

18º Congresso Brasileiro de Sociologia

26 a 29 de julho de 2017, Brasília (DF)

Grupo de trabalho: GT38 Sociologia do Esporte

Construindo consensos e negociando ruídos: narrativas da fisioterapia esportiva sobre dores e lesões de atletas de elite

Leonardo Turchi Pacheco, Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL – MG

Introdução

Esse trabalho é um desdobramento de uma pesquisa que ocorreu durante os anos de 2015 e 2016.¹ Nesse período acompanhei como observador e, algumas vezes, como participante, dois projetos de extensão em uma Universidade Federal do Sul de Minas Gerais. Esses projetos eram intitulados “Liga da dor” e “Atletas sem dor”. Em ambos, orientados por docentes do curso de fisioterapia discentes da graduação e da pós-graduação se encontravam para debater artigos sobre a dor, no caso da “Liga”, e para observar e praticar a fisioterapia esportiva no ambulatório localizado na quadra de esportes da universidade durante os jogos entre as atléticas da instituição, no caso dos “Atletas”.

Em uma dessas visitas a campo fui informado sobre uma palestra que aconteceria como parte de um evento de fisioterapia em que dois fisioterapeutas esportivos de uma grande e tradicional equipe de futebol da capital paulista seriam os expositores. Ao comparecer a palestra entrei em contato com os Consensos de Doha (CD) e Munique (CM) e com o programa de prevenção de lesões FIFA Eleven Plus (FEP).

Ao agregar os relatos dos palestrantes e a leitura e análise desses programas, esse texto pretende refletir sobre as narrativas da fisioterapia/medicina esportiva para dar sentido ao corpo do atleta em relação a dores e lesões.

Nesse sentido, o texto está dividido em duas partes. A primeira, intitulada “construindo consensos”, descreve o CD e o CM e analisa a normatização e classificação desses consensos sobre as dores e lesões dos atletas. Verifica-se que nessa normatização está em jogo, entre os atores da área da saúde esportiva – no caso medico e fisioterapeutas –, o reconhecimento do sentido da dor e lesão, através da legitimidade do vocabulário científico. Na segunda parte, intitulada “negociando ruídos”,

¹ A pesquisa era intitulada “Reconhecer a dor; saber cuidar do corpo: Um estudo etnográfico sobre o processo de aprendizagem de fisioterapeutas e enfermeiros em Alfenas – MG e Poços de Caldas – MG” e contou com o financiamento do Edital MCTI/CNPQ/Universal 14/2014.

incorpora-se a análise do FEP para apontar as relações de poder e negociações entre atores do campo esportivo.

Construindo consensos: normas e classificação

30 de setembro de 2015, uma quarta-feira à noite, observo de dentro do ambulatório da quadra de esportes de uma universidade do sul de Minas Gerais o jogo entre as equipes femininas de futsal da letras e nutrição. Minha intenção é a de observar como se dá a relação entre fisioterapeuta e atleta machucado. Para o meu azar ninguém se machuca nesse dia, não havendo assim interação entre esses dois atores. Mas nada está perdido, no final das partidas que se seguiram sou informado que haverá uma mesa redonda na sexta-feira intitulada “Fisioterapia Esportivo no Futebol” em que dois fisioterapeutas de um clube da primeira divisão paulista serão os palestrantes.

Dois dias depois presencio a palestra como ouvinte.² Através da exposição dos fisioterapeutas sou apresentado a dois consensos e a um programa de prevenção de lesão – CD, CM e o FEP.

Nenhum dos dois fisioterapeutas se atém detalhadamente a esses consensos e programa. Eles os citam como indicadores para melhorar suas próprias práticas no clube em que trabalham. Reforçam que era frequente quatro tipos de lesões – lesões musculares, entorse de joelho, dores na virilha e entorses de tornozelo – e que com o “protocolo” que eles propuseram baseados nos consensos e no programa elas diminuíram consideravelmente. Para ilustrar o resultado, um deles, exhibe uma foto de um jogador e comenta: “V. famoso né? Ele saiu de lá e isso já melhorou bastante as nossas estatísticas (risos)” (Diário de campo 02-10-2015).

Mas o que são esses Consensos ?

² Na primeira parte da palestra é abordado o “protocolo” adotado pelos profissionais. Este se constitui em três níveis. O primeiro é chamado de prevenção de saúde e acontece na pré-temporada com uma equipe multidisciplinar que se preocupa com a dieta, a preparação física, médica, psicológica, fisiológica dos atletas. O segundo é chamado de riscos relacionados à prática e o terceiro de reabilitação com prevenção. No primeiro nível todos os atletas são submetidos ao protocolo, já no segundo e terceiro nível o atleta lesionado e somente ele participa. Nesses dois níveis o departamento de fisiologia e o de fisioterapia se une para o trabalho de recuperação do atleta a partir de um treinamento especializado no órgão lesionado do atleta e de acompanhamento de reabilitação juntamente com a prevenção.

Em 4 de novembro de 2014, 24 experts de 14 países reunidos no Aspetar Orthopedic and Sports Medicine Hospital em Doha, no Qatar, redigiram um documento – Consenso de Doha –, que se transformou em um artigo, com o objetivo de produzir definições claras das dor e lesões de virilha e colher dados para comparar o atleta de elite de futebol com os de outras categorias.

A partir do resgate e problematização de uma serie de estudos sobre dor e lesão na virilha, os autores do documento (Weir, Brukner, Delahunt, et al, 2015) propuseram uma taxonomia e uma definição homogênea para a dor e lesão da virilha para classificar os atletas.

The Doha Agreement meeting on terminology and definitions of groin pain in athletes reached a consensus on a clinically based taxonomy using three major categories. These definitions and terminology are based on history and physical examination to categorize athletes, making it simple and suitable for both clinical practice and research (WEIR, BRUKNER, DELAHUNT, et al, 2015, p. 768).

Um termo guarda-chuva foi eleito – “groin pain” (lesão/dor na virilha), para definir homogeneamente a entidade clinica. Esse termo engloba uma serie de outros termos para que os médicos e fisioterapeutas classifiquem e compreendam os sintomas e sinais exibidos pelos atletas. Esses termos foram relacionados com a dor na virilha associada ao 1) músculo adutor, ao púbis e ao iliopsas, 2) quadril e a 3) outras suspeitas clinicas – devido a sua relação com uma multiplicidade de diagnoses.

A segunda parte da palestra se atém ao “protocolo” de prevenção de lesão muscular para o melhor rendimento e desempenho do atleta e da equipe. Logo de início a menção ao CM é feita para ilustrar as classificações reconhecidas para a lesão muscular.

O CM foi realizado dois anos antes do CD, em 2012, na cidade de Munique na Alemanha. O encontro que resultou em um documento, e assim como o de Doha, em um artigo científico, teve financiamento do centro ortopédico e treinamento do Bayer de Munique, das empresas de material esportivo e de automóveis, Adidas e Audi respectivamente. Esse consenso foi elaborado por 14 autores a partir da análise de um survey com 30 médicos de times e cientistas que tinham como língua nativa o inglês.

A partir das respostas desses sujeitos, os autores encontram uma série de inconsistências no que tange a terminologia utilizada para se referir à lesão muscular: vários termos, que vão desde rasgar, passando por estresse, fadiga até pressão muscular, foram utilizados para descrever a lesão muscular.

Segundo análise desses profissionais essa heterogeneidade dificultava a comunicação e as estratégias de tratamento pelos médicos.

Portanto, na tentativa de padronizar a terminologia os autores do documento deslegitimam as padronizações anteriores, entendidas como simplistas e cheia de lacunas, e desenvolvem um sistema classificatório da dor/lesão muscular em duas partes com uma série de subdivisões precisamente definidas. A descrição de todas as variáveis e a forma classificatória da lesão e da dor não deixam dúvidas sobre a precisão em compor uma definição, identificar os sintomas, os sinais clínicos específicos, a localização no corpo e a possibilidade de se observar esses fenômenos por Ultrassonografia.

Ao ler o documento é possível verificar o grau de sofisticação das classificações e definições. Nele fica-se sabendo que as lesões são repartidas em dois blocos: as lesões por contato físico e sem contato físico. As sem contato físico podem ser divididas em dois grupos: o distúrbio muscular funcional e as lesões musculares estruturais. O distúrbio muscular funcional descreve desordens sem evidência macroscópica de rompimento fibra. As lesões musculares estruturais descrevem lesões estruturais com evidencia macroscópicas de ruptura de fibra. Desses dois grupos se depreendem dois outros subgrupos mais específicos com dois tipos de descrição para cada dor ou lesão. Tem-se que Essa parte funcional é subdividida em dois subtipos de distúrbios musculares. O tipo 1 se refere ao esgotamento muscular está subdividido em tipo 1 A e tipo 1 B. Nesses tipos de distúrbios os sintomas são dores e inflamações. A musculatura fica tensionada e nada aparece no ultrassom. O tipo 2 se refere a distúrbios neuromusculares. O Tipo 2 se divide em 2 A “spine related” e 2B “muscle related”. Essas dores não aparecem no ultrassom, mas seus sintomas são descritos como “pressure pain” e “cramp like pain”. Do lado estrutural aparece também um subgrupo com mais três tipos de

lesão. Essas são observáveis no aparelho de ultrassom e seus sintomas são descritos por “dull pain”, “sharp needle like or stabbing pain”, ou até a perda de equilíbrio do atleta. O inchaço, dificuldade de locomoção são os sinais clínicos observados.

Esses dois consensos permitem abordar questões importantes para se pensar a dor e a lesão. Uma delas diz respeito ao sistema de classificação e normatização. Essa questão se desdobra na construção de hierarquias e apropriação de uma linguagem autorizada do discurso de poder-saber.

Durkheim e Mauss (2005, p.405) em um texto clássico já afirmavam que “a classificação das coisas produz esta classificação dos homens” indicando que o processo de classificação é um processo de distribuição de sujeitos a partir de certas regras sociais, de “certas maneiras de conceber as coisas” (p.448). Assim, segundo esses autores a lógica estabelecida para se classificar fenômenos produz uma ordem hierárquica. Ao classificar e impor uma ordem sobre determinado fenômeno o que se verifica é o estabelecimento de uma hierarquia que representam as posições das coisas e simultaneamente desvelam as distinções sociais. Como indicam Hertz (2007) e Douglas (2007) as hierarquias não somente estabelecem relações de poder e vínculos sociais entre pessoas, mas também produzem divisões entre coisas/noções sagrados e profanos, puros e impuros, ordem e desordem.

Na proposição dos dois Consensos é possível observar que através da nomeação e normatizações dos usos legítimos das categorias dor e lesão uma hierarquia do campo científico se revela através da linguagem.

Bourdieu (2008) ao se deter sobre as “operações sociais de nomeação” propõe que as palavras não possuem poder em si mesmo, mas que elas adquirem poder através de lutas para serem reconhecidas como legítimas. Nessas lutas de saber-poder há um porta voz (instituição) das palavras legítimas e estas só adquirem sua eficácia e autoridade simbólica quando é proferida em lugares específicos por pessoas específicas. Nesse sentido, pode-se apontar para uma hierarquia, pois que as classificações e os termos estabelecem limites e fronteiras para o uso tanto da língua apropriada como

das pessoas apropriadas para utilizá-la. Pode-se apontar também para uma hierarquia do ato de nomear as coisas e fazê-las representar a realidade.

É isso que diz Bourdieu,

[...] a luta entre classificações, dimensão de toda luta de classes, traz a constituição das classes, classes de idade, classes sexuais ou sociais, clãs, tribos, etnias ou nações. Conferindo a linguagem e, de modo mais geral, as representações uma eficácia propriamente simbólica de construção da realidade a teoria neokantiana é perfeitamente procedente quando se aplica ao mundo social: ao estruturar a percepção que os agentes sociais têm do mundo social, a nomeação contribui para constituir a estrutura desse mundo, de uma maneira tanto mais profunda quanto mais amplamente reconhecida (isto é autorizada). Todo agente social aspira, na medida de seus meios, a este poder de nomear e de constituir o mundo nomeando-o [...] (BOURDIEU, 2008, p.81).

Ora, é justamente isso que fica explicitado no CD quando nesse documento seus propositores argumentam que a escolha do termo “groin pain” (dor na virilha) foi à opção por um termo direto, fácil de ser usado no dia a dia – dos médicos e fisioterapeutas, talvez? – e generalizável. É isso que se percebe também no documento ao argumentar que o termo permite substituir uma serie de outros termos “cientificamente dúbios” e leigo-populares como “athletic pubalgia”, “athletic groin pain”, “sports groin pain”, “sportsmen’s groin”, “sports hernia”.

Rabinow (1999), assim como Bourdieu (2008) nos dá argumentos para pensar a associação entre lutas políticas e relações de poder baseadas em tipos de saber quando propõe uma leitura de Foucault sobre governamentalidade e sujeitamento. Nessa leitura, Rabinow aponta que os regimes de saber/poder (científico) constroem discursos de verdades assentados em práticas que tem por finalidade as divisões (classificações e categorizações que constituem divisões e se ramificam em outras divisões dentro dessas divisões). Estas práticas são práticas de exclusão no sentido em produzem identidades e alteridades a partir do disciplinamento e subjetivação do corpo das pessoas. Em suma, classificam-se e nomeiam-se dores e lesões para darem sentido a essa experiência de maneira uniforme, ao mesmo tempo se autoproclamam como as pessoas autorizadas a utilizar da linguagem criada

para identificar essas noções. E ademais, constroem discursos de verdades sobre essas experiências para objetificar os sujeitos passíveis de sofrê-las.

Turner (2014, p.82) ao também resgatar Foucault afirma que “o conhecimento produz o desejo para poder controla-lo”. Será que poderíamos afirmar o mesmo em relação ao conhecimento sobre a dor e a lesão? O conhecimento produz a dor para poder controla-la?

Orterga e Zorzaneli (2010, p.18) quando refletem sobre “o papel da tecnologia de visualização médica na construção social e cultural da doença” parecem dar uma resposta afirmativa a essa questão. Para os autores as tecnologias das ciências médicas e as novidades biotecnológicas recriam e redefinem a noção de saudável e patológico, e de sujeito ou objeto de seu discurso de verdade. Eles argumentam que a evidencia das doenças (dores e lesões, por que não?) e sua veracidade está associada às máquinas que decifram as doenças. Ora isso não seria também uma tentativa de tornar esses corpos lesionados como corpos dóceis? Tendo a concordar com esses autores quando identifico uma tentativa dos dois consensos de delimitar, através da nomeação os sintomas, os sinais clínicos específicos, o órgão em que a lesão vai ser refletida e a possibilidade de se observar esses fenômenos por tecnologias da ciência médica, os sentidos da dor e da lesão para ter a certeza de poder controla-la.

Outra questão que os consensos deixam pensar se refere ao caráter universal da experiência de dor e lesão. Quando Le Breton (2013) apresenta o caráter simbólico e histórico cultural da noção de dor aponta para não universalidade das experiências. Essa ultima característica vai de encontro aos consensos na medida em que estes normatizam as experiências tornando-as universais. Assim, observo que os dois consensos produziram uma classificação para normatizar as dores e lesões dos atletas e fazendo isso normatizaram também as possibilidades de um atleta sentir um determinado tipo de dor e lesão. Fora dessas classificações o atleta que experimentar uma dor/lesão não catalogada seria estigmatizado como sendo “chininho” e “canela de vidro”, seria acusado de estar dando um “migué” para não treinar e jogar, seria um mentiroso. Enfim, teria sua identidade definida pela lesão e dor

que experimenta e sua narrativa desautorizada. Nessas situações o ônus da responsabilidade quase sempre recai sobre o atleta e indica uma falha de caráter, uma fraqueza de vontade, um lapso de autocontrole racional (Ortega e Zorzaneli, 2010).

Negociando ruídos

No meio da palestra um dos fisioterapeutas se refere à dor que não aparece nas imagens. Ele diz que ao apalpar o local, qualquer que seja o musculo, é possível identificar a veracidade da dor sentida. Nesse momento, faz uma voz de deboche e imita um diretor de clube imaginário que diz: “esse jogador está de migué, a lesão não aparece nas imagens!” (Diário de campo 02-10-2015).

Mais adiante no final da palestra o seu companheiro afirma: “Nós somos profissionais tão importantes como os médicos” [mostra a foto do jogador “Luizito” Soares indo comemorar um de seus gols com o fisioterapeuta da equipe uruguaia em forma de agradecimento pelo tratamento que proporcionou a sua recuperação para jogar a Copa do Mundo no Brasil]. (Diário de campo 02-10-2015). Assim termina a palestra.

Essas duas narrativas acrescentadas dos consensos e do programa da FIFA de reabilitação nos permite abordar as negociações entre os atores envolvidos com as lesões e dores.

Uma dessas negociações está diretamente relacionada ao FEP. O FEP é um programa de “aquecimento completo” organizado por Bizzini, Jange e Dvorak (2011) – equipe médica e fisioterapêutica da FIFA – que pretende evitar e reduzir os riscos de lesão sem contato. O próprio documento aponta para os benefícios do programa como sendo “uma investigação clínica de envergadura (...) e de redução de 30% a 50% das lesões”.³

³ O CM também traça os benefícios de identificar as lesões musculares por meio de porcentagens de presença dos atletas aos jogos e as partidas. Assim no documento está indicando que “the fact that a male elite level soccer team with a squad of 25 players can expect about 15 muscle injuries each season with a mean absence time of 223 days, 148 missed training sessions and 37 missed matches demonstrate their high relevance for the athletes as well for the clubs [...] particularly in elite athletes, where decisions regarding return to play and player availability have significant financial or strategic for the players and the team

Ao se ler o programa é possível compreender que ele é dividido em três partes totalizando quinze exercícios em sequência. A parte um é composta por exercícios de corrida em velocidade reduzida acrescido de alongamentos ativos e contatos controlados com o parceiro. A parte dois é composta por um conjunto de seis exercícios cada um com três níveis de dificuldade crescente que enfocam as pernas, o equilíbrio, a agilidade e a pilometria. A parte três é composta por exercícios de velocidade moderada e elevada combinados com movimentos de mudanças de direção.

Como informa o documento cada um desses exercícios previne algum tipo de lesão. Assim há o que é chamado de treino de centro que procura dar estabilidade do centro, da postura corporal e fortalecer os músculos do tronco (abdominais, músculos extensores das costas) o que por sua vez previne lesões no joelho. O exercício de equilíbrio integra um sistema complexo de ações musculares que por sua vez previne lesões no joelho e tornozelo. O de pilometria combinado com o de agilidade e a mudança rápida de ação muscular previnem lesões do ligamento cruzado anterior, joelho e tornozelo.

Além dessa classificação e detalhamento corporal é intrigante observar que o documento enfoca o papel do treinador (ao invés o do preparador físico, por exemplo) como um vigilante atento a corporeidade dos seus jogadores. A ele caberia “começar por sublinhar a importância da prevenção de lesões. Só depois de todos os jogadores entenderem bem essa mensagem é que deverá dar início a explicação e instrução dos exercícios” (BIZZINI, JANGE e DVORAK, 2011, p.12). Nesse sentido, sugere que o treinador faça os atletas entenderem os benefícios e eficiência do programa e supervisione os atletas no exercício, “todos os erros devem ser corrigidos atentamente”, além de motivar e incentivar os atletas a praticarem o método.

Em outro momento, quando explorei a relação de poder e sexualidade em Elias e Foucault (Pacheco, 2009), me ative a uma das fases de Foucault

there is enormous interest in optimizing the diagnostic, therapeutic and rehabilitation process after muscle injuries, to minimize the absence from sport and reduce recurrence rates” (MULLER-WOHLFART, H-W, HAENSEL, L., MITHOEFER, K., et al, 2013, p.343). É curioso notar que a perda de eficiência da equipe, a perda de pontos importantes, os dividendos e a possibilidade de não auferir lucro durante o campeonato são aspectos mais enfatizados do que a saúde e o bem-estar do atleta.

que refletia sobre o poder através dos aparatos de disciplinarização do eu na modernidade. Segundo o autor, o olhar vigilante do panoptico regulava as atividades dos corpos fazendo com que as ações dos indivíduos, ao longo do tempo, fossem realizadas de maneira normativa, mesmo que não houvesse vigilância externa alguma. Tornando a resistência em algo residual fazendo dos corpos dóceis. Foucault, no entanto, como abordei naquele momento ao contrário do que pensa Turner (2014), não se furtou em revelar que não há rede de poder exercido sem uma contra rede de resistência.

No caso da FEP em relação à prevenção de lesões e dos CD e CM em relação à identificação e classificação de dores e lesões é possível pensar estratégias de negociação entre atletas, treinadores, médicos e fisioterapeutas. Essas estratégias representam lutas de poder e resistência às normas do campo, a balança de poder vai pesando para um lado ou para o outro dependendo das disputas na configuração desse campo que interlaça esportes e saúde.

É isso que mostra Bittencourt (2015) quando estuda a categoria de base do Atlético Paranaense e se depara com as tecnologias para domesticar o corpo do atleta em formação. Esse autor revela que a dor é colocada em pauta e verbalizada como uma estratégia dos atletas para serem dispensados de treinamentos e jogos menos importantes.⁴ Ao passo que pode ser escondida, suprimida e desrespeitada (White, Young and Mcteer, 1995) quando o jogo é importante e a ameaça à titularidade é percebida como eminente.

Por outro lado, a balança pode tender para a direção do treinador e das necessidades da equipe como sugeriram Roderick, Waddington e Parker (2000), ao abordarem entre os futebolistas ingleses a prática de se jogar mesmo que machucado. Nesse artigo os autores revelam que há uma coerção por parte dos companheiros da equipe, dos treinadores e da direção para que

⁴ Em entrevista para um programa da ESPN Brasil, Renato Augusto, então jogador do Corinthians contou uma história de como burlou o primeiro treino em que iria participar no rigoroso inverno alemão quando foi contratado para atuar pela equipe do Bayer 04 Leverkusen. Segundo o relato ele chegou ao vestiário e reclamou que estava sentido uma fisgada na coxa, uma dor. O fisioterapeuta alemão apalpou diversas vezes o local, fez uma ressonância magnética e não encontrou nada. A tensão entre os dois ficou insuportável o que fez com que o fisioterapeuta suplicasse para que o jogador dissesse a verdade sobre a presença ou ausência da dor. O jogador constrangido disse que não sentia nada e só não queria treinar naquele frio. O Fisioterapeuta exclamou: “Ah! Esses brasileiros hein!”

os atletas machucados atuem em qualquer condição. Essa coerção é baseada em valores do campo esportivo que associa o sacrifício em prol do coletivo, mesmo que essa ação possa determinar o encerramento da carreira do atleta, como uma atitude correta e respeitada pelos pares. Ao passo que aqueles que não se sacrificam são considerados menos viris e sofrem uma serie de reprimendas que vão desse do estigma de “viadinho” até o completo isolamento do grupo nos treinos.

Waddington (2006), em um artigo que explora os problemas éticos para o conhecimento médico sobre lesões nos esportes, reforça a sua posição no artigo escrito com Roderick e Parker e complementa indicando outros motivos que fazem o jogador se submeter a jogar machucado:

[...] players accept playing while injures as a normal part of the life of a professional footballer, and they will try to play through injury for any one of a number of reasons. Foremost among these is the fear of losing their place in the team, which is a very real fear for all but a handful of very well established players. Players will also try to continue playing if the team has a series of particularly important games coming up. In addition, most players have strong self-image as professional footballers and a strong sense of professional pride; for many players, playing football is the only job they have ever done and the only job they know how to do, and many players described the frustration which they experienced when they are unable to play. (WADDINGTON, 2006, p.187).

Na sequencia quando o autor explora questões éticas que envolvem a pratica da medicina esportiva ele assinala que uma delas é a questão da confidencialidade e consentimento entre médico e paciente. Ele indica que há um conflito de interesses entre o que é tradicionalmente entendida a relação entre medico e paciente fora do esporte com as decisões tomadas pelos médicos quando empregado em um clube de futebol.⁵

⁵ Quando em campo perguntei a um docente que havia trabalhado em um clube de futebol do sul de Minas Gerais se era possível fingir a lesão e como eles identificavam que o atleta estava falando a verdade ou não. Ele disse que já havia experimentado uma situação dessas. No caso, um dos atletas, que havia acabado de conseguir um contrato melhor e queria sair do clube em que atuava, combinou com ele que iria cair em campo e fingir uma lesão. O Atleta fez a encenação e o ele para se proteger em relação ao seu emprego realizou os exames no atleta. O exame não identificou lesão. Então ele se reuniu com a direção do clube e mostrou os resultados do exame o que fez o atleta a confessar que não havia machucado e que na verdade não tinha intenção de atuar pelo clube, mas usou a lesão para ser dispensado. O que de fato aconteceu.

Se a relação tradicional entre médico e paciente prega o uso da habilidade do médico exclusivamente para o paciente, no clube de futebol esta lealdade é fraturada pela dependência do médico a alianças com seus superiores hierárquicos. Se em condições tradicionais o médico não atua em nome ou interesse de nenhum agente que possa prejudicar a saúde e bem estar do paciente nos clubes o médico sofre pressão de técnico e diretores para que o atleta entre em campo mesmo que machucado. Se em condições tradicionais o médico precisa manter a intimidade e confiabilidade do paciente, nos clubes essas características também são atravessadas por demandas que fazem conflitar a responsabilidade em relação ao jogador e a responsabilidade em relação ao clube. Essa tensão faz com que o jogador omita informações da própria saúde que são relevantes. Mas como toda história tem dois lados. Como informa Waddington, a balança de poder pode pender para a direção do médico na medida, mesmo que isso reflita uma falta de ética absurda, em que ele tem informações que podem comprometer e impedir com que os jogadores consigam melhores contratos com outros clubes.

Como se percebe são múltiplas as negociações para se controlar o corpo do atleta em relação a definição das noções de dor e lesão, como também são múltiplos os atores envolvidos nessas disputas pelo discurso verdadeiro da experiência dessas noções.

Conclusão

Portanto podemos observar uma relação entre os consensos. Em Doha como em Munique é a justificativa de facilitar a comunicação entre os médicos em relação ao diagnóstico e o tratamento das dores de virilha e lesões musculares que está posta em questão. Em ambos os consensos observa-se a preocupação com a precisão das definições taxonômicas das desordens corporais, seus sintomas, condições clínicas e visibilidade por aparatos técnicos medicinais. Ademais se observa, através da linguagem autorizada, estabelecer uma hierarquia que identifica as instituições e os profissionais autorizados a falar sobre lesão e dor. Os discursos sobre a dor e a lesão adquirem um estatuto de verdade, enquadrando os atletas a experimentarem sua condição quando lesionados em uma das categorias construídas pelos

consensos. Quando esse não é o caso, a ameaça do estigma e a responsabilização do próprio atleta são os preços a se pagar pela não adequação da dor e lesão ao quadro clínico reconhecido e legitimado pela ciência médica.

Assim como o FEP quando traça os benefícios da prevenção das lesões, os consensos também colocam as justificativas para normatizar e classificar na lógica da eficiência e desempenho da equipe em contraposição a saúde do atleta. A adesão aos consensos e ao programa da FIFA não se justifica somente pela melhoria da qualidade da prática do esporte para os atletas, mas também e mais importante pelo lucro que a equipe auferi com a diminuição de lesões dos jogadores.

Por fim, se observa que todas essas tentativas de normatização do corpo do atleta sofrem em contrapartida resistências dos próprios atletas e demanda uma série de negociações que refletem as relações de poder dentro do campo que intersecciona questões envolvendo a ciência da saúde e o esporte.

Referências

BITENCOURT, F. Dor e corpo no Futebol: uma etnografia do mundo vivido em um centro de treinamento de um clube brasileiro. *Esporte e Sociedade* ano 10, nº26, setembro 2015.

BIZZINI, M., JUNGE, A., DVORAK, J. FIFA 11+. A complete warm-up programme to prevent injuries. Official Publication of the Fédération Internationale de football Association (FIFA), Zurich, Switzerland, 2011. <http://www.fifa.com/development/medical/index.html/11plus/>

BOURDIEU, P. A economia das trocas linguísticas. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008.

DOUGLAS, M. The two bodies. In: *Natural Symbols*. New York: Routledge, 2007.

DURKEIM, E. e MAUSS, M. Algumas formas primitivas de classificação. In: MAUSS, M. *Ensaio de Sociologia*. São Paulo: Perspectiva, 2005.

HERTZ, R. The pre-eminence of the right hand: a study in religious polarity. In: LOCK, M. and FARQUHAR, J. (Ed.). Beyond the body proper. London: Duke University Press, 2007.

LE BRETON, D. Antropologia da dor. São Paulo: Editora FAP-UNIFESP, 2013

MULLER-WOHLFART, H-W, HAENSEL, L., MITHOEFER, K., et al. Terminology and classification of muscle injuries in sport: The Munich consensus statement. Br J Sports Med 2013; 47:342-350.

ORTEGA, F. e ZORZANELLI, R. Corpo em evidência: A ciência e a redefinição do humano. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2010.

PACHECO, L.T. Norbert Elias e Michel Foucault: diálogos sobre poder e sexualidade. Caderno Espaço Feminino. V.21 (1) 2009.

RABINOW, P. Sujeito e governamentalidade: elementos do trabalho de Michel Foucault. In: Antropologia da Razão. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999.

RODERICK, M; WADDINGTON, I; PARKER, G. Playing Hurt: managing injuries in England Professional Football. International Review for the Sociology of Sport. 35/2, (2000) ,165-180.

TURNER, B. Corpo e sociedade. São Paulo: Ideias & Letras, 2014.

WADDINGTON, I. Ethical problems in the medical management of sports injuries. In: LOLAND, S. SKIRSTAD, B. and WADDINGTON, I. (Ed.). Pain and injury in sport. New York: Routledge Taylor & Francis, 2006

WEIR, A., BRUKNER, P., DELAHUNT, E., et al. Doha agreement meeting on terminology and definitions in groin pain. Br J Sports Med 2015; 49: 768-774.

WHITE, P., YOUNG, K., MCTEER, W. Sport, masculinity and the injured body. In: SABO, D. and GORDON, D.F. Men's health and illness. London: Sage Publications, 1995.