

Análise do perfil, funções e habilidades do fisioterapeuta com atuação na área esportiva nas modalidades de futebol e voleibol no Brasil

Analysis of the profile, areas of action and abilities of Brazilian Sports Physical Therapists working with soccer and volleyball

Anderson A. Silva¹, Natália F. N. Bittencourt², Luciana M. Mendonça², Marcella G. Tirado¹, Rosana F. Sampaio¹, Sérgio T. Fonseca¹

Resumo

Objetivo: Investigar o perfil do fisioterapeuta com atuação na área esportiva nas modalidades de futebol e voleibol no Brasil no que tange à sua formação, atuação e grau de autonomia dentro da equipe interdisciplinar. **Métodos:** Foram analisados questionários estruturados para levantamento de dados sociodemográficos, dados relativos ao ambiente de trabalho e à prática clínica e os seus domínios, referentes a 49 fisioterapeutas de clubes e seleções de futebol e voleibol. **Resultados:** Do total de entrevistados, apenas cinco fisioterapeutas eram do sexo feminino, e a idade média do grupo era de 32,2 anos. A maioria dos fisioterapeutas brasileiros que atuam no esporte possuem especialização em diversas áreas (78,2%), foram contratados por indicação (78,2%), trabalham mais de 8 horas/dia ou em regime de dedicação exclusiva (80,0%) e recebem de sete a dez ou mais salários mínimos (58,2%). Além disso, observou-se uma grande participação do fisioterapeuta nos domínios do atendimento emergencial (87,3%), prevenção (92,7%), reabilitação funcional (98,2%) e retorno após lesão (100%). O fisioterapeuta com atuação no esporte relata haver uma boa relação interdisciplinar, sobretudo com o preparador físico na reabilitação funcional (70,9%), 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, muitos reclamaram de ameaças à sua autonomia, principalmente pelo profissional médico. **Conclusão:** Ainda existe a necessidade de investir na formação específica do profissional fisioterapeuta esportivo, visando a uma melhor especialização na área esportiva e consolidando conceitos importantes da área por meio de um melhor entendimento de referenciais teóricos e de atuação clínica.

Palavras-chave: fisioterapia; esporte; profissão; reabilitação; prevenção; equipe interdisciplinar.

Abstract

Objective: To analyze the profile of Brazilian physical therapists working with soccer and volleyball professional teams, by verifying their level of education (graduate or undergraduate), as well as their role and insertion within the interdisciplinary team. **Methods:** Structured questionnaires were administered to forty-nine physical therapists working at soccer, volleyball clubs and Brazilian national teams. These questionnaires provided data on social demographic, characteristics of the work environment and organization of clinical practice and its domains. **Results:** From the 49 participants in this study only five were female. Mean age of all participants was 32.2 years. The majority of the sports physical therapists had specialization degrees in different areas (78.2%), were hired through referral (78.2%), worked more than 8 hours a day or were exclusively dedicated to their clubs (80.0%) and earned seven to ten Brazilian minimal wages (58.2%). They reported to have participation in the domains of emergency care (87.3%), prevention (92.7%), functional rehabilitation (98.2%) and return to competition (100%). They had interdisciplinary relationships with physical educators during functional rehabilitation programs (70.9%) and with physicians in the decision process of return to activity after rehabilitation (74.5%) and on the veto of an athlete to take part in practices or matches (63.6%). Therapists also complained of threats to their professional autonomy, specially directed by the team's physician. **Conclusion:** There is still a need to invest in continuing education of sports physical therapists with the objective to improve their educational level and to strengthen their professional autonomy.

Keywords: physical therapy; sport; profession; rehabilitation; prevention; staff.

Recebido: 04/05/2010 – **Revisado:** 11/08/2010 – **Aceito:** 16/12/2010

¹ Departamento de Fisioterapia, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

² Laboratório de Prevenção e Reabilitação de Lesões Esportivas, Centro de Excelência Esportiva, UFMG

Correspondência para: Anderson Aurélio da Silva, Rua Minueto, 151, Santa Amélia, CEP 31560-470, Belo Horizonte, MG, Brasil, e-mail: aaurilio@ufmg.br; aaurilioig@ig.com.br

Introdução ::::

A prática esportiva incita diversos tipos de lesões do sistema musculoesquelético¹⁻⁶. A formação dos profissionais envolvidos na abordagem dessas lesões bem como as competências e atribuições de cada profissional na área esportiva são extremamente variáveis de país para país^{7,8}. Em pesquisa realizada em quatro divisões do futebol inglês, constatou-se que metade dos clubes tinha fisioterapeutas sem qualificação específica na área esportiva⁹. A maioria dos que não tinham qualificação específica 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 de influenciar na sua decisão clínica⁹.

Apesar de o fisioterapeuta esportivo ter formação e autonomia limitadas, Waddington, Roderick e Naik⁹ relataram que, no futebol inglês, o médico somente comparecia ao clube uma vez por semana, cabendo ao fisioterapeuta o atendimento primário de lesões esportivas, assim como de outras doenças⁹. Nesses casos, o fisioterapeuta prescrevia medicamentos, tratava os atletas baseado na cultura do futebol e aplicava injeções, quando necessário. Em sua maior parte, os tratamentos eram realizados sem nenhuma base clínica/científica e, muitas vezes, com pouca autonomia nas decisões. Esse comportamento contraditório da atuação do fisioterapeuta no futebol inglês reforça a necessidade de um melhor entendimento sobre as ações e responsabilidades de cada membro da equipe de saúde dentro do esporte.

Atualmente, ainda existem controvérsias quanto ao papel e à formação necessária de cada profissional de saúde na área esportiva. Entretanto, a equipe de saúde, incluindo o fisioterapeuta esportivo, parece atuar em pelo menos quatro grandes domínios: prevenção, atendimento emergencial, reabilitação funcional e retorno à atividade^{2,4,5,10-14}. Em que pese essa definição internacional sobre as áreas de atuação do fisioterapeuta esportivo, a atuação desse profissional, no Brasil, parece ser heterogênea, sem uma definição clara do seu papel dentro da equipe que atende ao atleta^{15,16}.

A ausência de estudos brasileiros, aliada à indefinição do papel do fisioterapeuta na equipe, pode contribuir para que haja diferenças entre as funções dos fisioterapeutas esportivos em seus diversos locais de atuação. Diferenças nos métodos de atuação e formação profissional dos fisioterapeutas esportivos podem ameaçar a identidade desse profissional e atrasar o desenvolvimento dessa área¹⁷. Nesse sentido, o entendimento sobre a inserção e atuação do fisioterapeuta esportivo brasileiro na equipe interdisciplinar pode contribuir para uma melhor organização de serviços e, conseqüentemente, melhor atendimento ao atleta. Portanto, o objetivo deste trabalho foi

investigar o perfil do fisioterapeuta esportivo brasileiro no que tange à sua formação, grau de especialização, atuação e autonomia dentro da equipe interdisciplinar.

Materiais e métodos ::::

Esta pesquisa possui um delineamento transversal e foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil, com o parecer de nº. ETIC 294/07.

Seleção dos participantes do estudo

Os potenciais voluntários deste estudo foram inicialmente contatados pessoalmente durante o I Congresso Internacional e III Congresso Brasileiro de Fisioterapia Esportiva (Ouro Preto, MG, Brasil, novembro de 2007) ou posteriormente por meio de e-mails direcionados aos clubes e aos membros da Sociedade Nacional de Fisioterapia Esportiva. Os critérios de inclusão foram: a) ser fisioterapeuta esportivo de clube/seleção brasileira, de ambos os sexos, com qualquer tipo de vínculo com o clube/seleção; b) ter nacionalidade e formação brasileira; c) atuar ou ter atuado, 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 que cumpriam 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 um questionário sobre as habilidades e funções que exerciam no seu clube. A pesquisa utilizou um questionário estruturado para levantamento de: a) dados sociodemográficos, b) dados relativos ao ambiente de trabalho, c) dados sobre a prática clínica e os seus domínios. Na seqüência, os voluntários receberam uma carta contendo outra selada em seu interior, para retorno do termo de consentimento livre e esclarecido, devidamente assinado, para aqueles que não o fizeram durante o congresso. Após responderem ao questionário, os participantes devolveram-no, também por e-mail.

Caracterização da amostra

Foram selecionados e analisados 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. Cinco voluntários indicaram atuar tanto em clubes quanto em seleções de voleibol. Dessa forma, a dinâmica de trabalho relatada por esses voluntários, incluindo a relação com outros profissionais, foi considerada

separadamente no sentido de caracterizar mais fidedignamente a atuação desses profissionais em seu local de trabalho. A maioria (44) era do sexo masculino e apenas cinco eram do sexo feminino, estando elas alocadas em seleções e/ou clubes de voleibol. Considerando todos os questionários analisados, dez respondentes foram de seleção de voleibol; 18, de clubes de voleibol e 27, de clubes de futebol, representando 91%, 50% e 68% da população de fisioterapeutas brasileiros distribuídos nas respectivas categorias. As margens de erro corrigidas para populações finitas foram de 9,8%, 16,8% e 10,9%, respectivamente, para as proporções em estudo. Considerando a amostra total, a margem de erro foi de 8,1% (considerando o nível de 95% de confiança). Os dados relativos à entrevista foram agrupados e analisados por meio do pacote estatístico SPSS 15.0. Neste estudo, foram realizadas análises descritivas da distribuição das respostas em cada dimensão avaliada pelo questionário. O teste de McNemar foi aplicado para comparar as proporções em variáveis medidas em toda a amostra, e o teste Z foi empregado para comparar diferenças nas proporções dos grupos de futebol e voleibol.

Resultados

Características do profissional e da profissão

A maioria dos entrevistados (89,1%) era do sexo masculino e 10,9% do sexo feminino, sendo que a idade variou entre 24 e 46 anos, com média de 32,2 anos. Os que trabalhavam em times de futebol corresponderam a 49,1% e, no voleibol, a 50,1% dos entrevistados. Em times de futebol, não houve profissionais do sexo feminino, uma vez que as poucas fisioterapeutas da amostra trabalhavam em times de voleibol (21,4%). As áreas de especialização mais citadas nas entrevistas estão descritas na Tabela 1.

A contratação do fisioterapeuta no clube/seleção, em sua grande maioria (78,2%), deu-se por meio de indicação, sendo que apenas um entrevistado ingressou por processo seletivo. Dados referentes a qual profissional indicava o fisioterapeuta, ao vínculo empregatício com o clube, à carga horária de trabalho, remuneração e aos rendimentos extras estão descritos na Tabela 1. A frequência das funções exercidas pelo fisioterapeuta no clube, como “presença em treinamentos e jogos”,

Tabela 1. Áreas de especialização do fisioterapeuta, profissional responsável pela indicação do fisioterapeuta, tipo de vínculo empregatício, carga horária de trabalho, remuneração, existência de rendimentos extras e domínios de atuação do fisioterapeuta no esporte.

PERCENTUAL DE RESPONDENTES POR VARIÁVEL ANALISADA						
Áreas de especialização	Responsável pela indicação	Vínculo empregatício	Carga horária de trabalho diária ^a	Remuneração (salário- mínimo)	Rendimentos extras ^d	Domínios de atuação
Fisioterapia esportiva 47	Técnicos/treinadores 28	Carteira assinada 54,5 ^b	8 horas ou mais 80	Mais de 10 salários 25,5	Premiações 47,3	Retorno ao esporte 100
Acupuntura 15	Fisioterapeutas 26	Pessoa física 20 ^c	6 a 8 horas 12,7	7 a 10 salários 32,7	“bichos” ^{**} 40	Prevenção 92,7
Traumato-ortopédica 7	Diretor médico 12	Pessoa jurídica 18,2	4 a 6 horas 3,7	4 a 6 salários 25,5	Horas extras 9,1	Reabilitação funcional 98
Outros 31	Outros 34	Outros 7,3	Até 4 horas 3,6	1 a 3 salários 16,3	Outros 7,3	Atendimento emergencial 87,3

*Montante recebido em caso de vitória e/ou empate; a=Não houve diferença estatisticamente significativa entre subgrupos; b=No futebol (74,1%) houve uma forma de contratação por carteira assinada maior do que nos times de voleibol (35,7%) (p<0,001); c=O voleibol teve maior frequência de contratações como prestador de serviço (32,1%) (p<0,001); d=No futebol houve mais premiações diversas (88,9%) comparadas às do voleibol (50%) (p<0,001).

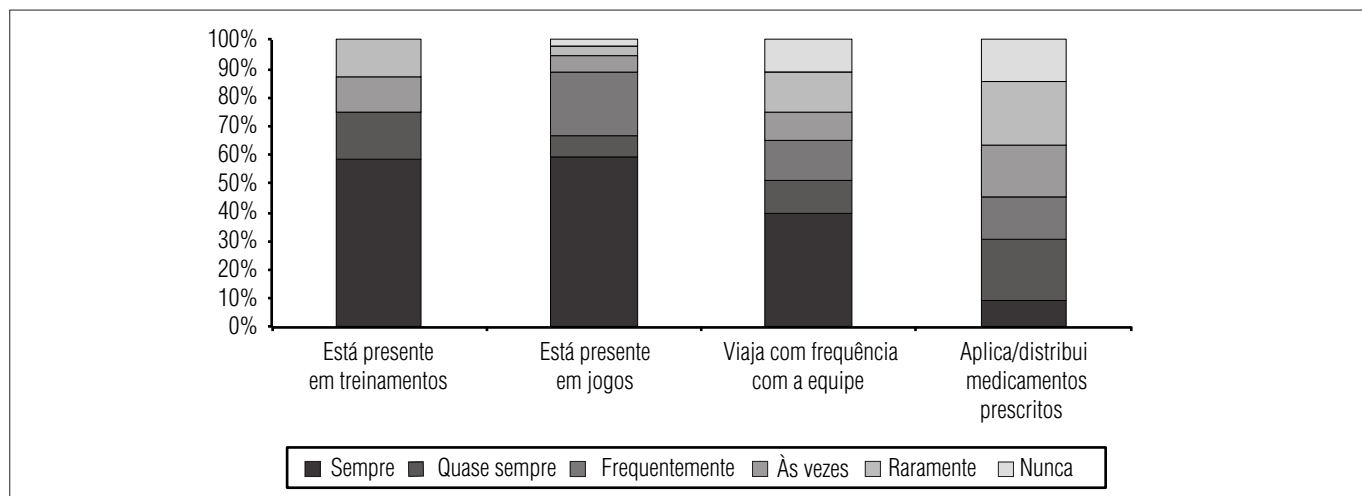


Figura 1. Frequências em relação às funções exercidas pelo fisioterapeuta.

“viajar com a equipe” e “aplicação e/ou distribuição dos medicamentos prescritos” está descrita na Figura 1.

Atuação do profissional

A Tabela 1 indica a distribuição da participação dos fisioterapeutas nos domínios de atuação da fisioterapia esportiva citados na literatura. Pode-se verificar que todos os entrevistados atuavam no “retorno ao esporte após a lesão”. Já o registro de lesões nos clubes era realizado por 89,1% dos fisioterapeutas entrevistados. Os 10,9% restantes afirmaram que o registro era feito por outro profissional, sendo que o fisioterapeuta sempre tinha acesso a ele. A Tabela 2 indica a frequência de aplicação de programas de prevenção de lesão, de avaliações para verificar a efetividade desses programas implantados, os profissionais que mais atuam com o fisioterapeuta na aplicação do programa preventivo e o uso de recursos na conduta preventiva. Destaca-se que 44% não responderam ao item tipo de avaliação para a efetividade do programa de prevenção, e 5% não souberam definir o tipo de avaliação.

A Figura 2 demonstra o(s) profissional(is) responsável(is) pelo atendimento emergencial em treinos e jogos. Na comparação entre as situações “treinos” e “jogos”, a única diferença significativa foi para a diminuição de “fisioterapeuta” e crescimento de “médico e massagista” ($p=0,063$).

A técnica e/ou procedimento mais citado como utilizado no atendimento emergencial foi, em primeiro lugar, a “bandagem”, com 70,9%, seguida de “cuidados com feridas, calos e bolhas”, com 63,6% e de “enfaixamentos” com 60%. A aquisição do conhecimento em “bandagem” foi aprendida principalmente em cursos extracurriculares 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%) e “cuidados com feridas, calos e bolhas”, na prática clínica (49,1%). As técnicas e/ou procedimentos citados mais aplicados foram recursos físicos, citados por 98% dos pesquisados, técnicas manuais (62%), cinesioterapia e técnicas cinesioterapêuticas (58%) e técnicas de cadeias musculares e RPG (53%).

Tabela 2. Frequência da aplicação de programas preventivos, avaliação do programa de prevenção, profissionais atuantes com o fisioterapeuta na aplicação do programa preventivo e o uso de recursos preventivos.

PERCENTUAL DE RESPOSTAS PELA ATIVIDADE ANALISADA						
Aplicação de programas preventivos (%)	Avaliação do programa preventivo (%)	Atuantes em conjunto na prevenção (%)	Uso de banheira quente (%)	Uso de banheira fria (%)	Equipamentos preventivos mais prescritos (%)	Atividade física durante reabilitação (%)
Com apoio 76,4	Análise de lesões 36	Preparador físico 83,6	Após os jogos 16,4	Após os jogos 49,1	Órteses 61,8	Preparador físico e fisioterapeuta 30,9
Sem apoio 18,2	Testes e avaliações 16	Treinador 67,3	Após os treinos 43,6	Após os treinos 54,5	Braces 61,8	Fisioterapeuta 21,8
Não aplicavam 5,4	Observação/percepção do atleta* 18	Médico 56,4	Nunca 52,7	Nunca 34,5	Palmilhas 47,3	Preparador físico 14,8

* Cada um com 9%.

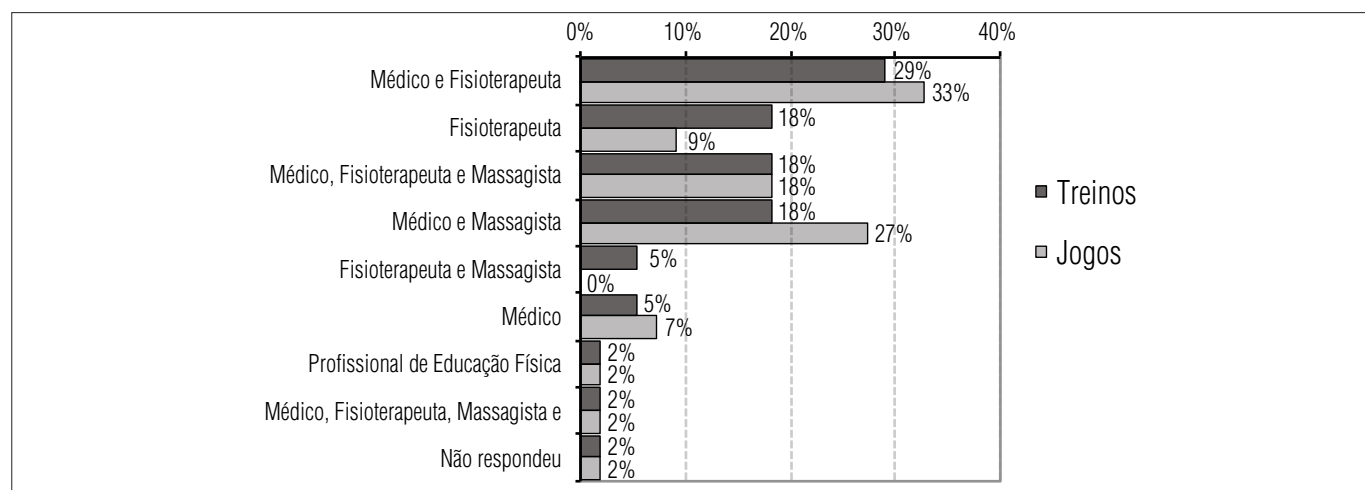


Figura 2. Profissionais responsáveis pelo atendimento emergencial durante treinos e jogos.

A prática de atividade física durante a reabilitação de forma a manter o condicionamento cardiorrespiratório era realizada por 89,1% dos clubes. A Tabela 2 indica a distribuição dos profissionais responsáveis por esse trabalho, sendo que 20% da amostra foi representada por outras interações entre profissionais.

Ao serem questionados sobre a quem cabia a decisão final sobre o retorno ao esporte após a reabilitação, em 74,5% dos casos, ela ficava a cargo do médico em conjunto com o fisioterapeuta; em 14,5%, somente a cargo do médico e em 10,9%, somente do fisioterapeuta. Os critérios citados que norteavam tal decisão eram “subjetivos da equipe de saúde” com 33%, seguido por “capacidades físicas, técnicas e funcionais ótimas” (22%), “critérios fisiopatológicos” (20%) e “necessidades do clube” (20%).

Testes ou avaliações para embasar a decisão de retorno ao esporte eram “sempre” realizados por 67,3% dos profissionais pesquisados, sendo que 27,3% afirmaram que isso ocorria “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, em seguida, o fisioterapeuta isolado, com 27,3%. O restante (1,8%) foi representado por outras interações.

Análise da interdisciplinaridade no esporte

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 cirurgião dentista, com 50,9%. Os profissionais que foram indicados como os menos presentes na equipe foram os podólogos, com 61,8%, e os profissionais de enfermagem, com 50,9%. A pesquisa destacou o trabalho do psicólogo e do nutricionista durante o processo de reabilitação de lesões. 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.

Analisando a frequência da interação do fisioterapeuta com outros profissionais, observou-se que mais de 70% dos fisioterapeutas afirmaram interagir com médicos e 69,1%, com técnicos, de forma constante. A interação com a diretoria segue um padrão um pouco diferente, sendo que somente 43,6% disseram que ela ocorre de forma constante. 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 (Tabela 3).

Tabela 3. 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%

Análise por modalidade

Diferenças estatisticamente significativas foram encontradas em relação à forma de contratação, prestação de serviço e premiações diversas e estão apresentadas na Tabela 1. Houve uma maior frequência de profissionais que recebiam mais de dez salários mínimos em clubes de futebol ($p < 0,001$) e de sete a dez salários mínimos nos clubes de voleibol ($p < 0,001$). Houve uma maior atuação dos profissionais do voleibol no atendimento emergencial ao atleta ($p < 0,001$), além de participação no desenvolvimento de programas de prevenção de lesões ou no suporte para o desenvolvimento deles ($p < 0,001$).

Discussão

Para caracterização do perfil do fisioterapeuta com atuação na área esportiva, foram escolhidas as modalidades de futebol e voleibol por serem aquelas mais praticadas e com maiores investimentos^{18,19}. Portanto, essas modalidades podem ser consideradas como referência nos esportes coletivos.

No presente estudo, detectou-se pequena presença de mulheres como fisioterapeuta do esporte, em comparação com os fisioterapeutas homens. A presença feminina foi exclusivamente no voleibol, revelando um possível preconceito contra a participação de mulheres fisioterapeutas no futebol profissional. A idade mais frequente dos fisioterapeutas esportivos foi de 28 anos, e 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 esportes²⁰. No presente estudo, 78,2% dos entrevistados realizaram, pelo menos, uma especialização. Os dados relativos à formação do fisioterapeuta brasileiro no esporte divergem dos achados de Waddington, Roderick e Naik³, em que metade dos clubes ingleses tinha fisioterapeutas sem especialização. Entretanto, deve-se ressaltar que apenas metade dos fisioterapeutas analisados possuem especialização na área esportiva. Esse fato indica que, apesar de atuar no

esporte, alguns profissionais não podem ser considerados como especialistas na área esportiva.

No Brasil, a indicação de fisioterapeutas para os clubes/seleções representa a principal forma de contratação, sendo a fonte de indicação diluída entre colegas fisioterapeutas, técnicos e médicos. Entretanto, este último profissional é quem mais restringe a autonomia dos fisioterapeutas entrevistados. Reportando novamente ao futebol inglês⁹, nota-se que a contratação de fisioterapeutas, na maioria das vezes, se dá por meio de entrevistas aplicadas por um gerente, sem consulta aos demais membros. Apesar de esse tipo de seleção poder ser mais frequentemente baseada em mérito, tal fato, se associado a uma baixa qualificação profissional, pode representar uma ameaça à autonomia dos fisioterapeutas, uma vez que os referidos gerentes de futebol, além dos médicos do clube, podem influenciar a decisão clínica desse profissional⁹.

A relação trabalhista mais frequente (54,5%) é a 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, em que 44,5% trabalhavam com carteira assinada e 7,5% como autônomos²¹. A prestação de serviço como pessoa jurídica é uma característica comum no esporte profissional. O presente estudo demonstra que o fisioterapeuta esportivo vem sendo afetado por essa nova forma de relação trabalhista.

Os resultados demonstram que a maioria dos fisioterapeutas esportivos (83,7%) apresentavam salários acima do que é preconizado pela FENAFITO (Federação Nacional dos Sindicatos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional) que, no momento da conclusão das entrevistas, era referente a 3,6 salários mínimos (R\$ 1.468,00)^{22,23}. Considerando o piso salarial sugerido e desejado pela mesma entidade (7,8 salários mínimos ou R\$3.214,22), mesmo assim, têm-se 58,2% dos fisioterapeutas dentro ou acima dessa faixa salarial²². A carga horária dos fisioterapeutas entrevistados pode ser considerada elevada, já que 80% trabalhavam mais de 8 horas ou em regime de dedicação exclusiva para o clube. Esse fato está em desacordo com a Lei nº. 8856 de 1º de março de 1994, que define 30 horas semanais como carga horária máxima da profissão²³. Isso faz supor que parte dos rendimentos extras percebidos pelos profissionais venha a compensar essa distorção. Além disso, o recebimento de “bichos” e “premiações” demonstra o quanto o fisioterapeuta é reconhecido pela direção dos clubes.

A atuação do fisioterapeuta é observada em todos os domínios de sua prática, sugerindo a sua participação em todas as funções possíveis de serem ocupadas. Destaca-se, inclusive, a atuação do fisioterapeuta na área de atendimento emergencial, em que culturalmente existe a figura do massagista no esporte brasileiro. Nessa área de atuação, nota-se a grande

participação do fisioterapeuta, individualmente ou em ação com o médico, principalmente em treinamentos. Entretanto, existe ainda um grande potencial de mercado a ser conquistado pelo fisioterapeuta esportivo no atendimento emergencial em jogos. Para tanto, faz-se 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 juntamente com o profissional médico.

Outra área importante de atuação do fisioterapeuta no esporte é a prevenção de lesões²⁴⁻²⁸. O processo de prevenção requer o registro das lesões e avaliação sistemática do efeito das medidas preventivas adotadas e a participação da equipe interdisciplinar no processo^{11,24}. No presente estudo, observou-se que a grande maioria dos clubes possui registro de lesões, bem como incentivam programas de prevenção. Entretanto, a forma de avaliação do programa preventivo parece não ser sistematizada e está ausente em 44% dos clubes. Esse fato indica a necessidade de maior cientificismo no processo de prevenção de lesões. Os clubes que apoiam 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, o que reforça o caráter interdisciplinar da prevenção^{9,18,25,26}.

Diferenças significativas foram detectadas nas comparações entre fisioterapeutas de voleibol e de futebol. A maioria das diferenças entre os profissionais e seus ambientes de trabalho decorre, possivelmente, da cultura e da organização de cada modalidade²³. Por exemplo, devido à ligação do voleibol com empresas, nesse esporte, o fisioterapeuta é mais frequentemente contratado como prestador de serviço do que como funcionário com carteira assinada. Além disso, os fisioterapeutas que atuam no futebol são melhor remunerados e ainda recebem mais premiações. Esse fato reflete o maior poder econômico do futebol brasileiro em comparação com o voleibol. Por outro lado, o profissional que atua no voleibol possui maior participação no atendimento emergencial do atleta e maior atuação nos programas de prevenção. Isso pode ser explicado pelo número menor de outros profissionais que atuam no voleibol, se comparado com o futebol. Parece que a ausência de outros profissionais dilui a responsabilidade pela elaboração e execução dos programas de prevenção no futebol, concentrando mais essa tarefa na mão do fisioterapeuta no voleibol.

Na presente pesquisa, nessas áreas de convergência com outros profissionais, o fisioterapeuta esportivo demonstrou-se atuante. Os dados revelam uma boa participação do fisioterapeuta na manutenção de performance de atletas lesados (30,9% com o preparador físico e 21,8% sozinho), muito boa

participação na decisão do retorno do atleta às atividades após a reabilitação (74,5% com o médico e 10,9% sozinho) e no veto ou liberação do atleta ao esporte (63,6% sempre participa) e excelente participação na reabilitação funcional (70,9% com o preparador físico e 27,3% sozinho). Isto possivelmente reflete o respeito dado ao papel do fisioterapeuta nos processos de reabilitação e retorno a competição dentro do esporte brasileiro.

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^{29,30}. Os estudos acerca deste tema na profissão de fisioterapeuta têm sido mais frequentemente realizados a respeito da relação fisioterapeuta/médico, em que se observa uma indefinição das atribuições e competências dessas profissões, gerando conflitos internos e externos²⁰. No presente estudo, 70% dos entrevistados relataram que tinham interação com os médicos em seus clubes. Entretanto, a restrição por parte desse profissional sobre a atuação do fisioterapeuta é maior se comparada com a de outros profissionais da equipe (diretores e treinadores). A autonomia profissional se desenha a partir das definições estabelecidas do que é prerrogativa e do que é instrumental à profissão²⁸⁻³⁰. 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. Os recursos mais utilizados (e.g. eletroterapia 98% e técnicas manuais 62%), as habilidades que são exercidas pelo fisioterapeuta esportivo (e.g. prescrição de órteses e de palmilha 61,8%) e as funções exercidas no clube (e.g. prevenção e reabilitação funcional) ficaram nítidas nesta pesquisa. Dessa forma, as possíveis áreas de atuação do fisioterapeuta no esporte são amplas e podem produzir conflitos com diversos profissionais.

O processo de avaliação é também um grande definidor do papel do fisioterapeuta^{10,29}. Infelizmente, somente 16% aplicam testes e avaliações para determinar 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^{2,4,5,11,31,32}. 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. A ausência de testes padronizados para avaliar os resultados das intervenções assim como a falta de consenso nas aplicações de procedimentos de intervenção revelam a necessidade de um melhor embasamento científico para atuação desse profissional.

Os resultados deste estudo se restringem somente à caracterização do perfil de fisioterapeutas que trabalham no futebol e voleibol profissional. Dessa forma, o perfil do fisioterapeuta esportivo em clubes amadores ou em outros esportes pode ser diferente do da realidade apresentada. Assim, novos estudos que envolvam fisioterapeutas atuantes em esportes individuais e em outros ambientes de trabalho, como academias e clubes sociais, devem ser incentivados.

Agradecimentos

Aos fisioterapeutas esportivos, quase sempre anônimos na sua atuação, mas atores principais nesta pesquisa.

Referências

- McIntosh AS. Risk compensation, motivation, injuries, and biomechanics in competitive sport. *Br J Sports Med.* 2005;39(1):2-3.
- Bahr R, Krosshaug T. Understanding injury mechanisms: a key component of preventing injuries in sport. *Br J Sports Med.* 2005;39(6):324-9.
- Moreira P, Gentil D, Oliveira C. Prevalência de lesões na temporada 2002 da Seleção Brasileira Masculina de Basquete. *Rev Bras Med Esporte.* 2003;9(5):258-62.
- Thacker SB, Stroup DF, Branche CM, Gilchrist J, Goodman RA, Weitman EA. The prevention of ankle sprains in sports. A systematic review of the literature. *Am J Sports Med.* 1999;27(6):753-60.
- Griffin LY, Albohm MJ, Arendt EA, Bahr R, Beynon BD, Demaio M, et al. Understanding and preventing noncontact anterior cruciate ligament injuries: a review of the Hunt Valley II meeting, January 2005. *Am J Sports Med.* 2006;34(9):1512-32.
- Simões NVN. Lesões desportivas em praticantes de atividade física: uma revisão bibliográfica. *Rev Bras Fisioter.* 2005;9(2):123-8.
- Childs JD, Whitman JM, Sizer PS, Pugia ML, Flynn TW, Delitto A. A description of physical therapists' knowledge in managing musculoskeletal conditions. *BMC Musculoskeletal Disord.* 2005;6:32.
- Jull G, Moore A. Specialization in musculoskeletal physiotherapy - the Australian model. *Man Ther.* 2008;13(3):181-2.
- Waddington I, Roderick M, Naik R. Methods of appointment and qualifications of club doctors and physiotherapists in English professional football: some problems and issues. *Br J Sports Med.* 2001;35(1):48-53.
- Kulund D. *The injured athlete.* Philadelphia: J. B. Lippincott Company; 1988.
- Mellion M. *Sports injuries & athletic problems.* Philadelphia: Hanley & Belfus INC.; 1988.
- Prentice W. *Modalidades Terapêuticas em Medicina Esportiva.* São Paulo: Manole; 2002.
- Roi GS, Creta D, Nanni G, Marcacci M, Zaffagnini S, Snyder-Mackler L. Return to official Italian first division soccer games within 90 days after anterior cruciate ligament reconstruction: a case report. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2005;35(2):52-61.
- Junge A, Rösch D, Peterson L, Graf-Baumann T, Dvorak J. Prevention of soccer injuries: a

- prospective intervention study in youth amateur players. *Am J Sports Med.* 2002;30(5):652-9.
15. Weidner TG, Noble GL, Pipkin JB. Athletic training students in the College/University Setting and the Scope of Clinical Education. *J Athl Train.* 2006;41(4):422-6.
 16. Ferrara MS. Globalization of the athletic training profession. *J Athl Train.* 2006;41(2):135-6.
 17. Sampaio RF, Mancini MC, Fonseca ST. Produção científica e atuação profissional: aspectos que limitam essa integração na Fisioterapia e na Terapia Ocupacional. *Rev Bras Fisioter.* 2002;6(3):113-8.
 18. Zachazewski J, Magee D. *Athletics injuries and Rehabilitation.* Philadelphia: W. B. Saunders Company; 1996.
 19. Bahr R, Reeser JC; Fédération Internationale de Volleyball. Injuries among world-class professional beach volleyball players: The Fédération Internationale de Volleyball beach volleyball injury study. *Am J Sports Med.* 2003;31(1):119-25.
 20. Nascimento MC, Sampaio RF, Salmela JH, Mancini MC, Figueiredo IM. A profissionalização da fisioterapia em Minas Gerais. *Rev Bras Fisioter.* 2006;10(2):241-7.
 21. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. Pesquisa de emprego e desemprego [internet]. Brasília: [acesso em 2008 Mar 13] Disponível em: http://www.dieese.org.br/ped/metropolitana/ped_metropolitana0108.pdf.
 22. Sindicato dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais de São Paulo. Convenção Coletiva de Trabalho – 2008 [internet]. São Paulo: [acesso em 2008 Abr 25]. Disponível em http://www.sindhosp.com.br/IMP_353_D.htm.
 23. Conselho Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional. Piso salarial FENAFITO [internet]. Brasília: [acesso em 2008 Mar 20]. Disponível em <http://www.coffito.org.br>.
 24. Bahr R. No injuries, but plenty of pain? On the methodology for recording overuse symptoms in sports. *Br J Sports Med.* 2009;43(13):966-72.
 25. Andersen MB, Williams JM. A model of stress and athletic injury: prediction and prevention. *J Sport Exerc Psychol.* 1988;10(3):294-306.
 26. Shuer ML, Dietrich MS. Psychological effects of chronic injury in elite athletes. *West J Med.* 1997;166(2):104-9.
 27. Wilmore J, Costill D. *Physiology of sport and exercise.* Champaign: Human Kinetics; 1994.
 28. Fonseca S, Ocarino J, Silva P, Aquino C. Integration of stresses and their relationship to the kinetic chain. In: Magee DJ, Zachazewski JE, Quillen WS. *Scientific foundations and principles of practice in musculoskeletal rehabilitation.* St. Louis, MO: Saunders Elsevier; 2007. p. 476-86.
 29. Gomes AMT, Oliveira DC. Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2005;39(2):145-53.
 30. Santos LAC, Faria L. As ocupações supostamente subalternas: o exemplo da enfermagem brasileira. *Saúde Soc.* 2008;17(2):35-44.
 31. Rodrigues A. *Joelho no esporte.* São José do Rio Preto: CEFESPAR; 1993.
 32. Gross MT, Foxworth JL. The role of foot orthoses as an intervention for patellofemoral pain. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2003;33(11):661-70.