



A ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA SÍNDROME DE OSGOOD-SCHLATTER – SOS

THE PHYSIOTHERAPEUTIC ACTION ON OSGOOD SCHLLATER DISORDER – OSD

Ademar Alves Pereira Júnior¹, Evanessa Cristyane de Oliveira², Gilsielle Monteiro de Lima³,
Yhonara Júlia Teles⁴

RESUMO

A fisioterapia é encontrada em diversos contextos, não se limita a atendimentos ambulatoriais. Entre tantas áreas de atuação, pode-se citar a fisioterapia esportiva. A profissão no meio esportivo tem ganhado destaque entre os atletas, pois os mesmos tem buscado não somente bons rendimentos, mas também boa qualidade de vida. Devido aos esforços repetitivos, pode-se citar o desenvolvimento da Síndrome de Osgood-Schlatter, conhecida também como a Síndrome da Tuberosidade da Tíbia, que é caracterizada com o esforço excessivo na tuberosidade anterior da tíbia, ocasionado dores leves até dores agudas e incapacitantes. O fisioterapeuta tem um papel fundamental no meio esportivo, podendo intervir desde a promoção de saúde, prevenção de lesões e recuperação e, se tratando da SOS, esta atuação dispõe do desenvolvimento técnicas e ferramentas ajustadas ao paciente, que visam proporcionar, não somente uma recuperação, mas também uma melhor qualidade de vida. Esta pesquisa teve como compreender a Síndrome de Osgood-Schllater, bem como caracterizar e investigar a atuação do fisioterapeuta na recuperação desta patologia. O estudo foi delineado a partir de uma pesquisa qualitativa e bibliográfica básica. Cada um dos autores citados, contribuíram positivamente com suas definições para a compreensão do tema.

Palavras-chave: Fisioterapia. Esporte. Síndrome de Osgoog Schllater.

ABSTRACT

The physiotherapy it is founded in a several context, there is not limit in a ambulatory service. Between a lot of areas of action, it may cite the sportive physiotherapy. The profession in this way have been gained spotlight among athletes, thus they have been searching not only high quality, but the have searched a quality of life. Due the repetitive efforts, it may cite the development of Osgood Schalatter Disorder, it also known by Tibia Tuberosity Disorder, which is characterized with the excessive effort in a previous tibia tuberosity, causing since the soft to a strong pain and disabling. The physiotherapeutic has a main role in this sportive world, acting since health life prevetion of lesions and recovering. This research had as goal to comprehend the Osgood Schallater Disorder, just as characterize and investigate the action of the physiotherapeutic on the pathology recovery. The study it was outlined from a basic qualitative and bibliographic research. Every author cited, contributed positively with their definitions to comprehension of this theme.

Key-words: Physiotherapy. Sport. Osgood schallater disorder.

1 INTRODUÇÃO

A fisioterapia é uma ciência que utiliza ferramentas físicas e naturais para promover saúde e prevenir doenças, além de intervenções na reabilitação do indivíduo (COPETTI, 2000). Madeira et al., diz que a fisioterapia tem o objetivo de recuperar, desenvolver e conservar a aptidão física do indivíduo. Assim, compreende-se que o objetivo maior da atuação do fisioterapeuta é promover o bem-estar e qualidade de vida ao sujeito.

¹ Graduando de Fisioterapia a da Faculdade Cathedral, Boa Vista-RR. E-mail: ajalves10@gmail.com

² Graduanda de Fisioterapia da Faculdade Cathedral, Boa Vista-RR. E-mail: vanessacristyane1709@gmail.com

³ Graduanda de Fisioterapia da Faculdade Cathedral, Boa Vista-RR. E-mail: gilmonteiro35@gmail.com

⁴ Professora Especialista de Fisioterapia da Faculdade Cathedral, Boa Vista-RR. E-mail: yonara_julia@hotmail.com

Considerando que a fisioterapia é abrangente, não se limita somente aos atendimentos ambulatoriais, sua atuação é fundamental dentro do contexto esportivo. Rocha (2018) aponta que o fisioterapeuta do esporte tem ganhado destaque entre os atletas, pois os mesmos, além de bom desempenho, também buscam qualidade de vida. Deliberato (2002) ressalta que o foco maior do profissional dentro do esporte, não é na cura ou na recuperação, mas sim em ações de prevenção.

A Síndrome de Osgood-Schlatter (SOS), conhecida também como Síndrome da Tuberosidade Anterior da Tíbia, é uma síndrome caracterizada pela avulsão da apófise da tuberosidade da tíbia, ocasionada por uma pressão sob o sistema extensor do joelho. Os casos são mais comuns nos adolescentes, devido a prática de exercício enquanto a tuberosidade anterior da tíbia ainda não está devidamente desenvolvida (SANTO et al., 2018).

A intervenção do fisioterapeuta nos casos de SOS, consiste em tratamentos conservadores com estratégias de recuperação, com objetivo de diminuir a tensão sob a tuberosidade da tíbia (BEUZADEOGLU, 2008). Em casos mais graves, a intervenção cirúrgica é necessária, porém, é um dos métodos mais resistente pelo paciente, considerando que as intervenções conservadoras apresentam resultados mais satisfatórios (MUÑOZ; GUTIERREZ, 2006).

Este trabalho teve como objetivo compreender a Síndrome de Osgood-Schlatter, bem como caracterizar e investigar a atuação do fisioterapeuta na recuperação desta patologia. Sabe-se que na fisioterapia há várias áreas de atuação, no entanto, dentro do contexto do esporte, o fisioterapeuta atua ativamente tanto na recuperação, quanto na prevenção de lesões. A escolha deste tema também teve o objetivo de contribuir para o conhecimento acadêmico, profissional e pessoal.

O método utilizado nesta pesquisa foi o de pesquisa bibliográfica básica, foram realizadas buscas nos bancos de dados Google Scholar e Scielo. Um dos benefícios deste tipo de pesquisa é a possibilidade de ter um saber maior sobre o assunto que está sendo investigado (GIL, 2008). O objeto de pesquisa foi composto por artigos científicos, publicados nos bancos de dados, acima citados. A natureza desta pesquisa é qualitativa.

É importante ressaltar a importância de novas pesquisas sobre o tema abordado, pois trata-se de um assunto que possibilita um olhar de valor sobre a profissão. A atuação do fisioterapeuta é importante para proporcionar qualidade e o bem-estar na saúde do indivíduo, e abrangendo a área esportiva e a SOS, a intervenção beneficia desde a prevenção, com estratégias e na recuperação, utilizando de técnicas clínicas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A FISIOTERAPIA E O ESPORTE

A profissão de fisioterapia foi regulamentada como curso superior, por meio do Decreto-Lei nº 938, em 13 de outubro de 1969. O fisioterapeuta é um profissional que efetiva métodos e técnicas com a finalidade de recuperar, desenvolver e conservar a aptidão física do sujeito, sendo indispensável para o processo da saúde-doença. A atuação desta é importante e essencial para todo o processo de assistência a quadros críticos (MADEIRA et al., 2021).

A fisioterapia é definida com a ciência que aplica recursos físicos e naturais na promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação do sujeito. Tendo como objetivo, proporcionar uma melhor qualidade de vida, como também sua manutenção e reintegração das atividades do dia a dia (COPETTI, 2000).

Copetti (2004) corrobora a fisioterapia como:

“Uma ciência que utiliza os meios físicos e naturais da promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação dos indivíduos, com o objetivo de proporcionar uma melhor qualidade de vida, promovendo a sua manutenção ou reintegração das atividades cotidianas” (p.12)

A origem da palavra fisioterapia vem do grego “*physis*”, que significa “natureza” e “*therapeia*”, que significa “ato de curar, reestabelecer” (ROCHA, 2018). Copetti (2004) ressalta que há várias apresentações de definições sobre fisioterapia, mas que destaca a definição do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO, 2016).

“É uma ciência que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas, na atenção básica, média complexidade e alta complexidade” (CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, 2016)

A fisioterapia esportiva tem ganhado destaque entre os atletas, pois os mesmos buscam aprimorar, não somente o seu desempenho, mas também qualidade de vida (ROCHA, 2018). A fisioterapia do esporte é considerada um elemento da medicina esportiva, que consiste em recuperar, sanar e prevenir lesões ocasionadas pelo esporte (MARCON; SOUZA; RABELLO, 2015). Vale ressaltar que o fisioterapeuta do esporte precisar ter conhecimento a respeito das características e singularidades de cada atleta, como também analisar quais tem maior probabilidade de obter lesões (ROCHA, 2018).

O fisioterapeuta esportivo não, necessariamente, atua sozinho, neste cenário, o preparador físico auxilia com suas técnicas (ROCHA, 2018). Cada um realiza um papel diferente, enquanto o preparador tem o objetivo de manter o atleta em forma, o fisioterapeuta tem a responsabilidade de cuidar nos casos das lesões. É papel do fisioterapeuta desenvolver técnicas que visibilizem boas condições físicas (PRENTICE, 2012).

Com este objetivo, fundamentou-se algumas especificações do condicionamento físico: segurança, aquecimento/resfriamento, motivação, sobrecarga, consistência, progressão, intensidade, individualidade e menor estresse. Dentre estes, pode-se destacar (PRENTICE, 2012):

- a) Segurança: é um dos pontos mais importantes, pois se trata de avaliar e decidir qual é o tempo necessário e a método correto de cada exercício, e também, analisar as condições do ambiente mais adequado para o mesmo. Outro ponto importante são os equipamentos e a segurança dos mesmos para os atletas, pois o papel do fisioterapeuta é buscar as menores possibilidades de ocorrência e reincidência de lesões físicas, seguindo este princípio rigorosamente;
- b) Aquecimento/resfriamento: o maior objetivo do aquecimento é preparar o corpo para o exercício físico para o evento que ocorrerá. Deve ser feito antes de qualquer outra atividade, pois consiste em prevenir as lesões e dores musculares, “*o bom aquecimento também pode melhorar certos aspectos do desempenho*”. (p. 24). Logo, o processo do resfriamento acontece após os eventos de exercícios, permitindo que o corpo diminua sua temperatura e retorne ao modo de repouso, e assim, evitando dores musculares.

Assim, percebe-se que o fisioterapeuta que atua dentro do meio esportivo, precisar estar perto dos atletas e conhecer suas características, especificidades e demandas, para assim, trabalhar suas estratégias de minimização e prevenção de lesões (ROCHA, 2018).

Deliberato (2002) diz que o foco do fisioterapeuta esportivo não é na cura, mas sim, em ações de prevenção. Rocha (2018) aponta que, na atualidade, o profissional atuante no esporte, precisa mostrar atenção na prevenção, promoção e manutenção da saúde, assim como também na reabilitação e reintegração do sujeito. A fisioterapia atua como parte integrante do cenário da saúde, sua atenção é voltada à prevenção e promoção de saúde, conceituando a prevenção como a redução das probabilidades de desenvolvimento de lesões, como também paralisar seu progresso e diminuir seus efeitos (VITTA, 1999; DELIBERATO, 2002).

Bottomley (2007) define a prevenção como ato de prevenir, diminuição dos perigos de doença e deficiência. Vitta (1999) aponta algumas características da prevenção:

“Está diretamente ligado aos conceitos de redução de riscos ao indivíduo; há o interesse por um número restrito de patologias; as relações de determinação das doenças estão baseadas nos conceitos da “unicausalidade”, isto é, relações simples de causa e efeito; a intervenção deve ser realizada antes que o período da patogênese ocorra; a atuação profissional deve ser fundamentada em vários aspectos da vida do indivíduo, promover sua educação e mudanças no comportamento, além de interferir no ambiente em que os indivíduos estão inseridos” (VITTA, 1999, p. 24).

As condições de prevenção precisam ser devidamente seguidas, pois é importante que o profissional esteja consciente sobre sua atuação, como também saber a intervenção mais apropriada para cada atleta, diminuindo erros e possibilitando o bem-estar do indivíduo (VITTA, 1999). Há três maneiras de intervenção: primária, secundária e terciária (BOTTOMLEY, 2007):

- a) Intervenção primária: se trata dos esforços para oferecer assistência ou proteger a saúde e bem-estar;
- b) Intervenção secundária: se trata dos esforços concentrados às comunidades de risco pelo diagnóstico precoce de problemas de saúde em potencial, que estão associadas a intervenções com o fim de interromper, reverter, ou diminuir a velocidade do desenvolvimento da patologia;
- c) Intervenção terciária: se trata dos esforços direcionados para conter o grau da deficiência, possibilitar a reabilitação, restaurar funções em pacientes com quadros de doenças crônicas e doenças irreversíveis.

Marcon et al. (2015), aponta algumas intervenções importantes para a prevenção de lesões: 1) bandagem/órteses: se refere a bandagens (feitas com esparadrapo, elastano, algodão, etc.) que limitam os movimentos; 2) exercícios de estabilização: o tronco estabilizado proporciona um desempenho aprimorado dos membros, permitindo que uma melhor transferência da força e estabilizando as articulações implicadas ao movimento; 3) alongamento/aquecimento: aumenta a flexibilidade, melhora a contração do músculo durante o exercício, focando no bem-estar e saúde do atleta; 4) treino sensorio-motor: treinamento dos receptores articulares e musculares, a fim de que o corpo e o cérebro tenham uma comunicação mais rápida e o corpo se mantenha em equilíbrio.

Assim, percebe-se que as ações de prevenção estão intimamente ligadas ao papel do fisioterapeuta do esporte, entendendo que a adesão dessas medidas preventivas primárias é apresenta resultados significativos e, muitas vezes, é o que separa o atleta da qualidade de vida e dos resultados negativos da atividade física (ROCHA, 2018).

2.2 SÍNDROME DE OSGOOD-SCHLATTER NA ADOLESCÊNCIA

A Síndrome de Osgood-Schlatter (SOS), também conhecida como a síndrome da tuberosidade anterior da tíbia, é caracterizada por uma avulsão parcial da apófise da tuberosidade anterior da tíbia, ocasionada por uma tração contínua exercida pelo sistema extensor do joelho. Foi citada pela primeira vez em 1903, pelos cirurgiões ortopédicos, o norte-americano Robert Osgood e o suíço Carl Schalltter (SANTO et al., 2018).

A SOS é uma das razões mais comuns da morbidade no joelho na adolescência. Geralmente, os casos estão associados a adolescentes que praticam exercício físico, por utilizarem mais o aparelho extensor da perna e, logo, o seu ponto inserção distal, a tuberosidade anterior da tíbia que ainda não está bem desenvolvida (SANTO et al., 2018). É uma síndrome mais comum em meninos, nas idades entre 12 e 15 anos; do que em meninas, entre 8 e 12 anos (SANTO, 2012).

A causa exata quanto ao desenvolvimento da SOS não é exata, antigamente se acreditava que se dava pela necrose avascular, no entanto, com a frequência das lesões, a anatomia, fatores mecânicos e fatores de crescimento, tem sido apontado como originadores da SOS. O público mais

acometido por esta síndrome são os jogadores de esportes que envolvam saltos, corridas e ações repetidas de aumento dos membros inferiores, como por exemplo, vôlei, atletismo, futebol, basquete, ginástica e etc. (MUNOZ; GUTIERREZ, 2006; MAKRAM, 2008).

Muitos dos investigadores da SOS, concordam que a patologia é caracterizada como autolimitada, espontânea e com uma boa margem de recuperação. Portanto, os sintomas podem permanecer, continuamente ou inconstante, pelo período de 1 a 2 anos, período em que o esqueleto está em desenvolvimento. Somente uma pequena porcentagem dos adultos apresentam sintomas até a fase adulta (SANTO, 2012). Em alguns casos, a solução pode demorar mais, sendo necessário a intervenção cirúrgica (TUREK, 1991; MUNOZ, GUTIERREZ, 2006).

O diagnóstico da SOS é basicamente clínico, tendo como complemento exames para sua confirmação. Nesse caso, é indispensável analisar a presença de infecção, tumor ou algum tipo de fratura (GHOLVE et al., 2007). Como a SOS não ocasiona alterações em exames, os mesmos não precisam ser realizados no processo de investigação (SANTO, 2012). Vale ressaltar que podem-se utilizar alguns meios para auxiliar no diagnóstico, como ressonância magnética, cintilografia óssea e raio-x (FERNANDES; TAVARES, 2013).

Quanto as radiologias, ressalta-se três categorias: o grau I, a tuberosidade da tíbia é elevada e desnivelado; o grau II, a tuberosidade da tíbia é elevada, desnivelada e com um fragmento ósseo pequeno e livre e, no grau III, apresenta uma parte óssea ântero-livre, no entanto, a tuberosidade se apresenta normal. A parte importante na realização do raio-x é de realizar a distinção entre a SOS, de um tumor, de uma fratura, de uma osteocondrite dissecante, e etc. (MUNOZ; GUTIERREZ, 2006; CONNOLLY; CONOLLY; JARAMILLO, 2001).

Baseado em estudos, foi apresentado três áreas que, aos poucos, se unem: zona próxima, que é a placa de crescimento superior da tíbia e que mostra colunas células; zona intermediária, que é composta por cartilagem fibrosa e hialina; e zona distal, que é feita principalmente por tecido fibroso. Conforme a maturidade vai acontecendo, a fibrocartilagem vai sendo substituída pela migração distal das colunas celulares (SANTO, 2012).

Aparicio et al. (1997), apresenta que a SOS e patela alta, estão ativamente ligadas. Ou seja, o aumento do comprimento da patela irá requerer uma maior força na contração do músculo quadríceps femoral, para alcançar a extensão total do joelho, fazendo com que esse esforço maior seja o responsável pela apófise encontrada na síndrome. Em contrapartida, Lancout & Cristini (1975), citaram a patela inferior nos adolescentes com SOS.

Os sintomas encontrados na SOS são variantes, indo de uma dor desconfortável até a dor incapacitante. Geralmente, a síndrome vai se desenvolvendo com dores leves, com aumento gradual e aparecimento de tumoração na localização da tuberosidade da tíbia. De início a dor é pequena com intervalos; em seguida, evolui para dores intensão, contínua e com limitações funcionais, a dor piora após as atividades físicas, especificamente com saltas e corridas, ou em contato direto, como ajoelhar-se (FLOWERS; BHADRESHWAR, 1995).

A SOS tem uma classificação baseada na durabilidade da dor, sendo (DEBERARDINO; BRANSTETTER; OWENS, 2007):

- a) Grau I: a dor surge após ao exercício físico, sumindo em até 24 horas;
- b) Grau II: a dor surge durante e após o exercício físico, sumindo em até 24 horas;
- c) Grau III: dor contínua, com exercícios físicos limitados.

No grau agudo, apresentam-se sintomas como sensibilidade, tumefacção e saliência na área da tuberosidade da tíbia. A dor é inconveniente, sendo possível a palpação e o aumento do joelho. Após a fase aguda, os sintomas somem, sendo sinalizado somente com o aumento local (SANTO, 2012).

Para o tratamento, é necessário saber a amplitude do diagnóstico (SANTO, 2012). Não há estudos que apresente um tratamento específico para a SOS, encontra-se somente estudos que indicam as condutas que devem ser tomadas diante do diagnóstico (SANTO et al., 2018). Inicialmente, em casos de dores leves, o tratamento conservador implica na redução das dores e da saliência, sendo

indicados algumas medidas, como compressa com gelo, diminuição de exercícios, uso de anti-inflamatórios, joelheiras protetoras e fisioterapia. Quanto aos casos de dores severas, estando relacionada ou não com debilidade física, o exercício físico deve ser suspenso por um período (SANTO, 2012).

A imobilização com gesso, crioterapia e protetor patelar são algumas intervenções também propostas ao tratamento. Em casos de não recuperação com o tratamento conservador, em um longo período de tempo, é essencial a cirurgia para o alívio das dores. É importante ressaltar que a cirurgia é uma opção que encontra muita resistência, pois é agressiva, com um período longo de recuperação e seus resultados serem parcialmente bom, em comparação com o tratamento conservador (MUNOZ; GUTIERREZ, 2006).

O tratamento conservador, além de ser o mais escolhido, o que mais proporciona resultados significativos. O maior objetivo do tratamento é de reduzir o estresse sob a tuberosidade da tíbia e diminuir a tensão no quadríceps (BEUZADEOGLU, 2008). É importante também que seja realizado cuidados com os saltos e corridas para fins de prevenção e, nos casos de dores, repouso até a recessão da dor (PETER, 2006).

Como tratamento conservador, pode-se citar as seguintes estratégias de recuperação:

- a) Alongamento e fortalecimento do quadríceps, para evitar o retorno de sintomas (PETER, 2006);
- b) Utilização de protetor infra-patelar, a fim de desviar a tensão sob a tuberosidade da tíbia e proporcionar alívio da dor (BLOOM; MACKLER, 2004);
- c) Crioterapia, conforme evolução da dor (MUÑOZ; GUTIERREZ, 2006);
- d) Terapia com laser (MUÑOZ; GUTIERREZ, 2006);
- e) Antinflamatórios (MUÑOZ; GUTIERREZ, 2006);

Shiguemi (1995) recomenda também que sejam realizadas atividades de propriocepção, com balancim, cama elástica e circuitos, a fim de possibilitar a estabilização, coordenação, mobilização, ampliação dos movimentos e força muscular.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Para se atingir os objetivos deste estudo foi realizada uma pesquisa do tipo bibliográfica básica. A vantagem em adotar esta modalidade de pesquisa consiste na possibilidade de uma maior cobertura espacial do fenômeno a ser investigado (GIL, 2008). Preliminarmente, para compor o Referencial Teórico foi realizada uma ampla pesquisa em títulos de referência na Biblioteca da Faculdade Cathedral e nos acervos do Google Scholar, acerca do tema “**A ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA SÍNDROME DE OSGOOD SCHLATTER – SOS**”. As palavras-chave desta pesquisa: **fisioterapia, esporte e Síndrome de Osgood schlatter**, serviram como critério de inclusão. As demais foram descartadas da seleção do estudo.

Após a delimitação do estudo, uma busca aprofundada foi realizada acerca do tema. O objeto de pesquisa deste estudo foi composto por artigos científicos que foram publicados na base de dados do Google Scholar e Scielo. O critério de inclusão contemplou os artigos científicos correlatos à questão norteadora deste estudo que é: **Quais são os fatores que contribuem para o desenvolvimento da Síndrome de Osgood Schlatter e de que maneira a fisioterapia pode contribuir para o tratamento?** Diante disto, os demais casos foram excluídos do estudo.

O método de coleta de dados foi o de levantamento direto no acervo das bibliotecas e sites acima especificados. A natureza da pesquisa é qualitativa. O método de abordagem utilizado foi o dedutivo, pois a proposta do estudo concerne melhor clarear o fenômeno de forma a partir do geral para o específico (LAKATOS; MARCONI, 2003).

4 DISCUSSÃO

Após a busca pelos dados, foi possível realizar análises e interpretações do tema apresentando. Verificou-se as ideias, concordâncias e divergências sobre a definição de fisioterapia, a compreensão da SOS e a atuação do fisioterapeuta.

Tratando da definição de fisioterapia, Madeira et al., (2021), diz que esta tem a finalidade de recuperar, desenvolver e conservar as habilidades físicas por meio de métodos e técnicas; Copetti (2000) apresenta a fisioterapia como uma ciência que aplica recursos físicos e naturais na promoção, prevenção e reabilitação. Pode se perceber que os autores concordam sobre a definição de terapia, a mesma utiliza ferramentas que visam proporcionar e reabilitar a qualidade de vida do sujeito.

Copetti (2000) também ressalta que a fisioterapia está presente em vários contextos diferentes, entre elas, no meio esportivo. O'Sullivan e Schmitz (1993), fala que se trata de uma profissão ampla e que não se limita a um único ramo de atuação. Os autores apresentam ideias semelhantes sobre as áreas de atuação da fisioterapia, a mesma está presente em diversos contextos, não se limitando somente ao atendimento ambulatorial.

A fisioterapia do esporte é apresentada por Marcon, Souza e Rabello (2015) como uma parte da medicina esportiva que recupera, sana e previne lesões oriundas do esporte. Prentice (2012) diz que o fisioterapeuta tem o papel de manter o atleta em boas condições físicas e de cuidar em casos de lesões. Os autores apresentam concordância em suas opiniões em relação a atuação da fisioterapia dentro do contexto esportivo, sabe-se que esta atuação cumpre com a finalidade da fisioterapia, de promover saúde, prevenir lesões e proporcionar qualidade de vida.

Deliberato (2002) acrescenta que a fisioterapia do esporte não tem o objetivo de curar, mas de agir na prevenção de lesões. Rocha (2018) cita que dentro do esporte, a fisioterapia precisa ter atenção na prevenção, manutenção e promoção de saúde. Assim, os autores concordam que a fisioterapia esportiva deve ter uma atuação, não somente voltada para recuperar e curar, mas sim de prevenir lesões e promover ações de qualidade de vida.

Rocha (2018) destaca que todas essas ações de prevenções estão ligadas ao papel do fisioterapeuta esportivo, o autor conclui que essas ações são significativas aos atletas. Assim, pode-se considerar que a atuação do fisioterapeuta esportivo está associada ao papel de desenvolver estratégias em busca de prevenir e proporcionar qualidade de vida ao atleta.

Santo (2012), cita que para o tratamento correto, é necessário saber do seu grau de desenvolvimento. Santo et al., (2018), diz que não há um tratamento específico, há somente recomendações gerais. Ou seja, não há uma indicação sobre o tratamento mais adequado para a SOS, o tratamento é baseado no desenvolvimento dos sintomas apresentados pelo paciente. Os autores concordam de que o tratamento na SOS não segue um plano determinada, o profissional desenvolve seu plano de intervenção, conforme as condições do paciente.

Munoz e Gutierrez (2006) apontam algumas intervenções, consideradas conservadoras, como imobilização, crioterapia e protetor patelar, e em alguns casos graves, as intervenções cirúrgicas que são mais invasivas. Beuzadeoglu (2008) cita que o tratamento conservador é o mais escolhido e que mais apresenta eficiência. Os autores complementam em suas ideias, apresentando que existem vários tratamentos, que se baseiam conforme o quadro do desenvolvimento da SOS, que podem ser mais simples e moderados, até ações mais agressivas.

Citando o tratamento conservador, Peter (2006), Bloom e Mackler (2004) e Munoz e Gutierrez (2006) apresentam várias estratégias de recuperação que podem ser utilizados pelo fisioterapeuta. Shiguemi (1995) faz recomendações de outras atividades a fim de auxiliar nessa recuperação. Os autores complementam suas ideias, apresentando que o fisioterapeuta atua com a disposição de várias técnicas e ferramentas a fim de proporcionar a melhor recuperação ao paciente.

Assim, conclui-se que o fisioterapeuta esportivo tem um papel fundamental no contexto do esporte, trabalhando com métodos e estratégias desde a prevenção até a recuperação de pacientes com a Síndrome de Osgood-Schlatter.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que a fisioterapia tem um papel fundamental em proporcionar qualidade de vida ao sujeito. Considerando este objetivo dentro do cenário esportivo, percebe-se o trabalho importante em ações de prevenção de lesões e na recuperação destas. Assim, o fisioterapeuta esportivo se concentra em proporcionar, não somente bons resultados aos atletas, mas também qualidade de vida.

Contudo, conclui-se que o fisioterapeuta esportivo atua, não especificamente em recuperar lesões, mas também em técnicas e estratégias que amenizem as chances de obtê-las. Técnicas que envolvam desde preparar o corpo para os exercícios, até ao tempo correto em executá-los. Atuando com o objetivo de promover bons resultados, boa aptidão física e qualidade de vida.

Os objetivos e hipóteses pressupostos foram contemplados. Conclui-se que a especialidade da fisioterapia tem um papel fundamental e ativo no tratamento da SOS. Além de que, nota-se a valorização do profissional entre os atletas, que buscam não somente um bom desempenho, mas também qualidade de vida, podendo perceber as mais várias áreas de atuação.

É importante ressaltar o desafio que foi realizar esta pesquisa, devido a escassez de pesquisas recentes sobre a atuação do fisioterapeuta na intervenção da SOS. É importante que novas investigações sejam realizadas acerca do tema, com intuito de proporcionar uma compreensão mais abrangente da profissão e minimizar as dúvidas relacionadas a sua atuação na SOS. Este trabalho também tem o objetivo de contribuir para compreensão sobre a fisioterapia e servir como fonte de pesquisa para futuras investigações.

REFERÊNCIAS

- APARICIO G., ABRIL J.C., CALVO E., ALVAREZ L. **Radiologic study of patellar height in Osgood-Schlatter disease**. Journal Pediatric Orthopedic, v. 17, p. 63-66, 1997.
- BEYZADEGLU, T.; INAN, M.; BEKLER, H.; ALLTINTAS, F. **Arthroscopic Excision of na Ununited ossicle Due to Osgood-Schlatter disease**. Arthroscopy: The Journals of Arthroscopic and Related Surgery; v. 24; n. 9, p. 1081-1083, set. 2008.
- BLOOM, O. J.; MACKLER, L. **What is the Best Treatment for Osgood- Schlatter disease?** Journal of family Practice, fev. 2004.
- BOTTOMLEY, J. M (Ed). **Dicionário de fisioterapia: guia de referência**. 2. ed. São Paulo, SP: Roca, 2007.
- CONNOLLY, S. A.; CONNOLLY, L. P.; JATAMILLO, D. **Imaging of Sports Injuries in Children and Adolescents**. Radiologic clinics of North America, Boston, v.39, n.4, p. 773-790, jul. 2001.
- CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL – COFFITO Disponível em: http://coffito.gov.br/nsite/?page_id=2339. Acesso em: 15\11\2016.
- COPETTI, S. M. B. **Fisioterapia: de sua origem aos dias atuais**. Revista In Pauta , Pato Branco - Paraná, v. II, n.1, p. 11-23, 2004.
- COPETTI, Solage Maria. Fisioterapia: de sua origem aos dias atuais. **Revista In Pauta**. 2000.
- DEBERARDINO, T. M.; BRANSTETTER J. G.; OWENS M. B. D. **Arthroscopic Treatment of Unresolved Osgood Shchlatter Lesions**. The journals of arthroscopic and Related Surgery; v. 23, n. 10, p. 1127-1130, out. 2007.
- DELIBERATO, P. C. P. **Fisioterapia preventiva: fundamentos e aplicações**. São Paulo: Manole, 2002.

FERNANDES, K; TAVARES, L. Tratamento fisioterápico na Síndrome de Osgood Schallatter. **Rev. UNI – RN**. V. 12, n. ½, p. 153-165, jan/dez, 2013.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LANCOURT J. E., CRISTINI J. A. **Patella alta and patella infera**. Journal Bone Joint Surg Am, v. 57, p. 1112-1115.

MADEIRA, A.; SALVARO, L.; JUSTO, T.; LONGEN, W. Fisioterapia extra-hospitalar durante a pandemia: a visão e o posicionamento dos profissionais. **Rev. Fisiotera Pesqui**. 28 (4), p. 455-463, 2021.

MAKRAM, Z.; HEDI, A.; TAOUFIK, A.; MOHSEN, T.; MONDHER, M.; HABIB, B. H. **Acute Tibial Tubercle Avulsion Fractures in the Sporting Adolescent**. Asch Orthop Trauma Surg; v.128; p.1437-1447, 2008.

MARCON, C. A.; SOUZA, A. A. F.; RABELLO, L. M. **Atuação fisioterapêutica nas principais lesões musculares que acometem jogadores de futebol de campo**. Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente 6(1), jan/jun de 2015.

MUNOZ, M. G.; GUTIÉRREZ M C R. **Enfermedad de Osgood-Schlatter: Tratamento conservador**. Acta Ortopédica Mexicana; v. 20, n. 1, jan-fev. 2006.

O'SULLIVAN, Susan B.; SCHMITZ, Thomas J. **Fisioterapia: avaliação e tratamento**. 2.ed. São Paulo, SP: Manole, 1993. Recurso online ISBN 8520401082.

PETER, G. G., **Adolescent Anterior Knee Pain**. Operative Techniques in Sports Medicine; v.14; p. 203-211, 2006.

PRENTICE, W. **Fisioterapia na prática esportiva: Uma abordagem baseada em competências**. Ed. 14, Porto Alegre: AMGH, 2012.

ROCHA, P. Fisioterapia: A importância preventiva para os atletas de futsal. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**. Vol. 13, n. 7, 2018.

SANTO, C. **Síndrome de Osgood-Schalatter: o estado da arte**. Mestrado integrado a medicina. Faculdade de Medicina de Coimbra. Março/2012.

SANTO, C.; MAIA, J.; MOURA, D.; FONSECA, F. Síndrome de Osgood-Schalatter. **Rev. Medicina Desportiva**. V. 9 (6), p. 23-25, 2018.

SHIGUEMI, A. I. S. **Reeducação Funcional Proprioceptiva do joelho e tornozelo**. Louise, 1995.

TUREK, S. L. **Ortopedia – princípios e sua aplicação**. São Paulo: Manole, 1991

VITTA, A. **Atuação preventiva em fisioterapia**. Bauru, EDUSC. São Paulo, 1999.