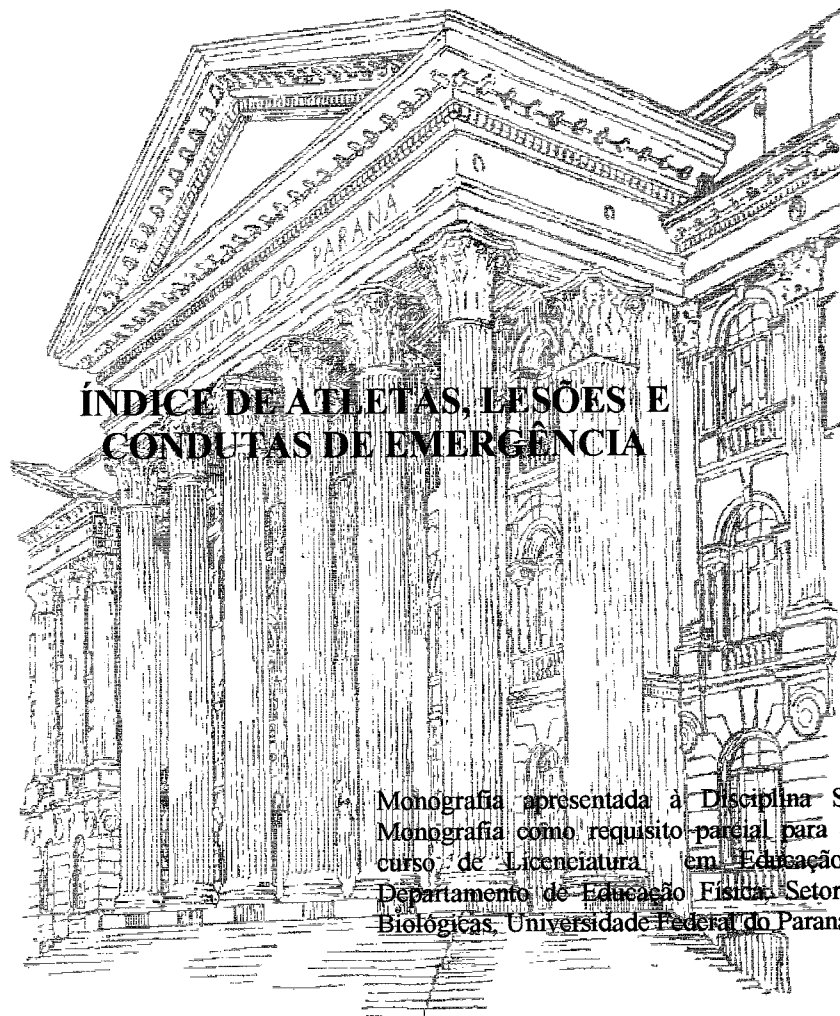


ARAÍ LAZZAROTO DA LUZ



**ÍNDICE DE ATLETAS, LESÕES E
CONDUTAS DE EMERGÊNCIA**

Monografia apresentada à Disciplina Seminário de Monografia como requisito parcial para conclusão do curso de Licenciatura em Educação Física, do Departamento de Educação Física, Setor de Ciências Biológicas, Universidade Federal do Paraná.

**CURITIBA
2002**

ARAÍ LAZZAROTO DA LUZ

**ÍNDICE DE ATLETAS, LESÕES E
CONDUTAS DE EMERGÊNCIA**

Monografia apresentada como requisito parcial para conclusão do curso de Licenciatura em Educação Física, do Setor de Ciências Biológicas, da Universidade Federal do Paraná.
Mestre Orientador: Ricardo Alves Mendes.

**CURITIBA
2002**

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais Antenor Pinto da Luz e Maria Vígolo da Luz ,
por serem para mim, um espelho de vida;

Dedico aos meus irmãos, Dione, Jaqueline e Anderson e minha sobrinha, Flavia
Maria, por simplesmente amá-los;

Dedico ao meu noivo Marcio.

AGRADECIMENTOS

Aos meus professores do DEF.UFPR.

Ao professor Wagner de Campos, por ter me ensinado não só os conteúdos das disciplinas, mas acima de tudo, a sentir o carinho de um professor pelo seu aluno, motivando a querer conhecer sempre mais. Ao meu orientador Ricardo Alves Mendes por ter dedicado o seu tempo na orientação da minha monografia, sendo sempre compreensivo e paciente diante dos meus erros. Ao Dr^o Mario Namba

Agradeço também a Lucina Sryl, minha chefe e amiga, a Deise e Beth, minha queridas colegas de trabalho. E também ao colegas da Informática – Ademir, Osny, Matuzael, Pedro Quadros, Borgo. Ao Luis e Marilene do Arquivo Hospitalar. As Colegas do HC- Isabel, Silvia. E também a Sr^a Alaíde, da nossa biblioteca, por ter sido muito atenciosa e dedicada ao atendimento.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	ii
AGRADECIMENTOS	iii
RESUMO.....	v
1.0 INTRODUÇÃO.....	01
1.1 APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA.....	01
1.2 JUSTIFICATIVA.....	02
1.3 OBJETIVOS.....	02
2.0 REVISÃO DE LITERATURA.....	03
2.1 Histórico do Esporte.....	03
2.2. Histórico do Ambulatório.....	05
2.3 Tipos de Lesões.....	06
2.3.1 Contusão.....	07
2.3.2 Exostose.....	07
2.3.3 Luxação ou subluxação.....	07
2.3.4 Dor no quadril.....	08
2.3.5 Lesões de menisco.....	10
2.3.6 Lesões ligamentares.....	10
2.4 Condutas de Emergência.....	12
3.0 METODOLOGIA.....	17
4.0 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO E RESULTADOS.....	18
GRÁFICO 01	18
GRÁFICO 02	19
GRÁFICO 03	20
GRÁFICO 04	21
ANEXO.....	22
CONCLUSÕES.....	23
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	24

RESUMO

O índice de lesões decorrente da prática esportiva é muito grande e, em muitos casos, o afastamento do atleta acaba se tornando inevitável. A importância de um bom acompanhamento durante os treinos, exige não só um maior conhecimento por parte do atleta, como também de toda a equipe, a começar pelo preparador físico até a equipe médica, que dará atendimento especializado em casos de lesões graves. Esta pesquisa tem como finalidade investigar os atendimentos prestados pelo Ambulatório de Medicina Esportiva do Hospital de Clínicas (HC) da Universidade Federal do Paraná desde 1996 até 2000, procurando coletar estas informações - número de atletas atendidos, esporte mais praticados, lesões mais freqüentes. A metodologia empregada foi a pesquisa de campo, de cunho descritivo retrospectivo, na qual foram revisados os atendimentos dos atletas. O ambulatório não atende exclusivamente atletas, mas a qualquer paciente, isto porque, há falta de médicos especializados em ortopedia, o resultado obtido foi de 910 atendimentos prestados, onde apenas 23 pacientes eram atletas. Percebeu-se que o esporte mais praticado foi o futebol com um percentual de 48% em relação aos outros esportes. O tratamento através da fisioterapia é muito indicado devido ao fato de muitas lesões impedirem a movimentação do local lesionado. O índice de lesão do ligamento cruzado anterior foi de 17% e este valor se relaciona com o futebol, pois este exige muito do joelho, ficando o mesmo mais suscetível a lesões. Os índices acima levam a perceber que o esporte deve ser muito bem acompanhado para que lesões não ocorram com freqüência, pois desencadeiam prejuízo ao atleta em todos os sentidos, seja físico como mental o que muitas vezes pode não ter o retorno desejado, portanto prevenir é o melhor caminho.

1.0 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA

Muitos atletas acabam sofrendo lesões durante a prática esportiva e tais lesões podem muitas vezes ter como causa um traumatismo direto, mas o importante é ter consciência de que mesmo trazendo benefícios à prática de esportes pode também desencadear malefícios que devem ser evitados na sua grande maioria.

No campo de Medicina Esportiva, muitos estudos estão sendo feitos com o propósito de recuperar os atletas lesionados durante a prática esportiva, mas o que é importante mesmo, é o acompanhamento de profissionais na área de Educação Física evitando lesões e conseqüentemente a procura de atendimento médico por parte do atleta.

Portanto, se quer saber através desta pesquisa, quais as lesões mais freqüentes, quais os esportes mais praticados, os tratamentos indicados no ambulatório de Medicina Desportiva do Hospital de Clínicas (HC), da Universidade Federal do Paraná (UFPR), durante o período de 1996 até 2000.

1.2 JUSTIFICATIVA

O desenvolvimento do presente trabalho justifica-se pela carência de informação sobre lesões no esporte e na carência destes assuntos nas disciplinas do curso de Educação Física, portanto, estando em contato com o Ambulatório de Medicina Esportiva do HC procurei realizar uma pesquisa do índice lesivo mais freqüentes no esporte e qual a conduta de emergência, procurando assim aumentar o conhecimento e futuramente fazer um acompanhamento junto dos profissionais médicos a fim de especializar-me neste assunto.

Disponibilizando posteriormente estes dados para futuras consultas de profissionais das áreas envolvidas, criando assim um “norte” para os mesmos e também evitando a redundância de informações sobre determinadas lesões rotineiras que ocorrem na medicina desportiva, otimizando então os diagnósticos, tratamentos e recuperação dos atletas envolvidos.

1.3 OBJETIVOS

- Descrever o histórico do ambulatório de Medicina Esportiva do HC.
- Levantar as principais de lesões que ocorreram com atletas no período de 1.996 a 2.000.
- Relacionar as principais condutas de emergência para a maioria das lesões que surgiram no período de 1.996 a 2.000.
- Descrever as principais condutas de emergência que podem ser realizadas pelo preparador físico e/ou técnico desportivo.

2.0 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 HISTÓRICO DO ESPORTE

Praticado pelo homem desde as mais remotas épocas, o esporte tem suas raízes etimológicas no francês “desport”, que os ingleses alteraram para sport. O termo tinha então, a conotação de prazer, divertimento, descanso. E apesar das diversas nuances que o esporte assumiu ao longo do nosso século, as pessoas continuam fiéis ao seu sentido original.

Segundo MENESES (1983), esporte é toda atividade que emprega treinamento metódico, onde o homem emprega sua força, habilidade ou inteligência, obedecendo a regras pré-estabelecidas com a finalidade de vencer os adversários.

MAGNANE citado por MARINHO (1986), considera o esporte como sendo “uma atividade de lazer cuja predominância é o esforço físico, participando simultaneamente do jogo e do trabalho, praticada de maneira competitiva, comportando regulamentos e instituições específicas, e suscetível de transformar-se em atividade profissional”.

Assim surge o atleta, que faz do esporte o seu lado profissional dedicando-se ao treinamento durante muitas horas do dia, sem respeitar, muitas vezes, o seu corpo, que necessita de cuidados, avaliações periódicas, e se este atleta não for ou, não tiver uma boa orientação poderá sofrer prejuízos incalculáveis para o seu organismo.

Aspecto importante como a preocupação com o rendimento, também é de grande relevância por parte do atleta, sendo este um fator que contribui para o surgimento de lesões durante a prática dos esportes.

MARINHO (1986, pág 9) já afirmava ser o esporte “o vínculo voluntário e habitual do esforço muscular intensivo, apoiado no desejo de progresso e podendo ir até

o risco”. O próprio lema olímpico revela a busca do rendimento máximo como um objeto primordial.

O esporte tem com o seu surgimento, paralelamente ao nascimento da sociedade individualista e igualitária, uma atividade que acarretará grandes somas de recursos materiais e humanos, nacionais e internacionais.

Com o surgimento e crescimento da ideologia da utilidade e produtividade, um fenômeno surge e ganha força com rápida expansão: o esporte moderno. Este passa a ser mais coerente com a nova ordem voltada ao trabalho, que via no corpo um meio de exploração e domesticação necessárias ao crescimento econômico.

O surgimento, da maior parte dos esportes modernos, atletismo, futebol, rugby, tênis, boxe, natação, patinação desportiva, tem seu berço na Inglaterra no séc. XIX, bem como a adequação de exercícios ligados ao adestramento militar (equitação, esgrima, arco e flecha).

Para BRUHNS (1996), o termo inglês, denominado “fair play”, largamente utilizado no esporte, tinha como significado, o respeito leal das regras, em relação ao adversário, uma atitude “generosa” na luta, e em relação ao árbitro, uma disciplina absoluta, pressupondo a serenidade na vitória como na derrota.

O esporte tem hoje como objetivos primordiais, o espetáculo, o marketing e os seus ídolos, estes dignos de serem idolatrados por platéias, que enchem estádios, para assistir o espetáculo que é, por exemplo, uma partida de futebol o mais vivenciado no século XXI.

Estes ídolos, muitas vezes tem o seu futuro interrompido por um acidente muito grave, seja durante uma partida de futebol, corrida de fórmula 1, ou no caso do hipismo, onde o cavalo por algum motivo pode não pular e derrubar o jóquei. Enfim alguns esportes, mais do que outros acarretam sérias lesões e é nesta hora que os profissionais

na área esportiva devem estar aptos a prestar o atendimento de emergência, afim de que, o atleta tenha um atendimento especializado evitando o comprometimento das articulações, ou até mesmo dos órgãos vitais.

2.2 HISTÓRICO DO AMBULATÓRIO

O Ambulatório de Traumatologia Esportiva e Cirurgia Artroscópica teve seu início em 1996, sendo o seu idealizador e médico Mário Namba¹, que pretendia prestar atendimento especializado a atletas amadores. Mais do que atender os atletas lesionados, ele pretendia criar uma estrutura de atendimento médico, a fim de revelar atletas, principalmente no esporte amador.

O grupo de medicina desportiva do HC possui parcerias com os Departamentos de Educação Física, Nutrição e Ortopedia.

O Ambulatório de Traumatologia Esportiva é um dos poucos no Brasil a realizar a Cirurgia Artroscópica, através do Sistema Único de Saúde, tendo como entidade mantenedora o Governo Federal e a FUNPAR.

O único requisito para ser atendido neste ambulatório é ser atleta e sua comprovação é feita através da “carteirinha” da federação esportiva da qual é associado.

¹ Drº Mario Massatomo Namba – Graduado em Medicina pela UFPR em 1982. Residência em Ortopedia e Traumatologia no Hospital de Clínicas da UFPR. Especialização em Cirurgia do Joelho e Artroscopia no Pavilhão Fernandinho Simonsen – Santa Casa – SP. Fellow ship em Traumatologia Esportiva e Cirurgia Artroscopica no Hospital for Joint Disease – New York University. Mestre em Clínica Cirúrgica pela UFPR. Chefe do Grupo de Medicina Esportiva e Cirurgia Artroscópica pela UFPR. Médico da Confederação Brasileira de Ginástica Olímpica. Médico do Comitê Olímpico Brasileiro nos Jogos Pan-americanos de Winnipeg, Canadá. Médico da Equipe de Curitiba nos Jogos da Juventude – Maringá. Membro da Equipe Médica da Maratona Internacional de Curitiba. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, Membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia do Joelho e Membro Internacional da Academia Americana de Ortopedia e Traumatologia (AAOS).

Segundo o Drº Namba, o ambulatório tem a função de atender o esporte amador que não recebe incentivos e diz, “Como trabalho em um hospital público, tenho que fazer algo pela população, e onde precisa de ortopedista esportivo é no esporte amador”.

Por mês são realizadas em média 60 cirurgias, o que o torna este serviço o maior do Brasil em volume cirúrgico. O uso da cirurgia artroscópica, por ser um método menos invasivo, vem crescendo bastante. Segundo relato do mesmo médico, no Brasil, somente 5% dos ortopedistas realizam cirurgia para o joelho através de vídeo, e nos Estados Unidos este número é de 88%, o que nos leva a acreditar que a demanda de médicos especializados deverá crescer com o passar do tempo e principalmente a procura por especialista nesta área.

2.3. TIPOS DE LESÕES

As lesões estão diretamente ligadas à modalidade que o atleta pratica, por exemplo, os jogadores de futebol apresentam freqüentemente torções, distensões e contusões, principalmente dos membros inferiores (tornozelos, joelhos), enquanto que os jogadores de vôlei são mais acometidos por lesões nas mãos e tornozelos, os de basquete, nos joelhos.

Saber como, e o que pode causar para um atleta que sofre, por exemplo, uma contusão, luxação e até mesmo uma lesão de menisco, termos comuns na medicina e em todo universo esportivo, se faz importante, porque são as lesões que acontecem muito com o atleta durante a prática esportiva.

Para facilitar o entendimento, abaixo encontram-se as definições, e mais do que saber o que cada uma significa, é preciso saber como agir quando ocorre algum tipo de lesão.

2.3.1 CONTUSÃO

É o resultado de um forte impacto na superfície do corpo. Pode causar uma lesão nos tecidos moles da superfície, nos músculos, cápsulas ou ligamentos articulares. Algumas vezes a lesão é profunda, tornando difícil determinar a sua extensão. No local da contusão há formação de hematoma e dor na área de contato.

Segundo DOWNIE (1987) o fluxo sanguíneo normal é afetado devido a oclusão dos capilares e pressão por causa do edema eventual.

2.3.2 EXOSTOSE

É uma forma de tumor ósseo benigno mais comum. Normalmente o osso é coberto por cartilagem, portanto, qualquer osso que se desenvolva por ossificação endocondral pode ser afetado, onde o sítio mais propenso é a metáfise de um osso longo. Este tipo de tumor pode ser grande. Sua inserção está no osso original. Pode-se verificar um abaulamento duro como osso, devido a cobertura de uma bolsa, esta pode ser macia. Através de radiografia observa-se o abaulamento bem definido, parecendo bem menor que o palpado devido a cobertura da cartilagem ser invisível. O seu crescimento cessa junto com o crescimento ósseo.

Segundo APLEY (1998) o paciente geralmente apresenta entre 10 e 40 anos de idade e dependendo da localização anatômica da exostose esta pode apresentar dor e causar interferência na ação dos tendões. Se o paciente apresentar dor no local do tumor, este deve ser excisado.

2.3.3 LUXAÇÃO OU SUBLUXAÇÃO

Segundo ADAMS (1978) uma articulação está luxada quando suas superfícies articulares ficam completamente desalinhadas umas das outras, perdendo totalmente sua

oposição, mas se esta mantiver algum contato e sua superfície estiver parcialmente deslocada, é o caso de uma subluxação.

É considerada como um tipo de deformidade da articulação. São originadas por acidentes, mas também podem ter como causa má-formação congênita ou por uma doença articular (luxação patológica). As luxações e subluxações podem ser congênitas, espontâneas, traumáticas ou recidivantes.

Luxação ou Subluxão Congênita - ocorre espontaneamente tanto antes como pouco depois do nascimento. Se esta não for diagnosticada de imediato ou tratada inadequadamente pode acarretar seqüelas para o resto da vida. Como exemplo temos luxação congênita de quadril.

Luxação ou Subluxação Espontânea - ocorre espontaneamente em qualquer articulação que tem como causas doenças destrutivas ou um defeito estrutural. É comum sua ocorrência na coluna caso ocorra instabilidade das articulações intervertebrais devido a defeitos estruturais, ou por traumatismos anteriores.

Luxação ou Subluxação Traumática - ocorrem devido a acidentes

Luxação ou Subluxação Recidivante - ocorrem repetidas luxações ou subluxações em certas articulações, nem sempre há uma luxação inicial violenta e também não há dano permanente nos ligamentos ou na superfície articular.

2.3.4 DOR NO QUADRIL

A mecânica da região do quadril é muito complexa, é uma região difícil de examinar com precisão, portanto, a dor no quadril, muitas vezes, é enganadora, a dor pode irradiar da coluna ou da bacia e não tem nenhuma ligação com o próprio quadril, por isso, faz-se necessário uma investigação minuciosa. Doenças ou lesões no quadril acarretam ao paciente incapacidade séria e sofrimento duradouro.

E durante a prática esportiva podem ter como causa traumatismo direto, tais como, pontapés e quedas, e no caso de erro do movimento ao tentar chutar a bola e não conseguir, causando uma trava no membro inferior, este faz um movimento de flexão e adução do quadril, indo além da amplitude do movimento e extensibilidade muscular permitida.

ADAMS (1978) e SHEON (1989) concordam que existem algumas causas mais frequentes que geram confusão diagnóstica que são: - afecção da coluna ou articulação sacro-iliacas; - afecção abdominais ou da bacia; - moléstias vasculares obliterantes.

Nas afecções da coluna ou articulação sacro-iliaca, esta dor é sentida geralmente na região glútea e na face lateral da coxa, que se manifesta em casos lesão moderada ou inicial do disco intervertebral. Somente com uma radiografia o diagnóstico poderá ser confirmado porque, muitas vezes, este tipo de infecção pode simular uma infecção do quadril enganadora.

Nas afecções do abdome e bacia a inflamação atinge a parede externa da bacia que pode se assemelhar muito a lesão do quadril, deixando um diagnóstico duvidoso. Isto ocorre porque o nervo obturador está irritado causando dor na coxa, ocorre um espasmo dos músculos do quadril que se originam na parte intra-abdominal ou intrapélvica, principalmente o psoas, o ilíaco, o piriforme e o obturador interno. O comprometimento da musculatura devido ao espasmo gera limitação dos movimentos articulares, aumentando a dor se estes são solicitados.

Nas moléstias vasculares obliterante a dor está localizada na musculatura das nádegas ou coxa, pela oclusão da aorta e de suas ramificações principais, simulando uma infecção de quadril. Na doença vascular isquêmica, o aumento da dor se dá com a prática de atividade, melhorando somente com repouso.

2.3.5 LESÕES DE MENISCOS

Os meniscos são estruturas cartilaginosas semilunares que se ligam centralmente ao côndilo tibial. Eles são mais espessos na margem periférica do que na margem central. O menisco medial é largo posteriormente e estreito anteriormente. O menisco lateral é, em comparação, mais espesso e tem a largura mais uniforme que o menisco medial. O menisco medial é mais preso que o lateral. As funções podem ser resumidas como - suportar peso, absorver choques, dar estabilidade e facilitar a rotação.

Segundo ADANS (1994) os meniscos são praticamente avasculares, conseqüentemente quando se rompem não há hemorragia intra-articular. Mas há derrame sinovial conseqüente ao trauma. Lesões maiores de meniscos não se curam espontaneamente, provavelmente porque as superfícies que sofreram a ruptura estão separadas por líquido.

Este tipo de lesão pode ser ocasionada devido a torção do joelho, tornando-se edemaciada após algumas horas devido ao derrame sinovial e ao resultado da lesão capsular ou ligamentar. A dor local é muito forte. As lesões de menisco são muito graves e na sua grande maioria são cirúrgicas.

Segundo ADANS (1994) existem três tipos de rupturas de menisco em pacientes em idade atlética. Todas se iniciam como uma fissura longitudinal.

Ruptura da alça de balde: a ruptura longitudinal se estende por todo o comprimento do menisco. Este é o tipo mais comum e o fragmento central é deslocado para o meio da articulação. Esta ruptura está associada com bloqueio articular.

Ruptura do corno posterior: a ruptura longitudinal começa no centro da borda côncava e um fragmento é formado, o qual se desloca centralmente, mas continua preso no corno posterior.

Ruptura do corno anterior: a ruptura (que pode ser tanto longitudinal como horizontal) aparece além da extremidade anterior da borda central côncava. O fragmento formado permanece preso. Este tipo é comparativamente raro. As rupturas são usualmente causadas por um entorse, uma força compressiva no joelho semiflexionado e pode ocorrer em qualquer faixa etária, apesar de a lesão longitudinal ocorrer com maior possibilidade em pessoas mais jovens.

2.3.6 LESÕES LIGAMENTARES

Os ligamentos são estruturas muito solicitadas durante a prática esportiva, portanto mais propensos a sofrer lesões.

DOWNIE (1987) afirma que as lesões ligamentares são convencionalmente descritas como entorse e são classificadas em três níveis de gravidade.

Lesão ligamentar de 1º grau - quando não ocorrer ruptura do ligamento, havendo somente um estiramento. Ocorre dor e edema local.

Lesão ligamentar de 2º grau – quando ocorre ruptura parcial do ligamento, podendo chegar à ruptura completa se esta não for tratada corretamente.

Lesão ligamentar 3º grau – quando os ligamentos que mantêm a estabilidade sofrem ruptura completa. A amplitude do movimento é prejudicada, havendo dor e hematoma local.

Existe 4 grandes ligamentos no joelho, que são: (LCA) Ligamento Cruzado Anterior, (LCP) Ligamento Cruzado Posterior, (LCM) Ligamento Colateral Medial e o (LCL) Ligamento Colateral Lateral. Preferencialmente são mais lesionados os LCA e LCM.

Mudanças de direção, arrancadas ou freadas rápidas durante a corrida e saltos são as causas mais comuns de lesões indiretas do LCA. Atletas que praticam basquetebol, futebol, sem o uso de calçados adequados, estão susceptíveis às lesões do LCA.

As lesões do LCM ocorrem mais por trauma na face lateral (externa) do joelho, sendo estes tipos de lesões relacionadas com o futebol.

As lesões do LCP ocorrem preferencialmente por trauma na região anterior da parte superior da perna (futebol), embora possa também ocorrer por mecanismos indiretos (entorses).

As lesões de LCL ocorrem por trauma na face medial ou mecanismo rotacional do joelho, estando relacionadas com futebol e basquete.

2.4 CONDUTAS DE EMERGÊNCIA

Saber quais as condutas a serem tomadas em casos de acidentes, como luxação, contusão ou até mesmo no caso de uma lesão ligamentar, exige o conhecimento de como agir para prestar os primeiros socorros, e isto se faz necessário para os profissionais que atuam com os atletas, pois, conhecendo-os melhor, poder-se-á fazer uma boa avaliação e assim adotar a melhor conduta.

Segundo MENESES (1983), as lesões esportivas são, em grande parte, decorrentes de traumatismos tais como: contusões, lesões ligamentares, lesões dos tendões e dos músculos e, entende-se por traumatismo um agente mecânico atuante de forma inesperada sobre os tecidos do corpo e que vence a resistência.

O tratamento e a reabilitação de lesões dependem de uma precisa avaliação inicial do problema. Embora freqüentemente o processo de avaliação seja pensado em

termos de uma lesão aguda, trata-se na verdade de um processo contínuo que atravessa todas as fases de recuperação.

A capacidade individual de avaliações de lesões baseia-se não só na precisão da conclusão a que se chegou, mas também na eficiência com que foi realizada. O uso de um modelo padronizado conduz eficiência e consistência nos procedimentos de avaliação e ajuda no desenvolvimento de competência nas capacidades especiais necessárias para que seja obtido um resultado especial.

O Educador Físico por estar, muitas vezes, sem apoio médico, durante jogos, deve conhecer as etapas e seqüência do exame do atleta lesado. Comumente, quando um atleta sofre lesão cria-se um “tumulto” em torno da situação e orientações diversas são recomendadas. Neste instante, o Educador Físico deve impor a rotina do exame, avaliar a gravidade da lesão e, se necessário, providenciar o transporte imediato do atleta ao serviço médico mais próximo.(LEITE, 1981, pg. 09).

É essencial uma compreensão apropriada das estruturas e funções do corpo humano para que se possa fazer uma avaliação competente. Tendo em vista que o corpo humano é uma máquina integrada, o conhecimento da estrutura e funcionamento específico das partes individualizadas do corpo deve ser expandido para incluir a relação entre essas partes na produção dos movimentos normais e, nos casos de lesões dos movimentos anormais.

Para se saber qual o mecanismo que ocasionou a lesão e início dos sintomas é necessário fazer uma anamnese e, esta pode se feita através de perguntas ao atleta sobre qualquer som ou sensação associado ao momento da lesão. A verificação de qualquer história ou lesão prévia relevante nos lados envolvidos e não envolvidos, colabora para

o histórico. A história terá continuidade ao longo da avaliação, com base nos achados subseqüentes.

Para DOWNIE (1987), a lesão pode ser evidenciada ou ocultada pela massa muscular, por edema ou por hematoma, havendo um aumento imediato do volume causado pelo rompimento dos vasos sangüíneos, ocorrendo também o aumento de temperatura.

Com a inspeção pode se fazer um comparativo com os lados envolvidos em busca de sinais de inchaço, deformidades, diferenças na cor e textura da pele, tônus muscular e outras diferenças bilaterais. O processo de inspeção começa durante a coleta da história, e continua ao longo de toda avaliação.

A palpação serve para identificar as áreas de sensibilidade, crepitação, inchaço, alinhamento defeituoso de uma articulação ou osso, ou outros tipos de deformidades.

Com os testes funcionais (movimentos induzidos) determina-se a capacidade da articulação de mover-se ativa e passivamente na sua amplitude de movimento.

A utilização dos testes neurológicos serve para verificar o funcionamento motor dos nervos sensitivos. Identifica arcos reflexos normais.

Os dados objetivos devem ser obtidos sempre que possível, e registrados no prontuário médico do atleta. Estes ajudam na organização e estabelecimento de prioridades para os problemas do atleta, de modo a formular os objetivos da reabilitação e um plano terapêutico.

LEITE (1991) e STARKEY (2000) concordam que, o treinador atlético tem a base de conhecimento para cuidar do atleta desde o momento da lesão inicial, passando pela avaliação, tratamento, reabilitação e até o retorno da atividade física integralmente.

Após a ocorrência da lesão durante a prática esportiva, é muito importante prestar os primeiros socorros, pois é deles que dependerá o sucesso da recuperação da

região lesada, mas, o tratamento a que se destina uma região lesada, deve ser seguido minuciosamente, afim de que, estas regiões não acarretem seqüelas, podendo haver o impedimento até mesmo da prática esportiva. O tratamento é específico, e cada região lesada, terá seus cuidados conforme indicação médica.

O tratamento das tendinites é dado por repouso articular, alguma forma de tratamento local (crioterapia, ultra-som) e exercícios para alongamento muscular.

Já as lesões meniscais são praticamente sempre cirúrgicas e as lesões ligamentares leves (estiramentos sem instabilidade) podem ser conduzidas com imobilização. Entretanto, as abordagens fisioterápicas pré-operatórias são para as lesões meniscais, bem como para o tratamento e reabilitação nas lesões ligamentares leves, têm muito em comum. O programa deve se iniciado mesmo durante o período de imobilização, com exercícios musculares isométricos. Segue-se um período com marcha sem carga (muletas), quando são descritos exercícios específicos para fortalecimento muscular de acordo com os ligamentos envolvidos.

O apoio sobre o membro e retorno à atividade esportiva apenas será permitido quando a força muscular do membro envolvido atingir grande parte do seu movimento.

A reabilitação pós-operatória das lesões meniscais deve priorizar o tônus e a força muscular, e para isto o terapeuta deve movimentar o paciente através de exercícios específicos.

Para as contusões o tratamento se divide entre a fase aguda (12 a 48 horas) onde se recomenda a aplicação de frio intenso (bolsa de gelo, toalhas frias, etc.) e não fazer massagens ou aplicações quentes, somente 24 horas após a lesão, já na fase crônica (após 48 horas) calor e exercícios intensos são indicados. Se ocorrer hematomas volumosos há necessidade de drenagem.

Nas entorses a fase de reabilitação é tão importante quanto a da imobilização. Devem ser utilizadas as compressas de gelo, os exercícios ativos, a recuperação da mobilidade articular, os exercícios isométricos para readquirir força e estabilidade, e o treinamento da propriocepção.

O mais importante diante de um entorse ou de uma lesão grave do joelho é evitar o agravamento das lesões, através da sigla *P.R.I.C.E.*, que é de origem americana, significa: P=Proteção (imobilizando com ataduras ou joelheiras), R=Repouso (seja através de muletas, evitando assim o apoio com o membro lesionado ao solo, seja através do repouso domiciliar), I=Ice (Gelo, que deve ser usado por 15 a 20 minutos durante 4 a 5 vezes ao dia), C=Compressão (que pode ser usada através de uma bandagem elástica ou joelheira, colocada de tal forma que não obstrua a circulação sanguínea) e E=Elevação (manter o membro elevado, evitando assim o edema ou inchaço). Finalmente, se os sintomas não melhorarem procure sempre um médico ortopedista.

3. METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS

Este estudo é uma pesquisa de campo, de cunho descritivo longitudinal e retrospectivo. A população obtida foi de 910 atendimentos com uma amostra de 23 atletas, sendo analisados os principais tipos de lesões e tratamento, no período de janeiro de 1.996 até dezembro de 2.000. Para realizar esta pesquisa foi confeccionada uma ficha de coleta (anexo I), que serviu para delimitar e, assim facilitar a análise dos dados coletados (tipos de lesões, esportes, conduta terapêutica). Os dados coletados foram retirados do prontuário médico onde o paciente tem todo o seu histórico hospitalar registrado. Através da ASSINF (Assessoria de Informática) do HC todas as consultas realizadas no ambulatório 209 (Medicina Desportiva), no período de 1.996 até 2.000 foram recuperadas. A DSM (Direção de Serviços Médicos) autorizou a retirada dos prontuários para a realização desta monografia.

O HC possui um serviço de Arquivo Hospitalar onde todos os prontuários ficam arquivados, e para que seu uso em fins de pesquisa seja autorizado se faz necessária autorização do DSM (Diretor de Serviços Médicos).

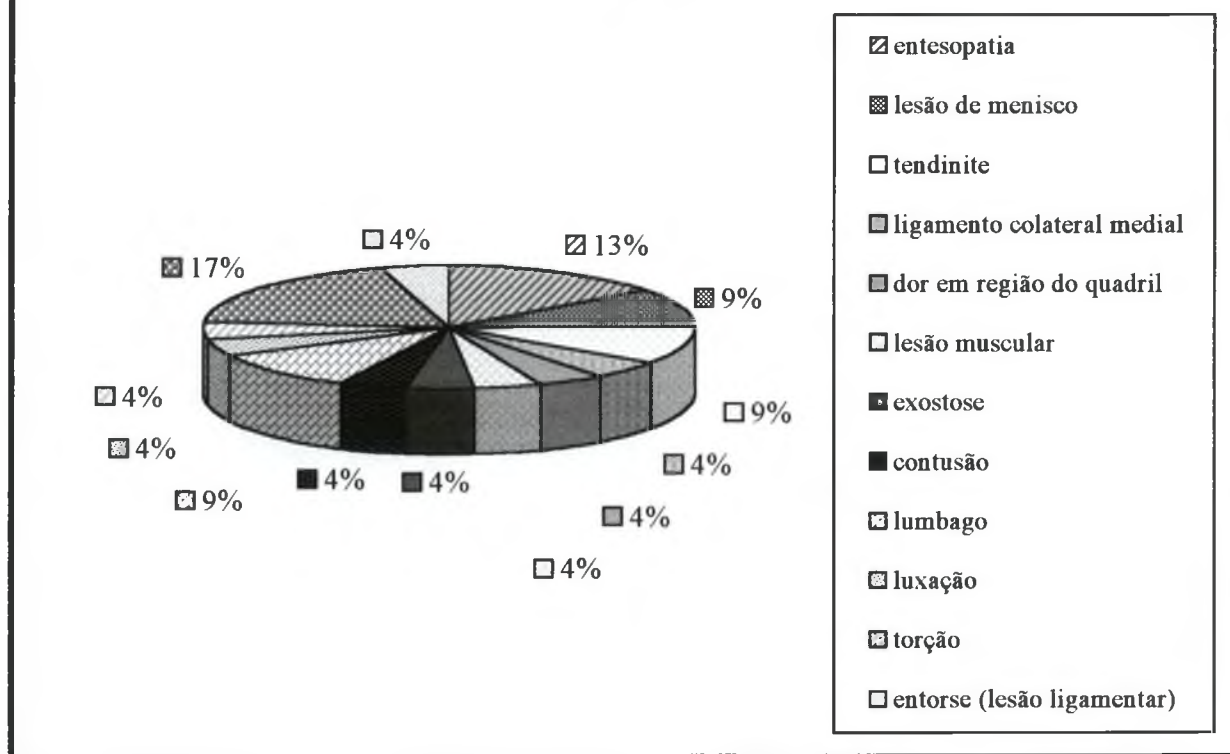
Após a autorização da DSM o prontuário deve ser revisado no próprio Arquivo evitando assim de que documentos sejam extraviados.

4.0 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS



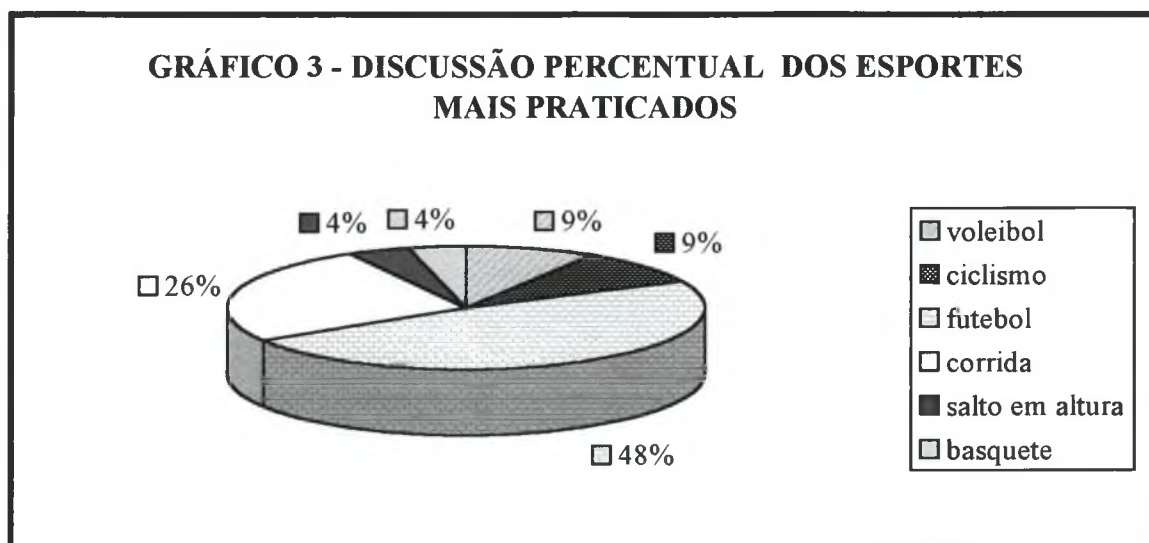
Este gráfico mostra o sexo dos pacientes atendidos no ambulatório de Medicina Esportiva desde 1.996 até 2.00 sendo que dos 910 atendimentos somente 23 pacientes são atletas e deste resultado 17% são do sexo feminino e 83% do sexo masculino. A procura por atendimento médico no Ambulatório de Medicina Esportiva é grande mas, o número de atletas é pequeno, isto porque, muitos clubes tem assistência médica particular e outro motivo é a falta de divulgação do ambulatório. O número de atletas do sexo masculino é muito maior por ser também o futebol o esporte mais praticado.

GRÁFICO 2 - DISCUSSÃO PERCENTUAL DAS LESÕES

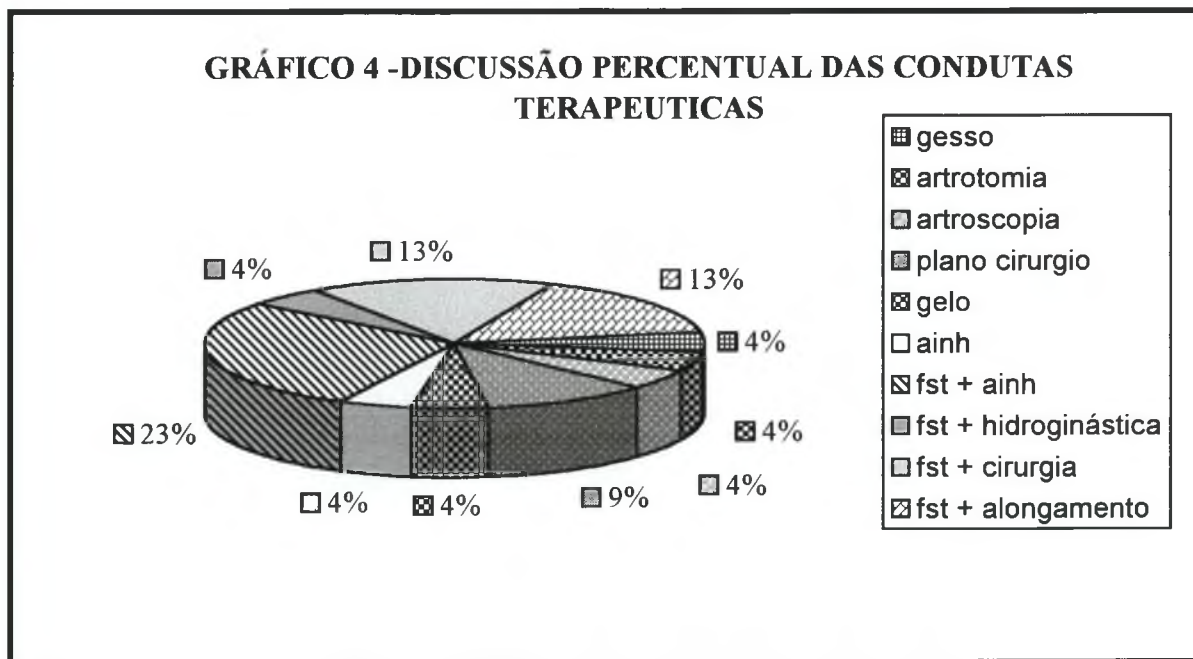


O gráfico 2 mostra a distribuição das lesões. A tendência constatada foi de que as lesões do ligamento colateral anterior apresentaram o maior índice 17%, as entesopatias apresentaram 13%, as lesões de menisco lateral, tendinites e lumbago apresentaram índice de 9%, e o menor índice de lesões, 4%, foram as lesões de ligamento colateral medial, dor em região do quadril, entorse, luxação, lesão muscular, contusão, exostose e torção.

Os ligamentos estão mais suscetíveis a lesões pois, são muito solicitados durante a prática esportiva. As lesões de menisco são frequentes no futebol devido a este ser um jogo que requer muito dos membros inferiores. Pelo resultado obtido na pesquisa o índice das lesões é devido ao esporte que se pratica.



Este gráfico informa os esportes mais praticados, sendo o futebol com o maior índice, 48%, corredores 26% , ciclismo e voleibol 9%, basquete e salto em altura 4%. O futebol, salto em altura, corrida e ciclismo são esportes que exigem muito dos membros inferiores, especificamente ligamentos e meniscos. O voleibol e basquete fazem muito uso de ambos os membros, as lesões nos dedos da mão são comuns nestes dois esportes devido ao contato direto com a bola. Podemos perceber que as pessoas geralmente procuram esportes em conjunto, é o caso do futebol, que tem nos dias de hoje muita adesão.



Neste gráfico observa-se que algumas condutas estão associadas a fisioterapia (fst). Fisioterapia com ainh, obteve 23% de indicação, fisioterapia com hidrogenástica 4%, fisioterapia com cirurgia 13%, fisioterapia e alongamento 13%, plano cirúrgico 9%, gelo, gesso, ainh (antiinflamatório não hormonal), artroscopia, artrotomia obtiveram 4%. A conduta terapêutica através da fisioterapia é indicada porque na maioria das lesões, a imobilização da área lesionada é quase sempre inevitável, é o caso das lesões de menisco que geralmente necessitam de cirurgia para recuperar sua funcionalidade, ficando algum período imobilizada, e para recuperar os movimentos a indicação da fisioterapia é conduta normal. O plano cirúrgico significa que o atleta não foi operado. Gelo é indicado nos casos de contusão.

ANEXO I

FICHA DE COLETA

SEXO:

ESPORTE QUE PRÁTICA:

TIPO DE LESÃO:

CONDUTA TERAPEUTICA:

CONCLUSÃO

Como foi observado nos resultados desta pesquisa, o maior número de atendimentos prestados foi para as pessoas do sexo masculino 83%, sendo o futebol o esporte mais praticado 48% e as lesões de ligamento (colateral anterior e medial) foram as que mais ocorreram, isto porque, ainda hoje o futebol é um esporte masculino que acarreta lesões e, em membros inferiores.

A fim de evitar lesões durante a prática esportiva é muito importante que profissionais na área de Educação Física estejam presentes durante treinos, partidas e campeonatos, em qualquer modalidade, orientando o atleta de como agir, para que, qualquer tipo de lesão seja evitada, excluindo danos e perdas irreparáveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAMS, J.C.; **Manual de Ortopedia**, 8ª Edição, Editora Artes Médicas Ltda, São Paulo, 1994.

APLEY, A. G.; SOLOMON, L.; **Ortopedia e Fraturas em Medicina e Reabilitação**; 6ª Edição, Editora Atheneu, São Paulo, 1996.

BRUHNS, H.L.; **O Jogo e o Brinquedo na Educação Física**; Revista Motrivivência: Ano VIII n09 dezembro/1996.

GUILLET, R.; GENÉTY, J.; BRUNET, E.; GUED, J.; **Medicina do Esporte**, Editora Santuário, São Paulo, 1983.

LEITE, P.F.; **Lesões Desportivas**, Composto e Impesso nas Oficinas Gráficas da Imprensa Universitária da Universidade Federal de Viçosa – Minas Gerais, 1981.

MENESES, L. J. S.; **O Esporte suas Lesões**, 1ª Edição , Editora Palestra Edições desportivas, Rio de Janeiro, 1983.

STARKEY, C.; RYAN, J.; **Avaliação das Lesões Ortopédicas e Esportivas** – Editora Manole, 1ª EDIÇÃO - São Paulo, 2000.

SHEON, L.; **Dor Reumática dos Tecidos Moles**, 2ª Edição, Editora Revinter, Rio de Janeiro, 1989.

VÍTOR, M. O.; **O Que é Educação Física** 5ª edição Editora Brasileirence S.A. São Paulo, 1986.