

# Elegibilidade e Classificação Médico-Desportiva no Desporto Paralímpico

Dr. Jaime Antunes<sup>1,3</sup>, Fisioterapeuta Ana Moreira<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Mestre em Medicina Desportiva; <sup>2</sup>Mestre em Intervenção Precoce; <sup>3</sup>Classificador Internacional do IPC Athletics – International Paralympic Committee for Athletics, BISFed – Boccia International Sports Federation e IFCPF – International Federation for Cerebral Palsy for Football. Lisboa.



Este trabalho tem como objetivo dar a conhecer os propósitos para que mais facilmente se compreenda a importância da elegibilidade e classificação desportiva. Os atletas que competem em desporto adaptado apresentam uma deficiência que os obriga a competirem em desvantagem. Desta forma, há necessidade de criar um sistema para minimizar o impacto da deficiência no decorrer da competição e assegurar que o sucesso do atleta se deve exclusivamente à sua força, habilidade, resistência e capacidade física e mental. Cada Federação Internacional (FI) estabelece quais os critérios mínimos de elegibilidade para a sua modalidade e têm que estar consignados nas Regras e no Manual de Classificação.

A **classificação médico-desportiva** (CMD) é um processo dinâmico, pelo que implica que todos os agentes envolvidos no sistema de classificação se mantenham atualizados e encontrem as melhores formas de avaliação, implicando também um trabalho realizado em equipa interdisciplinar. Para realizar a CMD são necessários instrumentos de avaliação. Existem tabelas de avaliação da força muscular – Escala de Daniels & Worthingan, de avaliação dos graus de espasticidade / tonicidade muscular – Escala de Ashworth Modificada e a ASAS. São também utilizados instrumentos de avaliação: estadiómetro, sigmómetro, fita métrica, goniómetro e esfigmomanómetro. O painel de classificação é constituído por dois ou três elementos, sendo obrigatoriamente um médico e/ou fisioterapeuta e um técnico desportivo. Cabe ao médico fazer a **avaliação**, acerca da elegibilidade e ao técnico avaliar a funcionalidade.

- A avaliação do atleta é desenvolvida em três fases e só depois das três etapas estarem concluídas se

atribui a classe e o status/estatuto ao atleta. O classificador avalia como o atleta desempenha a tarefa e não quão bem a desempenha

- Avaliação física ou teste de mesa / marquesa, realizada numa sala
- Avaliação técnica que inclui movimentos específicos do desporto, que deve ser realizada no recinto da prática desportiva de cada modalidade
- Avaliação por observação em competição

No **sistema de classificação** do Comité Paralímpico Internacional (CPI) existem três tipos de deficiências – motora, visual e intelectual e dez impedimentos / desvantagens médicas que são os parâmetros avaliados pelos painéis de classificação: **1.** Deficiência na força muscular; **2.** Deficiência na amplitude passiva do movimento; **3.** Perda ou deficiência do membro; **4.** Diferença no comprimento dos membros inferiores (a diferença de comprimento entre os membros inferiores deverá ser >7cm); **5.** Baixa estatura (limite de estatura para homens é 145cm e para mulheres é 140cm); **6.** Hipertonia; **7.** Ataxia; **8.** Atetose; **9.** Deficiência Visual; **10.** Deficiência intelectual. A ficha de classificação tem vários campos que permitem a leitura sistematizada e rápida e onde consta claramente a fundamentação para se alocar um atleta na classe correspondente.

Há **três status** possíveis a atribuir ao atleta: Novo (N) quando classificado pela 1.<sup>a</sup> vez; após a 1.<sup>a</sup> classificação fica com o status (R); quando já não existem dúvidas acerca da classe a atribuir ao atleta é-lhe conferido o estatuto de confirmado (C). Pode ocorrer uma situação especial por motivos médicos – doença ou problema médico flutuante, com períodos de agudização e melhoria, a qual é designada de flutuante, ou uma situação de doença ou entidade

médica não estável: progressiva ou imaturidade (< 18 anos). Em todas estas situações cabe ao médico / equipa estabelecer ou uma data fixa ou uma data antes de cada competição para reavaliação do atleta (FRD – Fixed Review Date). Se após a classificação o atleta não reunir os CME e é considerado não elegível (NE) ele é enviado a um segundo painel para confirmar ou alterar a decisão.

Na modalidade do **atletismo**, por exemplo, as classes são: 1. T (track) – classes de pista, estrada e saltos e 2. F (field) para os lançamentos.

- Paralisia Cerebral (PC), T/F 31 – 38: as classes vão de 1 a 8, sendo que 1 a 4 são para atletas que praticam sentados (tetraplegias com maior para menor gravidade) e as restantes são ambulantes (5 – diplegia; 6 – ataxia ou atetose; 7 – hemiplegia; 8 – todas as classes com PC, mas perfil muito ligeiro)
- Baixa estatura são 40 e 41 – F: só provas de campo
- Amputados / dismelia / agenesia são as classes 40 – T/F 42 a 47
- Lesões medulares são as classes 50 – T 51 a 54 e F 51 a 57.

O cálculo da altura máxima das **próteses** que um atleta bi-amputado acima ou abaixo do joelho pode usar é obtido por um processo complexo de medidas e avaliações definidas no manual e que permite elaborar uma tabela para a altura máxima do atleta com as próteses.

Em **conclusão**, o classificador pretende ser um perito que necessita de associar os seus conhecimentos da fisiologia, anatomia, biomecânica e neurologia para fazer um diagnóstico clínico e funcional do praticante desportivo, adaptada à sua atividade física e a cada prática desportiva. O papel do classificador não é o de classificar patologias, mas sim avaliar as incapacidades funcionais que daí possam resultar e melhorar a capacidade participativa do atleta.





O **Dr. Henrique Jones** foi eleito Presidente da Sociedade Portuguesa de Artroscopia e Traumatologia Desportiva durante a Assembleia Geral Ordinária, realizada no dia 28 de Outubro de 2016, pelas 16 horas, no Centro de Congressos Alfândega, Porto. Terá agora um mandato de dois anos, durante o qual procurará dinamizar grupos de trabalho sobre:

- Divulgação científica, treino de técnicas cirúrgicas (cadáver Lab) e formação (*fellowships*)
- Estudo e referência nacional sobre várias patologias relacionadas com técnicas artroscópicas e traumatologia desportiva
- Relações internacionais, divulgação (espaço/revista) e animação desportiva.

O Dr. Alcindo Silva é o primeiro vice-Presidente e será certamente o próximo candidato a Presidente da SPAT em 2018.

Foto: a passagem do testemunho.



A Capa da revista Time de setembro realça o tema exercício e a saúde. O título não deixa dúvidas: “O exercício cura”, referindo-se ainda que “mesmo pequenas quantidades de atividade física desencadeiam dúzias de alterações benéficas no corpo”. Contudo, apesar desta simples constatação, o autor refere que apenas 20% dos americanos obtêm

os 150 minutos semanais de treino cardiovascular e de força e que mais de 80.2 milhões de americanos de idade superior a 6 anos são totalmente inativos. Um drama, sem dúvida. Para aumentar motivação para esta prática, apresenta os “7 benefícios surpreendentes do exercício”: é bom para o cérebro, torna as pessoas mais felizes, poderá envelhecer mais lentamente, torna a pele com melhor aspeto, poderá ajudar a recuperar de uma grande doença, as células adiposas encolhem e grandes benefícios podem ocorrer com pouco tempo de exercício. Fica o recado dado por esta revista com tiragem de três milhões de exemplares.

<http://time.com/4474874/exercise-fitness-workouts/>  
Consulta em 01/09/2016  
Foto Gjon Mili – The LIFE Picture Collection/Getty Images



Os Drs. Rui Sales Marques e Miguel Costa organizaram este evento, o terceiro, com um programa centrado no atleta idoso, depois de em 2015 o tema ter sido o atleta jovem. Integrados no Grupo de Fisiatria de Intervenção (GFI) e do Grupo HPA Saúde, os responsáveis tiveram como objetivo a promoção e desenvolvimento da Medicina Desportiva (MD) na Região do Algarve e, a partir do Algarve, contribuir de forma abrangente para a promoção da especialidade. Vários especialistas locais, e de todo o país, apresentaram e discutiram temas atuais inerentes ao fenómeno do envelhecimento e à prática desportiva. Além da sessão teórica de elevado nível científico, o evento incluiu ainda workshops dedicados ao ensino de componentes práticas, como a intervenção ecoguiada na dor e na MD, o treino de força na patologia do joelho e a nutrição Desportiva entre outros. Os seus responsáveis, que felicitamos, “esperam no futuro poder contar com a magnífica adesão dos colegas da área da saúde que se deslocam de todo o país, Serão sempre muito bem recebidos no Algarve”.



O que leva um jogador de futebol profissional no ativo, com uma carreira bonita e ainda com muitos anos a dar ao futebol, a criar um sítio na internet, onde denuncia um problema grave para uma boa parte dos atletas que se retira(ram) do seu desporto? É um sítio pessoal que inclui as suas memórias desportivas e algumas reflexões, mas na essência é um modo de chamar à atenção do atleta para um potencial problema que atingirá muitos dos que ainda estão no ativo. Quem o conhece sabe da sua generosidade, praticada na preocupação e ação com os atletas, os mais novos e os outros, de futebol ou não. E chama atenção dos mais novos, referindo que “o sonho do futebol, ainda que idílico para muitos, fica muitas vezes aquém do que se pensa ou deseja”, pois as “lesões graves, doenças inesperadas, problemas de gestão financeira, maus investimentos, fraudes, falta de pensamento pós-futebol, más opções de vida...” destroem o sonho. A sua preocupação com o futuro dos jogadores é enorme, pois descobriu que “3 em 5 jogadores da Premier League declaram falência num máximo de 5 anos depois de se retirarem”, que 60% dos jogadores da NBA ficam falidos em 5 anos e que cerca de 80% dos jogadores da NFL americana que se retiraram ficam falidos nos primeiros 3 anos. Esta é a mensagem que cria uma missão.



A **osteoporose** é uma doença sistémica, progressiva, que resulta em muitos casos em fraturas, de consequências sociais e familiares muito preocupantes. Dizem os especialistas que, com o aumento da longevidade, se aproxima um tsunami de

fraturas. Esperemos que não e assim pensa a Associação Portuguesa de Osteoporose que, com o apoio da Lactogal e da Runporto, promoveu esta ação de sensibilização, de informação e de concretização de um dos tipos de tratamento: o exercício físico. A caminhada / corrida foi participada por mais de três mil pessoas, de várias idades e condição social, que acreditam nesta causa e se divertiram bastante. Na véspera, houve várias palestras sobre a dinâmica da osteoporose e foi possível ouvir conteúdos sobre pediatria, ortopedia, nutrição e exercício físico. A linguagem simples, prática e objectiva foi facilmente perceptível pelas várias dezenas de pessoas na tenda montada na Rotunda da Boavista, no Porto. No mesmo local procedeu-se a teste de rastreio da osteoporose, avaliada no osso rádio. De relatório numa mão, um batido de leite e frutos na outra e com um pouco mais de sabedoria as pessoas foram saindo satisfeitas e com a expectativa de voltarem no próximo ano, mas agora acompanhadas por mais alguém. Para janeiro está prevista a publicação nesta Revista das cinco palestras.



**Nutrimento** é o nome do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, da Direção-Geral da Saúde, e foi escolhido como forma de homenagear o Dr. Emílio Peres, o qual foi um dos grandes impulsionadores do ensino da nutrição em ambiente universitário. Pode ser consultado na internet ([www.nutrimento.pt](http://www.nutrimento.pt)) e é rico em muita informação sobre nutrição e alimentação em vários contextos. Apresenta 19 manuais, de conteúdos diversos (Deixar de fumar e controlo do peso corporal, Alimentação vegetariana em idade escolar, Nutrição e Doença de Alzheimer, etc.), nove cartazes informativos (Os dez princípios da dieta mediterrânica em Portugal, Saúde Oral e Alimentação, As bebidas e a nossa saúde, etc.) e sete vídeos (Combinações saudáveis para

lanches equilibrados, Grande reportagem | “Somos o que comemos”, Já pensou no seu pequeno-almoço de amanhã? etc.). Através do seu role de notícias é possível ter acesso a manuais estrangeiros, como o recentemente colocado na página: Good Maternal Nutrition – The best start in life, o que revela a sua atualização permanente e atempada. É um local a visitar, sem dúvida, e parabéns pela sua criação e manutenção.



A **osteoporose** é conhecida pela doença que “rouba silenciosamente”, que atinge mais as mulheres, os mais idosos e aqueles com mais fatores de risco alteráveis. Contudo, as suas consequências são devastadoras. Muitas vezes o primeiro sinal da doença é a fratura, a qual provocará grande incapacidade para as simples atividades diárias (alimentação, vestir, ir às compras) e alguma mortalidade. O Dia Mundial da Osteoporose foi em 10 de outubro, mas a International Osteoporosis Foundation (IOF) antecipou-se e publicou este livro de 42 páginas onde referem as “Falhas e as Soluções na Saúde Óssea”. Os autores refere que um “tsunami de fraturas se aproxima, o qual terá grande um impacto humano e socioeconómico e que “menos de metade dos idosos que sobrevivam a uma fratura da anca conseguirão caminhar de novo sem ajuda e cerca de 20% serão encaminhados para lares no ano que se segue à fratura”. Refere-se neste relatório que, apesar do perigo global destas fraturas e da existência de terapêuticas eficazes e de custo adequado, continua a haver falhas nos cuidados prestados a milhões de pessoas em risco,

(Continuação da página 28)

**Vela** – Nos Jogos apenas os atletas com paralisia cerebral, amputados, em cadeira de rodas, com deficiências motoras *les autres* e com deficiência visual puderam participar. O sistema de classificação da modalidade baseia-se em quatro fatores – estabilidade, função manual, mobilidade e visão. Os atletas competem em dois eventos mistos: a prova de três velejadores, que utiliza barcos da classe Sonar e tem uma tripulação de três pessoas, e a prova individual disputada em barcos da classe R (2,4m), SKUD 18, embarcação para dois velejadores. As competições, denominadas de “regatas”, são percursos sinalizados com bóias, feitas de acordo com as condições climáticas.

**Voleibol sentado** – Competem atletas amputados, principalmente de membros inferiores, e pessoas com outros tipos de deficiência locomotora. Em relação ao convencional, a campo é menor (10m x 6m) e a altura da rede é inferior, com cerca de 1,15m do solo no masculino e 1,05m para o feminino. Os atletas jogam sentados no campo. O contacto com o chão deve ser mantido em toda e qualquer ação, sendo permitido perdê-lo somente nos deslocamentos. Cada jogo é decidido na melhor de cinco sets, vencendo a equipa que marcar 25 pontos no set. Nos jogos participaram 192 atletas, inseridos em oito equipas masculinas e oito femininas. Foi um dos desportos mais rápidos e dinâmicos dos Jogos.

**Ténis em cadeiras de rodas** – É dos desportos praticado em cadeira de rodas com maior crescimento e surgiu nos Jogos pela 7ª vez. O jogo rege-se pelas regras do ténis tradicional e mantém a mesma tradição de técnica, destreza e estratégia. A altura da rede no meio do court é de 91,4cm. A única diferença entre o ténis em cadeira de rodas e o ténis praticado por não deficientes é que a bola pode tocar no campo do adversário duas vezes, não produzindo ponto, tendo o primeiro toque de ocorrer dentro dos limites do campo.

#### Bibliografia consultada

<https://www.paralympic.org/rio-2016/sports>  
<http://www.fpdd.org/pt/>