

Avaliação comparativa em lesados medulares sedentários e praticantes de basquetebol em cadeira de rodas

Nos últimos anos acompanhamos as mudanças nos paradigmas relacionados com o processo de reabilitação das pessoas com deficiência. Essas mudanças ocorreram em função de fatores como melhores evidências científicas para entendimento e condução das intervenções, desenvolvimento da biotecnologia de equipamentos e materiais para diagnóstico, terapêutica e suporte à pessoa com deficiência, e no entendimento da filosofia do que pode ser considerada a “reabilitação”. Entendemos que reabilitação não é, por si só, uma intervenção, mas um processo que envolve um conjunto de intervenções de profissionais de várias áreas da saúde, dinâmica familiar adequada, adaptação e acessibilidade, etc.

É importante dizer que a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), usada para dimensionar o impacto da deficiência nas pessoas, leva em consideração todos esses aspectos. Sabemos que, no caso de deficiência física por lesão medular, a recuperação funcional nos níveis anteriores à lesão nem sempre é possível, mas isso não significa que a pessoa não possa se recuperar em outros domínios que facilitem sua reabilitação e reintegração ao convívio social, reconhecendo e aceitando a sua nova condição.

Strohkendl¹ relata que com essa filosofia, a partir dos anos 40, na Inglaterra, o neurocirurgião Ludwig Guttmann introduziu a prática de esporte para pacientes com lesão medular e amputação entre outras etiologias de deficiência física, a maioria vítima da 2ª Guerra Mundial. Guttmann estabelece a partir de então, o esporte em ambiente clínico para pacientes. Na mesma década, nos EUA, o professor de educação física Timothy Nugent também desenvolve a prática de modalidades esportivas adaptadas às pessoas com deficiência física. Diferente do Dr Guttmann, o professor Nugent entende essas pessoas, não como pacientes, mas como atletas com deficiência. Ambos constatam benefícios importantes em muitos aspectos, principalmente no comportamento psicológico e social, contribuindo para a melhora da qualidade de vida. A partir de então o esporte adaptado começa a integrar os programas de alguns centros de reabilitação, como meio para objetivos terapêuticos e recreacionais, e torna-se segmento importante na sociedade².

No âmbito competitivo, a partir dos anos 70 o esporte adaptado começa a se desvincular do enfoque terapêutico e inicia o processo de esporte de alto rendimento, fazendo com que os profissionais da área da saúde, do treinamento esportivo e de áreas afins, busquem novos conhecimentos sobre o comportamento biológico, psicológico e social das pessoas com deficiência, para melhor aplicação dos métodos de treinamento, para o desenvolvimento de materiais e equipamentos que maximizem o potencial funcional e o rendimento esportivo e para avaliar os benefícios psicológicos e sociais³. Isso foi fundamental para o desenvolvimento de trabalhos científicos em várias áreas relacionadas com o tema. O esporte possibilita às pessoas com deficiência demonstrar a sua capacidade, competência e superação frente às exigências físicas, psicológicas e disciplinares do esporte de alto rendimento. Mesmo as atividades recreativas podem facilitar e permitir a expressão de capacidades em potencial. Assim, independentemente da dimensão que o esporte assume para a pessoa, é muito mais importante analisar e valorizar o que a pessoa pode fazer do que as suas incapacidades.

Esse entendimento é imprescindível no esporte adaptado, e todos os profissionais devem ter isso muito claro, para avaliar, valorizar e aprimorar as capacidades do indivíduo. O trabalho de Antonietti et al⁴, mostrou que 83,33% dos indivíduos do G1 (sedentários) faziam fisioterapia no momento da avaliação e que no G2 (atletas) o tempo de lesão medular era maior que no G1 (109,81 e 51,50 meses, respectivamente). No modelo desses novos paradigmas, esses sedentários que fazem fisioterapia e com média de 50 meses de lesão medular poderiam estar praticando esporte adaptado para melhora da capacidade funcional, pelo menos em nível recreativo, se os programas de reabilitação incluísem essa prática⁵. Na condição de membro da Confederação Brasileira e da Federação Paulista de Basquete Sobre Rodas, temos participado da classificação funcional de atletas em todas as regiões do Brasil, o que nos permitiu avaliar que o maior tempo de lesão medular não é um fator para influenciar a adesão à prática esportiva. O início dessa prática está mais relacionado com a oportunidade e incentivo no próprio local onde se inicia o processo de reabilitação ou com o encaminhamento para locais acessíveis a essa prática. Também podemos estudar, comparar e constatar os benefícios que o esporte adaptado possibilita, concordando com o trabalho de Antonietti et al⁴, e com outros já publicados, principalmente no que se refere às mudanças comportamentais e melhora significativa da qualidade de vida⁶.

No esporte, melhor rendimento exige condição física, além da habilidade e, como no esporte para pessoas sem deficiência, essa exigência predispõe à lesões músculo-esqueléticas que devem ser entendidas a partir da sua fisiopatologia, para intervenções preventivas e para recuperação funcional das mesmas. O trabalho de Antonietti et al⁴ não teve como objetivo estabelecer diagnóstico patológico das lesões músculo-esqueléticas, mas avaliar a frequência das queixas, principalmente em função de lesões por sobrecarga. Em trabalho com o mesmo propósito⁶, avaliamos 51 atletas de basquetebol em cadeira de rodas e encontramos resultados semelhantes, com o ombro mostrando mais queixa de dor por lesão músculo-esquelética. Essas queixas foram mais frequentes nos atletas com classificação funcional baixa (entre 1.0 e 2.5), principalmente classe 1.0. O que caracteriza essa classe funcional em lesados medulares é o nível de lesão até T7, com paraplegia e ausência de controle ativo de tronco. Nessa classe funcional, os atletas com lesão medular usam a cadeira de rodas como meio de locomoção em suas AVDs e AVPs. As queixas foram associadas mais ao uso da cadeira de rodas do que à execução dos gestos esportivos propriamente ditos. No trabalho de Antonietti et al⁴, todos os atletas são de classe funcional baixa, justificando os resultados e a discussão. Esse aspecto é importante, porque nem sempre os cadeirantes são devidamente treinados nos fundamentos do manuseio da cadeira de rodas nas sessões de fisioterapia ou ainda, o fato da associação das AVDs e AVPs e dos treinamentos produzirem sobrecarga. Por fim, o trabalho de Antonietti et al⁴ tem implicações para a prática clínica pelos dados que mostra, e também para a pesquisa, pelas perguntas que formula.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Strohkendl H. The 50th Anniversary of Wheelchair Basketball. New York: Waxmann, 1996, 120p.
2. DePauw KP, Gavron SJ. Disability and Sport. Champaign: Human Kinetics, 1995, 395p.
3. Alves MAF. Estudo epidemiológico dos atletas de basquetebol em cadeira de rodas do Brasil (Tese). São Paulo: UNIBAN, 2003, 117p.
4. Antonietti LS, Costa RA, Gondo FLB, Oliveira ASB, Chiarello Berenice. Avaliação comparativa em lesados medulares sedentários e praticantes de basquetebol em cadeira de rodas. Rev Neurocienc 2008;16(2):90-6.
5. Dallmeijer AJ, Woude LH, Hollander PA, Angenot EL. Physical performance in persons with spinal cord injury after discharge from rehabilitation. Med Sci Sport Exer 1999;31(8):1111-7.
6. Peres RF, Alves MAF, Fontes SV. Queixa de Dor Músculo Esquelética em Atletas de Basquetebol em Cadeira de Rodas. Arq Neuropsiquiatr 2002;60(Suppl 1):126.

Marco Antonio Ferreira Alves

Fisioterapeuta e Professor de Educação Física
Classificador Funcional da Federação Internacional, da Confederação Brasileira e da Federação Paulista de Basquete Sobre Rodas
Docente da UNISANTA e UNIMES (Santos)
Pós-graduando do Programa de Medicina Interna e Terapêutica da UNIFESP (Setor Neuro-Sono)