante a reabilitação.

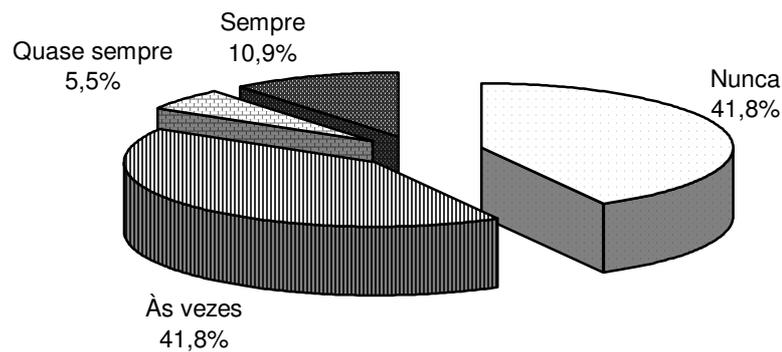


Figura 24 – Freqüência de acompanhamento psicológico durante o processo de reabilitação.

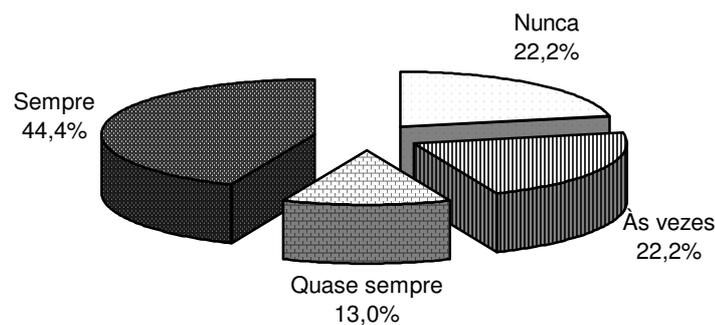


Figura 25 – Freqüência de acompanhamento nutricional durante o processo de reabilitação.

Das funções do massagista, identificadas pelos fisioterapeutas pesquisados, as mais citadas foram “aplicar a prescrição médica”, como sendo “realizar os curativos” ou “entregar os remédios aos jogadores”, seguida da função de

“massagem”, com 40,0% e “preparação dos suplementos hídricos”, com 32,7% (Figura 26).

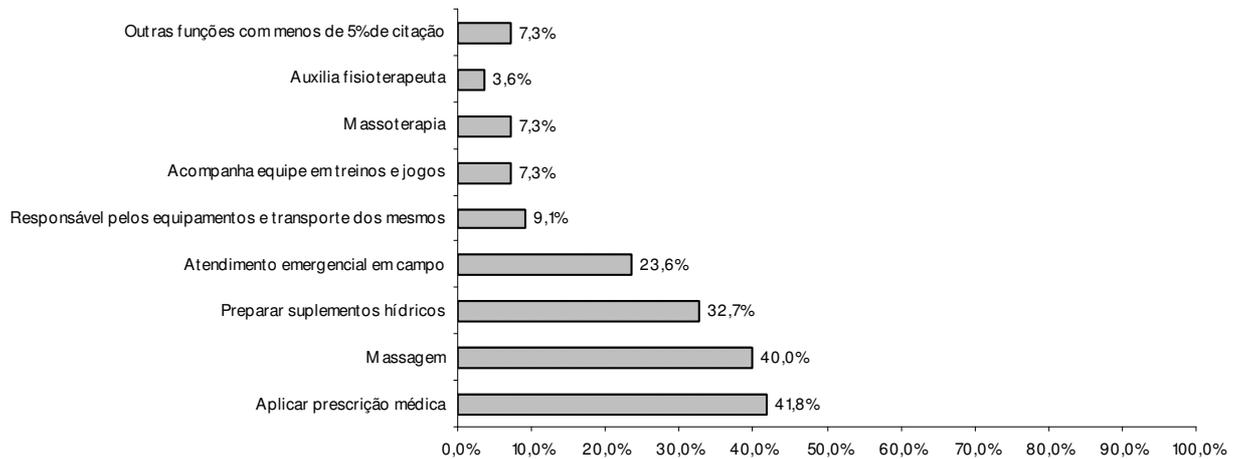


Figura 26 – Funções do massagista no clube.

Analisando a frequência da interação do fisioterapeuta com outros profissionais pode-se perceber que mais de 70% afirmou que a sua interação com médicos e 69,1% com técnicos se dá de forma constante. Já a interação com a diretoria segue um padrão um pouco diferente, sendo que somente 43,6% disseram que essa ocorre de forma constante. Todas as frequências dos níveis de interação do fisioterapeuta com os referidos profissionais estão apresentadas na Figura 27.

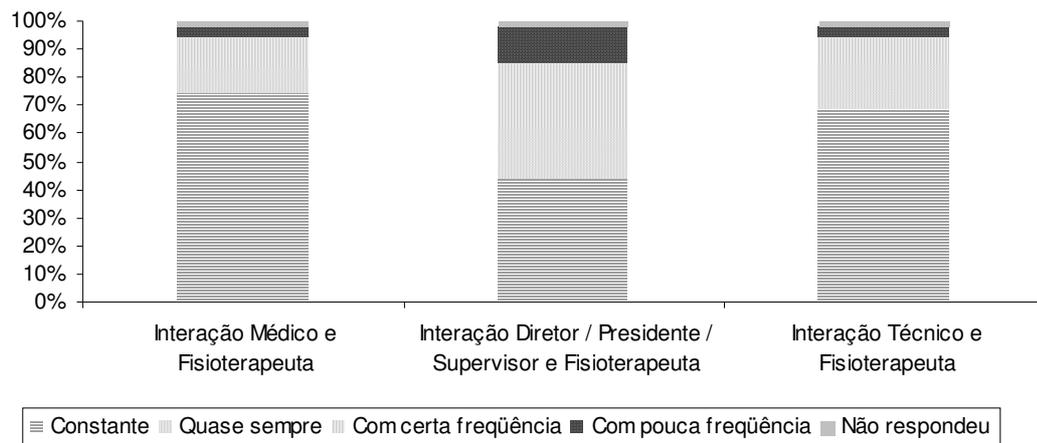


Figura 27 – Nível de interação entre o fisioterapeuta e outros profissionais.

A autonomia do fisioterapeuta na equipe esportiva sofre restrições tanto pela diretoria, quanto pelo técnico e pelo médico, sendo este último o responsável por níveis maiores de restrição, como observamos na tabela I.

TABELA I – Nível de restrição da autonomia do fisioterapeuta por outros profissionais

RESPOSTAS	MÉDICO	DIRETOR/PRESIDENTE/ SUPERVISOR	TÉCNICO
Constante	0,0%	0,0%	0,0%
Quase sempre	7,3%	0,0%	0,0%
Com certa frequência	10,9%	0,0%	5,5%
Com pouca frequência	29,1%	30,9%	34,5%
Nunca	50,9%	67,3%	58,2%
Não respondeu	1,8%	1,8%	1,8%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%

3.8. Quanto às modalidades esportivas e suas especificidades

Com relação ao sexo dos fisioterapeutas entrevistados, pode-se perceber que em times de futebol não há nenhuma profissional do sexo feminino, as poucas fisioterapeutas da amostra trabalham em times de vôlei. Os times de futebol apresentam uma contratação por carteira assinada maior do que os times de vôlei

($p < 0,001$), enquanto esses apresentam maior frequência de contratações como prestador de serviço (pessoa física) ($p < 0,001$). Há maior frequência de profissionais que recebem mais de 10 salários mínimos em times de futebol ($p < 0,001$) e de 7 a 10 salários mínimos nos times de vôlei ($p < 0,001$). Além de receberem salários mais baixos os profissionais do time de vôlei recebem menos rendimentos do que os dos times de futebol ($p < 0,001$). A tabela II apresenta os dados relativos aos dados sociodemográficos e à caracterização do trabalho desses profissionais em cada modalidade.

Tabela II – Cruzamentos entre variáveis por modalidade (relativo aos dados sociodemográficos e à caracterização do trabalho).

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	ESPORTE		
		VÔLEI	FUTEBOL	TOTAL
Idade		32,50	32,90	32,70
Sexo	Feminino	21,4	0	10,9
	Masculino	78,6	100	89,1
Tipo escola	Pública	35,7	25,9	30,9
	Privada	64,3	74,1	69,1
Ano formação		1999,10	1998,50	1998,80
Pós-graduado	Sim	82,1	74,1	78,2
	Não	17,9	25,9	21,8
Ano pós Vínculo	Carteira assinada	2002,40	2001,90	2002,20
	Contrato como prestador de serviço: pessoa física	35,7	74,1	54,5
	Contrato como prestador de serviço: pessoa jurídica	32,1	7,4	20
	Outros	25,0	11,1	18,2
	Outros	7,1	7,4	7,3
Carga horária	Até 4 horas por semana	7,1	0	3,6
	Mais de 4 até 6 horas por semana	3,6	3,7	3,6
	Mais de 6 até horas por semana	17,9	7,4	12,7
	Mais de 8 horas e/ou dedicação exclusiva	71,4	88,9	80
Salário Bruto	1 a 3 salários mínimos	12,5	3,8	8
	4 a 6 salários mínimos	33,3	23,1	28
	7 a 10 salários mínimos	50	23,1	36
	Mais de 10 salários mínimos	4,2	50	28
Recebe extras	Nenhum	50	11,1	30,9
	Um rendimento	50	29,6	40
	Dois rendimentos	0	51,9	25,5
	Três rendimentos	0	7,4	3,6
	Mais de três rendimentos	0	0	0
“Bicho”	Recebe	7,1	74,1	40
	Não	92,9	25,9	60
Premiação	recebe	32,1	63	47,3
	Não	67,9	37	52,7
Hora extra	recebe	7,1	11,1	9,1
	Não	92,9	88,9	90,9
Outros	recebe	3,6	11,1	7,3
	Não	96,4	88,9	92,7

Nos casos de variáveis nominais os valores são percentuais e as médias para as variáveis contínuas. Os valores destacados são diferenças significativas segundo testes Qui-quadrado, Z e Mann Whitney.

Os profissionais que atuam na modalidade vôlei, responderam mais vezes, que “sempre” viajam, enquanto os que atuam no futebol “raramente” o fazem. Com relação à distribuição de medicamentos prescritos, pode se verificar que é uma prática mais freqüente em times de vôlei ($p < 0,001$). Os dados relativos às funções exercidas por esses profissionais estão apresentados na tabela III.

Tabela III – Cruzamentos entre variáveis por modalidade (relativo às funções que exerce no clube)

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	ESPORTE		
		VÔLEI	FUTEBOL	TOTAL
Presença nos treinos	100%	53,6	63	58,2
	Entre 99 e 75% (quase sempre)	14,3	18,5	16,4
	Entre 74 e 50% (frequentemente)	0	0	0
	Entre 49 e 25% (às vezes)	14,3	11,1	12,7
	Entre 25 e 0 % (raramente)	17,9	7,4	12,7
	0% (nunca)	0	0	0
Presença nos jogos	100%	71,4	46,2	59,3
	Entre 99 e 75% (quase sempre)	3,6	11,5	7,4
	Entre 74 e 50% (frequentemente)	10,7	34,6	22,2
	Entre 49 e 25% (às vezes)	10,7	0	5,6
	Entre 25 e 0 % (raramente)	3,6	3,8	3,7
	0% (nunca)	0	3,8	1,9
Viagem com a equipe	100%	60,7	18,5	40
	Entre 99 e 75% (quase sempre)	7,1	14,8	10,9
	Entre 74 e 50% (frequentemente)	21,4	7,4	14,5
	Entre 49 e 25% (às vezes)	7,1	11,1	9,1
	Entre 25 e 0 % (raramente)	0	29,6	14,5
	0% (nunca)	3,6	18,5	10,9
Distribui medicamentos prescritos	100%	10,7	7,4	9,1
	Entre 99 e 75% (quase sempre)	42,9	0	21,8
	Entre 74 e 50% (frequentemente)	3,6	25,9	14,5
	Entre 49 e 25% (às vezes)	21,4	14,8	18,2
	Entre 25 e 0 % (raramente)	10,7	33,3	21,8
	0% (nunca)	10,7	18,5	14,5

Nos casos de variáveis nominais os valores são percentuais e as médias para As variáveis contínuas. Os valores destacados são diferenças significativas segundo testes Qui-quadrado, Z e Mann Whitney.

Percebe-se também uma maior atuação dos profissionais do vôlei no atendimento emergencial ($p < 0,001$), além do desenvolvimento de programas de prevenção de lesões e de suporte para o desenvolvimento dos mesmos ($p < 0,001$). Por fim, vale ressaltar que os clubes que não fornecem acompanhamento psicológico aos atletas em recuperação são mais freqüentes no futebol ($p < 0,001$). Esses e demais resultados das comparações entre fisioterapeuta esportivo do futebol e do voleibol, relativo à caracterização da prática clínica, são apresentados na tabela IV.

Tabela IV – Cruzamentos entre variáveis por modalidade (relativo às características da prática clínica)

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	ESPORTE		
		VÔLEI	FUTEBOL	TOTAL
Apoio para prevenção	Sim	92,9	66,7	80,8
	Não	7,1	33,3	19,2
Presença de:				
Nutricionista	Sim	42,9	60,9	51
	Não	57,1	39,1	49
Psicólogo	Sim	32,1	17,4	25,5
	Não	67,9	82,6	74,5
Enfermeiro	Sim	0	26,1	11,8
	Não	100	73,9	88,2
Preparador Físico	Sim	89,3	91,3	90,2
	Não	10,7	8,7	9,8
Treinador	Sim	85,7	56,5	72,5
	Não	14,3	43,5	27,5
Dentista	Sim	28,6	39,1	33,3
	Não	71,4	60,9	66,7
Fisiologista	Sim	21,4	69,6	43,1
	Não	78,6	30,4	56,9
Massagista	Sim	14,3	43,5	27,5
	Não	85,7	56,5	72,5
Médico	Sim	60,7	60,9	60,8
	Não	39,3	39,1	39,2
Nº de profissionais que atuam diretamente		3,90	5,50	4,70

Nos casos de variáveis nominais os valores são percentuais e as médias para as variáveis contínuas. Os valores destacados são diferenças significativas segundo testes Qui-quadrado, Z e Mann-Whitney.

Capítulo 4 DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo traçar um perfil do fisioterapeuta esportivo brasileiro, analisando tanto a sua formação em nível de graduação e especialização, bem como a sua inserção na prática clínica, na equipe interdisciplinar e no clube. Os resultados apontam que a maioria dos fisioterapeutas esportivos brasileiros possui especialização (78,2%), foi contratada por indicação (78,2%), trabalha mais de 8 horas ou em regime de dedicação exclusiva (80,0%), recebe de 7 a 10 ou mais salários mínimos (58,2%). Além disso, têm grande participação nos domínios do atendimento emergencial (87,3%), prevenção (92,7%), reabilitação funcional (98,2%) e retorno após lesão (100%); possui grande relação interdisciplinar, sobretudo com o preparador físico na reabilitação funcional (70,9%) e com o médico do clube na decisão do retorno do atleta após reabilitação (74,5%) e no veto ou liberação do atleta para jogos/treinos (63,6%). Entretanto, somente 24% dos entrevistados citaram modelos teóricos na prevenção, enquanto 47,3% relataram ameaças à sua autonomia, com algum grau de interferência pelo profissional médico. Diferenças significativas foram detectadas nas comparações entre fisioterapeutas de voleibol e de futebol. A análise e discussão pormenorizada dos resultados seguem na seqüência.

1) Perfil da amostra

“Atualizar e gerar conhecimento é uma maneira moderna de exercer a ética e a autonomia profissional” (adaptado de ASSESCOFRAN, 2008).

Para caracterização do perfil do fisioterapeuta esportivo brasileiro, foram escolhidas as modalidades de futebol e voleibol por serem aquelas mais praticadas e com maiores investimentos. Portanto, essas modalidades podem ser consideradas como referência nos esportes coletivos. O critério de seleção que requeria que os fisioterapeutas atuassem em clubes do futebol profissional masculino (1ª e 2ª divisões do Campeonato Brasileiro) e no voleibol masculino e feminino (Liga Nacional de Voleibol), bem como em seleções de ambos os esportes, parte do princípio de que estas equipes são consideradas a elite dos referidos esportes. Sendo assim, possivelmente, essas equipes possuem melhores condições de trabalho e equipe multidisciplinar mais completa. O conhecimento do perfil do fisioterapeuta brasileiro, incluindo suas habilidades, funções, grau de autonomia e relação interdisciplinar com demais integrantes da comissão técnica poderia situar o fisioterapeuta brasileiro nesse contexto e assim contribuir para uma melhor organização de serviços e, conseqüentemente, melhor atendimento ao atleta.

A literatura nos artigos pesquisados não analisa nem o gênero e nem a idade do fisioterapeuta esportivo. No presente estudo foi detectada uma pequena presença de mulheres como fisioterapeuta do esporte, comparado com os fisioterapeutas homens. Entretanto, se observado apenas o voleibol, o percentual de participação da mulher sobe consideravelmente, o que demonstra a presença efetiva das mulheres nessa modalidade. A idade mais freqüente dos fisioterapeutas

esportivos foi de 28 anos e a média de 32,2 anos. Esse fato reflete, possivelmente, o tempo necessário para, após o término da graduação, o fisioterapeuta realizar os cursos de especialização e aperfeiçoamento necessários para complementar sua formação na área de esportes. Os dados relativos à formação do fisioterapeuta brasileiro no esporte divergem dos achados de Waddington *et al*⁽⁵⁾ onde metade dos clubes ingleses tinha fisioterapeutas sem especialização. No presente estudo, 78,2% dos entrevistados realizaram pelo menos uma especialização. Somando-se os cursos de especialização e aperfeiçoamento observa-se a importância dada pelos participantes ao aprendizado em possíveis cursos de atualização e percebe-se que o fisioterapeuta esportivo brasileiro apresenta um perfil de aprimoramento profissional de boa qualificação.

2) Caracterização do trabalho

No Brasil, a indicação de fisioterapeutas para os clubes/seleções representa a principal forma de contratação, sendo a fonte de indicação diluída entre outros fisioterapeutas, técnicos e médicos. Entretanto, este último profissional é quem mais restringe a autonomia dos fisioterapeutas entrevistados, sendo responsáveis por 47,3 % das indicações de restrição as quais variaram de “quase sempre” a “com pouca frequência”. Reportando novamente ao estudo do futebol inglês notamos que a contratação de fisioterapeutas, na maioria das vezes, se dava através de entrevista aplicada por um gerente, sem consulta aos demais membros. Esse fato aliado à desqualificação técnica comentada anteriormente pode representar uma ameaça à autonomia dos fisioterapeutas, uma vez que os referidos gerentes de futebol, além dos médicos do clube, poderiam influenciar a decisão clínica desse profissional⁽⁵⁾.

A relação trabalhista mais freqüente (54,5%) é através da carteira assinada, sendo as demais representadas pelo trabalho autônomo como pessoa física e como pessoa jurídica. Esses dados divergem da pesquisa do DIEESE realizada nas regiões metropolitanas do Brasil, em maio/2008, onde 44,5% trabalhavam com carteira assinada e 7,5% como autônomo ⁽²⁴⁾. A prestação de serviço como pessoa jurídica é uma característica comum no esporte profissional. Nosso estudo demonstra que o fisioterapeuta vem sendo afetado por essa nova forma de relação trabalhista. Os resultados demonstram que a maioria dos fisioterapeutas esportivos (83,7%) apresenta salários acima do que é preconizado pela FENAFITO (Federação Nacional dos Sindicatos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional) que, em julho de 2008, era referente a 3,6 salários mínimos (R\$ 1468,00) ^(25,26). Considerando piso salarial sugerido e desejado pela mesma entidade (7,8 salários mínimos ou R\$3.214,22), mesmo assim temos 58,2% dos fisioterapeutas dentro ou acima dessa faixa salarial ⁽²⁶⁾. A carga horária dos fisioterapeutas entrevistados pode ser considerada elevada, já que 80,0% trabalhavam mais de 8 horas ou dedicação exclusiva para o clube, entrando em desacordo com a Lei nº. 8856 de 1º de março de 1994 que define 30 horas semanais como carga horária máxima da profissão ⁽²⁶⁾. Isso faz supor que parte dos rendimentos extras percebidos pelos profissionais venha a compensar essa distorção, bem como o recebimento de “bichos” e “premiações” demonstra o quanto o fisioterapeuta é reconhecido pela direção dos clubes.

3) Caracterização da prática clínica

“Cada pessoa tem as suas aspirações pessoais, os seus objetivos, as suas preferências, as suas características de personalidade, os seus talentos e habilidades. Cada pessoa é única e impar.

Ao constituírem uma equipe de trabalho, as pessoas se destacam pelas diferenças individuais”

(Adaptado de Christophe Dejours e outros, 2008).

A atuação do fisioterapeuta é observada em todos os domínios de sua prática (prevenção = 92,7%; reabilitação funcional = 98,2%; retorno à atividade = 100,0%; atendimento emergencial = 87,3%). Esse fato sugere a participação desse profissional em todas as funções possíveis de serem ocupadas. Destaca-se, inclusive, a atuação do fisioterapeuta na área de atendimento emergencial, onde culturalmente tem sido inquestionável a figura do massagista no esporte brasileiro. Nessa área de atuação nota-se a grande participação do fisioterapeuta, individualmente ou em ação com o profissional médico, principalmente em treinamentos. O massagista, que em treinamento, não atua isoladamente no atendimento emergencial, de acordo com os entrevistados, durante os jogos tem sua participação associada com o médico aumentada significativamente. Nota-se uma maior atuação do massagista nas funções de aplicação da prescrição médica, massagem e preparação de suprimentos hídricos (32,7%). Dessa forma, existe ainda um grande potencial de mercado a ser conquistado pelo fisioterapeuta esportivo no atendimento emergencial em jogos. Para tanto, se faz necessário a contratação de mais profissionais fisioterapeutas pelos clubes para atendimento a

essa demanda, bem como uma formação mais sólida aliada a uma política de reconhecimento pelas federações e confederações do fisioterapeuta como profissional que pode atuar de maneira científica e segura em conjunto com o profissional médico.

Outra área importante de atuação do fisioterapeuta no esporte é a prevenção. O processo de prevenção de lesões requer o registro das lesões e avaliação sistemática do efeito das medidas preventivas adotadas e a participação da equipe interdisciplinar no processo ⁽⁶⁾. No presente estudo foi observado que a grande maioria dos clubes possui registro de lesões (94,5%), bem como incentivam programas de prevenção (76,4%). Os clubes que apóiam programas de prevenção, também são aqueles que contam com maior presença dos profissionais médicos, psicólogos e nutricionistas, além de um número maior de outros profissionais integrando a equipe. Isso demonstra o caráter interdisciplinar da prevenção. O trabalho conjunto na prevenção com preparador físico, treinador e médico coincide com a maior presença desses profissionais nas equipes, como também pela proximidade com o trabalho do fisioterapeuta. Grande parte dos programas de prevenção contém exercícios de fortalecimento, flexibilidade e controle motor ^(1,4,27) e, segundo a literatura, são necessários três a cinco dias de treinamento semanal para se obter os resultados desses tipos de abordagens ^(1,27). Isso explica porque 64,3% dos clubes pesquisados aplicam o programa de prevenção de 3 a 5 vezes por semana.

Para maior sedimentação da atuação do profissional fisioterapeuta no domínio da prevenção de lesões no esporte se faz necessário o incentivo de uma formação mais uniforme nessa área. Uma vez que a graduação atende pouco às expectativas do fisioterapeuta esportivo, cursos de aperfeiçoamento e de

especialização voltados para o atendimento emergencial e para aspectos essenciais da prevenção de lesões no esporte devem ser incentivados com o intuito de estruturar melhor essa formação, a qual se apresenta, aparentemente, fragmentada em pequenos cursos ou fundamentada na própria prática clínica.

Autonomia profissional pode ser definida como a capacidade de autogoverno que pode ser utilizada ou não, ou como sendo a liberdade de julgamento e de tomada de decisão frente às necessidades ^(28,29). Para Gomes *et al* ⁽²⁸⁾, a pessoa ou profissão autônoma é aquela que tem liberdade de pensamento e de ação, livre de coações internas e externas. Os estudos acerca deste tema na profissão de fisioterapeutas tem sido mais frequentemente realizada a respeito da relação fisioterapeuta – médico, onde se observa uma indefinição das atribuições e competências dessas profissões, gerando conflitos internos e externos ⁽³⁰⁾. No nosso estudo, 70% dos entrevistados relataram que tem interação com os médicos em seus clubes. Entretanto, a restrição por parte desse profissional sobre a atuação do fisioterapeuta é maior se comparada com os outros profissionais da equipe (diretores e treinadores).

O atual cenário mundial tende a diluir e atenuar as linhas divisórias entre as profissões, estimulando o trabalho em equipe e através de projetos interdisciplinares ⁽²⁸⁾. Na presente pesquisa, nessas áreas de convergência com outros profissionais, o fisioterapeuta esportivo se demonstrou atuante, com boa participação na manutenção de performance de atletas lesados (em 67,3% dos clubes o fisioterapeuta atua, sendo que em 31% em conjunto com preparador físico); muito boa participação na decisão do retorno do atleta às atividades após a reabilitação (74,5% com o médico e 10,9% isoladamente); muito boa participação no veto ou liberação do atleta ao esporte (63,6% sempre e 27,3% quase sempre); excelente

participação na reabilitação funcional, sendo 70,9% interagindo com o preparador físico e 27,3% atuando sozinho.

A autonomia profissional se desenha a partir das definições estabelecidas do que é prerrogativa e do que é instrumental à profissão ^(28,30). O fisioterapeuta esportivo deve procurar uma delimitação concreta do que é próprio da fisioterapia, ou seja, daquilo que o caracteriza como profissional e se estabelecer como membro integrante e distinto da equipe de saúde esportiva. Apesar de ficarem nítidos quais são os recursos mais utilizados (e.g. eletroterapia 98% e técnicas manuais 62%), quais as habilidades são exercidas pelo fisioterapeuta esportivo (e.g. prescrição de órteses e de palmilha 61,8%), além de quais são as funções exercidas no clube (e.g. prevenção e reabilitação funcional), observa-se que os profissionais da fisioterapia ainda não conseguem definir o referencial teórico que permeia suas ações. Assim, em relação ao modelo teórico para prevenção, somente 11% citou o modelo de Capacidade/Demanda que pode ser entendido como o que mais se aproxima de um modelo voltado para a fisioterapia ⁽¹¹⁾. Por outro lado, 13% dos entrevistados responderam que utilizam modelos médicos em sua prática (Meeuwisse/Bahr e Mechelen). Os demais entrevistados simplesmente não responderam (36%) ou citaram termos e autores indefinidos (47%). Esse fato indica que o fisioterapeuta do esporte brasileiro ainda necessita de um melhor desenvolvimento teórico para subsidiar sua atuação profissional específica.

O processo de avaliação é também um grande definidor do papel do fisioterapeuta ^(6,11). Infelizmente, somente 16% aplicam testes e avaliações para avaliar os resultados da prevenção, enquanto 44% não responderam a essa questão. Além disso, na liberação do atleta após reabilitação de lesões, o caráter subjetivo da avaliação também sobrepuja os testes e avaliações aplicadas pelo

profissional fisioterapeuta. A prescrição de equipamentos com intuito de prevenir lesões tem sido citada na literatura como sendo um procedimento muitas vezes necessário ^(1,4,6). Portanto, órteses e palmilhas foram os procedimentos de prevenção mais indicados pelos fisioterapeutas entrevistados. Por outro lado, a indefinição na literatura sobre os resultados e benefícios da utilização de banheira com gelo ou banheira com água quente após jogos e/ou treinos gerou resultados conflitantes entre os entrevistados. Dessa forma a definição de referenciais teóricos, de avaliações objetivas e maiores pesquisas sobre os recursos utilizados na prevenção e reabilitação de lesões esportivas podem contribuir para definição da atuação do fisioterapeuta na equipe que assiste ao atleta e, conseqüentemente, contribuir para uma maior autonomia desse profissional.

Existe pouca participação do profissional de psicologia no processo de reabilitação (apenas 10,9% sempre atuam e 5,5% quase sempre) e uma boa participação da nutrição nesse mesmo processo (44% sempre e 22% quase sempre). Esses números podem ser explicados parcialmente pela presença do nutricionista em 70% dos clubes (ocupando o 3º lugar, atrás apenas do preparador físico e médico) e do psicólogo, em apenas 40% (6º lugar, atrás dos profissionais anteriores e também dos massagistas e fisiologistas). A literatura aponta que fatores psicológicos e sociais podem ser causas primárias de lesões esportivas, o que reforça a necessidade do profissional psicólogo não só na reabilitação, mas também na prevenção de lesões ⁽¹²⁾.

A maioria das diferenças entre os profissionais e seus ambientes de trabalho, quando comparamos futebol com voleibol, decorre, possivelmente, da cultura e da organização de cada modalidade. Assim, podemos notar que o profissional massagista está presente, em maior número, no futebol, o que restringe a

participação do fisioterapeuta, sobretudo, no atendimento emergencial em jogos fora do município, ou seja, em viagens. O profissional que atua no voleibol, por sua vez, além de contar menos com a presença do massagista, às vezes viaja sozinho e, assim, distribui medicamentos sob a supervisão do profissional médico, de uma maneira mais freqüente que seu congênere do futebol. O fisioterapeuta do futebol apresenta um perfil em termos de proventos mais favorável que do voleibol: além de serem mais contratados com carteira assinada, percebem salários mais altos, bem como mais rendimentos extras. Isso decorre, possivelmente, da própria estrutura desses esportes, pois temos, em geral, os maiores salários para atletas, dirigentes e comissão técnica também no futebol. A pesquisa aponta os fisioterapeutas do voleibol com mais apoio nos programas de prevenção e com mais atuação no atendimento emergencial. Esse fato pode ser explicado pelo número menor de profissionais que atuam no voleibol, se comparado com o futebol, aliado à maior presença do psicólogo nessa modalidade.

Capítulo 5 Conclusão

O presente estudo teve como objetivo traçar o perfil do fisioterapeuta esportivo brasileiro, incluindo suas habilidades, funções, grau de autonomia e relação interdisciplinar com demais integrantes da comissão técnica. Os resultados da pesquisa mostraram que os fisioterapeutas esportivos atuam nos domínios do atendimento emergencial, prevenção, reabilitação funcional e retorno após lesão. Além disso, possuem relação interdisciplinar, sobretudo com o preparador físico na reabilitação funcional e com o médico do clube na decisão do retorno do atleta após reabilitação e no veto ou liberação do atleta para jogos/treinos. Os fisioterapeutas demonstram um perfil de aprimoramento profissional variado e importante e recebem salários satisfatórios, se comparados com o piso salarial da categoria.

Apesar do bom desenvolvimento profissional, o processo de intervenção fisioterapêutica no esporte se estrutura sem alicerces teóricos. Além disso, muitos fisioterapeutas relatam ameaças à sua autonomia, principalmente pelo profissional médico, e realizam uma jornada de trabalho além do que é determinado por lei. Esses resultados indicam que para maior sedimentação da atuação do profissional fisioterapeuta em equipes esportivas se faz necessária uma formação mais científica e uniforme. Cursos de aperfeiçoamento e especialização, voltados inclusive para o atendimento emergencial, devem ser incentivados com o intuito de estruturar melhor essa formação que se apresenta, aparentemente, fragmentada em pequenos cursos ou na própria prática clínica.

O presente estudo mostra, também, diferenças entre os profissionais que atuam no voleibol e no futebol. Estas diferenças decorrem, sobretudo, das particularidades de cada esporte, mas devem ser utilizadas como referências sobre

aquilo que cada profissional tem de melhor, possibilitando o desenvolvimento de uma pauta de reivindicações junto aos clubes e federações.

Uma vez que os resultados desse estudo se restringem somente à caracterização do perfil de fisioterapeutas que trabalham no futebol e voleibol, estudos envolvendo fisioterapeutas que atuem em esportes individuais e em outros ambientes de trabalho como academias e clubes sociais são sugeridos.

Capítulo 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. KULUND, Daniel N. **The Injured Athlete**. Philadelphia: J. B. Lippincott Company, 1988. p. 165-240.
2. BAHR, R.; KROSSHAUG, T. Understanding injury mechanisms: a key component of preventing injuries in sport. **Br. J. Sports Med.**, v.39, p.324-329, 2005.
3. MOREIRA, P.; GENTIL, D.; OLIVEIRA, C. Prevalência de Lesões na Temporada 2002 da Seleção Brasileira Masculina de Basquete. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v.9, n.5, ISSN 1517-8692, 2003.
4. ZACHAZEWSKI, J. E.; MAGEE, D. J. **Athletics injuries and Rehabilitation**. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1996. p. 5-7.
5. WADDINGTON, I et al. Methods of appointment and qualifications of club doctors and physiotherapists in English professional football: some problems and issues. **Br. J. Sports Med.**, v. 35, p. 48-53, 2001.
6. MELLION, Morris B. **Sports Injuries & Athletic Problems**. Philadelphia: Hanley & Belfus INC., 1988. p. 160-185.
7. PRENTICE, W. E. **Modalidades Terapêuticas em Medicina Esportiva**. São Paulo: Manole, 2002. p. ix a xii.
8. ROI, G. S. et al. Return to Official Italian First Division Soccer Games Within 90 Days After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction: A Case Report. **J. Orthop Sports Phys. Ther.** v. 85, n.2, p. 52-66, 2005.
9. MCINTOSH, A.S. Risk compensation, motivation, injuries, and biomechanics in competitive sport. **Br. J. Sports Med.**, v. 39, p. 2-3, 2005.

10. ARNASON, A. et al. Risk factors for injuries in football. **Am. J. Sports Med.**, v. 32, p. 5S – 16S, 2004.
11. FONSECA S. T.; OCARINO J. M.; SILVA P. L. P.; AQUINO C. F. Integration of stresses and their relationship to the kinetic chain. In: Magee D. J.; Zachazewski J. E.; Quillen W. S. **Scientific Foundations and Principles of Practice in Musculoskeletal Rehabilitation**. St. Louis, MO: Saunders Elsevier, 2007. Chapter 23, p. 476-486.
12. ANDERSEN, M.; WILLIAMS, J. A model of stress and athletic injury: prediction and prevention. **Journal of Sport and Exercise Psychology.**, v. 10, p. 294-306.
13. CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA DE TENIS. **Regra para contusão**. São Paulo: 2005. Disponível em: <<http://www.cbtenis.com.br/regras/docs/contusao.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2007.
14. CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA DE TÊNIS. **Equipes médicas – Davis Cup e Fed Cup**. São Paulo: 2007. Disponível em: <http://www.cbt.esp.br/modulos/ssl/noticia_full.php?indice=1/18&id_texto=1612>. Acesso em: 20 jul. 2007.
15. FEDERAÇÃO PARANAENSE DE FUTEBOL DE SALÃO. **Regulamento do Campeonato Paranaense Divisão Especial Chave Ouro – 2007**. Curitiba: 2007. Disponível em: <http://www.futsalparana.com.br/regulamento_chave_Ouro.htm>. Acesso em: 20 jul. 2007.
16. FEDERAÇÃO PAULISTA DE FUTEBOL DE SALÃO. **Regulamento do Campeonato Estadual 2006 – Série Ouro- Categoria Principal**. São Paulo: 2007. Disponível em: <http://futsal.terra.com.br/estadual_ouro/principal.doc>. Acesso em: 20 jul. 2007.
17. FEDERAÇÃO CATARINENSE DE FUTEBOL DE SALÃO. **Regulamento Geral dos Campeonatos Estaduais/2007**. Florianópolis: 2007. Disponível em: <<http://www.futsalsc.com.br/download/regras2007.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2007.

18. CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA DE JUDÔ. **Normas Gerais para Eventos Nacionais – 2006**. Rio de Janeiro: 2006. Disponível em: <http://www.cbj.com.br/downloads/NORMAS_GERAIS_PARA_EVENTOS_NACIONAIS_2006.doc>. Acesso em: 20 jul. 2007.
19. MCFARLAND, E. G. Return to Play. **Clinics in Sports Medicine**, v. 23, p.15-23, 2004.
20. The team physician and return-to-play issues: a consensus statement. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v. 34, n.7, p.1212-1214, 2002.
21. RODRIGUES, A. **Joelho no Esporte**. São José do Rio Preto: CEFESPAR, 1993. p. 3 - 5.
22. WAJCHEMBERG, M. et al. Reabilitação precoce de atletas utilizando hidroterapia após o tratamento cirúrgico de hérnia discal lombar: relato preliminar de 3 casos. **Acta Ortop. Bras.** v.10, n.2, p.48-57, 2002.
23. PESTANA, M. H.; GAGUEIRO, J. N. **Análise de Dados para Ciências Sociais – complementaridade de SPSS**. Lisboa, 2003.
24. DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. **Pesquisa de emprego e desemprego**. Brasília: 2008. Disponível em: http://www.dieese.org.br/ped/metropolitana/ped_metropolitana0108.pdf. Acesso em: 20 jul. 2008.
25. SINDICATO DOS FISIOTERAPEUTAS E TERAPEUTAS OCUPACIONAIS DE SÃO PAULO. **Convenção Coletiva de Trabalho – 2008**. São Paulo: 2008. Disponível em: <http://www.sindhosp.com.br/IMP_353 D.htm>. Acesso em 20 jul. 2008.

26. CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E DE TERAPIA OCUPACIONAL. **Piso salarial FENAFITO**. Brasília: 2008. Disponível em: <<http://www.coffito.org.br>>. Acesso em: 20 jul. 2008.
27. WILMORE, J. H.; COSTILL, D. L. **Physiology of sport and exercise**. Champaign: Human Kinetics, 1994. p. 66–87.
28. GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C. Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 39, n.2, p. 145-53, 2005.
29. SANTOS, L. A. C.; FARIA, L. As ocupações supostamente subalternas: o exemplo da enfermagem brasileira. **Saúde e Sociedade**, v.17, n.2, ISSN 0104 – 1290, abr./jun., 2008.
30. NASCIMENTO, M. C. *et al.* A profissionalização da fisioterapia em Minas Gerais. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v.10, n. 2, ISSN 1413-3555, 2006.

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

Prezados senhor (a),

Obrigado pelo interesse em participar do estudo: “Levantamento e Análise do Perfil, Funções e Habilidades do Fisioterapeuta Esportivo Brasileiro (Futebol E Voleibol).”

Este é um estudo de grande importância para a Fisioterapia Esportiva porque tem como objetivo analisar o papel do Fisioterapeuta na equipe interdisciplinar que atende aos atletas profissionais do futebol e voleibol brasileiros.

RESPONSÁVEIS: Anderson Aurélio da Silva, professor da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional (EEFFTO) / UFMG – Departamento de Fisioterapia, mestrando em Ciências da Reabilitação; Sérgio Teixeira da Fonseca, professor e doutor da EEFFTO/ UFMG.

PROCEDIMENTOS – Os participantes desse estudo responderão a um questionário que é um instrumento que visa o levantar o perfil, funções e habilidades do fisioterapeuta esportivo brasileiro, principalmente daqueles que atuam em clubes e seleções de futebol e voleibol. O questionário contém perguntas que procuram delinear a formação do Fisioterapeuta, a caracterização do seu ambiente de trabalho, da sua prática clínica e da equipe onde você está inserido.

Ao participar dessa pesquisa você estará não só contribuindo com a pesquisa em si, mas os resultados oriundos dessa análise poderão auxiliar a situar a especialidade no contexto esportivo, e nortear políticas de melhor inserção do profissional fisioterapeuta no mercado.

Dessa forma, pedimos que você seja o mais sincero possível em suas respostas; seus dados e sua identificação serão preservados em absoluto sigilo, uma vez que você será identificado por meio de um número e seu nome será preservado. Durante as respostas, não fique temeroso de dizer que não sabe responder determinada questão, de relatar fielmente o contexto onde trabalha, ou que em sua formação não fez determinado curso.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO - O questionário será aplicado pessoalmente ou enviado para o seu e-mail, nesse caso, deverá ser respondido e devolvido para o endereço de origem. Solicitamos que o mesmo seja respondido, dentro do possível, completamente; dúvidas podem ser levantadas pessoalmente e também por e-mail que serão prontamente solucionadas.

RISCOS E DESCONFORTOS - Os voluntários serão mantidos em anonimato, recebendo um número de identificação ao entrar no estudo, evitando assim qualquer revelação do nome do indivíduo em possíveis publicações dos resultados obtidos.

BENEFÍCIOS ESPERADOS – Esperamos traçar o perfil do Fisioterapeuta Esportivo, delineando as funções que exerce com maior ou menor destaque. Os resultados poderão ser utilizados pela Sociedade Nacional de Fisioterapia Esportiva - SONAFE, ministérios e

secretarias estaduais, municipais ou similares, visando entender a realidade do fisioterapeuta esportivo e buscando uma inserção de excelência desse profissional no mercado de trabalho.

O voluntário é livre para se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase do estudo, sem qualquer penalização ou prejuízo. Os voluntários não terão quaisquer despesas.

O voluntário poderá ser desligado do estudo a qualquer momento, sem ônus para os responsáveis.

Diante destas informações, se for de sua vontade participar deste estudo, por favor, preencha o(s) consentimento(s) abaixo:

CONSENTIMENTO: declaro que li e entendi a informação contida acima e que todas as dúvidas foram esclarecidas. Desta forma, eu _____
_____ participarei do estudo acima.

Assinatura do Voluntário

Assinatura do Responsável

Data ___/___/___

Telefones para contato: - Departamento de Fisioterapia – UFMG (_ _) 31 – 34094783
- Comitê de Ética e Pesquisa - UFMG (_ _) 31 - 34094592

ANEXO 2



**ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
DA UFMG
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO**

**LEVANTAMENTO E ANÁLISE DO PERFIL, FUNÇÕES E HABILIDADES DO
FISIOTERAPEUTA ESPORTIVO BRASILEIRO. (FUTEBOL E VOLEIBOL)**

QUESTIONÁRIO

ANDERSON AURÉLIO DA SILVA

BELO HORIZONTE, 2007

© 2007

Todos os direitos autorais reservados a Anderson Aurélio da Silva. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser com autorização por escrito do autor.

Endereço: Rua dos Expedicionários, nº. 890, apto 201, Bairro Santa Amélia,
Belo Horizonte, MG, 31555-200.

Fone (0xx) 3134975695, Fax (0xx) 3134094783; aaurelioig@ig.com.br

Apresentação

Este questionário é um instrumento para o desenvolvimento de uma pesquisa visando o levantamento do perfil, funções e habilidades do fisioterapeuta esportivo brasileiro, mormente daqueles que atuam em clubes e seleções de futebol e voleibol.

Ao participar dessa pesquisa você estará não só contribuindo com a pesquisa em si, mas os resultados oriundos dessa análise poderão, em primeiro lugar, situar a especialidade no contexto esportivo, e até nortear políticas de melhor inserção do profissional fisioterapeuta no mercado.

Dessa forma, pedimos que seja o mais realista e sincero possível; seus dados e sua identificação serão preservados em absoluto sigilo; não fique temeroso de dizer que não sabe, ou que não fez esse ou aquele curso.

Os autores desde já agradecem.

QUESTIONÁRIO SOBRE A FISIOTERAPIA ESPORTIVA NO BRASIL**I – DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS****1- Nome****2- Idade****3- Sexo** () F () M**4- Graduação em Fisioterapia**

Instituição de Ensino Superior: _____

() Pública () Privada

Ano de conclusão: _____

5- Pós-graduação5.1 – *Latus Sensu***Especialização**

Área: _____

Instituição de Ensino Superior: _____

Ano de conclusão: _____

Aperfeiçoamento

Área: _____

Instituição de Ensino: _____

Superior: _____

Ano de conclusão: _____

5.2 – *Strictus Sensu***Mestrado**

Área: _____

Instituição de Ensino Superior: _____

Ano de conclusão: _____

Doutorado

Área: _____

Instituição de Ensino Superior: _____

Ano de conclusão: _____

II - CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO

1) A área esportiva:

1.1) Qual o nome do clube/seleção e quais as categorias e modalidades que você atende?

1.2) Como se deu sua contratação no clube/ seleção?

Processo seletivo
 Indicação Por quem (citar o cargo)? _____

Outros . Especifique: _____

1.3) Qual é o seu vínculo com o clube?

carteira assinada
 contrato como prestador de serviço: pessoa física
 contrato como prestador de serviço: pessoa jurídica
 outros.

Especificar _____

1.4) Quantas horas por semana você trabalha na área esportiva?

até 4 horas por semana
 mais de 4 até 6 horas por semana
 mais de 6 até 8 horas por semana
 mais de 8 horas e/ou dedicação exclusiva

1.5) Qual é seu salário bruto mensal no clube/seleção?

1 a 3 salários mínimos
 4 a 6
 7 a 10
 mais de 10

1.6) Você recebe outros rendimentos no clube? (assinale todas as alternativas que ocorrem)

“bichos”. Se sim, qual o percentual em relação aos atletas? _____
 premiações. Se sim, qual o percentual em relação aos atletas? _____
 horas extras
 outros. Detalhar _____

2) Funções que exerce no clube

Instruções - Responda as questões abaixo utilizando o seguinte espectro de frequência:

- (A) 100% (sempre)
- (B) entre 99 e 75% (quase sempre)
- (C) entre 74 e 50% (frequentemente)
- (D) entre 49 e 25% (às vezes)
- (E) entre 25 e 0% (raramente)
- (F) 0% (nunca)

- 2.1) O Fisioterapeuta está presente com qual frequência nos **treinamentos**? ()
- 2.2) O Fisioterapeuta está presente com qual frequência nos **jogos**? ()
- 2.3) O Fisioterapeuta viaja com a equipe com que frequência? ()
- 2.4) O Fisioterapeuta prescreve/receita medicamentos sem supervisão direta do profissional médico? ()
- 2.5) O Fisioterapeuta aplica e/ou distribui medicamentos prescritos pelo médico? ()

III) CARACTERIZAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

1) Níveis de Atuação

1.1) Em quais níveis da fisioterapia esportiva você atua?

- () Prevenção
- () Atendimento Emergencial
- () Reabilitação Funcional
- () Retorno ao esporte após lesão

2) Registro de lesões

2.1) Você faz registro sobre as lesões ocorridas em atletas de sua responsabilidade?

- () Sim
- () Não

2.2) Se respondeu não na questão anterior, então o registro sobre as lesões ocorridas é feito por outro profissional?

Sim Não Se sim, qual? _____

2.3) Você tem acesso a esses dados? (caso você não seja o responsável pelo registro)

Sim Não não se aplica

2.4) Em caso de haver o registro, quais são os dados coletados?

3) Quanto à Prevenção

3.1) Como você define a prevenção? (Usar o verso da página se necessário)

3.2) Você desenvolve programa de prevenção?

Sim Não

Se sim, responda:

3.3) Você tem apoio e condições para implementar um programa de prevenção?

Sim Não

3.4) Assinale quais profissionais que atuam com você na prevenção de lesões:

- Nutricionista
- Psicólogo
- Enfermeiro
- Preparador Físico
- Treinador
- Dentista
- Fisiologista
- Massagista
- Médico Especialidade _____
- Outros. Explicitar: _____

3.5) Quantas vezes por semana você aplica este programa de prevenção com cada atleta?

1 vez 2 vezes 3 vezes 4 vezes 5 vezes ou mais Não se Aplica

3.6) Os resultados do programa de prevenção são avaliados?

Sim Não Se sim, como: _____

3.7) Na sua prática você utiliza de algum modelo teórico para nortear as intervenções fisioterapêuticas com o objetivo de **prevenir** lesões esportivas?

Sim Não

Se sim, qual modelo?

3.8) Assinale abaixo os equipamentos que você prescreve:

órteses braces palmilhas outros
especificar _____

não prescrevo

3.9) Assinale as situações que você prescreve e/ou aplica **banheira com gelo**:

após os jogos
 após os treinos
 nunca

3.10) Assinale as situações que você prescreve e/ou aplica **banheira com água quente**:

após os jogos
 após os treinos
 nunca

4) Quanto ao Atendimento Emergencial (de campo)

4.1) Quem é o responsável pelo atendimento emergencial no clube/seleção?

4.2) Se algum atleta sofre uma lesão no treinamento, qual(is) profissional(is) realiza(m) o atendimento emergencial ou de campo?

Médico Fisioterapeuta Massagista Outros Especificar _____

4.3) Se algum atleta sofre uma lesão no jogo, qual(is) profissional(is) realiza(m) o atendimento emergencial ou de campo?

Médico Fisioterapeuta Massagista Outros Especificar _____

4.4) Caso seja o Fisioterapeuta responsável pelo atendimento emergencial:

Quais as técnicas e/ou procedimentos que você aplica e como aprendeu (responda colocando G para Graduação; PG para pós-graduação; C para cursos, PC para prática clínica; O para outros; NA não se aplica, ou seja, não utiliza a técnica. OBS: para a mesma técnica pode concorrer mais de uma resposta).

- Bandagens
 Enfaixamentos
 Terapias manuais
 ABC do trauma
 Ressuscitação Cardio-Pulmonar (RCP)
 Cuidados com feridas, calos e bolhas
 Outros (citar) _____

5) Quanto à Reabilitação Funcional

5.1) Quais são os objetivos da reabilitação esportiva realizada por você?

5.2) Na sua prática você utiliza de algum modelo teórico para nortear as intervenções fisioterapêuticas com o objetivo de reabilitar lesões esportivas?

Sim Não Se sim, qual? _____

5.3) Quais são os conhecimentos (princípios) teórico-científicos que fazem parte da base da sua intervenção na reabilitação de um atleta lesado?

5.4) Assinale as técnicas e/ou procedimentos que você aplica na reabilitação de atletas com lesões:

- Quiropraxia, Osteopatia
 Mackenzie
 Pilates

- Eletroterapia
- RPG
- Bobath
- Outros, especificar _____

5.5) Na sua prática, o atleta que está realizando a reabilitação mantém outra atividade física paralela à reabilitação, com o objetivo de manutenção do condicionamento cardiorrespiratório?

- Sim Não

5.6) Sob a responsabilidade de quem?

6) Quanto ao Retorno do Atleta ao Esporte

6.1) A decisão final sobre o retorno ao esporte após uma lesão é de qual(is) profissional(is)?

- Médico Fisioterapeuta Massagista Outros _____

6.2) O Fisioterapeuta participa do processo de veto ou de liberação do atleta?

- Nunca às vezes quase sempre sempre

6.3) Quais são os critérios que norteiam tal decisão?

6.4) São realizados testes ou avaliações para complementar a decisão de retorno ao esporte?

- Nunca às vezes quase sempre sempre

6.5) Quem faz o retorno gradativo do atleta a atividades funcionais de campo?

- Fisioterapeuta Educador Físico Ambos Outros citar _____

7) Quanto à equipe interdisciplinar

7.1) Assinale com D os profissionais da área de saúde que atuam diretamente no seu clube, com I aqueles que são contratados indiretamente (esporadicamente), com N aqueles que não existem de maneira alguma no seu clube/seleção:

- Enfermeiro
- Massagista
- Médico
- Preparador Físico
- Fisiologista
- Odontólogo
- Psicólogo
- Nutricionista
- Podólogo
- Outros, citar _____

7.2) O atleta lesado tem acompanhamento **psicológico** durante o processo de reabilitação?

Nunca às vezes quase sempre sempre

7.3) O atleta lesado tem acompanhamento **nutricional** durante o processo de reabilitação?

Nunca às vezes quase sempre sempre

7.4) Quais as funções do massagista no seu clube?

7.5) Como é a interação entre o médico e o fisioterapeuta :

Constante quase sempre com certa frequência com pouca frequência
 nunca

7.6) Como é a interação entre diretor/presidente/supervisor e o fisioterapeuta:

Constante quase sempre com certa frequência com pouca frequência
 nunca

7.7) Como é a interação entre o técnico e o fisioterapeuta

Constante quase sempre com certa frequência com pouca frequência
 nunca

7.8) Como você vê a restrição da sua autonomia pelo **médico** no seu trabalho:

Constante quase sempre com certa frequência com pouca frequência
 nunca

7.9) Como você vê a restrição da sua autonomia pelo **diretor/presidente/supervisor** no seu trabalho:

Constante quase sempre com certa frequência com pouca frequência
 nunca

7.10) Como você vê a restrição da sua autonomia pelo **técnico** no seu trabalho:

Constante quase sempre com certa frequência com pouca frequência
 nunca

7.11) Citar **outros profissionais** que restringem a sua autonomia: _____

Constante quase sempre com certa frequência com pouca frequência
 nunca

APÊNDICE 1**Cargo responsável pela indicação do fisioterapeuta ao clube**

Cargo de quem indicou	Freqüência	Percentual
Fisioterapeuta	13	30,2%
Técnico	9	20,9%
Diretor médico	6	14,0%
Treinador	5	11,6%
Preparador físico	4	9,3%
Médico	4	9,3%
Diretor de equipe	2	4,7%
Presidente	2	4,7%
Auxiliar técnico	1	2,3%
Chefe departamento	1	2,3%
Jogador	1	2,3%
Massoterapista	1	2,3%
Superintendente	1	2,3%
Total	43	100,0%

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)