



Manual de Classificação 2017

(Extraído e adaptado do Manual
Fédération Internationale de Powerchair Football Association - FIPFA)

Por Hanna Ferreira Kwitko
Coordenadora de Classificação ABFC
Coordenadora Internacional FIPFA
Diretora de Classificação APFC

A Associação Brasileira de Futebol em Cadeira de Rodas (ABFC) apresenta o seu Manual de Classificação Funcional 2017. A finalidade deste manual é apresentar aos técnicos, educadores físicos, fisioterapeutas, médicos, psicólogos, fonoaudiólogos, coordenadores dos clubes filiados e demais interessados sobre as linhas gerais seguidas pela ABFC sobre classificação funcional dos atletas e as regras esportivas desenvolvidas e que estão em conformidade com a *Fédération Internationale de Powerchair Football Association* (FIPFA).

1 – Propósito

O propósito do sistema de classificação da ABFC é estabelecer elegibilidade para competições do Futebol de Cadeira de Rodas

O objetivo do sistema de classificação da ABFC é agrupar os atletas em níveis de limitações derivadas de suas deficiências e não, em relação ao seu treinamento e/ou desempenho. Ou seja, avaliar o atleta em relação a funcionalidade durante o jogo.

Em resumo:

- (1) Determinar elegibilidade
- (2) Agrupar atletas em classes

2 – Elegibilidade

O Futebol de Cadeira de Rodas é praticado por atletas com diagnóstico de paralisia cerebral, traumatismo crânio encefálico, miopatias, lesões medulares, amputações (entre outras) e que como consequência, fazem uso da cadeira de rodas motorizada durante a prática do jogo.

3 – Categorias

NS (NEW STATUS) – Atletas nunca antes classificados

RS (REVIEW STATUS) – Atletas que devem ser avaliados durante a competição ou por mais de uma competição devido a deficiências progressivas e/ou mudanças no perfil.

C (CONFIRMED) – Atletas que já foram classificados internacionalmente e que sua classe não sofrerá alterações.

NE (NOT ELEGIBLE) – Atletas não elegíveis para a prática do Futebol de Cadeira de Rodas.

ATENÇÃO:

Atletas não elegíveis devem ser informados de que há a possibilidade de serem elegíveis para a prática de outro esporte.

4 – Carteira de Classificação

Todos atletas devem receber a carteira de classificação e estar com ela durante as competições. A carteira deve conter: nome, clube, modalidade e classe.

5 – Autorização da Classificação

Cada atleta e uma testemunha deverão assinar um termo de autorização feito pela ABFC antes de ser classificado.

6 – Procedimentos para classificação

Os classificadores devem levar em consideração 3 questões principais:

- 1) O atleta anda, corre, levanta, de modo que a cadeira de rodas motorizada não seja essencial?
- 2) O atleta consegue fazer uso da cadeira de rodas manual para o esporte?
- 3) O atleta apresenta limitação severa dos membros superiores a ponto de afetar a performance no uso da cadeira manual para o esporte?

Para ser elegível para a prática do Power Soccer as respostas devem ser nesta ordem: não, não e sim. Sendo elegível seguem as classes em que deverão ser classificados.

7 – Classes Funcionais

PF 1 – Atletas com comprometimento severo

PF 2 – Atletas com comprometimento moderado

ATENÇÃO:

Cada equipe deve ter no máximo 2 atletas PF2 por partida.

8 – O processo de classificação

O classificador deve certificar-se de que a cadeira apresentada é a mesma usada na hora do jogo, e que todos os acessórios usados estão presentes (cintas, suportes, óculos, talas...)

A classificação deve iniciar-se pelo médico para que julgue se a deficiência apresentada é elegível para a prática do esporte. Em seguida, o fisioterapeuta com sua avaliação de postura, tônus muscular e arco de movimento, coordenação motora, força, reflexos, entre outros que julgue necessários. E por último o classificador técnico, que fará os testes práticos do esporte.

9 – Parte fisioterapêutica

Características para classificação de atletas a nível PF1:

- **Condições Neurológicas:**
 - ✓ **Controle de Tronco:** De moderado a pobre. Os atletas neste nível de jogo terão mais dificuldade ou não conseguirão se recuperar do movimento para frente, lateral e rotacional. Sequenciamento e tempo serão atrasados e não poderá realizar a tarefa sem ajuda. Os reflexos são mais fortes do que os movimentos.
 - ✓ **Controle de Cabeça:** Será difícil de manter o controle da cabeça durante o impacto. Terá capacidade reduzida do campo visual.
 - ✓ **Controle de direção/condução:** Dificuldade com a fluência das habilidades de direção e da capacidade de manter a preensão (pegada) e controle do joystick. Pode ter um atraso em movimentos de transição que afetam a qualidade da condução/direção, (isto é, o tempo de resposta).
 - ✓ **Fatores Secundários:** Pode haver um forte aumento do tônus global pelo esforço ao longo do tempo e com o esforço. Pode não ser capaz de se comunicar bem.

- **Condições Ortopédicas:**

- ✓ **Controle de Tronco:** Movimento do tronco severamente limitado, afetando a rotação, para frente, para trás e flexão lateral, a capacidade de recuperar a posição pode ser limitada.
- ✓ **Controle de cabeça:** Controle de cabeça pobre. Não pode rodar dentro do arco de movimento. A posição da cabeça pode se perder durante o impacto. Campo visual limitado.
- ✓ **Controle de Condução/Direção:** Pode dirigir de forma eficaz, mas pode ter dificuldade em manter a preensão (pegada).
- ✓ **Fatores Secundários:** Resistência e a comunicação podem ou não ser um fator.
- **Amputados (Adquirida e/ou Congênita – Envolvimento de 3 ou 4 membros):**
 - ✓ **Controle de Tronco:** Controle de tronco estável (com algumas exceções). Postura sentada pode ser afetada particularmente no impacto. Atletas não ambulatoriais.
 - ✓ **Controle de cabeça:** Se estiver usando um tipo de controle pela cabeça, como um sugador, um soprador ou controle de queixo, o campo visual estará limitado.
 - ✓ **Controle de Condução/Direção:** Se usar um tipo de controle pela cabeça, como um sugador, um soprador ou controle de queixo, a resposta e qualidade de controle podem ser afetadas.
 - ✓ **Fatores Secundários:** Resistência pode ser um problema se estiver usando um sistema de controle de boca. Se um jogador precisa controlar uma cadeira com um membro afetado no lado dominante, a fluência de dirigir pode ser comprometida pelos movimentos de rotação do tronco.
- **Miopatias:**
 - ✓ **Controle de Tronco:** Equilíbrio sentado independente muito limitado, e seria dependente de um sistema de apoio postural para manter sua posição vertical.
 - ✓ **Controle de Cabeça:** Pobre a mínimo controle da cabeça e em consequência têm alcance visual limitado. Perda do alcance visual de mais de 135 graus, ou mais.
 - ✓ **Controle de Condução/Direção:** A condução controlada suave é possível, mas depende de um posicionamento postural seguro. Jogador pode demonstrar arco de movimento restrito dos membros superiores durante o uso do joystick.
 - ✓ **Fatores Secundários:** Respostas reflexas não são fatores significativos. Qualidade do controle postural e de comunicação serão afetados quando cansado.
- **Traumatismo Raquimedular:**
 - ✓ **Controle de Tronco:** Função do braço e mão muito limitada. A respiração pode ser afetada em esforço.
 - ✓ **Controle de Cabeça:** Dependente de encosto de cabeça para o controle da cabeça, portanto apresenta forte redução do alcance visual de movimento.
 - ✓ **Controle de Condução/Direção:** Habilidade para controle suave de condução, mas que têm dificuldade em recuperar a aderência se o braço desengatar do controle. Pode usar a técnica de condução alternativa como controles de boca ou queixo.
 - ✓ **Fatores Secundários:** A comunicação pode ser um fator influente devido ao volume limitado na produção da voz.

Características para classificação de atletas a nível PF2:

- **Condições Neurológicas:**
 - ✓ **Controle de Tronco:** Atletas neste nível de jogo serão capazes de se recuperar do movimento para frente, lateral e rotacional, mas vai fazê-lo com atraso ou uma sequência afetada. Sequenciamento e tempo serão atrasados, mas poderá realizar a tarefa sem ajuda. Alguns atletas com Encefalopatia Crônica da Infância irão demonstrar padrões reflexos ao longo dos movimentos.

- ✓ **Controle de Cabeça:** Controle de cabeça será firme e capaz de sustentar o impacto sem perder o controle. Será capaz de usar a cabeça para explorar visualmente.
- ✓ **Controle de Condução/Direção:** Deve ser capaz de demonstrar habilidade de movimentação fluente em todas as direções com a capacidade de preensão-liberação e manter o controle do joystick sem atraso de tempo. Um atraso em movimentos de transição pode ser aparente, mas não vai afetar a qualidade da condução.
- ✓ **Fatores Secundários:** Pode haver um aumento do tônus global pelo esforço ao longo do tempo e com o esforço. Geralmente será capaz de se comunicar.
- **Condições Ortopédicas:**
 - ✓ **Controle de Tronco:** Vai ter equilíbrio sentado estável, mas dificuldade em rotação. Pode ter uma postura fixa. Postura estática será estável, mas a postura dinâmica será limitada/restrita. Movimento para fora do centro de gravidade pode ser limitado, mas capazes de serem funcionais dentro desse movimento limitado. Movimentos do tronco podem ser limitados, mas a capacidade de recuperação está presente. Amplitude de movimento disponível é funcional para as exigências do esporte.
 - ✓ **Controle de Cabeça:** Controle firme da cabeça, capacidade de girar. Boa amplitude de movimento da cabeça, capacidade de receber impacto, de manter um campo visual amplo. Irá compensar a falta de movimento do tronco usando mais a cabeça.
 - ✓ **Controle de Condução/Direção:** Tem total controle sobre o mecanismo de direção com a capacidade de recuperação e manutenção da preensão, demonstrando uma fluência na ação de condução suave.
 - ✓ **Fatores Secundários:** Resistência e capacidade de comunicação não são um fator neste grupo.
- **Amputados (Adquirida e/ou Congênita – Envolvimento de 3 ou 4 membros):**
 - ✓ **Controle de Tronco:** Bom a normal controle de tronco. Postura sentada pode ser afetada. Deambulação limitada.
 - ✓ **Controle de Cabeça:** Normalmente, apresentam limitações mínimas de controle de cabeça.
 - ✓ **Controle de Condução/Direção:** Deve ser capaz de demonstrar uma condução controlada suave (aderência ao joystick e controle pode ser levemente afetada).
 - ✓ **Fatores Secundários:** Resistência, respostas reflexas e comunicação não são fatores significativos.
- **Miopatias:**
 - ✓ **Controle de Tronco:** Bom controle sentado, controle estático com capacidade limitada para recuperar a posição de volta à linha média. Os movimentos de tronco para frente, para trás, flexão lateral para direita e esquerda e os de rotação deverão estar limitados ou afetados. O movimento postural independente disponível tem o arco reduzido. Isto pode variar de um mínimo a um moderado envolvimento. Pode usar o movimento da cabeça para corrigir e voltar para a linha média.
 - ✓ **Controle de Cabeça:** Tem maior controle da cabeça e do alcance visual do movimento. Pode haver algumas posturas assimétricas do pescoço. Fraqueza está presente, mas pode controlar a cabeça para virar para esquerda e direita. Perda do alcance visual de 90 graus ou menos.
 - ✓ **Controle de Condução/Direção:** Com o braço estável eles devem ser capazes de demonstrar uma gama completa de habilidades de condução com a capacidade de recuperar o joystick de volta para a linha média. Pode ser um atraso significativo na recuperação de controle do joystick, se o joystick for liberado. Recuperação da posição da mão pode ser independente, mas pode ser atrasada/afetada. Atletas podem precisar de suporte para estabilizar o braço.
 - ✓ **Fatores Secundários:** Respostas reflexas e comunicação não são fatores importantes no grupo. Qualidade do controle postural pode ser afetada se estiver cansado.
 - ✓

- **Traumatismo Raquimedular:**

- ✓ **Controle de Tronco:** Controle de tronco limitado e função do braço limitada abaixo do ombro. Controle de tronco é gerenciado pelo sistema de assento.
- ✓ **Controle de Cabeça:** Controle da cabeça estável, mas com algumas habilidades rotacionais limitadas que afetam o alcance visual.
- ✓ **Controle de Condução/Direção:** Habilidade de controle de condução, limitação na amplitude de movimento funcional, mas capaz de voltar à posição inicial se a mão for liberada do mecanismo de controle.
- ✓ **Fatores Secundários:** Respostas reflexas e de comunicação não pode ser um fator significativo, mas a resistência pode ser afetada. O volume da voz pode ser afetado devido a restrições no toráx.

10 – Parte médica

Os jogadores devem comparecer para avaliação de posse de laudo médico, preencher um questionário e realizar uma avaliação física para demonstrar suas capacidades funcionais e identificar se atendem aos critérios de elegibilidade.

O atleta deve estar em boas condições de saúde para realizar a atividade física. Caso o mesmo se apresente com algum problema de saúde e/ou dores, limitando ou proibindo o esforço total durante a classificação funcional, o atleta não será avaliado nesse momento.

O atleta deve apresentar um comprometimento claramente evidente da função observado durante o processo de classificação funcional e durante o jogo, caso contrário, o atleta não será elegível para competir.

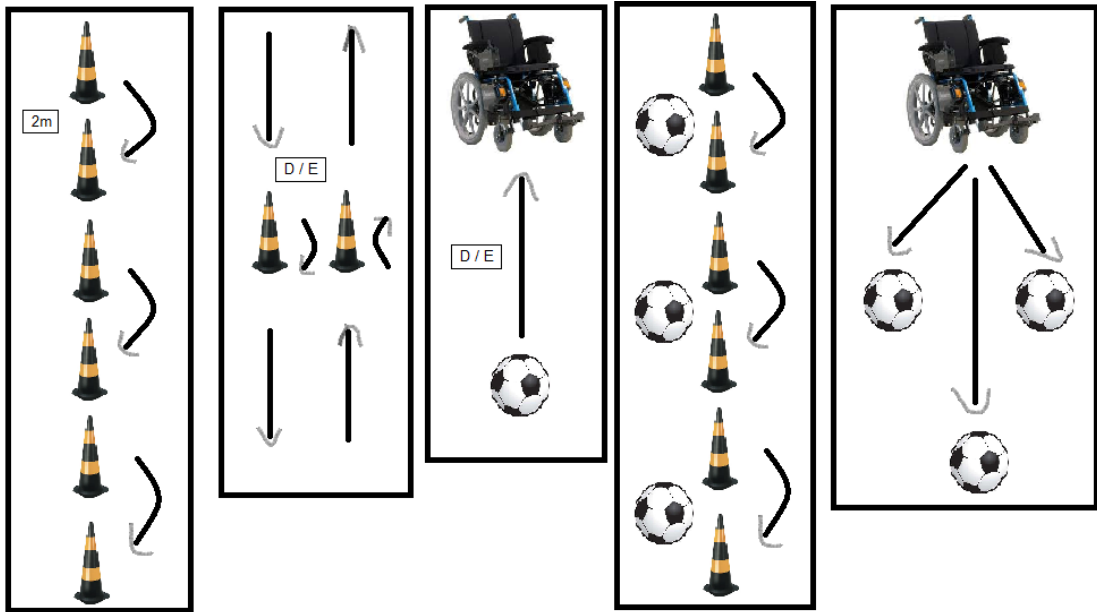
A avaliação médica consiste na verificação da patologia de base do atleta bem como da sua deficiência que afeta a função motora para determinado movimento.

- ✓ Condições neurológicas, tais como, paralisia cerebral, traumatismo crânio-encefálico, AVC, ataxia de Frederic, condições neurológicas progressivas como esclerose múltipla, esclerose lateral primária, síndrome de tonel, etc.
- ✓ Distúrbios ortopédicos, tais como, artrite - todas as quatro extremidades, artrogripose, alguns tipos de nanismo, doença dos ossos frágeis (Osteogenese Imperfeita).
- ✓ Amputações, congênita ou adquirida, em que há 3 ou 4 membros envolvidos, acima do joelho e do cotovelo, ou a amputação de ambos os membros superiores, acima do cotovelo.
- ✓ Miopatias, tais como, Distrofias Musculares, atrofia muscular espinhal, miotomia congênita
- ✓ Lesão medular, tais como, poliomielite, Guillan-Barre, Tetraplegia

11 – Parte técnica

É necessário para esta fase no mínimo 2 classificadores, 10 m² de área útil, 6 a 8 cones, goniômetro (régua de campo visual), bola de jogo.

Atividades a serem realizadas: ziguezague entre os cones; ida e volta com e sem parada do joystick; interceptação de bola em movimento; chutes a gol; chutes com giro (spins); pênaltis, entre outros.



Campo Visual: é importante fazer o teste para avaliar a visão periférica do atleta (o quanto o atleta consegue enxergar durante a partida) e é diretamente ligada a classe funcional. Um classificador se coloca a frente do atleta para fazer as anotações e questionamentos e o outro, atrás, fazendo a prática com a bola.



TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE CLASSIFICAÇÃO

Eu, _____, atleta do clube _____, do Estado _____, estou ciente de estar participando do processo de classificação funcional durante o _____, no Estado _____, no ano _____.

Entendo que este processo é necessário para que possa haver elegibilidade e equilíbrio nos campeonatos de Power Soccer e que será repetido até minha classificação ser permanente, o que só irá ocorrer depois que um classificador internacional participar da classificação.

Entendo também que devo ser verdadeiro em minhas ações durante o processo e não omitir nenhuma informação aos classificadores envolvidos, mostrando na classificação o mesmo a ser mostrado durante a prática no jogo. E que caso isso não ocorra, podem haver apelos, protestos de classe funcional e até mesmo desqualificação.

Estou ciente de que a classificação pode ser fotografada e filmada pelos membros da ABFC, assim como os jogos.

ASSINATURA

DATA

TESTEMUNHA

DATA

CLASSIFICADOR CHEFE

DATA



CARTEIRA DE CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL

<p>CARTEIRA DE CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL</p> <p>NOME:</p> <p>CLUBE:</p> <p>ESTADO:</p>	<p>FOTO</p>
<p>CLASSE:</p> <p>PF1 PF2 R P NE</p> <p></p> <hr/> <p>CLASSIFICADOR CHEFE</p>	