



inside

football medicine

Better decisions. Better performance

INSIDE NOTES · N.º 1

Da experiência de terreno à qualidade das decisões

Dr. Manuel Afonso – Outubro de 2026

Introdução – Partir do terreno

Existem várias formas de abordar a organização médica no futebol.

Podemos começar pelos recursos disponíveis, pelos protocolos, pelas tecnologias, pelas competências individuais ou pelos indicadores de desempenho. Cada um destes elementos tem o seu lugar. Mas nenhum deles, por si só, basta para descrever a qualidade de uma organização.

No terreno, as situações raramente são tão simples.

Uma lesão não representa apenas um problema clínico. Levanta questões de disponibilidade, de reabilitação, de planeamento e de comunicação. Mobiliza vários profissionais, cujas responsabilidades, informações e condicionantes não são necessariamente as mesmas.

A qualidade da resposta depende, portanto, de várias dimensões: o que cada um sabe, o que cada um compreende, a forma como a informação é partilhada e a maneira como as decisões são tomadas e postas em prática.

Estas dimensões não são independentes.

Uma informação pertinente pode chegar tarde demais. Uma avaliação precisa pode ser interpretada de forma diferente por dois profissionais. Uma decisão clinicamente coerente pode ser difícil de aplicar se as suas implicações não forem compreendidas pelas pessoas envolvidas.

O problema não é necessariamente uma falta de competência ou de boa vontade. Pode também residir na organização das relações entre as pessoas.

É a partir destas realidades que se constrói a reflexão da Inside Football Medicine.

O objetivo não é propor um método universal, nem pretender que todas as organizações enfrentam as mesmas dificuldades. Trata-se antes de examinar as condições que permitem a uma organização médica e de performance funcionar de forma coerente, num contexto em que as decisões têm muitas vezes de ser tomadas com informação incompleta e condicionantes concorrentes.

Três perguntas abrem esta reflexão:

- O que nos podem realmente ensinar os dados quando a incerteza persiste?
- Porque é que a competência individual não garante a eficácia coletiva?
- O que acontece entre os profissionais quando é preciso transformar informações e competências diferentes numa decisão comum?

Estas perguntas estão ligadas. Conduzem progressivamente de um problema de conhecimento a um problema de decisão e, depois, a um problema de organização coletiva.

Este primeiro número da Inside Notes abre essa exploração.

Parte da experiência do futebol profissional, apoia-se no conhecimento disponível quando este esclarece realmente o tema e procura distinguir as constatações de terreno, as hipóteses de trabalho e as conclusões que os dados permitem sustentar.

O desafio não é eliminar toda a incerteza. É compreender melhor como as organizações podem tomar decisões pertinentes apesar dela.

///// PARTE I

Dos dados à decisão

More Data. Same Uncertainty.

1. Os dados não decidem por nós

A medicina do futebol dispõe hoje de uma quantidade crescente de informação.

A imagiologia, os testes funcionais, a monitorização da carga, os antecedentes clínicos e os dados de desempenho contribuem para documentar melhor a situação de um jogador. Permite observar, medir, comparar e, em certas condições, antecipar melhor.

Esta evolução é preciosa. Alarga as possibilidades de avaliação e pode melhorar a qualidade do raciocínio clínico.

Mas dispor de mais informação não significa saber com certeza o que vai acontecer a seguir.

Um exame informa sobre um estado num dado momento. Um teste mede uma capacidade em condições determinadas. Um indicador de carga descreve uma parte da exposição ao esforço. Nenhum destes elementos reproduz, por si só, toda a complexidade de um jogo, com as suas acelerações, mudanças de direção, contactos, fadiga e exigências de decisão.

A questão não é, portanto, saber se os dados são úteis. É compreender o que permitem realmente afirmar, o que deixam indeterminado e a forma como devem ser interpretados.

2. Da informação à interpretação

Um dado não adquire significado independentemente do seu contexto.

O mesmo resultado pode ter um alcance diferente consoante a história do jogador, a fase da sua reabilitação, as exigências da sua posição, as condicionantes do calendário ou as características da competição que se segue.

A interpretação exige, portanto, relacionar vários elementos. Pressupõe compreender os limites das medições disponíveis e reconhecer que algumas questões ficarão sem resposta definitiva.

Esta distinção é importante: medir não é interpretar, e interpretar ainda não é decidir.

Entre a informação recolhida e a decisão final estão o raciocínio clínico, a apreciação do contexto, a avaliação das consequências possíveis e a consideração das incertezas residuais.

As ferramentas podem apoiar este processo. Não o substituem.

ESTUDO DE CASO

Quando um indicador se torna uma explicação

A distância percorrida num jogo é um dado fácil de compreender, de comparar e de comunicar. Pode parecer oferecer uma leitura objetiva da atividade física de uma equipa. Mas o que permite realmente concluir?

No seu relatório publicado em 2025, *Time to drop running as a KPI in elite football: football fitness and freshness as match-day preconditions* [1], Mandorino e colegas analisam as relações entre a atividade de corrida em jogo, indicadores estimados de condição física e de frescura, e os resultados obtidos por uma equipa profissional. A análise incide sobre 25 jogadores de um mesmo clube italiano, ao longo de três épocas.

Os autores relatam uma associação entre certas combinações de condição física, frescura e volume de corrida e a probabilidade de vitória. Em particular, a combinação de índices elevados de condição física e de frescura com um volume de corrida mais baixo estava associada a uma maior probabilidade de vitória na sua amostra. Este resultado deve, no entanto, ser interpretado com prudência: trata-se de um estudo observacional realizado num único clube, e uma associação não demonstra uma relação de causalidade. Não permite, portanto, concluir que correr menos faz ganhar.

O interesse deste estudo vai além da questão dos quilómetros percorridos. Uma equipa não corre independentemente do seu jogo. A sua atividade depende nomeadamente da sua organização, das suas intenções táticas, do adversário e do desenrolar do jogo. O volume de corrida observado é também o produto das exigências que os jogadores enfrentaram.

É igualmente necessário distinguir o que um jogador realiza daquilo que é capaz de realizar. A distância percorrida num jogo não constitui, por si só, uma medida suficiente da sua condição física. Não informa completamente sobre o custo fisiológico ou mecânico da sua atividade, nem sobre as razões pelas quais essa atividade assumiu essa forma.

Este exemplo ilustra um limite mais geral da análise do desempenho: uma medição pode ser exata sem bastar para explicar o que observamos. Os dados descrevem uma parte da realidade; a decisão exige compreender essa realidade.

O problema não está, portanto, necessariamente nos dados em si. Está na passagem da medição à interpretação e, depois, da interpretação à decisão. Antes de concluir que uma equipa não corre o suficiente, é preciso compreender o que o seu jogo lhe pede. Antes de concluir que um jogador não está em forma porque correu pouco, é preciso distinguir a sua atividade observada das suas capacidades e do seu estado de preparação.

A pergunta não é apenas: quanto correu? É também: porque correu tanto, em que condições, e o que nos permite esta informação realmente concluir?

3. Decidir quando a certeza é impossível

No futebol profissional, algumas decisões não podem esperar que todas as incertezas sejam esclarecidas.

A questão da disponibilidade de um jogador é um exemplo. Os profissionais têm de relacionar o seu estado clínico, as suas capacidades funcionais, as exigências da competição e as consequências possíveis das diferentes opções.

Decidir não consiste simplesmente em somar resultados para obter uma resposta automática. Exige determinar que informações são pertinentes, que limites persistem e que consequências cada opção pode ter.

Reconhecer a incerteza não autoriza a arbitrariedade. Obriga a tornar o raciocínio mais explícito: em que informações nos apoiamos? Que limites foram identificados? Que consequências foram consideradas? O que poderia levar a rever a decisão?

A incerteza não desaparece necessariamente quando o raciocínio é de boa qualidade. Pode, no entanto, ser melhor caracterizada e tida em conta.

4. Reduzir a incerteza sem pretender eliminá-la

A ambição da medicina do futebol não pode ser prever perfeitamente o que vai acontecer.

Consiste, nomeadamente, em recolher informações pertinentes, interpretá-las com rigor e utilizá-las para tomar uma decisão tão justificada quanto possível nas circunstâncias presentes.

Esta abordagem implica duas exigências complementares.

A primeira é científica: compreender o que as ferramentas e os conhecimentos disponíveis permitem realmente concluir.

A segunda é decisória: aceitar que, por vezes, uma decisão tem de ser tomada enquanto algumas questões permanecem em aberto.

Os dados devem esclarecer o raciocínio clínico, não substituí-lo.

Esta distinção conduz a uma questão adicional. Se a qualidade de uma decisão depende da forma como a informação é interpretada, é preciso examinar também o que acontece quando essa interpretação mobiliza vários profissionais. O problema deixa então de ser apenas dispor de informação pertinente, e passa a ser compreender como análises diferentes contribuem para uma escolha concreta. No futebol, as decisões importantes raramente mobilizam uma única competência. É aqui que a reflexão deixa progressivamente a questão dos dados para abordar a do coletivo.

NO LINKEDIN [«More data. Same uncertainty.»](#) →

Da competência individual à ação coletiva

A Team of Experts ≠ An Expert Team

5. A competência individual não basta

Uma organização pode reunir profissionais altamente qualificados sem, no entanto, funcionar como uma equipa eficaz.

O médico tem a sua competência clínica. O fisioterapeuta traz o seu conhecimento do jogador e da sua progressão funcional. O preparador físico avalia as exigências de carga e de desempenho. O treinador raciocina a partir das necessidades desportivas e das condicionantes da competição.

Cada um pode ser competente na sua área.

Mas a presença destas competências à volta da mesma mesa não garante que produzam uma compreensão partilhada da situação, nem uma decisão coletiva coerente.

A informação pode circular sem ser interpretada da mesma forma. As prioridades podem divergir. Uma decisão pode ser clara para quem a toma, mas continuar ambígua para quem a tem de pôr em prática.

É, portanto, necessário distinguir duas realidades: a qualidade das pessoas e a qualidade do funcionamento coletivo.

A primeira é indispensável. A segunda não decorre automaticamente da primeira.

6. A equipa como outro nível de análise

Avaliar uma equipa apenas através das competências dos seus membros é considerar só uma parte do problema.

É preciso examinar também a forma como essas competências se complementam, a informação que circula entre os profissionais, as divergências que são expressas e a maneira como as responsabilidades são entendidas.

Estas dimensões não garantem, por si só, a qualidade de uma decisão. Constituem, no entanto, questões importantes quando se procura compreender porque é que uma organização funciona bem em certas situações e tem dificuldades noutras.

Um coletivo não pode ser reduzido à soma dos seus membros. É preciso também olhar para o que acontece quando trabalham em conjunto.

Esta proposição deve ser examinada de forma concreta, em vez de ser transformada num slogan. Uma equipa eficaz não se define simplesmente por um bom ambiente, reuniões regulares ou ausência de divergências.

Deve ser capaz de confrontar pontos de vista diferentes, fazer circular a informação pertinente e clarificar as decisões que exigem uma ação coordenada.

A divergência pode ser útil se permitir compreender melhor uma situação. Torna-se problemática quando permanece implícita, impede a compreensão mútua ou nunca se traduz numa decisão clara.

7. Da competência à ação coletiva

Numa organização médica e de performance, uma decisão pode mobilizar vários níveis de responsabilidade.

A avaliação clínica não responde a todas as questões relativas ao regresso à competição. Os dados funcionais não determinam, por si só, as exigências da competição. As necessidades desportivas não podem, por si só, estabelecer o estado clínico de um jogador.

Estas perspetivas são diferentes, mas dizem respeito a uma mesma situação.

O objetivo não é fazer desaparecer estas diferenças, nem pedir a cada profissional que saia da sua área de competência. É compreender como as diferentes competências podem contribuir para uma decisão cujas implicações sejam partilhadas e compreendidas.

Isto pressupõe clarificar as responsabilidades, distinguir os elementos estabelecidos dos pontos que permanecem incertos e tornar explícitas as consequências operacionais da decisão.

Procedimentos de comunicação e responsabilidades formalizadas só têm valor se forem realmente utilizados e adaptados ao contexto.

A organização coletiva merece, portanto, ser examinada no seu funcionamento real, e não apenas na sua estrutura teórica.

8. Olhar para o que acontece entre os especialistas

Os capítulos anteriores distinguiram a competência de cada profissional do funcionamento do coletivo. Resta examinar o que liga concretamente os dois: como uma informação é transmitida, compreendida e utilizada; como as diferenças de interpretação são identificadas; como uma decisão é comunicada a quem terá de agir; e como as responsabilidades são repartidas quando várias áreas de competência se cruzam.

Estas questões deslocam a análise da composição do staff para o seu funcionamento real. Indicam o que é preciso observar para compreender porque é que as competências se complementam em certas situações e têm dificuldade em produzir uma ação coerente noutras.

A questão já não é apenas saber se as pessoas certas estão presentes.

É compreender como a sua competência se torna — ou não se torna — uma capacidade de ação coletiva.

ESTUDO DE TERRENO

Na véspera de um jogo a eliminar

Fase final de uma competição continental.

Na véspera de um jogo a eliminar, um avançado titular a regressar de lesão faz um treino preocupante. Os seus gestos carecem de precisão, os apoios são difíceis e, por momentos, surge uma claudicação.

É organizada uma reunião entre o jogador, o selecionador e eu próprio, enquanto médico da seleção.

O selecionador sublinha a importância do jogador para o jogo do dia seguinte. A minha avaliação médica indica que ainda não recuperou a totalidade das suas capacidades físicas. O jogador, por seu lado, considera que pode jogar e que a principal dificuldade é a dor, que pensa conseguir suportar.

Três intervenientes, três leituras de uma mesma situação.

O selecionador raciocina a partir das necessidades da equipa e do que está em jogo. Da minha parte, apoio-me na avaliação clínica e funcional. O jogador traz o que sente e a perceção da sua capacidade para jogar.

No final da discussão, fica acordado que o jogador será titular. Compromete-se a sinalizar com honestidade o momento em que a dor se torne incapacitante, para que uma substituição possa ser considerada.

O jogador começa o jogo e sai na segunda parte. O desenrolar do jogo permite então ao selecionador prescindir de um avançado. A possibilidade tática torna-se também uma oportunidade para proteger o jogador.

A substituição não é, portanto, a consequência direta de um alerta médico ou de um pedido do jogador: foi o contexto do jogo que tornou esta opção possível.

Esta situação mostra que a decisão inicial é apenas um momento do processo. A sua execução depende também da capacidade de reavaliar a situação e de aproveitar as possibilidades que surgem durante o jogo.

A proteção do jogador e as exigências da competição nem sempre são objetivos opostos. A evolução do contexto pode, por vezes, permitir conciliá-los melhor.

Esta situação deixa, no entanto, uma questão em aberto: como definir, antes do jogo, as condições em que uma decisão poderá ser reexaminada? O acordo entre as pessoas é importante; a clareza dos critérios e das responsabilidades é-o igualmente.

O que a literatura sobre colaboração interprofissional nos traz

A colaboração entre profissionais de saúde tem sido objeto de revisões sistemáticas. Reeves e colegas [2] analisaram nove ensaios aleatorizados sobre diferentes intervenções de colaboração em contextos de cuidados variados. Os resultados sugerem benefícios possíveis em alguns processos de cuidados, na utilização de recursos e em certos resultados para os doentes, mas os efeitos são heterogêneos e o grau de certeza é baixo a muito baixo. Esta revisão não permite, portanto, afirmar que uma forma particular de colaboração funciona em todo o lado, nem identificar um modelo universalmente superior.

Uma revisão sistemática mais recente de Bouton e colegas [3], baseada em 65 artigos que descrevem 61 intervenções em cuidados de saúde primários, relata resultados que variam consoante as populações e os problemas de saúde estudados. Os resultados são mais favoráveis em alguns grupos, nomeadamente nos doentes com risco cardiovascular, mas continuam heterogéneos noutros contextos. Os autores sublinham os limites de comparabilidade das intervenções e dos critérios de avaliação.

Estes trabalhos não demonstram diretamente a superioridade de um modelo médico-performance no futebol profissional: os contextos, as profissões e os objetivos diferem. Sustentam uma conclusão mais limitada, mas útil: a colaboração é uma realidade organizacional a construir e a avaliar, e não um resultado produzido automaticamente pela presença de várias profissões.

O quadro da Organização Mundial da Saúde sobre educação interprofissional e prática colaborativa [4] completa esta perspetiva ao abordar as condições que favorecem o trabalho conjunto entre profissões.

No futebol, as condicionantes são específicas: calendário competitivo, disponibilidade dos jogadores, exigências de desempenho e decisões por vezes urgentes. A literatura em saúde não pode, por isso, ser transposta tal como está. Fornece antes um quadro para colocar as perguntas certas: como se complementam as competências? Como são tratadas as divergências? Como se transforma uma decisão numa ação coordenada?

NO LINKEDIN [«A team of experts ≠ an expert team.»](#) →

Construir um sistema médico-performance

9. Do staff médico e do staff de performance ao staff médico-performance

Os limites dos dados e os da competência individual conduzem a uma questão de organização: como criar as condições para que informações incompletas, análises diferentes e responsabilidades distintas contribuam para uma decisão coerente? O sistema médico-performance é uma proposta para responder a esta questão. Não se trata de um modelo cuja superioridade esteja já demonstrada pela literatura, mas de um quadro de trabalho a explicitar, a adaptar a cada clube e a avaliar no seu funcionamento real.

O staff médico e o staff de performance reúnem competências diferentes, necessárias ao acompanhamento do jogador. A sua coexistência não basta, no entanto, para criar um funcionamento comum.

A passagem a um staff médico-performance não consiste simplesmente em aproximar os dois grupos, multiplicar as reuniões ou partilhar mais dados. Consiste em organizar as suas competências em torno de uma compreensão comum da situação do jogador e de decisões coerentes.

As profissões não se confundem. As responsabilidades médicas continuam a ser médicas; as responsabilidades ligadas ao treino e ao desempenho continuam a ser dos profissionais em causa. O objetivo é tornar os seus contributos complementares, compreensíveis e operacionais.

O termo **staff médico-performance** designa a organização humana. O termo **sistema médico-performance** descreve o seu funcionamento: as informações, as interpretações, as decisões, as responsabilidades, as ações e os retornos de experiência que ligam os profissionais.

Neste sistema, pode ser identificada uma função de coordenação médico-performance. Organiza o circuito de informação, regista as decisões e os respetivos responsáveis, verifica o acompanhamento e desencadeia as reavaliações previstas. Consoante os clubes, pode ser confiada a um profissional dedicado ou assumida por um membro do staff; não se substitui ao médico nem ao treinador nas decisões que lhes cabem.

O objetivo não é aproximar o staff médico e o staff de performance. É fazê-los funcionar como um sistema médico-performance.

10. Construir uma compreensão partilhada do jogador

Um jogador pode ser descrito de várias formas consoante o profissional que o observa. O médico interessa-se pelo seu estado clínico e pelos riscos pertinentes. O fisioterapeuta acompanha a sua progressão funcional. O preparador físico avalia a sua resposta à carga e a sua capacidade de responder às exigências do treino. O treinador considera as necessidades da equipa e as condicionantes da competição.

Estas leituras não são intermutáveis. Têm de ser relacionadas.

Uma compreensão partilhada não significa que todos os profissionais tenham de ter a mesma opinião. Significa que cada um compreende os elementos essenciais trazidos pelos outros, as incertezas que subsistem, os limites da sua própria área de competência e as consequências práticas da decisão coletiva.

A pergunta não é, portanto, apenas: «O que sabemos sobre este jogador?» É também: «O que significa esta informação para os outros profissionais e para a próxima decisão a tomar?»

11. Clarificar as responsabilidades e as condições de reavaliação

Uma decisão coordenada exige distinguir vários papéis: quem avalia, quem traz uma competência, quem deve ser consultado, quem é responsável pela decisão na sua área, quem comunica as instruções e quem verifica a sua execução. «Coletivo» não significa que todas as decisões são tomadas por todos, nem que as responsabilidades se confundem.

Esta clarificação é particularmente importante quando os objetivos podem entrar em tensão. Uma decisão de regresso à competição, por exemplo, mobiliza a avaliação médica, a progressão funcional, a capacidade de suportar a carga, as exigências do jogo e a perceção do jogador. Nenhum destes elementos deve ser confundido com a decisão no seu conjunto.

Exemplo – Repartição dos papéis numa decisão de regresso à competição

Interveniente	O que traz	Responsabilidade / limite do papel
Médico	Avaliação clínica, riscos identificados, incertezas que subsistem	Decisão de aptidão médica na sua área; explicitar as restrições, os sinais de alerta e as condições de reavaliação
Fisioterapeuta	Progressão funcional, resposta aos testes, tolerância aos exercícios de reabilitação	Condução da reabilitação e contributo para a avaliação funcional; não se substitui à decisão médica de aptidão
Preparador físico	Tolerância à carga, capacidades físicas, resposta ao condicionamento	Planeamento e ajuste da carga no quadro das restrições e objetivos comunicados; sinalizar respostas preocupantes
Treinador	Necessidades da equipa, exigências táticas e condicionantes do jogo	Decisão de convocatória e de tempo de jogo no respeito dos limites médicos; reavaliar as opções desportivas se o contexto evoluir
Jogador	O que sente, perceção das suas capacidades, sintomas e evolução	Participar nas discussões e sinalizar os sintomas com honestidade; não tem sozinho a responsabilidade da avaliação médica nem da aptidão
Coordenação médico-performance	Visão de conjunto das informações, prazos, decisões esperadas e transmissões	Organizar o circuito de informação, registar as decisões e os respetivos responsáveis, verificar o acompanhamento e desencadear a reavaliação prevista; não se substitui ao médico nem ao treinador nas decisões que lhes cabem

Este quadro é indicativo: as designações, delegações e circuitos de validação devem ser adaptados à organização do clube e ao enquadramento regulamentar aplicável. Não substitui as obrigações profissionais nem as responsabilidades individuais. O seu interesse é tornar visíveis os contributos, os limites de cada papel e as decisões que devem continuar atribuídas a um responsável identificado.

É igualmente útil precisar, antes da ação, o que poderia levar a reexaminar a escolha inicial, quem deve ser alertado e quem toma a decisão correspondente. Uma decisão pode ser pertinente face à informação disponível num dado momento e ter depois de evoluir se o estado do jogador, o contexto ou as exigências mudarem. A reavaliação não apaga as responsabilidades: reativa-as num contexto que evoluiu.

A situação descrita no estudo de terreno ilustra esta dimensão. O acordo prévio tinha previsto que o jogador sinalizasse uma dor que se tornasse incapacitante. Durante o jogo, o contexto tático abriu ao selecionador a possibilidade de o substituir. A decisão inscreveu-se numa situação em evolução, e não na aplicação mecânica de uma escolha feita na véspera.

O desafio é tornar explícitas estas possibilidades de reavaliação, sem pressupor que um protocolo pode antecipar todas as situações.

12. Observar o funcionamento real para o fazer evoluir

Uma organização pode ter um organograma claro, protocolos escritos e reuniões regulares e, ainda assim, ter dificuldades na circulação da informação ou na execução das decisões.

É, portanto, preciso olhar para o trabalho tal como realmente acontece: como chegam as informações, quem as interpreta, como são formuladas as divergências, como são comunicadas as decisões e o que acontece depois.

A análise não incide apenas sobre os erros visíveis. Examina também os mecanismos que facilitam o trabalho: uma transmissão antecipada, uma responsabilidade bem compreendida, uma divergência tratada a tempo ou uma possibilidade de reavaliação identificada antes de se tornar urgente.

Esta abordagem pressupõe observar as situações, confrontar os pontos de vista dos profissionais e comparar os procedimentos previstos com as práticas reais. Não procura atribuir sistematicamente as dificuldades a uma pessoa. Procura compreender como o sistema contribui para o resultado.

É a este nível que a auditoria do funcionamento médico-performance faz sentido: não como um simples controlo documental, mas como uma análise estruturada das interações entre as competências, as decisões e as ações.

O objetivo não é criar um modelo uniforme para todos os clubes. É identificar as condições que, numa determinada organização, podem tornar as decisões mais legíveis, mais bem coordenadas e mais coerentes com as necessidades do jogador.

Conclusão – Da competência à qualidade das decisões

Os dados são indispensáveis, mas não decidem por nós. A competência individual é indispensável, mas não garante o funcionamento coletivo. A comunicação é indispensável, mas só tem valor se permitir aos profissionais compreender melhor a situação e agir de forma coerente.

A reflexão IFM liga estes três níveis: a informação, a decisão e a organização. O sistema médico-performance é uma proposta para organizar as condições em que competências distintas contribuem para uma compreensão partilhada, para decisões claramente atribuídas e para uma ação coordenada.

Não se trata de eliminar a incerteza, as diferenças de pontos de vista ou as condicionantes da competição. Trata-se de lidar melhor com elas. A qualidade de uma organização não depende apenas do que cada um sabe, mas também da forma como relaciona esses saberes, clarifica as responsabilidades e transforma as decisões em ações coerentes.

Referências

1. Mandorino M, Lacombe M, Verheijen R, Buchheit M. *Time to drop running as a KPI in elite football: football fitness and freshness as match-day preconditions*. Sport Performance & Science Reports. 2025; SPSR254. Estudo observacional sobre 25 jogadores de um clube profissional italiano e 73 jogos ao longo de três épocas. https://sportperfsci.com/wp-content/uploads/2025/04/SPSR254_Mandorino.pdf
2. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. *Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes*. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017;6:CD000072. doi:10.1002/14651858.CD000072.pub3. Revisão sistemática de nove ensaios aleatorizados; certeza global da evidência baixa a muito baixa.
3. Bouton C, Journeaux M, Jourdain M, Angibaud M, Huon JF, Rat C. *Interprofessional collaboration in primary care: what effect on patient health? A systematic literature review*. BMC Primary Care. 2023;24:253. doi:10.1186/s12875-023-02189-0. Revisão de 65 artigos sobre 61 intervenções em cuidados de saúde primários.
4. World Health Organization. *Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice*. Geneva: WHO; 2010. WHO/HRH/HPN/10.3. <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>

Para ir mais longe

As publicações da Inside Football Medicine ligadas a este número:

→ «Something built from the field, for the field.» — o lançamento da Inside Football Medicine

→ «More data. Same uncertainty.» — ligado à Parte I

→ «A team of experts ≠ an expert team.» — ligado à Parte II

0 autor



Dr. Manuel Afonso

Médico do desporto, o Dr. Manuel Afonso construiu o seu percurso no coração do futebol profissional, tanto em clubes como em seleções nacionais.

CS Sedan Ardennes (2004–2014): Ligue 1, Ligue 2 e final da Taça de França.

Seleção Nacional do Senegal (2019–2024): final da CAN 2019, vencedor da CAN 2021, Campeonato do Mundo de 2022.

Olympique Lyonnais (2025–2026): responsável pelos serviços médicos, Ligue 1 e Liga Europa.

É atualmente médico da Seleção Nacional de Angola e desenvolve a Inside Football Medicine (IFM), uma atividade de consultoria e auditoria dedicada ao funcionamento dos staffs médicos e de performance no futebol.

Site: insidefootballmedicine.com · E-mail: contact@insidefootballmedicine.com · [LinkedIn](#)