

Ricardo Sartorato*

Sandro Sperandei*

PREVALÊNCIA DE LESÕES E SUAS IMPLICAÇÕES EM UM MURO DE ESCALADA INDOOR

Injuries Prevalence and their Consequences on an Indoor Climbing Wall

Resumo: Objetivo: Descrever a prevalência de lesões possivelmente relacionadas à escalada e suas implicações em um muro de escalada de uma academia. **Materiais e Métodos:** De 540 frequentadores de um muro de escalada, foram selecionados 27 indivíduos para responder à um questionário sobre lesões e seus hábitos de escalada. Os critérios mínimos de inclusão foram: ter escalado dois meses seguidos, com 23 dias de escalada e média de cinco dias de escalada por mês. Sete indivíduos não puderam ser encontrados no período do estudo. Os 20 indivíduos remanescentes apresentavam 19,4 anos ($\pm 9,3$) e nível técnico entre IV e 7a. **Resultados:** A prevalência de lesões em sete meses foi de 80%. A mão foi o principal local de lesão (75% - direita, 56% - esquerda). Devido à dor, 50% pararam de escalar, em média, por seis dias e 31% reduziram outras atividades físicas, em média, por 4,4 dias. A crioterapia foi o principal tratamento utilizado (31%). Métodos de prevenção foram adotados por 68,75% dos indivíduos. **Conclusões:** Mesmo em poucos meses, a prevalência de lesões é alta, sendo a mão o local mais afetado. Mais pesquisas são necessárias em relação ao treinamento com o objetivo de minimizar a prevalência de lesões em escalada.

Palavras-chave: Lesões Desportivas, Epidemiologia, Escalada

Abstract: Objective: To describe the injury prevalence possibly related to climbing and their implications in an indoor climbing wall of a gym. **Materials and Methods:** Between 540 customers of a climbing wall, have been selected 27 subjects to answer a questionnaire about their climbing habits and injuries. The minimum inclusion criteria were: two consecutive months of climbing, with a total of 23 climbing days; an average of 5 days of climbing per month. Seven of these could not be found in the period of the study. The remaining 20 subjects (74%) were 19.4 years old (± 9.3) and with technical level between IV and 7a. **Results:** Injury prevalence was 80%. The hand was the main point of injury (75% – right, 56% – left). Because of pain, 50% stopped climbing for an average period of 6 days and 31% reduced other physical activities for a period of 4.4 days. Ice therapy was the main treatment used (31%). Some preventive methods were used by 68.75% of the subjects. **Conclusions:** Even in a few months, the injury prevalence is high, the hand being the main

point of injury. More research is needed concerning the training strategies with the objective of minimizing the injury prevalence in climbing.

Keywords: *Athletic injuries, Epidemiology, Rock climbing*

INTRODUÇÃO

A escalada esportiva é considerada um esporte radical e de risco. Os dados disponíveis relatam uma alta prevalência de lesões em atletas (BOLLEN, 1990; HAAS & MEYERS, 1995; ROOKS, 1997). Contudo, atletas representam apenas um pequeno grupo de escaladores. O crescente número de praticantes e academias que oferecem esse tipo de modalidade indicam que a escalada *indoor* é um bom investimento comercial, sendo praticado tanto como exercício quanto como lazer (HUMPHRIES, 1998; SHEA *et al.*, 1992).

O aumento na segurança, facilidade de acesso, menor impacto ambiental e a reduzida necessidade de equipamento são algumas das razões para esse sucesso. Esses fatores têm permitido um aumento no volume e intensidade do treinamento (ROOKS, 1997). Em muros artificiais, o escalador pode praticar sem temer longas quedas, por um período maior e com mais frequência, sem se preocupar com o clima e longas caminhadas de acesso, comuns na escalada em rocha. O aumento no volume tem mostrado a natureza lesiva da escalada, submetendo a mão e os dedos a cargas extremas (HAAS & MEYERS, 1995; SHEA *et al.*, 1992).

O padrão das lesões também tem mudado. No passado, os membros inferiores e a cabeça eram os principais locais de lesão, originadas de quedas (BOWIE *et al.*, 1988; ROOKS, 1997). Atualmente, as lesões estão mais relacionadas ao estresse repetitivo (GERDES *et al.*, 2006; HAAS & MEYERS, 1995; JONES *et al.*, 2007; SHEA *et al.*, 1992), sendo pouco comuns as lesões de ocorrência aguda (SCHÖFFL & KUEPPER, 2006), sendo estas últimas associadas a movimentos extremos durante a escalada (JONES *et al.*, 2007). Melhorias na técnica de escalada e na produção do equipamento de segurança são também responsáveis por essa mudança (HUMPHRIES, 1998).

Com respeito à escalada em academias, para treinamento ou diversão, a prevalência de lesões é um assunto de grande interesse, especialmente quando estas impedem a prática ou afastam o praticante de outras atividades. A interrupção na escalada devido à lesão é ruim para este praticante, que perde os benefícios associados à prática de atividade física, e para a academia.

Sendo assim, o objetivo deste estudo foi descrever a prevalência de lesões ocorridas em um período de sete meses, possivelmente devido à escalada *indoor* em um muro de escalada no Rio de Janeiro e suas implicações. Os objetivos específicos foram: descrever as características da amostra

analisada; descrever os tipos de atividades físicas praticadas pela amostra além da escalada; determinar a prevalência de lesões no período; identificar os locais de lesão, tratamentos e métodos preventivos adotados e descrever o grau de limitação originado pela lesão.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Local de Estudo

Este estudo foi realizado em uma academia de ginástica do Rio de Janeiro. A área do muro de escalada era de 64m^2 , contendo seções negativas e verticais. O grau das vias estava entre IV e 7a, na escala brasileira de dificuldade (III e VII+, na escala da UIAA). As vias eram escaladas utilizando o sistema *top-rope* de segurança, considerado mais seguro e fisicamente menos exigente. Apenas professores e estagiários de Educação Física, com experiência em escalada, orientavam e ofereciam segurança aos usuários durante a prática.

Amostra

A partir dos dados de frequência do muro de escalada, utilizado por 540 alunos num período de sete meses, 27 indivíduos foram selecionados por cumprirem os seguintes critérios mínimos de inclusão: dois meses seguidos, com um total de 23 dias de escalada e uma média de 5 dias por mês.

Após um mês, 20 dos 27 indivíduos (74%) assinaram um termo de consentimento de participação e responderam à um questionário. Os outros sete não puderam ser localizados.

Instrumento

O questionário (Anexo) foi construído com o objetivo de verificar a prevalência de lesão, possivelmente relacionada à escalada, assim como outros aspectos relacionados. A frase exata utilizada para determinar a presença de lesão foi: “Você está ou esteve com lesões ou dores em qualquer região do corpo, que tenha durado pelo menos 1 dia e que pode ter começado por causa da escalada?” Informações relacionadas a dores musculares tardias não foram consideradas. Dados pessoais, histórico de atividades físicas, tratamentos e métodos de prevenção também foram coletados.

Ao todo, foram 23 questões, três sendo abertas e fechadas, cinco abertas e 15 fechadas. O local exato de lesão foi marcado em duas figuras, adaptadas a partir de Maitland (1992). O questionário sempre foi preenchido na presença de um dos autores do presente estudo.

RESULTADOS

Os dados referentes às medidas corporais e frequência de escalada são mostrados na Tabela 1. A amostra foi composta principalmente por indivíduos jovens, sendo 90% estudantes que não trabalhavam. Todos os indivíduos realizavam outra atividade física na academia ou fora, de forma constante ou com pequenas interrupções, nos 12 meses antes do estudo. Os dados referentes às outras atividades físicas praticadas, assim como sua frequência semanal, são mostrados na Tabela 2. A musculação foi a principal atividade realizada pelos indivíduos da amostra, sendo, em média, mais frequente que a escalada. Outros hábitos de escalada são mostrados na Tabela 3.

Tabela 1. Dados da amostra e frequência de escalada, em média (\pm DP).

	Homens	Mulheres
Indivíduos	10	10
Idade (anos)	22,1 (36,4)	21,4 (20,1)
Massa corporal (kg)	71,2 (9,1)	53,6 (6,7)
Estatura (cm)	180,0 (0,1)	160,0 (0)
IMC (kg/m ²)	22,4 (3,1)	20,1 (1,5)
Meses de prática	5,8 (1,5)	4 (1)
Frequência (dias)		
mensal	9 (2,1)	9,6 (2,4)
semanal	2,3 (0,5)	2,4 (0,6)

Tabela 2. Prática de outras atividades.

Atividade	Total	% de indivíduos de acordo com frequência semanal (n)		
		1-2X	3-4X	5-6X
Escalada <i>indoor</i>	100 (20)	15 (3)	50 (10)	35 (7)
Musculação	85 (17)	29 (5)	53 (9)	18 (3)
Spinning	40 (8)	12,5 (1)	50 (5)	25 (2)
Dança	30 (6)	17 (1)	83 (5)	0
Corrida	25 (5)	60 (3)	40 (2)	0
Lutas	25 (5)	40 (2)	40 (2)	20 (1)
Ergometria	25 (5)	60 (3)	0	40 (2)

Tabela 3. Hábitos de escalada.

	% (n)
Tipo de escalada	
Apenas <i>indoor</i>	90 (18)
<i>Indoor</i> e rocha	10 (2)
Tempo de cada seção (min)	
30 – 90	70 (14)
90 – 120	25 (5)
+ 120	5 (1)
Dificuldade técnica	
IV – IV+	10 (2)
V – V+	20 (4)
VI – VI+	50 (10)
7a	20 (4)

Lesões ou dores possivelmente relacionados à escalada foram relatados por 16 (80%) dos 20 indivíduos que preencheram o questionário. Os locais de lesão apontados estão marcados na Figura 1. Os locais mais comumente afetados foram as mãos, os braços e os joelhos, com o lado direito mais afetado do que o esquerdo. A distribuição das lesões é mostrada na Tabela 4.

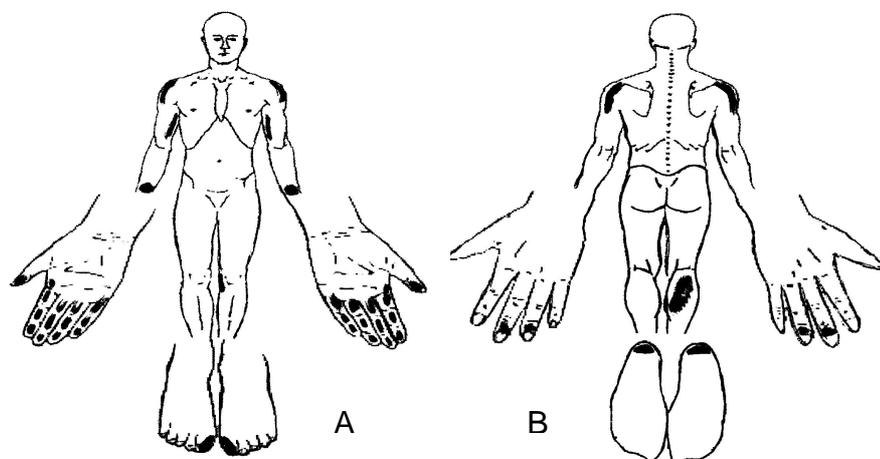


Figura 1 – Locais de ocorrência das lesões assinalados pela amostra. Vista anterior (A) e posterior (B).

Tabela 4. Locais de lesão em % de lesionados (n).

	Direito	Esquerdo
Braço	18,75 (3)	12,5 (2)
Joelho	12,5 (2)	12,5 (2)
Mão	75 (12)	56,25 (9)
Dedo médio	50 (8)	43,75 (7)
Dedo mínimo	43,75 (7)	37,5 (6)
Dedo anular	37,5 (6)	25 (4)
Região interfalângica proximal	37,5 (6)	37,5 (6)
Região interfalângica distal	31,25 (5)	18,75 (3)
Ponta dos dedos	25 (2)	12,5 (1)

Dos indivíduos lesionados, oito (50%) permaneceram, em média, 6 (3-11) dias sem escalar. Cinco (31%) foram impedidos de praticar outros tipos de atividade física por 4,4 (1-7) dias. Apenas um (6%) dos indivíduos lesionados procurou assistência médica. Algum tipo de tratamento foi utilizado por sete (43,75%) dos indivíduos lesionados, sendo a aplicação de gelo o mais usado (31%). A prevenção também foi adotada por onze (61,75%) dos indivíduos após a lesão. A Tabela 5 mostra os métodos de prevenção e tratamento utilizados.

Tabela 5. Métodos de prevenção e tratamento em % de lesionados (n).

	% (n)
Prevenção	
Aquecimento	31.2% (5)
Alongamento	25% (4)
Evitar vias difíceis	18.7% (3)
Fortalecimento muscular	25% (4)
Repouso	37.5% (6)
Taping	6.2% (1)
Tratamento	
Assistência médica	06% (1)
Gelo	31% (5)
Outros	13% (2)

DISCUSSÃO

Os resultados demonstraram que, mesmo com pouca experiência (4,9 meses, em média) e uma pequena frequência semanal (2,3 dias, em média), as queixas de lesões foram altas (80%). Esse fato é ainda mais importante se considerarmos que a escalada era realizada em *top-rope*, tido como menos exigente (HODGSON *et al.*, 2008; WRIGHT *et al.*, 2001), e que o volume e a intensidade do treino estão relacionada à ocorrência de lesão (JONES *et al.*, 2007; KUBIAK *et al.*, 2006).

Outros autores também descreveram altas taxas de lesão (BOLLEN, 1988; DORAN & REAY, 2000; MAITLAND, 1992; ROHRBOUGH *et al.*, 2000; SHEA *et al.*, 1992; WRIGHT *et al.*, 2001). Contudo, o presente estudo teve a mais alta taxa entre os estudos com escaladores recreativos, sendo similar àqueles com atletas. Esse resultado pode estar relacionado à estratificação da amostra, selecionando apenas aqueles indivíduos com uma frequência mínima na escalada. Outra razão pode ter sido a definição de “lesão” utilizada.

A mão foi o local mais comum de lesão. O resultado está de acordo com outros autores (BOLLEN, 1990; DORAN & REAY, 2000; MAITLAND, 1992; ROHRBOUGH *et al.*, 2000; SHEA *et al.*, 1992; WRIGHT *et al.*, 2001). Especificamente, a região interfalângica concentrou quase todas as lesões de mão, o que parece ser devido às cargas muito altas, incomuns, impostas às mãos durante a escalada. Apesar da recomendação técnica de se utilizar os pés para suportar o máximo possível do peso corporal, grande parte do peso corporal é sustentado pelos membros superiores (NOE, 2007; QUAINÉ & MARTIN, 1999), onde ainda são utilizadas forças superiores aquelas necessárias para o suporte desse peso (DANION, 2008). Cargas de até 116N foram observadas sobre os retináculos dos dedos durante a pegada (SCHWEIZER, 2000).

Outras atividades físicas realizadas pelos indivíduos podem ter influenciado a ocorrência de lesão, mas seu papel permanece desconhecido. A musculação, por exemplo, foi realizada por 85% dos indivíduos da amostra e apresenta uma taxa de lesão descrita entre 7,1% e 39,4% (MAZUR *et al.*, 1993). Contudo, o padrão de lesão observado concorda com aquele descrito por outros autores (BOLLEN, 1988; BOLLEN, 1990; ROHRBOUGH *et al.*, 2000; SHEA *et al.*, 1992; WRIGHT *et al.*, 2001). Por outro lado, a região lombar, local mais comum de lesão na musculação (MAZUR *et al.*, 1993), não foi sequer citada neste estudo.

Exercícios de alongamento foram utilizados por quatro (25%) dos indivíduos lesionados como método de prevenção, apesar de não haver boa evidência que apoie seu papel na prevenção de lesões (ANDERSEN, 2005; GLEIM & MCHUGH, 1997; YEUNG & YEUNG, 2001). A técnica de *taping*, onde uma fita de esparadrapo é colocada envolvendo a região interfalângica, teve baixa

utilização nessa amostra, mas é prática comum entre escaladores (Figura 2). Este fato pode estar associada ao conselho dos professores sobre a ineficiência do procedimento (SCHWEIZER, 2000; WARME & BROOKS, 2000). Outras formas de prevenção utilizadas parecem estar de acordo com a literatura especializada, muito embora a eficácia dos meios de prevenção tradicionais não tenha sido demonstrado na escalada (JOSEPHSEN *et al.*, 2007)



Figura 2– *Taping*: fitas de esparadrapo dispostas ao redor das falanges, como reforço ao retináculo dos dedos.

Houve pouca preocupação com as lesões ocorridas por parte dos indivíduos. A taxa de escaladores lesionados que buscou assistência médica foi muito pequena (6%), possivelmente devido à rápida recuperação da lesão. Outro motivo pode ter sido a pequena interferência com outras atividades. Este resultado está de acordo com Wyatt *et al.* (1996), ao citar que apenas 19 escaladores deram entrada em um departamento de emergência entre 52697 pacientes no período e um ano; e Limb (1995), que encontrou apenas 55 lesões significativas entre mais de um milhão de visitas a uma parede de escalada.

CONCLUSÃO

A prevalência de lesões na escalada esportiva é alta, mesmo em indivíduos com baixo volume de treinamento. A gravidade destas lesões parece não ser muito grande, dada a baixa procura por assistência médica após uma lesão. Contudo, em longo prazo, não são conhecidos os efeitos dessas pequenas lesões sobre a performance na escalada e sobre as atividades cotidianas dos indivíduos. Principalmente em uma região tão sensível e importante como a mão.

Essas lesões poderiam ser minimizadas, pelo menos em teoria, com um melhor planejamento do volume e intensidade do treino, uma vez que estes dois fatores estão diretamente relacionados com a ocorrência de lesão.

Mais pesquisas são necessárias para desenvolver estratégias com o objetivo de reduzir a ocorrência de lesões na escalada, fazendo esta atividade mais segura e permitindo treinamentos mais duradouros.

REFERÊNCIAS

- ANDERSEN, J.C. Stretching Before and After Exercise: Effect on Muscle Soreness and Injury Risk. **Journal of Athletic Training**, v. 40, n. 3, p.218-220, 2005.
- BOLLEN, S.R. Soft Tissue Injury in Extreme Rock Climbers. **British Journal of Sports Medicine**, v. 22, n. 4, p. 145-147, 1988.
- BOLLEN, S.R. Upper Limb Injuries in Elite Rock Climbers. **Journal of the Royal College of Surgeons of Edinburgh**, v. 35, n. 6 (suplemento), p. S18-S20, 1990.
- BOWIE, W.S.; HUNT, T.K.; ALLEN, H.A. Rock-Climbing Injuries in Yosemite National Park. **Western Journal of Medicine**, v. 149, n. 2, p. 172-177, 1988.
- DANION, F. Grip force safety margin in rock climbers. **International Journal of Sports Medicine**, v. 29, n. 2, p. 168-72, 2008.
- DORAN, D.A.; REAY, M. Injuries and Associated Training and Performance Characteristics in Recreational Rock Climbers. In: MESSENGER, N.; PETERSON, W.; BROOK, D. (Orgs.) **Science of Climbing and Mountaineering**. Champaign: Human Kinetics, 2000.
- GERDES, E.M.; HAFNER, J.W.; ALDAG, J.C. Injury Patterns and Safety Practices of Rock Climbers. **Journal of Trauma**, v. 61, n. 6, p. 1517-1525, 2006.
- GLEIM, G.W.; MCHUGH, M.P. Flexibility and Its Effects on Sports Injury and Performance. **Sports Medicine**, v. 24, n. 5, p. 289-299, 1997.
- HAAS, J.C.; MEYERS, M.C. Rock Climbing Injuries. **Sports Medicine**, v. 20, n. 3, p. 199-205, 1995.
- HODGSON, C.I.; DRAPER, N.; MCMORRIS, T.; *et al.* Perceived Anxiety and Plasma Cortisol Concentrations Following Rock Climbing with Differing Safety-Rope Protocols. **British Journal of Sports Medicine**, [Epub ahead of print], abr 2008.
- HUMPHRIES, D. Diagnoses, Management, and Prevention of Climbing Injuries. **Medscape Orthopaedics & Sports Medicine eJournal**, v. 2, n. 8, 1998. Disponível em: <<http://www.medscape.com/viewarticle/408491>>. Acesso em: 02 ago 2008.

- JONES, G.; ASGHAR, A.; LLEWELLYN, D.J. The Epidemiology of Rock Climbing Injuries. **British Journal of Sports Medicine**, [Epub ahead of print], dez 2007.
- JOSEPHSEN, G.; SHINNEMAN, S.; TAMAYO-SARVER, J.; *et al.* Injuries in bouldering: a prospective study. **Wilderness and Environmental Medicine**, v. 18, n. 4, p. 271-280, 2007.
- KUBIAK, E.N.; KLUGMAN, J.A.; BOSCO, J.A. Hand Injuries in Rock Climbers. **Bulletin of the NYU Hospital for Joint Diseases**, v. 64, n. 3-4, p. 172-177, 2006.
- LIMB, D. Injuries on British Climbing Walls. **British Journal of Sports Medicine**, v. 29, n. 3, p. 168-170, 1995.
- MAITLAND, M. Injuries Associated With Rock Climbing. **Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy**, v. 16, n. 2, p. 68-73, 1992.
- MAZUR, L.J.; YETMAN, R.J.; RISSER, W.L. Weight-Training Injuries. Common Injuries and Preventative Methods. **Sports Medicine**, v. 16, n. 1, p. 57-63, 1993.
- NOE, F. Modifications of anticipatory postural adjustments in a rock climbing task: The effect of supporting wall inclination. **Journal of Electromyography and Kinesiology**, v. 16, p. 336-341, 2006.
- QUAINE, F.; MARTIN, L. A biomechanical study of equilibrium in sport rock climbing. **Gait & posture**, v. 10, n. 3, p. 233-239, 1999.
- ROHRBOUGH, J.T.; MUDGE, M.K.; SCHILLING, R.C. Overuse Injuries in the Elite Rock Climber. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v. 32, n. 8, p. 1369-1372, 2000.
- ROOKS, M.D. Rock Climbing Injuries. **Sports Medicine**, v. 23, n. 4, p. 261-270, 1997.
- SCHÖFFL, V.R.; KUEPPER, T. Injuries at the 2005 World Championships in Rock Climbing. **Wilderness and Environmental Medicine**, v. 17, n. 3, p. 187-190, 2006.
- SCHWEIZER, A. Biomechanical Effectiveness of Taping the A2 Pulley in Rock Climbers. **Journal of Hand Surgery (Edinburgh, Scotland)**, v. 25, n. 1, p. 102-107, 2000.
- SHEA, K.G.; SHEA, O.F.; MEALS, R.A. Manual Demands and Consequences of Rock Climbing. **Journal of Hand Surgery**, v. 17, n. 2, p. 200-205, 1992.
- WARME, W.J.; BROOKS, D. The Effect of Circumferential Taping on Flexor Tendon Pulley Failure in Rock Climbers. **American Journal of Sports Medicine**, v. 28, n. 5, p. 674-678, 2000.
- WRIGHT, D.M.; ROYLE, T.J.; MARSHALL, T. Indoor Rock Climbing: Who Gets Injured? **British Journal of Sports Medicine**, v. 35, n. 3, p. 181-185, 2001.
- WYATT, J.P.; MCNAUGHTON, G.W.; GRANT, P.T. A Prospective Study of Rock Climbing Injuries. **British Journal of Sports Medicine**, v. 30, n. 2, p. 148-150, 1996.

YEUNG, E.W.; YEUNG, S.S. A Systematic Review of Interventions to Prevent Lower Limb Soft Tissue Running Injuries. **British Journal of Sports Medicine**, v. 35, n. 6, p. 383-389, 2001.

Recebido em: 04/08/08

Aprovado em: 27/07/09

Contato dos autores:

ssperandei@hotmail.com

ANEXO

Questionário – Lesões na Escalada

I) Parte 1 – Dados Pessoais e Medidas Corporais

1.1-Nome completo:

1.2-Qual seu sexo?

1.3-Qual a sua idade?

1.4-Qual a sua profissão?

1.5-Qual a sua altura?

1.6-Qual o seu peso?

II) Parte 2 – Histórico de Atividades Físicas

2.1-Além da escalada, você realiza mais alguma(s) atividade(s) física(s), de forma constante ou com pequenas interrupções, ao longo dos últimos 12 meses?

2.2-Em caso afirmativo, quais seriam estas atividades físicas?

Frequência semanal:

Duração:

III) Parte 3 – Histórico na Escalada

3.1-Você vem praticando escalada há quanto tempo de maneira constante ou com pequenas interrupções?

3.2-Qual é a frequência média semanal com que você escala “indoor” e “outdoor”?

I) Escalo indoor com uma frequência semanal média de:

II) Não escalo outdoor, ou praticamente não escalo

III) Escalo outdoor com uma frequência semanal média de:

3.3-Cada vez que você vai escalar, quanto tempo, em média, você escala?

I) Escalo indoor em média:

II) Não escalo outdoor, ou praticamente não escalo

III) Escalo outdoor em média:

3.4-Qual foi o maior grau de dificuldade já escalado *indoor*, sem quedas?

IV) Parte 4 – Lesões na escalada

4.1-Você está ou esteve com lesões ou dores em qualquer região do corpo, que tenha durado pelo menos 1 dia e que pode ter começado por causa da escalada? Sim Não

Em caso afirmativo, marque sombreando, nas figuras 1 e 2** que se seguem, os exatos

Exatos de dor

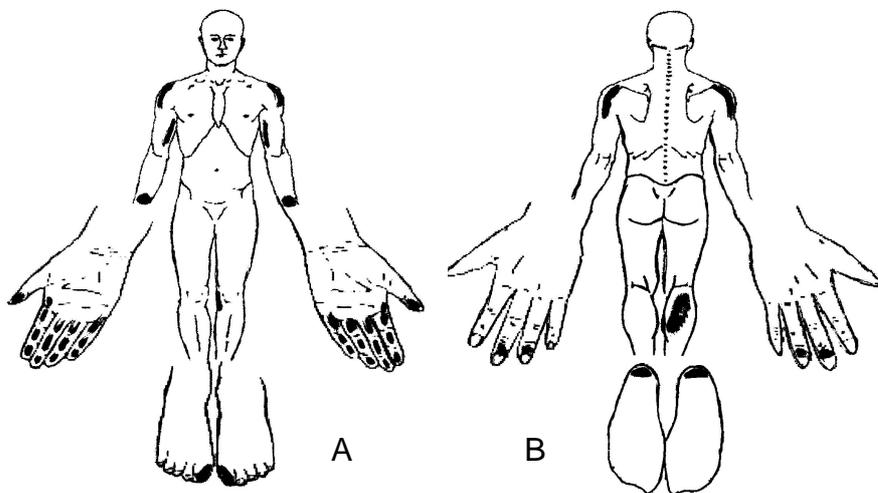


Figura 1 – Locais de ocorrência das lesões assinalados pela amostra. Vista anterior (A) e posterior (B).

V) Parte 5 – Deficiência, Tratamento e Prevenção

5.1-Por causa desta(s) lesão(ões) ou dor(es) você deixou de trabalhar?

5.2-Em caso afirmativo, quantos dias você deixou de trabalhar?

5.3-Você deixou de praticar escalada por causa desta(s) lesão(ões) ou dor(es)?

5.4-Em caso afirmativo, quantos dias você deixou escalar?

5.5-Você deixou de praticar outras atividades físicas por causa desta(s) lesão(ões) ou dor(es)?

5.6-Em caso afirmativo, quantos dias você deixou de praticar outras atividades físicas?

5.7-Por causa da(s) dor(es) você foi ao médico?

5.8-Em caso afirmativo, foi diagnosticada a exata causa da(s) lesão(ões) ou dor(es)?

5.9-Em caso afirmativo, qual(is) seria(m) exatamente a(s) causa(s) desta(s) lesão(ões) ou dor(es)?

5.10-Você realizou alguma forma de tratamento para esta(s) lesão(ões) ou dor(es), com ou sem indicação médica?

5.11-Que tratamento(s) você utilizou?

5.12-Após a(s) lesão(ões) ou dor(es) você passou a realizar alguma(s) forma(s) de prevenção(ões)?

5.13-Quais seriam esta(s) forma(s) de prevenção(ões)?