

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA: CIÊNCIAS MÉDICAS**

**PROCESSO DE TOMADA DECISÃO E ESPORTE:
ASPECTOS BIOÉTICOS NO FUTEBOL**

DANIEL TIETBOHL COSTA

Porto Alegre

2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA: CIÊNCIAS MÉDICAS

PROCESSO DE TOMADA DECISÃO E ESPORTE:
ASPECTOS BIOÉTICOS NO FUTEBOL

DANIEL TIETBOHL COSTA

Orientador: Prof. Dr. José Roberto Goldim

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Medicina: Ciências Médicas pelo Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas da Universidade Federal de Rio Grande do Sul.

PORTO ALEGRE

2018

CIP - Catalogação na Publicação

Costa, Daneil Tietbohl
Processo de Tomada de Decisão e Esporte: Aspectos
Bioéticos no Futebol / Daneil Tietbohl Costa. --
2018.
74 f.
Orientador: José Roberto Goldim.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa
de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas, Porto
Alegre, BR-RS, 2018.

1. Processo de Tomada de Decisão. 2. Bioética
Complexa. 3. Esporte. 4. Futebol. 5. Medicina
Esportiva. I. Goldim, José Roberto, orient. II.
Título.

*“Há mais coisas no céu e na terra, Horácio,
Do que sonha a tua filosofia.”*

*William Shakespeare
Hamlet, Ato 1, Cena V*

AGRADECIMENTOS

Desejo exprimir os meus agradecimentos a todos aqueles que, de alguma forma, permitiram que essa dissertação se concretizasse.

Aos meus pais, Maria da Glória e Sadi, meus irmãos, Helga e Celso, por seu carinho, dedicação e suporte.

Ao Prof. Dr. José Roberto Goldim, chefe do Serviço de Bioética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, por ter aceitado ser meu orientador e, ter acreditado em mim e nas minhas capacidades. Agradeço ainda o acolhimento, carinho, amizade e o respeito com qual sempre me tratou.

A professora Márcia Santana Fernandes, que sempre me auxiliou muito durante todo o processo de formação.

Aos meus colegas do Laboratório de Pesquisa em Bioética e Ética na Ciência (LAPEBEC), quero agradecer-lhes os momentos que passamos. Agradeço o bom convívio, as boas discussões e, as colaborações feitas ao trabalho.

Aos atletas, profissionais de saúde, jornalistas esportivos e o dirigente que participaram e contribuíram diretamente para a produção deste trabalho.

Ao CNPq, CAPES, FIPE-HCPA, pelo financiamento deste projeto.

RESUMO

Introdução: O esporte e a medicina são atividades que envolvem diferentes tipos de valores sociais e morais. No esporte busca-se o melhor desempenho e a vitória como objetivo e na medicina o resultado esperado a ser atingido é a preservação da saúde pessoa. Para que ambos atinjam seus objetivos, diversas variáveis precisam ser contempladas. O atleta é submetido a treinamentos físicos rigorosos e dietas rígidas. Por outro lado, o médico deve buscar os melhores interesses do atleta, na condição de seu paciente. O clube também interfere neste processo, defendendo seus próprios interesses. Frente a este conjunto de diferentes interesses, pode surgir a tensão entre todos os envolvidos, especialmente quanto a autonomia, a autodeterminação, a privacidade e a integridade do atleta. **Objetivo:** Descrever o processo de tomada de decisão para o retorno às atividades esportivas de atletas profissionais que sofreram lesões. **Método:** Estudo de métodos mistos com a participação de atletas profissionais do futebol, equipe de saúde, jornalistas esportivos e dirigentes de clubes. A coleta de dados foi obtida por meio de entrevistas semiestruturadas. Os dados qualitativos foram avaliados por Análise de Conteúdo e os quantitativos por medidas descritivas. O projeto foi aprovado pelo CEP/HCPA (CAAE 80985817.4.0000.5327). **Resultados:** A análise de conteúdo identificou duas categorias temáticas influenciadoras no processo de tomada de decisão: a pressão interna e a pressão externa. A pressão interna é a exercida pelo próprio atleta, em função do alto rendimento necessário à busca de melhores resultados. Por outro lado, a pressão externa é a exercida pelo clube, especialmente pela comissão técnica, sobre o atleta e a equipe de saúde. **Considerações Finais:** Foi possível identificar pressões internas e externas que influenciam o complexo processo de tomada de decisão envolvido no retorno de um atleta profissional às atividades esportivas, após ter sofrido uma lesão. Estas pressões se originam do próprio atleta, da comissão técnica, da equipe de saúde, de dirigentes do clube ao qual está vinculado e de jornalistas esportivos.

Descritores: Bioética Complexa; Tomada de Decisões; Medicina Esportiva; Conflito de interesses

ABSTRACT

Introduction: Sport and medicine are activities that involve different types of values. In sport, one seeks the best performance and victory, on the other hand, medicine seeks to preserve the patient's health. Usually these interests converge, but when an injury occurs in an athlete, this can be changed. The recovery time of a sports injury may change due to other variables, in addition to the evolution of the recovery process itself. Athletes, health teams, managers, the coaching staff, and even the sports press can positively or negatively influence this decision-making process. **Objective:** To describe the decision-making process, including associated coercion, involved in the return of the injured athlete from the perspective of the different associated participants. **Method:** Study of mixed methods, qualitative and quantitative. There were 14 semi-structured interviews with athletes, health teams, club officers and sports journalists. The Perception of Coercion Scale was used, already validated for use in the Portuguese language spoken in Brazil, in athletes and in health professionals. The qualitative data were evaluated by Content Analysis using the NVIVO 11 system. Quantitative data were evaluated using simple frequencies. The project was approved by CEP/HCPA (CAAE 80985817.4.0000.5327) **Results:** From the interviews emerged two thematic categories as main components of decision making: internal pressure and external pressure. External pressure is exerted on the athlete and the health team, being responsible for it the club and other external agents, such as technical commission, media, athlete entrepreneur and even teammates. The internal pressure is exerted by the athlete, and has its origin in the search of high yield and better results. There was a difference in the perception of coercion between athletes and health teams. **Final Considerations:** In the complex process of decision making involved in the return of a professional athlete to sports activities, after having suffered an injury, it was possible to identify the existence of internal and external pressures. The coaching staff was identified as one of the main external pressure agents.

Keywords: Complex Bioethics; Decision-Making Process; Sports Medicine; Conflict of interests.

LISTA DE FIGURAS

Figura apresentada na dissertação

Figura 1 - Mapa Conceitual

Figura apresentada no artigo encaminhado

Figura 2 - Gráfico 1 - Percepção de Coerção de Atletas e Profissionais da Saúde no processo de tomada de decisão associada a uma lesão esportiva

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Busca Sistemática da Informação

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A - Atleta

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CNPQ – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CPC - Centro de Pesquisa Clínica

D – Dirigente

ES – Equipe de Saúde

HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

JE – Jornalista Esportivo

ME - Medicina do Esporte ou Medicina Esportiva

PPGCM – Programa de Pós Graduação em Medicina: Ciências Médicas

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	12
1.1.	PROBLEMA DE PESQUISA	14
2.	REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1.	ESTRATÉGIA DE BUSCA DAS INFORMAÇÕES	15
2.2.	A BIOÉTICA COMPLEXA	16
2.3.	O JOGO, O ESPORTE E O FUTEBOL	18
3.	MARCO CONCEITUAL	24
4.	JUSTIFICATIVA	25
5.	OBJETIVOS	27
5.1	Objetivo Geral	27
5.2	Objetivos Específicos	27
6.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
7.	ARTIGO	33
8.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
9.	PERSPECTIVAS FUTURAS	51
10.	APÊNDICES	52
10.1.	APÊNDICE A	52
	ROTEIRO PARA A REALIZAÇÃO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA: Atletas e ex-atletas	52
10.2.	APÊNDICE B	53
	ROTEIRO PARA A REALIZAÇÃO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA: Equipe Médica e Outros profissionais de Saúde	53
10.3.	APÊNDICE C	54
	ROTEIRO PARA A REALIZAÇÃO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA: Dirigentes 54	
10.4.	APÊNDICE D	55
	ROTEIRO PARA A REALIZAÇÃO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA: Jornalistas esportivos	55
10.5.	APÊNDICE E: TCLE	56
11.	ANEXOS	58
11.1.	ANEXO 1	58
	Escala de Percepção de Coerção – Atletas e ex-atletas	58
11.2.	ANEXO 2	59
	Escala de Percepção de Coerção – Equipe de Saúde e Dirigentes	59

11.3. ANEXO 3	60
Tabela 1 - Falas representativas da Categoria Pressão Interna ao processo de tomada de decisão de retorno de um atleta que sofreu lesão.....	60
11.4. ANEXO 4	62
Tabela 2 - Falas representativas da Categoria Pressão Externa ao processo de tomada de decisão de retorno de um atleta que sofreu lesão.....	62
11.5. ANEXO 5	64
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	64

1. INTRODUÇÃO

O Esporte e a medicina são atividades que envolvem valores sociais e morais. No esporte busca-se a vitória como objetivo e na medicina o resultado esperado é a saúde do paciente (1). Para que ambas atinjam seus objetivos, diversas variáveis precisam ser administradas, como por exemplo, o atleta manter-treinamentos físicos rigorosos e dietas rígidas; por outro lado, o médico deve manter-se atualizado e ter em mente sempre atuar de acordo com as últimas evidências científicas de seu campo de atuação e com os melhores interesses do paciente (2). Frente a estes diferentes interesses surge a tensão entre as áreas (1,3,4).

Acredita-se que o esporte, como instituição organizada, tem início com os Jogos Olímpicos da Antiguidade Clássica na Grécia. Este marco histórico foi também possivelmente a primeira evidencia de institucionalização de uma Ética do Esporte, por meio do seu juramento olímpico (1). Com a evolução dos Jogos, a vitória passa a ter maior expressão. O vencedor obtém glória, fama e recursos financeiros. Dá se início então a profissionalização do esporte e dos atletas, que passam a treinar nos ginásios e a desenvolver hábitos de vida diferentes da população em geral, visando a melhora de performance(5).

A prática de exercícios físicos e de esportes é uma ferramenta que previne problemas de saúde, promove a saúde e também pode ser utilizado como instrumento de reabilitação (6). Além disto, tem a ver com os valores sociais, pois as pessoas se identificam e se reconhecem na vitória do atleta. No esporte ocorre a afirmação e reafirmação do ser humano sobre outros seres humanos, sobre outros animais não-humanos e à própria natureza. Por meio do esporte pode-se demonstrar a superioridade de diferentes esferas sociais. É a busca por desafios, do gozo, da adrenalina e do prazer que move o esporte (5,7,8).

Os atletas trazem consigo valores próprios que os motivam a competir, os quais muitas vezes acabam gerando comportamentos de risco. Sabe-se que o esporte promove saúde, porém existe uma linha tênue no esporte de alto rendimento, entre saúde e doença, pois quanto mais pressionado para atingir o resultado, maiores os níveis de exigência e estresse do atleta, o que pode ocasionar em maior incidência e reincidência de lesões, o que no futebol é muito comum ocorrer em períodos de competição (9,10).

A medicina esportiva evolui e ainda se desenvolve juntamente com o esporte. Sua crítica na antiguidade clássica era em relação ao comportamento dos atletas e seus treinadores, que buscavam resultados não compatíveis com os esperados. As demandas do esporte não condiziam com as de saúde. Hipócrates e Galeno foram grandes opositores ao estilo de vida dos atletas, pois acreditava-se que a saúde era um estado de equilíbrio e que a prática de exercícios físicos em excesso causava o desequilíbrio, que era entendido como doença (1).

Com os avanços tecnológicos, a medicina esportiva começou a ganhar maior destaque no esporte. Centros médicos se tornaram aliados das equipes e clubes de diversas modalidades, com o objetivo de melhorar performance e prevenir lesões de seus atletas, levando assim o esporte a outro nível. Nessa nova configuração os conflitos éticos mudaram de magnitude. A crítica não mais recai sobre o atleta e seu estilo de vida, mas ao comportamento da equipe de saúde, que, em busca de resultados melhores para o clube, de maneira espontânea ou não, acaba por vezes ultrapassando os limites físicos do atleta, não respeitando a sua autonomia nem agindo no seu melhor interesse (1,4,11). Este cenário evidencia a presença de possíveis conflitos de interesse entre as múltiplas partes envolvidas na medicina esportiva, quais sejam, atleta, equipe médica, clube e patrocinadores (4,12).

A Bioética surge nesse cenário com a finalidade de auxiliar no processo de tomada de decisão, por meio de uma reflexão complexa, interdisciplinar e compartilhada entre os atletas, os profissionais de saúde, os gestores e os patrocinadores do clube, na perspectiva de manter a integridade física e mental dos atletas, garantindo a participação de todos na busca da resolução dos problemas (13,14). Esta reflexão pode minimizar a ocorrência de conflitos de interesse.

Os atletas são “naturalmente” competitivos e possuem motivações internas e externas para tal comportamento. Como motivação externa, podemos citar o retorno financeiro que adquirem ao longo de suas carreiras, além de muitas vezes serem provedores financeiros de famílias extensas. A motivação interna pode basear-se na busca de querer vencer e/ou ajudar seu time a vencer sempre. Faz parte deste cenário aceitar riscos, como o curto prazo no tratamento de lesões. Isto pode ser devido a acreditarem fazer a diferença no clube e pela ânsia de retornar às atividades, após a lesão, e voltar a vencer. Essa é a “cultura do guerreiro”, que tem sua origem na Antiguidade Clássica, e no qual o respeito é obtido por jogar lesionado, fazendo, portanto, um sacrifício pessoal e coletivo em nome da busca pela vitória (15). O

orgulho pessoal, o prazer em competir, a busca de melhores resultados e razões econômicas são fatores que exercem pressão sobre os atletas e muitas vezes justificam o fato de ignorarem os riscos, quererem jogar lesionados ou terem breves períodos de recuperação (2).

Quando um clube investe em um atleta, gasta muito dinheiro e espera ter um retorno financeiro em contrapartida. Este pode ser um dos motivos pelos quais médicos muito conservadores, que não estão dispostos a correr riscos pessoais, não permanecerem muito tempo no clube (2).

Médicos e outros profissionais de saúde, assim como os atletas, têm o mesmo vínculo empregatício com o clube. Este vínculo primário afeta a própria relação médico-paciente (12,15). Isto acarreta problemas éticos, que são singulares, que dependem de cada situação de tratamento de lesão, da condição do atleta no clube, da direção e de outros interesses envolvidos. A exigência da vitória, da necessidade de retorno em um menor prazo possível, gera um conflito entre manter a saúde e a integridade física e mental do profissional frente as demandas do clube (16).

1.1. PROBLEMA DE PESQUISA

Quais são os fatores e os participantes envolvidos no processo de tomada de decisão do retorno de um atleta, após uma lesão, às atividades competitivas?

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. ESTRATÉGIA DE BUSCA DAS INFORMAÇÕES

Nesse tópico são apresentados os temas e os conceitos que foram norteadores dessa pesquisa, dividindo-os em três subgrupos: o conceito de bioética complexa; o conceito de esporte e o processo de tomada de decisão.

A estratégia de busca envolveu as seguintes bases de dados: Library of Medicine (PubMed), Scientific Eletronic Library Online (SciELO), e Web of Science, no período de 1960 a 2017. Foram realizadas buscas através dos termos “bioethics”, “sports”, “sports medicine” e “decision-making process”, ou bioética, esporte, medicina esportiva, processo de tomada de decisão.

Os resultados destas buscas, atualizadas até novembro de 2018, estão apresentados na tabela 1.

Tabela 1: Busca sistemática da informação

	Pubmed	SciELO	Web of Science
[1] Bioethics	27500	2079	8727
[2] Sports	257722	2679	128329
[3] Sports Medicine	55694	271	11198
[4] Decision-Making Process	38651	2292	141393
1+2	88	5	28
1+3	45	0	5
1+4	710	67	256
2+4	424	11	932
3+4	142	1	54
1+2+4	1	0	0

O único artigo que têm os três descritores associados se refere a tomada de decisão em atletas com morte súbita, que não se insere no âmbito da presente pesquisa (17).

2.2. A BIOÉTICA COMPLEXA

Ao longo da história os problemas éticos envolvendo o ser humano sempre foram discutidos, as vezes de forma consensual, outras de formas divergentes. Ocorre uma mudança de perspectiva, que parte da compreensão religiosa do homem para a visão científica, na perspectiva biológica, entendendo o homem como organismo reagente ao meio e submetido a forças biológicas e sociais, ou seja, a fatores intrínsecos e extrínsecos (18).

Com a evolução da Pesquisa em Seres Humanos e avanços tecnocientíficos durante o passar dos séculos, problemas da vida prática envolvendo aspectos morais foram surgindo. Muitas correntes de diferentes áreas do saber tentaram combater e resolver estes problemas (19).

A Bioética Complexa caracteriza-se por ser uma metodologia abrangente de auxílio no processo de tomada de decisão utilizada para resolução de problemas éticos. É uma reflexão complexa, interdisciplinar e compartilhada sobre a adequação das ações envolvendo a vida e o viver. Utilizando um vasto referencial teórico, que ajuda na busca de justificativas para a adequação das ações (14,20). Os referenciais utilizados envolvem os princípios, os direitos, as virtudes, a ética das intenções, a ética utilitarista, a ética das responsabilidades e a alteridade (14). Estes referenciais servem para melhorar a qualidade do processo de tomada decisão, pois fornecem argumentos para a sustentação da escolha por uma das alternativas existentes.

Existem duas maneiras de pensar que auxiliam e/ou interferem no processo de tomada de decisão, a rápida e a devagar (21). O pensamento rápido pode ser entendido como o intuitivo, o emocional e o pensamento devagar é o deliberativo e lógico. Quando utilizamos o pensamento rápido, também denominado por Khaneman e Tversky (22) como “Sistema 1”, operamos de forma automática e rápida, fazendo pouco ou nenhum esforço e nenhuma percepção de controle voluntário, trabalhamos com associações de ideias. No pensamento devagar, alocamos atenção as atividades mentais laboriosas que o requisitam, incluindo círculos complexos de raciocínio. As operações do “Sistema 2” são muitas vezes associadas com a experiência, escolha e concentração.

Durante o processo de tomada de decisão, utilizamos estratégias mentais para otimizar nossa capacidade de julgamento, que denominamos heurísticas (21).

Heurísticas e vieses são regras gerais que influenciam na decisão do “agente que toma a decisão” sob contextos de incerteza. São usadas como ferramentas para redução do tempo de julgamento, consequentemente utilizando um menor esforço mental, como vantagem, podemos dizer que reduz a complexidade das tarefas (23,24).

Durante o processo de tomada de decisão, devemos identificar sempre o problema central a ser discutido, os fatos e as circunstâncias envolvidas, as alternativas e suas respectivas consequências. A bioética complexa leva em consideração diversos fatores para reflexão do problema, utiliza um amplo referencial teórico para auxiliar na tomada de decisão e relaciona casos anteriores similares ao problema (casuística) (25).

A tomada de decisão, tanto para participação de pesquisas quanto para as questões assistenciais, baseia-se em diversas habilidades como a possibilidade de se envolver com o assunto, compreender ou avaliar as informações e o tipo de alternativa e comunicar a sua preferência. As decisões podem ser tomadas por meio da voluntariedade, na qual o paciente faz a escolha tendo como base o seu melhor interesse, desconsiderando possíveis pressões externas, ou através de coerção, quando há um fator externo que influencia a decisão (26).

2.3. O JOGO, O ESPORTE E O FUTEBOL

O JOGO

Quando falamos sobre jogos, estamos falando de atividades que envolvem esforço físico e/ ou mental, atividades coletivas ou individuais que devem ser praticadas por livre escolha e razão de alegria e prazer do ator. Ou seja, o sujeito deve ter liberdade para decidir o que jogar e divertir-se com tal opção. Os jogos acontecem em “dimensões” modificadas da vida real. Neles, existem suas próprias regras e condutas que são diferentes das regras de convívio social, pois são praticados com tempo e regras pré-estabelecidas, porém existe a liberdade de partir a qualquer momento. Suas fronteiras são fixadas e o mundo externo não interfere em sua ocorrência. Muitas vezes, o que é feito em um jogo, não pode ser realizado na rua fora de seu contexto (27).

Pode-se assim dizer que, o jogo só acontece quando existe a vontade dos atores e pelo tempo que os mesmos decidirem. Quando praticado por obrigação, perde sua principal característica, a espontaneidade. Passa a tratar-se de uma obrigatoriedade e não mais vista como divertimento (27).

“Quanto aos profissionais que ganham sua vida com os jogos, que devem pensar em prêmios e salários, está claro que não são jogadores, mas profissionais. Quando jogam, jogam um jogo diferente” (CAILLOS,2017, pg. 37.) (27).

O ESPORTE

Definir de modo simples ou de maneira exata o conceito de esporte não é tarefa fácil e de fato não nos cabe inferir. De acordo com o dicionário Houaiss da língua portuguesa o verbete esporte significa:

“Prática metódica, individual ou coletiva, de jogo ou qualquer atividade que demande exercício físico e destreza, com fins de recreação, manutenção do condicionamento corporal e da saúde e/ou competição; desporte, desporto” (2009) (28).

Nota-se que o dicionário busca ampliar as denominações do que vem a ser esporte. Isto não soluciona nosso problema da definição, pois enquanto exercício reflexivo e produção de ciência, devemos aprofundar as abordagens de cada uma das possibilidades elencadas para o verbete. Faz-se então necessário excluirmos algumas de suas conotações e lidar com o esporte em vários âmbitos para restringir seu uso.

Para Barbanti (2006) (6), esporte é um termo amplamente usado na linguagem popular, o que dificulta a sua definição. O conceito de esporte significa pensar sobre suas circunstâncias classificatórias, ou seja, para ter esporte ou ser esporte, uma atividade deve ser realizada sob estas circunstâncias. As atividades são diferenciadas de acordo com seus contextos. Em um jogo com bola entre amigos, podemos ter atividades recreativas ou o simples ato de brincar e interagir com o outro, caso seu objetivo seja o lazer com fim nele mesmo. Ainda podemos ter a atividade como competição ou como trabalho, em que seriam estabelecidas regras e normas que regulamentariam o jogo, podendo ser classificado como esporte (6,29). Em ambas as esferas existem o envolvimento subjetivo do sujeito. Em suma, o esporte refere-se a determinados tipos de atividades, depende das condições sob as quais acontecem e varia de acordo com a orientação subjetiva dos participantes envolvidos na atividade (5).

Mas o que define esporte? As atividades devem envolver competição entre indivíduo ou times. Ser um jogo organizado, com regras fixas e padrões preestabelecidos, ser regido por entidade institucionalizada. Tratar de atividades físicas rigorosas ou exigir esforço mental considerável. Mas também existem componentes de liberdade no esporte, pois praticamos de livre escolha. Existe também a necessidade de descanso, distração e lazer, o improviso e a alegria, bem como o gosto pela dificuldade e superação (6,29).

Ao esporte podemos atribuir uma virtude civilizatória, pois ilustram os valores morais e intelectuais de uma sociedade e ainda contribuem para sua formação e desenvolvimento. As práticas esportivas assumem mudanças contextuais por razões temporais, e isso faz parte do processo civilizatório (30). Esporte é cultura e socialização (31).

O esporte e a atividade física comumente são veiculados como práticas disciplinadoras. A hierarquia de comando expressa o ritmo, seja na figura do líder, do capitão da equipe ou do professor de educação física, seja como qualquer outro ator

implicado na prática. O exercício do poder e de força são evidentes durante a execução de uma atividade comandada, posições iniciais e posições finais são respeitadas. Esse controle disciplinador do esporte pode ser considerado atemporal, pois acompanha o ser humano durante toda evolução da história da humanidade (29).

Certamente, nem todas as atividades físicas que envolvem habilidades motoras complexas ou esforço físico rigoroso podem ser classificadas como esporte. Estas devem ocorrer sob certas condições. Para ser considerada esporte, a atividade deve respeitar um conjunto específico de regras e normas (5).

O esporte tem a ver com os valores da sociedade. As pessoas se reconhecem na vitória do atleta. Porém, não é a vitória sobre outra equipe ou sobre seus adversários que é comemorada, mas o fato de superar a força, o medo, a ignorância, o mistério do desconhecido e a necessidade. A isto pode ser incorporado vencer o tempo, a mente, a dor, além de usar habilmente o conhecimento. Geralmente, as pessoas que assistem à atividade esportiva, se reconhece na vitória do outro: o atleta.(32).

De acordo com as Teorias Normativas do Esporte de Sigmound Loland (2004) (5), o esporte pode ser considerado de forma externalista, manifestando valores das sociedades reforçados pelo desporto, ou internalista, entendida como ferramenta que é fonte de valores dentro de si (5). Pode atuar como ferramenta para fins políticos, religiosos e sociais, como por exemplo os Jogos Olímpicos da Antiguidade, que atuavam como tradição cultural com fins religiosos e os Jogos Olímpicos da Modernidade, que tem como seu objetivo principal a demonstração de superioridade entre nações (32).

O esporte pode ser utilizado como ferramenta para afirmação e reafirmação do homem sobre outros homens, sobre a natureza, outros animais, evidenciando-se como uma clara ferramenta de demonstração de superioridade. É a busca por desafios, enfrentamentos do gozo por mecanismos fisiológicos do prazer, adrenalina, comportamentos de risco (8,30). Através do esporte podemos demonstrar e extravasar toda nossa paixão e encarar nossos medos. Contudo, o esporte também pode ser um instrumento perigoso, trazer danos severos e permanentes aos seus praticantes e simpatizantes, bem como começar confusões e “tensionar” relações diplomáticas entre países (32–34).

Podemos citar alguns fatores que nos fazem gostar e nos importarmos tanto com os esportes. Sua incerteza é um ponto chave. Embora se conheça os times ou

atletas que vão se enfrentar e/ou competir entre si, saber o resultado final é sempre impossível, embora provável com base em dados estatísticos. Em jogos que se mantem alto nível de igualdade, qualquer resultado é possível, e isso cria o drama que nos faz torcer e ficar fascinados. A beleza do jogo, da plasticidade dos movimentos corporais. A beleza na estrutura corporal dos atletas, as mudanças de fase durante os deslocamentos corpóreos, são outro fator que chamam atenção.

Por último, podemos citar a noção de pertencimento. Existe uma “nação de torcedores” que precisam se ligar a algo, então, aquele clube, aquele atleta vitorioso, passa a representá-los. Por isso torcemos, para nos sentirmos pertencentes a algum grupo social (27).

As coisas mais excepcionais na vida, as grandes performances dos atletas, precisam de duas condições para ocorrer, a existência do talento natural e muita dedicação para aprimorá-lo. Essa combinação é o que nos fascina, a combinação dessas condições e a coragem do atleta que busca alcançá-las e superar seus limites físicos e mentais, juntamente com a maravilha da incerteza (35,36).

O FUTEBOL

O futebol é um dos esportes mais populares do mundo. É um esporte intermitente, que como modalidade, pode ser genericamente definido como um gênero esportivo no qual duas equipes de onze jogadores disputam uma partida entre si, em um campo retangular e ganha quem fizer mais gols (9,37). Se faz necessário existir uma entidade que regulamenta a competição a qual a partida fará parte, nela serão estabelecidas regras como, número de substituições possíveis, número de jogadores reservas que devem ser levados a campo, tamanho do campo e goleiras, dentre outros quesitos.

No futebol, quando se busca superar seu adversário, muitas ações ofensivas são realizadas, o que impulsiona o time adversário a movimentar seu sistema defensivo, e assim se sucede o jogo, intercalando ações de ataque e defesa de ambos os lados. Isso faz com que inúmeras intervenções físicas sejam realizadas, troca de direções, corridas explosivas, uso de força pliométrica em saltos e cabeceios, exigindo assim alto preparo físico do atleta, além de esforço cognitivo para poder pensar com inteligência e agir taticamente (9,37).

O esporte é hoje um grande negócio (2,38). O futebol como produto de consumo de massa, lidera no Brasil a indústria do entretenimento (39), e para tal, é necessário ser comercializado. O esporte não mais é visto somente como realização de exercícios físicos e de prática de valores humanos e sociais, mas como um produto de investimento financeiro.

“A história do futebol é uma triste viagem de prazer ao dever. Ao mesmo tempo em que o esporte se tornou indústria, foi desterrando a beleza que nasce da alegria do jogar só pelo jogar. [...] o futebol profissional condena o que é inútil, e é inútil o que não é rentável.” (GALEANO, 2018, pg 10.).

O futebol como ferramenta social, sempre foi utilizado para proporcionar o prazer e divertimento. Era ou ainda é o alento de uma sociedade sofrida, que se enxerga no atleta competidor e vitorioso. O povo era presenteado com atuações fantásticas de seus clubes do coração, que com a espetacularização do esporte, passou a ser cada vez mais raro e menos frequente (40).

Com a tecnocracia e a industrialização do esporte, jogar o bom futebol, o futebol bonito e ousado, cedeu fronteiras para o futebol vitorioso. Esse futebol vitorioso, não se traduz como um belo espetáculo, e sim como a ausência da derrota. O futebol se tornou uma grande indústria, sua globalização o tornou muito valoroso e, o rentável se tornou não perder. Aos poucos a magia do futebol foi substituída por partidas chatas, com poucos protagonistas e muitos espectadores, o que o transformou em um negócio lucrativo (40).

REGRAS

Qual sua função no esporte

As regras no esporte representam muito mais do que apenas servir para agrupar atletas em grau de igualdade semelhante, como por exemplo, peso corporal, altura, idade, gênero, dentre outras. Podemos ver nas regras de cada esporte a representação dos valores dos mesmos. Muitas vezes as regras servem para segurança dos atletas e espectadores, em outras, serve para tornar atrativo o jogo, além de sempre buscar promover igualdade entre os competidores.

As regras criam equilíbrio do esporte. Geram as tensões entre os competidores que permite a combinação de habilidades específicas para o esporte praticado. E isso marca e/ou permite a diferença entre vitória e derrota.

Mudanças nas regras também acontecem. Ocorrem de acordo com a evolução dos atletas se do jogo. Tudo isso para manter o esporte sempre atrativo – disputado em alto grau de competitividade – e manter oportunidades iguais para todos.

Por fim, as regras são guias normativos de cada esporte, dizem o que, como e de que forma o atleta deve agir naquele ambiente (41).

DROGAS DE MELHORAMENTO DE DESEMPENHO – PED'S

O uso de drogas de melhoramento de desempenho no esporte, conhecidas como Performance Enhancement Drugs (PEDs), é controverso, pois existem autores que consideram uma prática inadequada e outros que a consideram como adequada.

O uso de PEDs por pessoas saudáveis em atividades esportivas é considerado por muitos como sendo uma vantagem competitiva desleal, ou seja, uma trapaça. O engano deliberado, ou trapaça, por definição, é considerado como sendo uma conduta inadequada, não aceita moralmente (36,42–44). O seu banimento tem como principais argumentos a justiça, uma vez que o atleta que faz uso do doping está utilizando uma “ferramenta” externa e antinatural para ter vantagens sobre seus adversários. Outro argumento se refere à saúde, as drogas de melhoramento, muitas vezes utilizadas de forma errada e sem orientação, podem trazer sérios riscos de danos à saúde. (41,45)

Os autores favoráveis à liberação das PED's defendem, que usar drogas de melhoramento de desempenho só é trapaça quando o seu uso é proibido. Um dos argumentos a favor é que nem sempre as PED's trazem mais malefícios para saúde do que os efeitos do próprio treinamento habitualmente utilizado. Além disso, distinguir o que é natural ou artificial é muito difícil, pois estas definições são vagas e se confundem, em termos de estrutura e função (45,46).

Sabemos que no esporte de alto rendimento, o talento natural pode não ser suficiente para o sucesso. O esporte é resultado de uma complexa interação entre predisposição genética e o impacto do meio (treinamento) (36,41). Contudo, os jogos esportivos não são sobre salvar vidas, ou seja, o melhoramento genético do atleta não é válido e nem necessário. Em alguns casos o uso das PED's são moralmente justificáveis, não no esporte (36,41).

3. MARCO CONCEITUAL

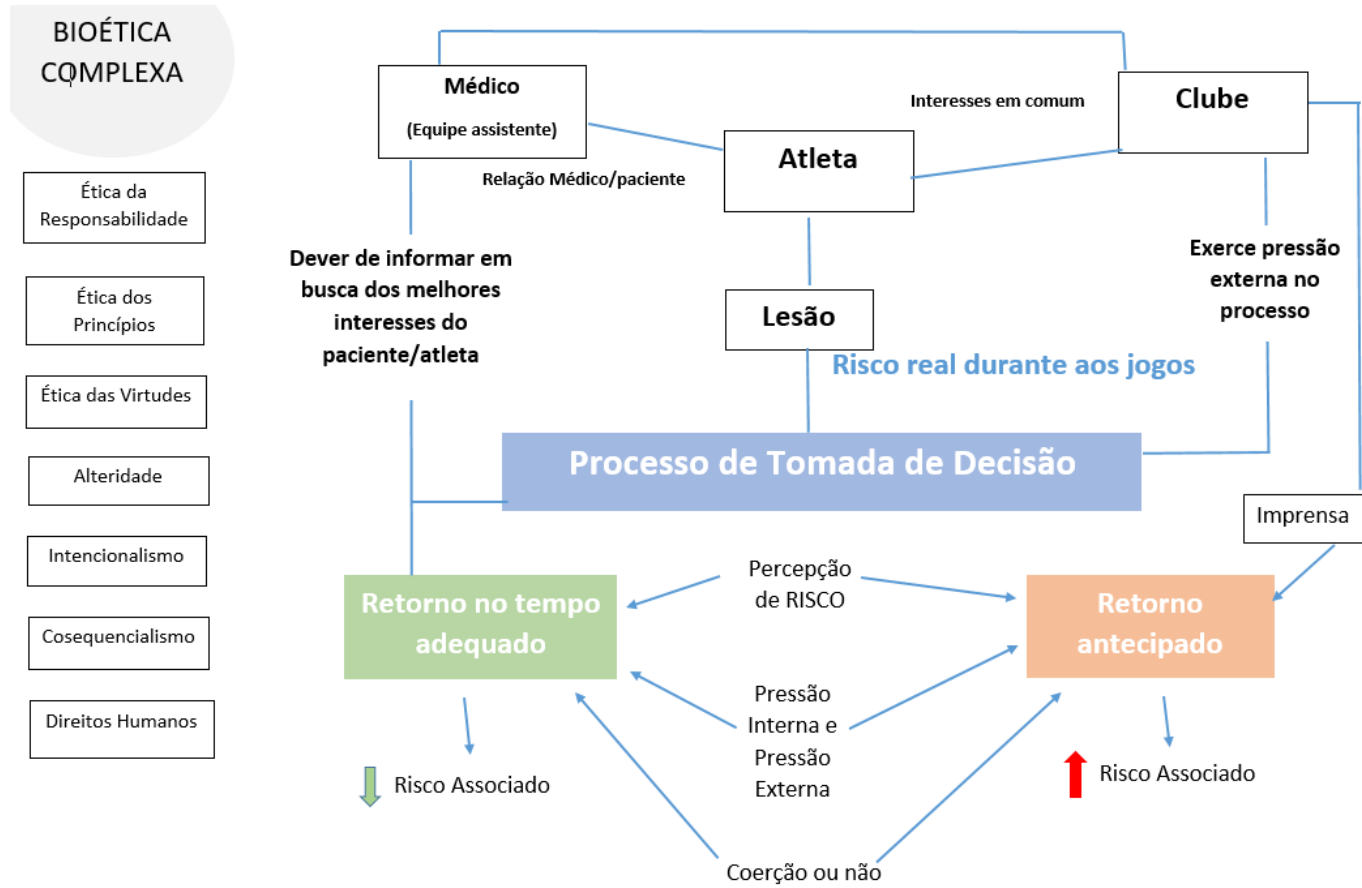


Figura 1. Mapa conceitual

4. JUSTIFICATIVA

O esporte é hoje um grande negócio (2,38). O futebol como produto de consumo de massa, lidera no Brasil a indústria do entretenimento (39), e para tal, é necessário ser comercializado. O esporte não mais é visto somente como realização de exercícios físicos e de prática de valores humanos e sociais, mas como um produto de investimento financeiro.

Para incrementar seu valor em cifras, a melhor estratégia a ser adotada pelos clubes é a estratégia da vitória. Vencendo o clube aumenta a venda de ingressos para as partidas, o número de associados, a audiência na TV, sua popularidade em redes sociais, se beneficia do uso de sua imagem. Com isso, o clube capitaliza seu retorno financeiro (2).

Gestores administrativos de um clube, sejam eles os presidentes ou dirigentes, normalmente trabalham anos e até décadas para atingir classificações ou até conquistas de títulos de competições importantes. Treinadores e comissões técnicas trabalham exaustivamente para atingir a excelência técnica, tática e física de seus comandados. Por essa razão, vencer torna-se obrigação, e o atleta acaba sendo pressionado para jogar em todas as circunstâncias, gerando assim dois conflitos de interesses, o primeiro diz respeito ao atleta e sua autonomia e o segundo é referente à equipe médica do clube, que acaba pressionada para recuperar os atletas em tempos menores que os recomendados pelas melhores evidências científicas ou médicas (2-4).

Espera-se sempre que o médico busque o melhor resultado possível para seu paciente, agindo de acordo com o melhor interesse do mesmo. Quando esse paciente é um atleta e o contratante é o clube, o cenário muda e enormes pressões são exercidas, a relação de confiança por vezes é prejudicada, da díade estabelecida anteriormente, médico/paciente, temos agora a tríade, correspondida por médico/atleta-paciente/clube.

Desta forma, se instauram problemas éticos de diversas frentes. O clube é o provedor financeiro do médico e investiu recursos financeiros consideráveis no atleta, por isso o quer jogando o quanto antes. Exige que o médico habilite o atleta o mais rapidamente possível, o que coloca o médico frente a dilemas com seu código de ética profissional. De um lado o médico se vê pressionado em agir no melhor interesse de

seu contratante, o que garantirá seu alto salário, os prestígios e benefícios relacionados em ser o médico do clube e, do outro, pensa nos interesses do paciente/atleta que é o maior envolvido no problema (2–4,47)

Também sabemos que o próprio atleta por ser um profissional de alto nível, exerce a si mesmo um alto grau de pressão para jogar sempre, pois busca sua excelência através de ótimas performances e é motivado pelo prazer em competir e mostrar-se superior aos demais. O atleta por vezes, não comunica a equipe médica desconfortos físicos sentidos por motivo de orgulho, de sacrifício arrogante e temor pelas consequências (2,5).

Estudos comprovam que atletas que jogam lesionados, no “sacrifício”, têm o respeito e a admiração dos demais atletas do grupo e da sociedade. O contrário também é verdadeiro. Atletas que se queixam de dores ou que se negam a jogar machucados, são hostilizados e desprezados pelos colegas de time (2,6,12).

Os estudos sobre a interface da bioética com o esporte e o processo de tomada de decisão, são escassos no Brasil e no mundo (17), embora se discuta o tema na literatura a partir de diferentes descritores, como ética no esporte (7,15,16,34,48–50).

Sendo assim, esta pesquisa justifica-se pelo interesse em compreender como o processo de tomada de decisão envolvendo atletas lesionados, sem grau específico de lesão, se dá na prática diária de clubes esportivos. Um foco de interesse é saber se todos os participantes envolvidos colaboram para chegar na alternativa mais adequada ou simplesmente acatam as ordens hierárquicas por força da coerção associada.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo Geral

Identificar as diferentes características do processo de tomada de decisão, em especial a coerção associada, para o retorno do atleta de futebol lesionado às atividades esportivas.

5.2 Objetivos Específicos

- Identificar as características do processo de tomada de decisão na perspectiva dos próprios atletas;
- Identificar as características do processo de tomada de decisão na perspectiva dos dirigentes do clube esportivo;
- Identificar as características do processo de tomada de decisão na perspectiva da equipe de profissionais de saúde que atuam no clube;
- Identificar as características do processo de tomada de decisão na perspectiva da imprensa esportiva.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mathias MB. The competing demands of sport and health: An essay on the history of ethics in sports medicine. *Clin Sports Med*. 2004;23(2):195–214.
2. Polsky S. Winning medicine: professional sports team doctors' conflicts of interest. *J Contemp Heal Law Policy* [Internet]. 1998;14(2):503–29. Available from: <http://scholarship.law.edu/jchlp%5Cnhttp://scholarship.law.edu/jchlp/vol14/iss2/14>
3. Blauwet C, Greenfield BH, Ham EL, Spill G, Mukherjee D. The Team Physician: Ethical and Legal Issues. *PM R* [Internet]. 2015;7(10):1089–94. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmrj.2015.09.002>
4. Greenfield BH, West CR. Ethical issues in sports medicine: a review and justification for ethical decision making and reasoning. *Sports Health* [Internet]. 2012;4(6):475–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24179585%5Cnhttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC3497948>
5. Loland S. Normative Theories of Sport: A Critical Review. *J Philos Sport*. 2004;31(2):111–21.
6. Barbanti V. O Que É Esporte? *Rev Bras Atividade Física Saúde* [Internet]. 2006;11(1):54–8. Available from: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/833>
7. Loland S, Caplan a. Ethics of technologically constructed hypoxic environments in sport. *Scand J Med Sci Sports* [Internet]. 2008;18 Suppl 1:70–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18665954>
8. Loland S. Selection from What is Sport. In: *The Ethics of Sport*. Oxford University Press; 2017.
9. Wong P. Soccer injury in the lower extremities. *Br J Sports Med* [Internet]. 2005;39(8):473–82. Available from: <http://bjsm.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bjsm.2004.015511>
10. Ekstrand J, Hägglund M, Waldén M. Injury incidence and injury patterns in professional football - the UEFA injury study Injury incidence and injury patterns in professional football – the UEFA Injury Study. *Br J Sports Med*. 2011;45(7):533–8.
11. Dunn WR, George MS, Churchill L, Spindler KP. *American Journal of Sports Ethics in Sports Medicine*. 2007;840–4.
12. Waddington I, Roderick M. *Management of medical confidentiality in English*.

2002;118–24.

13. J R Goldim. Bioética: Origens e complexidade. Rev HCPA. 2006;26(2).
14. J R Goldim. Bioética complexa: uma abordagem abrangente para o processo de tomada de decisão Complex bioethics: a comprehensive approach to decision making process. 2009;53(1):58–63.
15. McKinney R. Being Right Isn't Always Enough: NFL Culture and Team Physicians??? Conflict of Interest. Hastings Cent Rep. 2016;46:S33–4.
16. Dunn WR, Vanderbilt LC, Spindler KP. Ethics in sports medicine. AJSM Am J Sport Med. 2007;X(X):1–5.
17. NA Piantanida, RG Oriscello. FA Pettrone FO. Sudden cardiac death: ethical considerations in the return to play. Curr Sport Med Rep. 2004;2:89–92.
18. Bellino F. Fundamentos da bioética: aspectos antropológicos, ontológicos e morais [Internet]. EDUSC; 1997. Available from: <https://books.google.com.br/books?id=h94pywAACAAJ>
19. Valls ÁLM. Da Ética à Bioética [Internet]. Petrópolis: Editora Vozes; 2004. 196 p. Available from: <https://books.google.com.br/books?id=ZGAvDwAAQBAJ>
20. Goldim JR. Bioética: Origens e complexidade. Rev HCPA. 2006;26(2).
21. Kahneman D. Rápido e devagar: Duas formas de pensar [Internet]. Objetiva; 2012. Available from: <https://books.google.com.br/books?id=d3FloqhQHgQC>
22. Kahneman D, Tversky A. Prospect Theory: An Analysis of Decision under Risk. Econometrica. 1979;47(2):263–92.
23. Tonetto LM, Kalil LL, Melo WV, Schneider DDG, Stein LM. O papel das heurísticas no julgamento e na tomada de decisão sob incerteza. Estud Psicol [Internet]. 2006;23(2):181–9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2006000200008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
24. Reyna VF. A Theory of Medical Decision Making and Health: Fuzzy Trace Theory. Med Decis Mak [Internet]. 2008;28(6):850–65. Available from: <http://mdm.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/0272989X08327066>
25. Goldim JR. Bioética complexa: uma abordagem abrangente para o processo de tomada de decisão Complex bioethics: a comprehensive approach to decision making process. 2009;53(1):58–63.
26. Protas JS, Goldim JR. Perception and Expression of Coercion in Assistance and Research: a study on adaptation of measurement scales. 2010;
27. Caillois R. Os jogos e os homens: A máscara e a vertigem [Internet]. Editora Vozes; 2017. (Clássicos do Jogo). Available from:

<https://books.google.com.br/books?id=dCZFDwAAQBAJ>

28. Houaiss A, Villar M, de Mello Franco FM, Lexicografia IAH de. Dicionário Houaiss da língua portuguesa [Internet]. Objetiva; 2009. Available from: <https://books.google.com.br/books?id=1LQKqAAACAAJ>
29. Oliveira VVM. O que é educação Física. São Paulo Bras [Internet]. 1983; Available from: https://scholar.google.com.br/scholar?start=30&q=política+pública+esporte&hl=pt-BR&as_sdt=0,5#9
30. Lessa F. ESPORTE NA GRÉCIA ANTIGA : UM BALANÇO CONCEITUAL E HISTORIOGRÁFICO Prof . Dr . Fábio de Souza Lessa * Universidade Federal do Rio de Janeiro - LHIA / PPGHC / UFRJ Rio de Janeiro , Brasil. 2008;1:1–18.
31. Murad M. Sociologia e educação física: diálogos, linguagens do corpo, esportes [Internet]. 2009. Available from: <https://books.google.com.br/books?id=fYpIDwAAQBAJ>
32. Caplan AL. What is Sports? In: Caplan AL, editor. The Ethics of Sport. Oxford University Press; 2017. p. 530.
33. Caplan AL. What is sport.
34. Caplan AL, Parent B, Igel LH. Players??? Doctors: The Roles Should Be Very Clear. Hastings Cent Rep. 2016;46(December):S25–7.
35. Murray TH. Good Sport: Why Our Games Matter - And How Doping Undermines Them [Internet]. Oxford University Press; 2018. Available from: <https://books.google.com.br/books?id=aXI8DwAAQBAJ>
36. Murray TH. “Natural” Talents and Dedication—Meanings and Values in Sport. Am J Bioeth. 2018;18(6):1–3.
37. Leães CG. Futebol : Treinamento em espaço reduzido. Editora Movimento; 2003. 92 p.
38. IBOPE. Os Esportes que Dominam a TV. IBOPE [Internet]. 2014; Available from: <http://www.ibopeinteligencia.com/noticias-e-pesquisas/os-esportes-que-dominam-a-tv/>
39. IBOPE. O Futebol é a maior paixão do brasileiro. IBOPE [Internet]. 2013; Available from: <http://www.ibopeinteligencia.com/noticias-e-pesquisas/futebol-e-a-maior-paixao-dos-brasileiros/>
40. Galeano E. Futebol ao Sol e à Sombra [Internet]. L&PM Editores; 2004. Available from: <https://books.google.com.br/books?id=BbhQ4Yz9r1EC>
41. Loland S. Performance-Enhancing Drugs, Sport, and the Ideal of Natural Athletic Performance. Am J Bioeth. 2018;18(6):8–15.

42. R. S. Oliveira; T.F. Collares; K.R. Smith; T.V. Collares; F.K. Seixas. The use of genes for performance enhancement: doping or therapy? [cited 2018 Nov 20]; Available from: www.bjournal.com.br
43. Miah A. *Genetics & Sport : Bioethical Concerns*. 2012;197–202.
44. Camporesi S, McNamee M. Bioethics, genetics and sport. *Bioethics, Genetics and Sport*. 2018. 1-202 p.
45. Flynn J. Effort? Natural Talent? More on the Normative Structure of Sport. *Am J Bioeth*. 2018;18(6):28–9.
46. Savulescu J, Foddy B, Clayton M. Enhancing Drugs in Sport. *Bjism*. 2005;50(23):666–70.
47. Testoni D, Hornik CP, Smith PB, Jr DKB, Ross E. *Sports Medicine and Ethics*. (December 2014):37–41.
48. Johnson R. The unique ethics of sports medicine. *Clin Sports Med*. 2004;23(2):175–82.
49. Young CC, Campbell AD, Lemery J, Young DS. Ethical, Legal, and Administrative Considerations for Preparticipation Evaluation for Wilderness Sports and Adventures. *Wilderness Environ Med [Internet]*. 2015;26(4):S10–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wem.2015.09.013>
50. Duvernay-Tardif L. Health Care for NFL Players: Upholding Physician Standards and Enhancing the Doctor-Patient Relationship. *Hastings Cent Rep*. 2016;46:S31–2.
51. Marsh P, Bradley S, Love C, Alexander P, Norham R. Belonging [Internet]. 2007 [cited 2018 Oct 28]. Available from: <http://www.sirc.org/publik/Belonging.pdf>
52. Reyna VF. How people make decisions that involve risk: A dual-process approach. *Curr Dir Psychol Sci*. 2004;13(2):60–6.
53. Ferguson A. *Leading: Business and leadership skills from the iconic football manager* [Internet]. Hodder & Stoughton; 2015. Available from: <https://books.google.com.br/books?id=K7wqBwAAQBAJ>
54. Minayo MCS. *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade* [Internet]. Editora Vozes; 2011. (Temas sociais). Available from: <https://books.google.com.br/books?id=PtUbBAAAQBAJ>
55. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* [Internet]. 14th ed. Hucitec; 2014. Available from: <https://books.google.com.br/books?id=-WyVtwAACAAJ>
56. Howat-Rodrigues ABCC, Andrade AL De, Tokumaru RS. Desenvolvimento de uma medida de risco: escala de propensão ao risco específico (Epre). *Rev*

- Psicol - Teor e Prática [Internet]. 2013;15(1):175–93. Available from: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/2971>
57. Lage MC. Utilização do software NVivo em pesquisa qualitativa: uma experiência em EaD. ETD - Educ Temática Digit [Internet]. 2010 Dec 14 [cited 2018 Oct 10];12(0):198. Available from: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/etd/article/view/1210>
 58. Bardin L, Reto LA, Pinheiro A. Análise de conteúdo [Internet]. Edições 70; 2011. Available from: <https://books.google.com.br/books?id=GJr8OgAACAAJ>
 59. Kroshus E, Baugh CM, Daneshvar DH, Stamm JM, Laursen RM, Austin SB. Pressure on Sports Medicine Clinicians to Prematurely Return Collegiate Athletes to Play After Concussion. J Athl Train. 2015;50(9):944–51.
 60. Comte-Sponville A. Pequeno tratado das grandes virtudes [Internet]. Martins Fontes; 2009. Available from: <https://books.google.com.br/books?id=0hRxcgAACAAJ>
 61. Bittencourt ALP, José Roberto Goldim, Quintana AM, Velho MT de C, Wottrich LAF, Cherer E de Q. A VOZ DO PACIENTE: POR QUE ELE SE SENTE COAGIDO? THE PATIENT'S VOICE: WHY HE FEELS COERCED? [Internet]. Vol. 18, Psicologia em Estudo. 2013 [cited 2018 Nov 13]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v18n1/v18n1a09.pdf>
 62. Kemp P, Rendtorff JD. The Barcelona Declaration. 2007;(2000).
 63. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios da Ética Biomédica [Internet]. Loyola; 2002. Available from: <https://books.google.com.br/books?id=1i-WZeYTqicC>
 64. Potter V, Whitehouse PJ. Deep and global bioethics for a liable third millennium. Scientist. 1998;12(1):9.

7. ARTIGO

FATORES QUE INTERFEREM NO RETORNO DE UM ATLETA PROFISSIONAL DE FUTEBOL ÀS ATIVIDADES ESPORTIVAS APÓS UMA LESÃO

Daniel Tietbohl Costa

Educador Físico. Mestrando em Medicina: Ciências Médicas, UFRGS.

José Roberto Goldim

Biólogo. Professor do PPG em Medicina: Ciências Médicas, UFRGS. Chefe do Serviço de Bioética, HCPA.

Endereço para correspondência:

Daniel Tietbohl Costa

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Laboratório de Pesquisa em Bioética e Ética na Ciência, Centro de Pesquisa Experimental

Rua Ramiro Barcelos, 2350 - LAB12213

CEP: 90035-903

Porto Alegre, RS, Brasil

E-mail: dtcosta@hcpa.edu.br

FATORES QUE INTERFEREM NO RETORNO DE UM ATLETA PROFISSIONAL DE FUTEBOL ÀS ATIVIDADES ESPORTIVAS APÓS UMA LESÃO

Daniel Tietbohl Costa¹ e José Roberto Goldim²

RESUMO:

Introdução: O esporte e a medicina são atividades que envolvem diferentes tipos de valores. No esporte busca-se o melhor desempenho e a vitória, por outro lado, a medicina busca preservar a saúde do paciente. Habitualmente, estes interesses são convergentes, porém, quando ocorre uma lesão em um atleta, isto pode ser alterado. O tempo de recuperação de uma lesão esportiva pode ser alterado em função de outras variáveis, além da evolução do próprio processo de recuperação. Os atletas, as equipes de saúde, os dirigentes, a comissão técnica e, até mesmo, a imprensa esportiva podem influenciar positiva ou negativamente neste processo de tomada de decisão. **Objetivo:** descrever o processo de tomada de decisão, incluindo a coerção associada, envolvido no retorno do atleta lesionado na perspectiva dos diferentes participantes associados. **Método:** Estudo de métodos mistos. Foram realizadas 14 entrevistas semiestruturadas com atletas, equipes de saúde, dirigentes de clube e jornalistas esportivos. Foi utilizada a Escala de Percepção de Coerção, já validada para o uso em língua portuguesa no Brasil, nos atletas e nos profissionais de saúde. Os dados qualitativos foram avaliados por Análise de Conteúdo utilizando o software NVIVO 11. Os dados quantitativos foram avaliados por meio de frequências simples. **Resultados:** A partir das entrevistas emergiram duas categorias temáticas como principais componentes da tomada de decisão: pressão interna e pressão externa. A pressão externa é aquela exercida sobre o atleta e a equipe de saúde, sendo responsável por ela o clube e demais agentes externos, como comissão técnica, mídia, empresário do atleta e até colegas de equipe. A pressão interna é aquela exercida pelo próprio atleta, e tem sua origem na busca de alto rendimento e melhores resultados. Houve diferença na percepção de coerção entre atletas e equipes de saúde. **Considerações Finais:** No complexo processo de tomada de decisão envolvido no retorno de um atleta profissional às atividades esportivas, após ter sofrido

uma lesão, foi possível identificar a existência de pressões internas e externas. A comissão técnica foi identificada como um dos principais agentes de pressão externa.

Descritores: Bioética Complexa; Tomada de Decisões; Medicina Esportiva; Conflito de interesses

INTRODUÇÃO

Atualmente com o alcance e poder dos meios de comunicação, os esportes de alto rendimento passaram a ter grandes audiências, o que os transformou em potências econômicas, gerando uma “industrialização do esporte” (Galeano, 2004). Com isso, novas tecnologias e regras são introduzidas a todo momento para torná-los ainda mais atrativos (Savulescu, Foddy, & Clayton, 2005).

Podemos citar alguns fatores que explicam a atração gerada pelos esportes. A incerteza associada às atividades esportivas, tanto em termos do jogo em si como do resultado associado, é um ponto chave do sucesso junto ao público. Embora se conheçam os times ou os atletas, que vão se enfrentar e/ou competir entre si, saber o resultado final, mesmo quando provável com base em dados estatísticos, é sempre impossível. Outro fator importante é o pertencimento. Existe uma “nação” de torcedores que precisam se ligar a um clube ou atleta vitorioso, que passam a representá-los. É isto que dá sentido ao pertencimento, a partir do esporte, a algum grupo social (Caillois, 2017; Marsh, Bradley, Love, Alexander, & Norham, 2007).

As grandes performances dos atletas, se baseiam em duas condições: a existência de um talento natural e muita dedicação para aprimorá-lo. Além disto, a coragem do atleta que busca superar seus limites físicos e mentais, é que gera o fascínio dos torcedores (Murray, 2018).

Na perspectiva do esporte estão envolvidos valores associados ao prazer e ao sofrimento, aos aspectos estéticos do esporte em si, e até mesmo valores “religiosos”, que explicam o comportamento fanático dos torcedores. A medicina, por outro lado, busca, prioritariamente, a promoção, a prevenção e a manutenção da saúde. Este enfrentamento de valores é frequente na área esportiva (Barbosa, 2013; Scheler, 1927).

O esporte pode promover a saúde de um indivíduo, porém, em função do desgaste e das exigências das demandas físicas e psicológicas associadas, também podem adoecê-lo. Esta possibilidade gera um conflito entre o esporte e a medicina,

que data desde a época da Grécia antiga (Warren R Dunn, George, Churchill, & Spindler, 2007; Warren Reid Dunn, Vanderbilt, & Spindler, 2007).

Antigamente, os conflitos entre médicos, atletas e treinadores se referiam aos hábitos de vida, a alimentação e o tipo de treinamento preconizado. Os médicos julgavam que estas práticas, então vigentes, eram contrárias à saúde (Warren Reid Dunn et al., 2007; Mathias, 2004). Atualmente, os conflitos de interesse continuam a existir, tendo se deslocado para a questão da crescente demanda de performance, especialmente nos atletas de alto nível (Camporesi & McNamee, 2018; Savulescu et al., 2005).

Desta forma, quando ocorre uma lesão, o clube busca a recuperação do atleta no menor tempo possível. Este interesse do clube pode interferir no processo de tomada de decisão do próprio atleta e da equipe de profissionais de saúde (Warren Reid Dunn et al., 2007; Greenfield & West, 2012).

Durante o processo de tomada de decisão a respeito do retorno de um atleta às atividades esportivas existem inúmeras variáveis envolvidas. É importante poder identificar quais os fatos e as circunstâncias envolvidas na decisão a ser tomada, avaliando as alternativas e suas respectivas consequências (Goldim, 2006). A bioética complexa pode auxiliar nesta compreensão, pois permite uma abordagem integrada dos múltiplos aspectos envolvidos (Goldim, 2009).

Uma perspectiva bioética teórica que pode ser utilizada é a dos princípios. A Autonomia, a Integridade, a Vulnerabilidade e a Dignidade são princípios que permitem abordar este tema (Kemp & Rendtorff, 2007). Uma lesão esportiva afeta a integridade de um atleta, assim como a sua recuperação inadequada. Por outro lado, os interesses do clube podem acarretar um aumento na vulnerabilidade do atleta e da equipe de saúde, que pode implicar em redução da autodeterminação, ou seja, da possibilidade de expressar livremente a sua escolha em um processo de tomada de decisão. O conjunto destes três princípios converge para a questão da dignidade, ou seja, do atleta ser considerado como simples meio para a realização de uma atividade esportiva ou um “bem comercializável” por parte do clube e da imprensa.

Objetivou-se com esse estudo, identificar as características do processo de tomada de decisão para o retorno do atleta profissional de futebol lesionado na perspectiva dos diversos agentes envolvidos, ou seja, do próprio atleta, do dirigente, da equipe de saúde e da imprensa.

MÉTODO

Foi realizado um estudo transversal, observacional, com base em entrevistas individuais semiestruturadas com atletas (A), equipe de saúde (ES), dirigentes (D) e jornalistas esportivos (JE), com o uso de técnicas mistas (Minayo, 2011, 2014).

Foi utilizada uma amostra de conveniência, composta por atletas profissionais de futebol (n=6), profissionais das equipes de saúde (n=4), dirigentes de clubes de futebol (n=1) e jornalistas esportivos (n=3). Foram incluídos atletas que sofreram algum tipo de lesão em que tenha havido a necessidade de interrupção temporária das atividades esportivas profissionais. Os profissionais de saúde e o dirigente que foram entrevistados participaram direta ou indiretamente no processo de tomada de decisão. Os jornalistas esportivos foram incluídos com a expectativa de obter uma percepção externa ao contexto de tomada de decisão no âmbito do futebol.

A técnica de coleta de dados foi a de entrevista semi-estruturada, com roteiro adaptado para cada grupo de participantes. As entrevistas, com duração média de 30 minutos, foram realizadas nos ambientes de trabalho de cada um dos participantes. Todas as entrevistas foram conduzidas pelo mesmo pesquisador, sendo gravadas e posteriormente transcritas, de forma despersonalizada.

Os dados obtidos da transcrição das entrevistas foram avaliados utilizando a análise de conteúdo de Bardin, seguindo suas etapas de pré-análise, exploração do material e, por fim, a fase de tratamento dos resultados (Bardin, Reto, & Pinheiro, 2011). A avaliação dos dados foi feita com o auxílio do software QSR NVivo 11, versão Windows (Lage, 2010).

Além disto, foi utilizado um instrumento para avaliar a percepção de coerção, já validado para a língua portuguesa falada no Brasil, nos atletas e equipes de saúde (Howat-Rodrigues, Andrade, & Tokumaru, 2013; Protas & Goldim, 2010). Este

instrumento permite identificar níveis crescentes de coerção, que variam de 0 a 5 pontos.

Este projeto foi submetido a Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CAAE 80985817.4.0000.5327)

RESULTADOS

A partir da análise de conteúdo das entrevistas, emergiram duas categorias temáticas como principais influenciadoras do processo de tomada de decisão: as pressões interna e externa. A pressão interna, é a auto exercida pelo próprio atleta, e tem sua origem geralmente em razão do alto rendimento esperado. A pressão externa é a exercida pelos dirigentes do clube, pela comissão técnica, e pela mídia, sobre o atleta e a equipe de saúde.

A pressão interna é exercida pelo próprio atleta com a finalidade de retornar de uma lesão às atividades esportivas o quanto antes possível. Um jornalista esportivo destacou que o atleta precisa estar jogando para ocupar seu lugar no time e evitar que sua vaga seja preenchida por outro jogador, que às vezes pode atuar melhor e assumir a titularidade. O dirigente entrevistado afirmou que dentro de um clube esportivo, deve haver competência para suprir a vaga deixada em aberta pelo atleta lesionado, o que reforça a questão da necessidade do atleta estar ocupando ou retornar à sua vaga no time.

Os atletas relataram que atuam muitas vezes no “sacrifício”, encobrendo dores e desconfortos à comissão técnica e equipe de saúde. Esta informação pode ser compartilhada entre os atletas, mas fica encoberta às demais pessoas do vestiário. Este comportamento pode, inclusive, ser valorizado pelos demais atletas. A justificativa para esta omissão se associa ao desejo de glória e reconhecimento futuros. Também referiram que uma boa atuação, ou um título importante, podem render contratos com clubes mais expressivos.

Um jornalista esportivo informou que a pressão interna pode variar de acordo com a experiência do atleta: os mais experientes tendem a não se colocar em uma situação de risco ao retornar precocemente de uma lesão. O dirigente ressaltou que,

desde o ponto de vista do clube, não é permitido que o atleta pressione seu retorno antecipado de lesão.

Resumindo, os relatos dos atletas são corroborados pelos do dirigente e dos jornalistas esportivos na questão da disputa por titularidade no time ser um importante fator de pressão interna. O dirigente nega que possa haver a possibilidade de retorno antecipado dependente unicamente da vontade do jogador, que pode, por outro lado, não relatar sintomas de dor e desconforto ainda existentes.

A pressão externa mais destacada por atletas, membros da equipe de saúde e jornalistas é a exercida pela comissão técnica. Esta pressão é decorrente do desejo de contar com seus melhores jogadores, aumentando a possibilidade de uma vitória ou, pelo menos, de um bom resultado. O período do calendário de competição também pode interferir na recuperação do atleta. Conforme os jogos eliminatórios ou finais se aproximam, a pressão sobre o atleta e equipe de saúde se intensifica no sentido de haver um retorno precoce. Essa pressão cresce de acordo com a habilidade e a importância do atleta para o clube, ou seja, quanto mais destacado for o atleta para o time, maior é a pressão para que ele retorne antecipadamente da recuperação de sua lesão. A equipe de saúde ressalta que a pressão externa da comissão técnica pode ser também devida ao precário conhecimento da fisiologia da lesão.

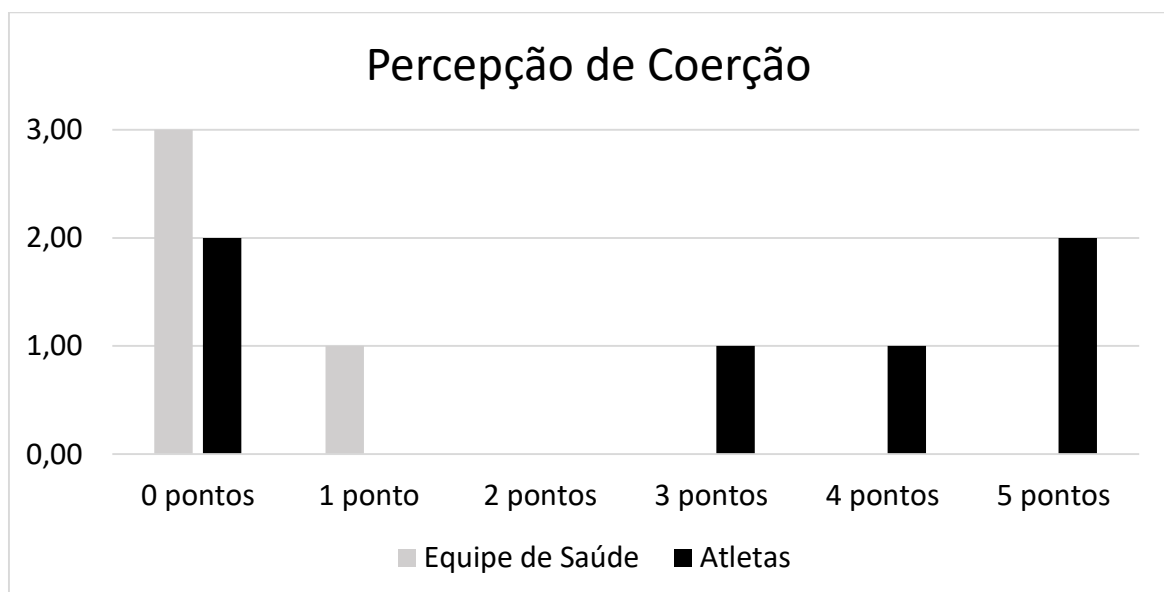
Quando existe a preocupação de obtenção de rendimentos financeiros ou uma futura venda de um atleta, os dirigentes do clube podem pressionar no sentido de retorno ou permanência no time.

Os membros da equipe de saúde apontam a mídia esportiva como o agente externo que mais interfere no processo de tomada de decisão para o retorno do atleta após uma lesão. A mídia esportiva pode divulgar informações não condizentes com a realidade do quadro de saúde do atleta, aumentando a expectativa para o retorno antecipado do atleta lesionado.

Um membro da equipe de saúde referiu que a conjugação das pressões interna e externa é que podem interferir diretamente no processo de tomada de decisão para retorno do atleta às atividades.

Para avaliar a percepção de coerção dos atletas e da equipe de saúde, foi aplicada uma escala que pode variar de 0 a 5 pontos. Os valores obtidos com os quatro participantes das equipes de saúde, variaram de 0 a 1 ponto, ou seja, os profissionais de saúde tiveram uma baixa percepção de coerção associada ao processo de tomada de decisão envolvendo o retorno de um atleta lesionado. Por outro lado, os valores obtidos com os seis atletas variaram de 0 a 5 pontos, sendo que dois assinalaram o valor mínimo (zero pontos) e dois o valor máximo (5 pontos). Isto demonstra uma grande variabilidade na percepção da coerção associada ao retorno às atividades esportivas, que, por definição, é pessoal e subjetiva. Vale destacar que os atletas que tiveram percepção máxima de coerção associada (5 pontos) eram também os dois mais experientes. Apesar do tamanho da amostra não permitir uma avaliação da significância na comparação entre estes valores obtidos, foi possível reconhecer um padrão de respostas peculiar a cada um dos dois grupos de participantes (gráfico 1).

Gráfico 1 - Percepção de Coerção de Atletas e Profissionais da Saúde no processo de tomada de decisão associada a uma lesão esportiva



DISCUSSÃO

A pressão interna identificada nas entrevistas realizadas neste estudo revelou que uma das preocupações é manter a titularidade no time de futebol. Estar atuando e jogando bem, é garantia para o jogador de futebol que ele manterá sua titularidade no clube. Essa é uma das motivações que levam o atleta a se expor ao risco. O mesmo sabe que se parar de jogar, irá perder espaço no clube e novos jogadores podem assumir a sua titularidade com boas atuações. O jogador sabe que em alto rendimento a competitividade interna no clube também é altíssima, e que sempre há um outro atleta pronto para tomar o seu lugar (Ferguson, 2015). Esta mesma afirmação foi dada na entrevista com o dirigente de um clube de futebol no presente estudo.

Além da busca de se manter como titular na equipe, a competitividade dos atletas também pode gerar comportamentos de risco. Isto pode explicar a omissão de sintomas referida em diversas entrevistas. No esporte de alto rendimento existe uma linha tênue entre saúde e doença, pois quanto mais pressionado para atingir o resultado, maiores os níveis de exigência e estresse do atleta, o que pode ocasionar em maior incidência e reincidência de lesões (Ekstrand, Hägglund, & Waldén, 2011; Wong, 2005).

Os atletas referiram que um dos elementos de pressão interna é a busca de destaque e de ter o reconhecimento de seus colegas de time e dos demais segmentos envolvidos. Por isso, é típico aceitarem os riscos de curto prazo no tratamento de lesões. Essa é a cultura do guerreiro, que tem sua origem na Antiguidade Clássica, e no qual o respeito é obtido pelo exemplo, pela coragem, pelo “sacrifício” pessoal em nome da busca pela vitória (McKinney, 2016). Esse tipo de demonstração de coragem é considerado como sendo uma virtude (Comte-Sponville, 2009).

A experiência, a escolha e a concentração aumentam a qualidade do processo de tomada de decisão (Kahneman & Tversky, 1979). Além da maturidade de quem toma a decisão, também é importante ter tempo para deliberar, visando escolher a alternativa mais adequada (Ferguson, 2015). Estas características foram destacadas nas entrevistas ao referirem que ser um atleta experiente pode reduzir a pressão interna presente na decisão sobre o momento adequado de retornar às atividades esportivas.

A pressão externa é aquela exercida por outros agentes sobre o atleta, e que interferem para o retorno antecipado do atleta. A comissão técnica foi a mais citada nas entrevistas por exercer esta pressão externa. A comissão técnica busca o melhor resultado para o clube e não os melhores interesses do atleta (Kroshus et al., 2015).

No esporte profissional competitivo os clubes investem grandes recursos financeiros na constituição de suas equipes. Vencer se torna a melhor estratégia para continuar incrementando os rendimentos do clube, por isso o clube deve sempre querer contar com seus melhores atletas (Polsky, 1998). Um jornalista entrevistado destacou que os dirigentes podem exercer uma grande pressão externa quando querem antecipar um retorno de uma atleta de destaque visando a sua venda futura. Desta forma, a integridade física do atleta pode ser colocada secundariamente frente aos interesses do clube (Polsky, 1998).

Outro fator importante é que a equipe de saúde detém conhecimentos técnicos dos procedimentos, que, muitas vezes por falta de explicação adequada, não é entendida pelo jogador nem pela comissão técnica. (Warren Reid Dunn et al., 2007).

A expressão de coerção referente ao processo de tomada de decisão no momento da lesão do atleta pode estar associada à falta de informação frente ao tratamento, bem como a sensação de não ter uma voz ativa no processo de tomada de decisão (Bittencourt et al., 2013).

O conhecimento técnico pode explicar, pelo menos em parte, o motivo da equipe de saúde ter apresentado uma baixa percepção de coerção, apesar de haver a referência expressa à pressão externa da comissão técnica e, principalmente, da mídia esportiva.

Os dirigentes, frequentemente, trabalham por longos períodos de tempo na busca de títulos. Isto pode gerar a dificuldade em aceitar que os profissionais da equipe de saúde tenham condutas cautelosas e mantenham seus atletas fora de campo, ou seja, na possibilidade disto ocasionar uma derrota (Polsky, 1998). Esta situação também foi referida nas entrevistas do presente estudo.

Em suma, o retorno de um atleta profissional após uma lesão é a decisão complexa que envolve pressões internas e externas de um grande número de pessoas

envolvidas com diferentes perspectivas e interesses envolvidos. A preservação da dignidade dos atletas é um ponto fundamental a ser preservado ao longo de todo este processo.

FINANCIAMENTO

A presente pesquisa e artigo com o suporte da CAPES/CNPQ, e FIPE/HCPA e foi executado pelo LAPEBEC.

Abstract

Introduction: Sport and medicine are activities that involve different types of values. In sport, one seeks the best performance and victory, on the other hand, medicine seeks to preserve the patient's health. Usually these interests converge, but when an injury occurs in an athlete, this can be changed. The recovery time of a sports injury may change due to other variables, in addition to the evolution of the recovery process itself. Athletes, health teams, managers, the coaching staff, and even the sports press can positively or negatively influence this decision-making process. **Objective:** To describe the decision-making process, including associated coercion, involved in the return of the injured athlete from the perspective of the different associated participants. **Method:** Study of mixed methods, qualitative and quantitative. There were 14 semi-structured interviews with athletes, health teams, club officers and sports journalists. The Perception of Coercion Scale was used, already validated for use in the Portuguese language spoken in Brazil, in athletes and in health professionals. The qualitative data were evaluated by Content Analysis using the NVIVO 11 system. Quantitative data were evaluated using simple frequencies. The project was approved by CEP/HCPA (CAAE 80985817.4.0000.5327) **Results:** From the interviews emerged two thematic categories as main components of decision making: internal pressure and external pressure. External pressure is exerted on the athlete and the health team, being responsible for it the club and other external agents, such as technical commission, media, athlete entrepreneur and even teammates. The internal pressure is exerted by the athlete, and has its origin in the search of high yield and better results. There was a difference in the perception of coercion between athletes and health teams. **Final Considerations:** In the complex process of decision making involved in the return of a professional athlete to sports activities, after having suffered an injury, it was possible to identify the existence of internal and external pressures. The coaching staff was identified as one of the main external pressure agents.

Keywords: Complex Bioethics; Decision-Making Process; Sports Medicine; Conflict of interests.

REFERÊNCIAS:

- Barbosa, N. (2013). Scheler, os valores, o sentimento e a simpatia, *11*(23). Retrieved from [www.ufjf.br/eticaefilosofia\[76\]](http://www.ufjf.br/eticaefilosofia[76])
- Bardin, L., Reto, L. A., & Pinheiro, A. (2011). *Análise de conteúdo*. Edições 70. Retrieved from <https://books.google.com.br/books?id=GJr8OgAACAAJ>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2002). *Princípios da Ética Biomédica*. Loyola. Retrieved from <https://books.google.com.br/books?id=1i-WZeYTqicC>
- Bittencourt, A. L. P., José Roberto Goldim, Quintana, A. M., Velho, M. T. de C., Wottrich, L. A. F., & Cherer, E. de Q. (2013). A VOZ DO PACIENTE: POR QUE ELE SE SENTE COAGIDO? THE PATIENT'S VOICE: WHY HE FEELS COERCED? *Psicologia em Estudo* (Vol. 18). Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/pe/v18n1/v18n1a09.pdf>
- Caillois, R. (2017). *Os jogos e os homens: A máscara e a vertigem*. Editora Vozes. Retrieved from <https://books.google.com.br/books?id=dCZFDwAAQBAJ>
- Camporesi, S., & McNamee, M. (2018). *Bioethics, genetics and sport. Bioethics, Genetics and Sport*. <https://doi.org/10.4324/9781315709253>
- Comte-Sponville, A. (2009). *Pequeno tratado das grandes virtudes*. Martins Fontes. Retrieved from <https://books.google.com.br/books?id=0hRxcgAACAAJ>
- Dunn, W. R., George, M. S., Churchill, L., & Spindler, K. P. (2007). American Journal of Sports Ethics in Sports Medicine, 840–844. <https://doi.org/10.1177/0363546506295177>
- Dunn, W. R., Vanderbilt, L. C., & Spindler, K. P. (2007). Ethics in sports medicine. *AJSM American Journal of Sport Medicine*, X(X), 1–5. <https://doi.org/10.1177/0363546506295177>
- Ekstrand, J., Hägglund, M., & Waldén, M. (2011). Injury incidence and injury patterns in professional football - the UEFA injury study Injury incidence and injury patterns in professional football – the UEFA Injury Study. *British Journal of Sports Medicine*, 45(7), 533–538. <https://doi.org/10.1136/bjism.2009.060582>
- Ferguson, A. (2015). *Leading: Business and leadership skills from the iconic football manager*. Hodder & Stoughton. Retrieved from <https://books.google.com.br/books?id=K7wqBwAAQBAJ>
- Galeano, E. (2004). *Futebol ao Sol e à Sombra*. L&PM Editores. Retrieved from <https://books.google.com.br/books?id=BbhQ4Yz9r1EC>
- Goldim, J. R. (2006). Bioética: Origens e complexidade. *Rev HCPA*, 26(2).
- Goldim, J. R. (2009). Bioética complexa: uma abordagem abrangente para o processo de tomada de decisão Complex bioethics: a comprehensive approach to decision making process, 53(1), 58–63.
- Greenfield, B. H., & West, C. R. (2012). Ethical issues in sports medicine: a review and justification for ethical decision making and reasoning. *Sports Health*, 4(6), 475–9. <https://doi.org/10.1177/1941738112459327>
- Howat-Rodrigues, A. B. C. C., Andrade, A. L. De, & Tokumar, R. S. (2013). Desenvolvimento de uma

- medida de risco: escala de propensão ao risco específico (Epre). *Revista Psicologia - Teoria e Prática*, 15(1), 175–193. Retrieved from <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/2971>
- J R Goldim. (2009). Bioética complexa: uma abordagem abrangente para o processo de tomada de decisão Complex bioethics: a comprehensive approach to decision making process, 53(1), 58–63.
- Kahneman, D. (2012). *Rápido e devagar: Duas formas de pensar*. Objetiva. Retrieved from <https://books.google.com.br/books?id=d3FloqhQHgQC>
- Kahneman, D., & Tversky, A. (1979). Prospect Theory: An Analysis of Decision under Risk. *Econometrica*, 47(2), 263–292. <https://doi.org/10.2307/1914185>
- Kemp, P., & Rendtorff, J. D. (2007). The Barcelona Declaration, (2000).
- Kroshus, E., Baugh, C. M., Daneshvar, D. H., Stamm, J. M., Laursen, R. M., & Austin, S. B. (2015). Pressure on Sports Medicine Clinicians to Prematurely Return Collegiate Athletes to Play After Concussion. *Journal of Athletic Training*, 50(9), 944–951. <https://doi.org/10.4085/1062-6050-50.6.03>
- Lage, M. C. (2010). Utilização do software NVivo em pesquisa qualitativa: uma experiência em EaD. *ETD - Educação Temática Digital*, 12(0), 198. <https://doi.org/10.20396/etd.v12i0.1210>
- Marsh, P., Bradley, S., Love, C., Alexander, P., & Norham, R. (2007). *Belonging*. Retrieved from <http://www.sirc.org/publik/Belonging.pdf>
- Mathias, M. B. (2004). The competing demands of sport and health: An essay on the history of ethics in sports medicine. *Clinics in Sports Medicine*, 23(2), 195–214. <https://doi.org/10.1016/j.csm.2004.02.001>
- McKinney, R. (2016). Being Right Isn't Always Enough: NFL Culture and Team Physicians??? Conflict of Interest. *Hastings Center Report*, 46, S33–S34. <https://doi.org/10.1002/hast.655>
- Minayo, M. C. S. (2011). *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade*. Editora Vozes. Retrieved from <https://books.google.com.br/books?id=PtUbBAAAQBAJ>
- Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (14th ed.). Hucitec. Retrieved from <https://books.google.com.br/books?id=-WyVtwAACAAJ>
- Murray, T. H. (2018). *Good Sport: Why Our Games Matter - And How Doping Undermines Them*. Oxford University Press. Retrieved from <https://books.google.com.br/books?id=aXI8DwAAQBAJ>
- Polsky, S. (1998). Winning medicine: professional sports team doctors' conflicts of interest. *Journal of Contemporary Health Law & Policy*, 14(2), 503–529. Retrieved from <http://scholarship.law.edu/jchlp%5Cnhttp://scholarship.law.edu/jchlp/vol14/iss2/14>
- Potter, V., & Whitehouse, P. J. (1998). Deep and global bioethics for a liable third millennium. *Scientist*, 12(1), 9.
- Protas, J. S., & Goldim, J. R. (2010). Perception and Expression of Coercion in Assistance and Research: a study on adaptation of measurement scales.
- Reyna, V. F. (2004). How people make decisions that involve risk: A dual-process approach. *Current*

Directions in Psychological Science, 13(2), 60–66. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2004.00275.x>

Reyna, V. F. (2008). A Theory of Medical Decision Making and Health: Fuzzy Trace Theory. *Medical Decision Making*, 28(6), 850–865. <https://doi.org/10.1177/0272989X08327066>

Savulescu, J., Foddy, B., & Clayton, M. (2005). Enhancing Drugs in Sport. *Bjism*, 50(23), 666–670. <https://doi.org/10.1136/bjism.2003.005249>

Scheler, M. (1927). *Der Formalismus in der Ethik* (3rd ed.). Berlin: Outlook Verlag. Retrieved from https://books.google.com.br/books?id=99uFzUh_nJcC

Tonetto, L. M., Kalil, L. L., Melo, W. V., Schneider, D. D. G., & Stein, L. M. (2006). O papel das heurísticas no julgamento e na tomada de decisão sob incerteza. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 23(2), 181–189. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2006000200008>

Wong, P. (2005). Soccer injury in the lower extremities. *British Journal of Sports Medicine*, 39(8), 473–482. <https://doi.org/10.1136/bjism.2004.015511>

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos entender o processo de tomada de decisão como sendo um processo interdependente das circunstâncias. Ou seja, o processo de tomada de decisão é um processo complexo e interdependente de diversas variáveis que interferem na ação final. De acordo a análise das falas, identificamos pressões externas e intrínsecas como maiores motivadores de retorno precoce dos atletas no momento da lesão. A comissão técnica é identificada como um dos principais agentes executores de pressão.

Diante do exposto, podemos enxergar o atleta profissional de futebol como um agente vulnerável no sentido amplo da palavra e entendido por Peter Kemp como Princípio (62), uma vez que vulnerabilidade representa a condição humana diante de um possível sofrimento infligido ou auto imposto.

O atleta é exposto ao risco por agentes externos que visam o sucesso do clube como melhor interesse a ser considerado, praticando a estratégia da vitória que significaria vencer a qualquer custo. Diminuindo assim a importância da integridade e dignidade do jogador. Tendo em mente o maior retorno financeiro possível, além de outros benefícios secundários, como fama e notoriedade.

Contudo, não há como deixar de concluir que os próprios jogadores são seduzidos pelo êxito, pela vitória, pelo prestígio, pela glória e por todos as benesses que essa “paixão pelo futebol” carrega consigo. Não há como não mencionar uma exposição ao risco totalmente deliberada, como fator cultural, daquele que tem raça, que merece ganhar por estar se sacrificando.

Os atletas de alto desempenho estão acostumados com desconfortos musculares, pois, já treinam arduamente há muitos anos, de acordo com o tempo de sua carreira. É natural e esperado que se coloquem em risco e continuem atuando com pequenas lesões. Contudo, nos dias atuais, com os avanços da tecnologia e da Medicina Esportiva, não seria prudente liberar o atleta nessas condições para entrar em campo, ou mesmo realizar suas atividades profissionais diárias. Mesmo ele tendo

a capacidade de autodeterminar-se e entender os riscos que sua decisão implica para sua saúde física e mental.

A comissão técnica e os profissionais da equipe de saúde têm o dever de priorizar a integridade do atleta (62,63). Aqui podemos citar uma corrente da Bioética, a Ética da Responsabilidade, que leva em consideração não só nossas intenções ou desejos com a ação, mas também pondera quanto as suas consequências, sejam elas, presentes ou futuras, retrospectivas ou prospectivas, sempre que possamos prevê-las. E é possível prever a consequência de um profissional jogar machucado, isso acarretaria no agravamento de sua lesão ou até mesmo traria consequências mais severas para sua carreira (14,60,64). Nessa situação, a prudência seria vista como a capacidade de bem deliberar/ ter uma boa deliberação, ponderar sobre as consequências e agir com elas da melhor forma que convir. Sendo assim, prudência poderia ser entendida como bom senso.

O estudo contou com amostra limitada, o que dificulta a generalização dos dados apresentados. Mais estudos com a intenção de caracterizar o processo de tomada de decisão frente a lesão no esporte são necessários, pesquisas de caráter mistos, quali-quantitativo, para podermos quantificar as informações e também qualificar e significar as falas dos principais atores do processo.

9. PERSPECTIVAS FUTURAS

Com base nos dados obtidos, podemos fazer alguns destaques para o método empregado. O Método de pesquisa mista possibilita, a interação dos dados quantitativos e estatísticos, com a subjetividade analisada nas falas dos sujeitos de maneira qualitativa. Porém, por se tratar de um tamanho de amostra pequeno, os dados quantitativos aqui expostos, não tem seu valor estatisticamente significativo, o que impossibilita uma generalização dos dados obtidos.

Busca-se em uma perspectiva futura, a continuidade da coleta de dados, afim de aumentar o número da amostra para possível confirmação, ou não, estatística dos dados obtidos e atingir mais agentes envolvidos no processo de tomada de decisão frente à lesão do atleta. Além de buscar a exploração dos dados obtidos, afim de responder questões referentes aos comportamentos de risco dos atletas participantes e sua percepção ao risco específico. Análise essa que não foi possível de ser realizada devido ao esgotamento do tempo do estudo.

10. APÊNDICES

10.1. APÊNDICE A ROTEIRO PARA A REALIZAÇÃO DE ENTREVISTA SEMI- ESTRUTURADA: Atletas e ex-atletas

DADOS DO PARTICIPANTE:

Código do Participante: _____ Data: ____/____/____
Sexo: () feminino () masculino Idade: _____ anos

Comente sobre uma lesão que você já teve e o processo de tomada de decisão envolvido na sua recuperação.

Gostaria de fazer algum outro comentário?

10.2. APÊNDICE B**ROTEIRO PARA A REALIZAÇÃO DE ENTREVISTA SEMI-
ESTRUTURADA: Equipe Médica e Outros profissionais de Saúde****DADOS DO PARTICIPANTE:**

Código do Participante: _____ Data: ____/____/____

Sexo: () feminino () masculino Idade: _____ anos

Profissão: _____

Comente sobre uma lesão de atleta que você já participou do tratamento e o processo de tomada de decisão envolvido na recuperação do atleta.

Gostaria de fazer algum outro comentário?

10.3. APÊNDICE C**ROTEIRO PARA A REALIZAÇÃO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA: Dirigentes****DADOS DO PARTICIPANTE:**

Código do Participante: _____ **Data:** ____/____/____

Sexo: () feminino () masculino **Idade:** _____ anos

Cargo: _____

Comente sobre uma lesão de atleta que você já acompanhou e o processo de tomada de decisão envolvido na recuperação do atleta.

Gostaria de fazer algum outro comentário?

10.4. APÊNDICE D**ROTEIRO PARA A REALIZAÇÃO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA: Jornalistas esportivos****DADOS DO PARTICIPANTE:**

Código do Participante: _____ **Data:** ____/____/____
Sexo: () feminino () masculino **Idade:** _____ anos

Comente sobre uma lesão de atleta que você já acompanhou e o processo de tomada de decisão envolvido na recuperação do atleta.

Gostaria de fazer algum outro comentário?

10.5. APÊNDICE E: TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de Pesquisa: **“PROCESSO DE TOMADA DECISÃO E ESPORTE: ASPECTOS BIOÉTICOS NO FUTEBOL”**

Você está sendo convidado a participar de um projeto de pesquisa sobre o processo de tomada de decisão no esporte envolvendo lesões em atletas. Este projeto é vinculado à elaboração de um trabalho de conclusão de Mestrado da Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas (UFRGS) e vinculado ao Laboratório de Pesquisa em Bioética e Ética na Ciência (LAPEBEC) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Você está sendo convidado a participar porque é atleta, ex-atleta, dirigente, membro da equipe médica ou jornalista esportivo. Caso você concorde em participar, será realizada uma entrevista semi-estruturada sobre este tema, assim como a aplicação de duas escalas. A previsão de tempo para a realização desta atividade é de aproximadamente 30 min. As entrevistas serão gravadas em áudio e depois transcritas. As gravações, após serem transcritas e avaliadas, serão apagadas.

A participação na pesquisa não trará benefícios individuais diretos aos participantes, porém, um possível benefício geral associado a esta pesquisa é gerar através das informações obtidas, novos conhecimentos que possam melhor entender as relações entre as diferentes pessoas envolvidas.

A sua participação na pesquisa será voluntária, não sendo vinculada a qualquer atividade formal do Clube. Portanto, não havendo nenhuma relação com a sua avaliação profissional. Você tem o direito de não aceitar participar e de interromper a mesma a qualquer momento, sem qualquer repercussão.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, Prof. José Roberto Goldim ou com o pesquisador Daniel Tietbohl Costa pelo telefone (051) 33597615, ou e-mail: dtcosta@hcpa.edu.br. Ou ainda com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data: Porto Alegre, ____/____/____.

11. ANEXOS

11.1. ANEXO 1

Escala de Percepção de Coerção – Atletas e ex-atletas

Código do Participante: _____ Data: ____/____/____

Leia as seguintes frases e assinale se concorda ou discorda da afirmação:

	Concordo	Discordo
Senti-me livre para fazer o que quisesse a respeito da recuperação da minha lesão.		
Eu escolhi fazer a recuperação que foi realizada.		
Foi minha a idéia de fazer a recuperação que foi realizada.		
Tive bastante decisão sobre se eu faria a recuperação que foi realizada.		
Tive mais influência do que qualquer outra pessoa sobre o fato de fazer ou não a recuperação que foi realizada.		

11.2. ANEXO 2

Escala de Percepção de Coerção – Equipe de Saúde e Dirigentes

Código do Participante: _____ Data: ____/____/____

Leia as seguintes frases e assinale se concorda ou discorda da afirmação:

	Concordo	Discordo
Senti-me livre para fazer o que quisesse a respeito da recuperação do atleta.		
Eu escolhi fazer a recuperação que foi realizada no atleta.		
Foi minha a idéia de fazer a recuperação que foi realizada no atleta.		
Tive bastante decisão sobre a recuperação que foi escolhida para ser realizada no atleta.		
Tive mais influência do que qualquer outra pessoa sobre fazer ou não a recuperação que foi realizada no atleta.		

11.3. ANEXO 3

Tabela 1 - Falas representativas da Categoria Pressão Interna ao processo de tomada de decisão de retorno de um atleta que sofreu lesão.

Pressão Interna	
Entrevista	Fala
JE2	“Existe uma pressão para que o jogador volte logo, uma pressão do próprio jogador. Não é uma simples recuperação clínica, é uma recuperação clinica que permite o jogador de futebol voltar a estar competindo e especialmente não deixando espaço para que seus concorrentes não estejam assumindo seu espaço no time. Isso faz com que exista dentro do próprio jogador uma pressão para jogar [...]. O jogador sente essa pressão. Não é uma pressão do clube. É uma pressão dele com ele mesmo em cima da concorrência que existe num time de futebol por titularidade. Jogador de futebol que se lesiona, alguém assume seu lugar, e se assumir bem o seu lugar, pode estar tomando a sua titularidade. ”
A1	“Imagina você jogar no sacrifício a final e acabar sendo campeão, já saí do time e vai para alguma coisa melhor. Já pensa no futuro, sabe que vai sofrer ali no momento, mas depois recupera. Ainda mais quando é muscular, isso acaba pesando bastante”
A2	“Não diria que voltei 100%, porque o “cara” sempre sente algo, um desconforto, dor muscular e a questão psicológica, de ter aquele medo de voltar a jogar e machucar. ”
A5	“Eu acho que depende de cada jogador (revelar a lesão/desconforto muscular no vestiário). Alguns mantem só para si. Da minha parte, eu acho que manteria só para mim, a menos que fosse um desconforto que eu não aguentasse. Eu acho que

	ganha reconhecimento da equipe quem joga na raça, mas depende da situação. ”
A6	“Sinceramente, tem muitos treinadores que nem ficam sabendo que o atleta joga com dor. Tem muito jogador que nem fala, não é necessário, e corre o risco de não jogar. E jogador quer sempre estar jogando. Alguns atletas comentam com os mais íntimos. Mas na maioria dos casos, pouca gente fica sabendo que o atleta está com dor. Claro que em casos extremos, em uma partida muito importante, um jogador muito especial, o cara vai, joga. Mas nem todos os jogos é assim. ”
JE2	“É óbvio que os mais experientes têm uma condição diferente de análise da própria carreira e sabem que uma boa recuperação envolve a possibilidade de não ter novamente uma lesão. ”
D1	“ O grupo tem que ter competência para saber substituir um jogador lesionado e esperar que ele volte no momento mais apropriado, mais adequado. Ou seja, sem nenhum risco de reincidir a lesão”
D1	“A meu juízo, pelo menos pela experiência que tive, a questão física, a questão médica, a questão do atleta, do profissional, do ser humano, é mais importante (que os resultados para o clube). Essa possibilidade não existia, essa possibilidade inexistia (de um atleta forçar o seu retorno antecipado) ”.

Obs. A = atleta; D = dirigente de clube; JE = jornalista esportivo; ES = equipe de saúde.

11.4. ANEXO 4

Tabela 2 - Falas representativas da Categoria Pressão Externa ao processo de tomada de decisão de retorno de um atleta que sofreu lesão

Pressão Externa	
Entrevista	Fala
JE2	“Existe uma pressão para que o jogador volte logo. ”
A1	“Quando é um momento mais importante para o Clube e o atleta é importante, a comissão técnica acompanha mais de perto o atleta e pergunta se não dá para voltar antes, se já está apto para voltar “ E aí, será que já não dá para voltar? Tomar uma injeção, fazer uma infiltração? ”
A2	“Se tu tens a possibilidade de jogar, por exemplo, lesão muscular, que é diferente de uma fratura, eles acabam pressionando e o jogador acaba indo para o jogo. ”
ES2	“Geralmente a comissão técnica exerce a maior pressão para o retorno antecipado do atleta. É o que mais pode interferir na recuperação. O conhecimento técnico e fisiológico das comissões técnicas é muito precário. ”
ES4	“As interferências eram mais da comissão técnica. ”
JE1	“Mas a gente também não pode se enganar, porque as vezes trata-se de um craque ali lesionado e que tem uma carreira interrompida, que uma direção de futebol, que alguns dirigentes não pressionem né, porque esses estão vendo a possibilidade de lucro para o clube, uma possibilidade de venda desse jogador que está sendo interrompida por uma lesão e que precisa de uma recuperação. Evidentemente pode haver essa pressão. ”

ES2	“Geralmente se tratava o prognóstico da forma mais fisiológica possível, as vezes tinha que se passar por cima de algumas coisas e acelerar alguns processos, [...]. Os prazos muitas vezes não permitem uma completa recuperação. E aí tem interferência de diversos atores e fatores. Interferência do atleta, da comissão técnica, e as vezes por interferência até dos próprios responsáveis médicos. ”
ES1	“Eu te confesso que a pressão mais difícil de suportar, não é a do técnico nem a do presidente, a pressão mais chata de suportar é a do jornalista. ”
ES2	“Interfere de forma negativa (mídia durante o processo de recuperação da lesão). O que passa na mídia as vezes não é a realidade dos procedimentos que tu vais fazer e de como tu vais reabilitar o teu atleta, principalmente no que diz respeito aos prazos. ”

Obs. A = atleta; JE = jornalista esportivo; ES = equipe de saúde.

11.5. ANEXO 5

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Processo de tomada decisão e esporte: aspectos bioéticos

Pesquisador: José Roberto Goldim

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 80985817.4.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.465.255

Apresentação do Projeto:

JUSTIFICATIVA O esporte é hoje um grande negócio. O futebol como produto de consumo de massa, lidera no Brasil a indústria do entretenimento, e para tal, é necessário ser comercializado. O esporte não mais é visto somente como realização de exercícios físicos e de prática de valores humanos e sociais, mas como um produto de investimento financeiro. Para incrementar seu valor em cifras, a melhor estratégia a ser adotada pelos clubes é a estratégia da vitória. Vencendo o clube aumenta a venda de ingressos para as partidas, o número de associados, a audiência na TV, sua popularidade em redes sociais, se beneficia do uso de sua imagem. Com isso, o clube capitaliza seu retorno financeiro. Gestores administrativos de um clube, sejam eles os presidentes ou dirigentes, normalmente trabalham anos e até décadas para atingir classificações ou até conquistas de títulos de competições importantes. Treinadores e comissões técnicas trabalham exaustivamente para atingir a excelência técnica, tática e física de seus comandados. Por essa razão, vencer torna-se obrigação, e o atleta acaba sendo pressionado para jogar em todas as circunstâncias, gerando assim dois conflitos de interesses, o primeiro diz respeito ao atleta e sua autonomia e o segundo é referente à equipe médica do clube, que acaba pressionada para recuperar os atletas em tempos menores que os recomendados pelas melhores evidências científicas ou médicas. Espera-se sempre que o médico busque o melhor resultado possível para seu paciente, agindo de acordo com o melhor interesse do mesmo. Quando esse paciente é um atleta e o contratante é o clube, o cenário muda e enormes pressões são exercidas, a relação de

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 2.465.255

confiança por vezes é prejudicada, da díade estabelecida anteriormente, médico/paciente, temos agora a tríade, correspondia por médico/atletapaciente/clubes. Desta forma, se instauram problemas éticos de diversas frentes. O clube é o provedor financeiro do médico e investiu recursos financeiros consideráveis no atleta, por isso o quer jogando o quanto antes. Exige que o médico habilite o atleta o mais rapidamente possível, o que coloca o médico frente a dilemas com seu código de ética profissional. De um lado o médico se vê pressionado em agir no melhor interesse de seu contratante, o que garantirá seu alto salário, os prestígios e benefícios relacionados em ser o médico do clube e do outro, pensa nos interesses do paciente/atleta que é o maior envolvido no problema. Também sabemos que o próprio atleta por ser um profissional de alto nível, exerce a si mesmo um alto grau de pressão para jogar sempre, pois busca sua excelência através de ótimas performances e é motivado pelo prazer em competir e mostrar-se superior aos demais. O atleta por vezes, não comunica a equipe médica de desconfortos físicos sentidos por motivo de orgulho e machismo. Estudos comprovam que atletas que jogam lesionados, no "sacrifício" têm o respeito e a admiração dos demais atletas do grupo e da sociedade, ao tempo que o contrário também é verdadeiro. Atletas que se queixam de dores ou que se negam a jogar machucados, são hostilizados e desprezados pelos colegas de time. Sendo assim, esta pesquisa justifica-se pelo interesse em compreender como os processos de tomada de decisões envolvendo atletas lesionados (sem grau específico de lesão) se dá na prática diária de clubes esportivos. Têm interesse em saber se todos os participantes envolvidos colaboram para chegar na opção mais adequada ou simplesmente acatam as ordens por força de coerção. E se identificado coerção, busca tipificar a mesma, em não havendo coerção, avaliar grau de percepção/propensão de risco dos participantes.

Objetivo da Pesquisa:

GERAL

Identificar as características do processo de tomada de decisão para o retorno do atleta lesionado nas diferentes perspectivas do próprio atleta, do dirigente, equipe médica e imprensa.

ESPECÍFICOS

- Avaliar a coerção associada ao processo de tomada de decisão para o retorno do atleta lesionado nos diferentes segmentos envolvidos.
- Avaliar a percepção/propensão de "risco" dos participantes da pesquisa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Este projeto não tem risco maior que o mínimo. O desconforto associado à realização da

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 2.465.255

entrevista pode ser devido a relembrar fatos e situações desagradáveis, ou o sentimento de exposição. Benefícios: Sem benefícios pessoais para os participantes. O benefício do estudo é gerar conhecimentos que permitam entender melhor o processo de tomada de decisão, especialmente a presença de coerção e a relação dos diferentes segmentos com o risco.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

TIPO DE ESTUDO

Estudo transversal, observacional, com base em entrevistas individuais com atletas e dirigentes esportivos, com o uso de técnicas mistas (quali-quantitativo). Para Minayo (2011), a pesquisa qualitativa responde questões muito particulares que não podem ser quantificadas a priori. Esta trabalha com o universo dos significados, motivos, crenças, valores e atitudes, que corresponde às relações e interações dos indivíduos. Estes fenômenos não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis, evitando, assim, a redução de seus significados.

COLETA DE DADOS A técnica de coleta de dados escolhida nesta fase da pesquisa será a de entrevista semi-estruturada (Apêndice A – para atleta e ex-atletas; Apêndice B – para profissionais da saúde; Apêndice C – para dirigentes; e Apêndice D – para Jornalistas esportivos), com aplicação de instrumentos adequados para avaliação de percepção de coerção (anexo 1 e 2) e propensão ao risco (anexo 3). Ambos os instrumentos já foram validados para utilização para a língua portuguesa. Todas as entrevistas serão conduzidas pelo mesmo pesquisador. As entrevistas ocorrerão em locais que possibilitem a sua realização, como nos clubes e centros de treinamento esportivo. Todas as entrevistas serão gravadas e transcritas. Os dados serão anonimizados e todas as informações pessoais serão descaracterizadas. A duração prevista é de aproximadamente 30 minutos.

PARTICIPANTES

A amostra será composta por atletas e ex-atletas de futebol, profissionais das equipes médicas, dirigentes de clubes, e jornalistas esportivos. Por se tratar de um estudo qualitativo, a estimativa da amostra inicial é de 32 participantes, 8 em cada subamostra. No caso de não haver saturação dos dados, pode ser necessário ampliar alguma subamostra específica. Critérios de inclusão: Atleta / Ex-atleta: Ter sofrido algum tipo de lesão que necessitou de tratamento médico no qual existia mais de uma alternativa de terapia possível. Profissional da área da saúde: Lidar diretamente no processo de tomada de decisão da equipe e/ou estar envolvido no processo de recuperação ou preparação física do atleta. Dirigentes: Participar do processo de tomada de decisão do clube.

Jornalistas esportivos: Serão convidados jornalistas esportivos que atuam em meios de

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 2.465.255

comunicação social. Critério de exclusão: Interrupção da entrevista e retirada do consentimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentado TCLE.

Recomendações:

Em uma próxima modificação do projeto, atualizar o título também no registro da Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências emitidas para o projeto no parecer 2.456.439 foram adequadamente respondidas pelos pesquisadores, conforme carta de respostas adicionada em 02/01/2018. Não apresenta novas pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (versão projeto e TCLE de 02/01/2018 e demais documentos que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto.

Para que possa ser realizado o mesmo deve estar cadastrado no sistema WebGPPG em razão das questões logísticas e financeiras.

O projeto somente poderá ser iniciado após aprovação final da Comissão Científica, através do Sistema WebGPPG.

Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.

A comunicação de eventos adversos classificados como sérios e inesperados, ocorridos com pacientes incluídos no centro HCPA, assim como os desvios de protocolo quando envolver diretamente estes pacientes, deverá ser realizada através do Sistema GEO (Gestão Estratégica Operacional) disponível na intranet do HCPA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1050757.pdf	02/01/2018 17:04:55		Aceito

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 2.465.255

Brochura Pesquisa	projetodanielfinalREVISADO.docx	02/01/2018 17:04:25	DANIEL TIETBOHL COSTA	Aceito
Outros	Carta_Resposta_ao_CEP.docx	02/01/2018 17:01:58	DANIEL TIETBOHL COSTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodanielfinal.docx	08/12/2017 16:17:43	José Roberto Goldim	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Deldaniel.pdf	08/12/2017 16:16:22	José Roberto Goldim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcledaniel.docx	08/12/2017 16:15:54	José Roberto Goldim	Aceito
Folha de Rosto	Frdaniel.pdf	08/12/2017 16:14:08	José Roberto Goldim	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 11 de Janeiro de 2018

Assinado por:
Marcia Mocellin Raymundo
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: oephcpa@hcpa.edu.br