

Prevalência de lesões no futebol amador

Michel Bruno Pinheiro de Oliveira¹;
Elvis Costa Crispiniano²
Cleyton Anderson Leite Feitosa³
Felipe Heylan Nogueira de Sousa⁴;
Felipe Longo Correia de Araújo⁴

RESUMO - Por ser caracterizado como uma prática de intenso contato físico, o futebol apresenta um alto índice de lesões musculoesqueléticas em sua prática, onde 69 a 88% dos casos acometem principalmente os membros inferiores. Mesmo sendo um tema bastante incidente e atualizado, o registro sobre a ocorrência de lesões desportivas no Brasil ainda é restrito e não padronizado, sendo necessário realizar uma apuração maior acerca dessa temática. Desse modo, esse trabalho visou identificar as doenças músculo esqueléticas ocorridas em atletas do futebol, de nível amador, e subsidiar a divulgação de maiores informações aos profissionais fisioterapeutas acerca do tema. Para isso, foram avaliados, através de um questionário semi-estruturado, 80 atletas de ambos os sexos, e que desenvolviam essa atividade no mínimo uma vez por semana. Evidenciou-se um índice equivalente a 106 lesões, sendo mais incidentes na faixa etária entre 18 e 21 anos. As lesões mais visualizadas foram as entorses (32%), seguida das contusões (22%), distensões (21%), luxações (10%), fraturas (10%), lesões ligamentares (3%), tendinites (2%). A falta de material e local apropriado podem ser considerados como os principais agentes causadores das lesões supracitadas.

Palavras-chaves: Lesões; futebol amador; entorses.

ABSTRACT - Being characterized as a practice of intense physical contact, football has a high rate of musculoskeletal injuries in her practice, where 69 to 88% of cases affect mainly the lower limbs. Although a theme that incident and updated, the record of the occurrence of sports injuries in Brazil is still limited and not standardized, being necessary to make a greater determination on this theme. Thus, this study aimed at identifying musculoskeletal diseases occurred in athletes in football, amateur level, and supporting the dissemination of more information to physical therapists on the topic. To do so, were evaluated through a semi-structured questionnaire, 80 athletes of both sexes, and who develop this activity at least once a week. Indicating a rate equivalent to 106 lesions, and more incidents between the ages of 18 and 21. The injuries were the most viewed sprains (32%), followed by contusions (22%), sprains (21%), dislocations (10%), fractures (10%), ligament injuries (3%), tendinitis (2%). The lack of appropriate local materials and can be considered as the major causative agents of the aforementioned injuries.

Key-words: Injuries; amateur soccer; sprains.

1 - Fisioterapeuta. Docente das disciplinas de Anatomia e Fisiologia Sistêmica da Escola de Ciências da Saúde de Patos (ECI SA - Faculdades Integradas de Patos).

2 - Fisioterapeuta. Docente das disciplinas de Fisioterapia aplicada a Reumatologia, Traumatologia e Desportiva das Faculdades Integradas de Patos (FIP), UNESC Faculdades e Faculdades Maurício de Nassau (FMN) - Campus Campina Grande - PB.

3- Fisioterapeuta. Preceptor da Clínica-escola de Fisioterapia da FMN - Campus Campina Grande - PB.

4 - Graduandos em Fisioterapia pelas Faculdades Integradas de Patos (FIP)

Endereço para correspondência: Rua Padre Jerônimo Munhóz, s/n, Centro - Jericó (PB). CEP: 58830 - 000. Email: michelbrunoo@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

Embora não exista muita certeza sobre a origem do futebol, a referência mais importante a esse respeito data da Idade Média, na cidade de Florença. A partir do século XVII o futebol foi levado à Inglaterra, pelos partidários do rei Carlos, e se exportou para todo o mundo (FRANÇA, 2009). Atualmente, o futebol é considerado o esporte mais popular do mundo e por ser caracterizado como uma prática de intenso contato físico, composto de movimentos curtos, rápidos e não contínuos associado às recentes mudanças em relação às exigências físicas, cada vez maiores para sua realização. Existe um alto índice de lesões coligadas a essa prática, onde 69 a 88% dos casos acometem principalmente os membros inferiores (COHEN et al, 1997; SIZÍNIO, 2003; BULHÕES et al, 2007). As lesões musculares esqueléticas podem ocorrer em qualquer indivíduo que se submeta à prática de exercício físico e resultam em alterações no treinamento, tais como frequência, forma, intensidade e duração por período igual ou superior a uma semana (LAURINO et al, 2000). Em muitas situações, ocorrem como consequência de traumas, práticas incorretas de treinamento, falta de condicionamento físico adequado e de um aquecimento e alongamento antes do jogo. Contudo, apesar de apresentar uma menor prevalência em relação às lesões traumáticas, essas lesões musculoesqueléticas causam um tempo de incapacidade muito maior (TROELS; STOTHARD, 2005; SOARES, 2007).

As lesões musculares são as mais comuns, porém, são as menos compreendidas e as mais inadequadamente tratadas na medicina do esporte. Descobriu-se que 30% das lesões em jogadores de futebol são lesões musculares (PETERSON; RENSTROM, 2002). O agente causal desse tipo de lesão é sempre um movimento forte de rápida contração ou um movimento exagerado contra uma grande resistência, acarretando numa ruptura de fibras musculares, especialmente na junção músculo -tendão, no tendão ou na inserção óssea de uma unidade músculo -tendínea (FERNANDES, 1994; PINTO; CASTILLO, 1998).

É comum observar também a presença freqüente das contusões musculares, uma lesão provocada por trauma direto incidindo sobre o corpo humano, correspondente a 60-70% das lesões relacionadas à prática de esportes coletivos. Sua severidade pode variar desde simples contusões na pele a contusões musculares com acometimento de órgãos internos (SIZÍNIO, 2003; GOULD III, 1993).

As entorses e as lesões tendíneas são outros tipos de danos comumente encontrados na prática esportiva, principalmente no futebol, e remetem a uma significativa preocupação, pelo fato de que se não adequadamente tratadas, podem resultar em problemas crônicos (PETERSON; RENSTROM, 2002). As lesões ligamentares, principalmente no ligamento cruzado anterior, também requerem uma atenção especial, em virtude de sua alta incidência nesse esporte (ARAÚJO; MERLO; MOREIRA, 2003). Em menores proporções, observam-se as fraturas, com exceção das fraturas por fadiga, com incidência crescente a cada dia (SIZÍNIO, 2003).

Devido às lesões musculares nos esportistas ser um tema bastante incidente e atualizado, o registro sobre a ocorrência de lesões desportivas no Brasil, mesmo no esporte de alto rendimento, ainda é restrito e não padronizado. Apesar dos esforços dos pesquisadores, há dificuldade no acesso às informações sobre os atletas e suas lesões, o que resulta num descontrole sobre a real situação de instalação de agravos à saúde dos envolvidos com o esporte (CHALMERS, 2009). Desse modo, esse trabalho visou identificar às doenças músculo esqueléticas ocorridas em atletas do futebol, de nível amador, e subsidiar a divulgação de maiores informações aos profissionais fisioterapeutas acerca do tema.

MATERIAIS E MÉTODOS

Participaram deste estudo 80 atletas, residentes da cidade de Sumé – PB, com idade entre 18 e 40 anos, de ambos os sexos, e que desenvolviam essa atividade no mínimo uma vez por semana. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), assegurando o cumprimento da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e todos os atletas foram informados sobre o objetivo do estudo e a forma de realização dos métodos, assinando um termo de consentimento.

Os atletas foram avaliados em seu local de treino, por meio de um questionário semi-estruturado contemplando os dados pessoais, idade, tempo de relação com a prática esportiva, horas de treinamento, posição de jogo em campo, lesões ocorridas no esporte em questão e a localização destas lesões. As perguntas foram esclarecidas pelo

pesquisador facilitando o entendimento dos entrevistados. Os dados foram tratados e analisados utilizando-se cálculos estatísticos e o software Microsoft Office Excel 2007.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dos 80 jogadores avaliados, deparamos com um índice equivalente a 106 lesões, o que caracteriza a presença de mais de um segmento lesionado por cada atleta. Apenas em 19 atletas entrevistados não visualizou-se a presença de lesões.

Observou-se que 82,5% (n = 62) da amostra correspondeu ao sexo masculino, enquanto 17,5% (n = 14) pertence ao sexo feminino, conforme mostra a Tabela 1. Embora seja minoria, esse número evidencia uma crescente participação de mulheres nesse esporte. Knijnik (2001) revela, em seu estudo sobre as condições da mulher como participante do futebol atual, que o esporte feminino esteve historicamente preso a preconceitos e estereótipos sociais.

TABELA 1: Distribuição da amostra quanto ao sexo

SEXO	Nº	(%)
Masculino	66	82,5
Feminino	14	17,5
Total	80	100

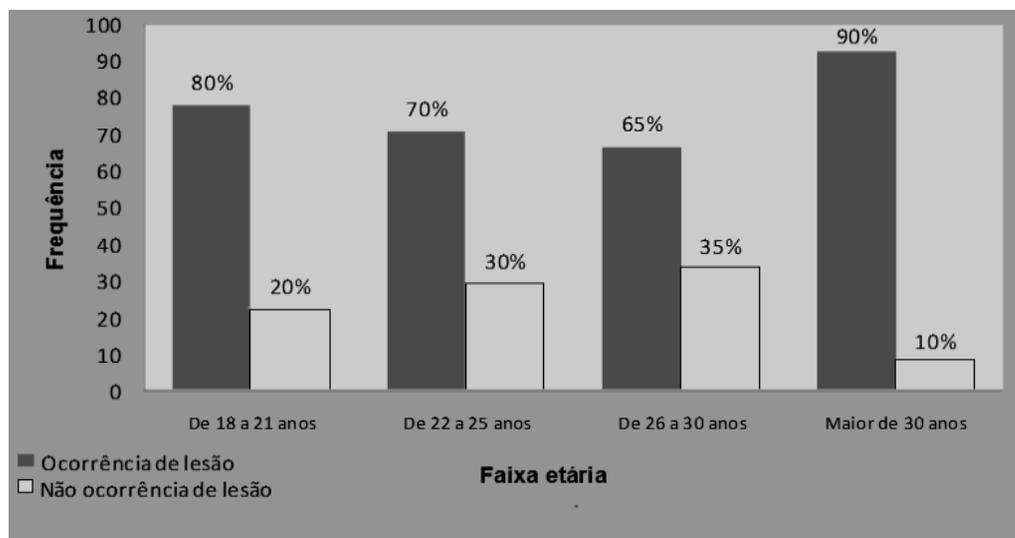
Em relação ao treinamento vimos que 70% (n= 56) realizam treinos semanais numa frequência de um a dois dias, em virtude de sua carga horária no trabalho durante a semana. Para 20% (n= 16) dos entrevistados, os treinamentos variam entre três e quatro dias por semana, enquanto os 10% (n = 8) restantes treinam entre cinco e sete dias semanais. No que se refere ao número de horas de treinamento, 55% (n = 44) de todos os entrevistados treinam de uma a três horas por semana, já 40% (n= 32) treinam de quatro a seis horas semanais, e 5% (n= 4) treinam de sete a nove horas por semana.

Ao contrário da nossa pesquisa, onde a maioria dos atletas treina apenas de um a dois dias e apresenta um alto índice de lesões, Gonçalves (2000) revelou em seu estudo que os jogadores pertencentes a equipes com uma elevada relação jogo - treino está

mais susceptível a contrair algum tipo de lesão músculoesquelética, principalmente as contusões. Esse número de elevada incidência encontrado na amostra pode ser explicado pela falta de condicionamento físico, material de proteção adequado e a qualidade do terreno onde os atletas estudados realizam sua prática.

Observamos ainda que 61,25% (n= 49) dos atletas relatam um quadro de dor ou desconforto no momento da prática esportiva, porém, com intensidade leve a moderada, podendo isto ser um dos fatores de não afastamento desta prática. Em contrapartida, 38,75% (n= 31) dos entrevistados não relatam nenhum tipo de dor.

FIGURA 1: Ocorrência de lesões por faixa etária.

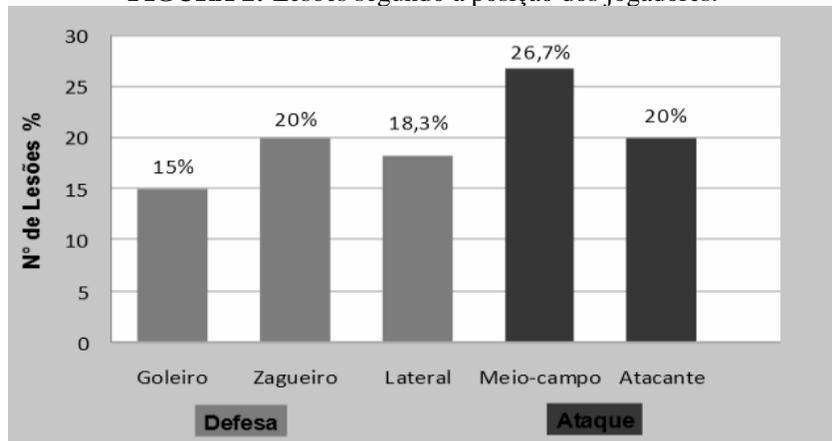


Quanto a ocorrência de lesões de acordo com a faixa etária (Fig. 1) vimos que entre 18 e 21 anos, 80% relataram algum tipo de lesão. Aproximadamente 70% dos entrevistados entre 22 a 25 anos referem algum episódio de lesão. Entre 26 a 30 anos, 65% relatam presença de lesão e na faixa superior aos 30 anos, 90% foram acometidos de alguma lesão. Este resultado é condizente com o estudo de Cohen et al (1997), que ao analisar a distribuição das lesões com relação à idade, houve o predomínio em jogadores mais velhos, sendo progressivo com o passar da idade.

Na análise dos números de lesões de acordo com a posição do jogador (Fig. 2), vimos uma menor incidência em goleiros em relação aos jogadores que atuam no meio de campo. Para Barros e Guerra (2004), a baixa incidência de lesões entre os goleiros estaria relacionada com o fato de essa posição exigir uma demanda fisiológica menor que as outras posições, uma menor movimentação e um difícil contato entre jogadores. Diferente dos jogadores de meio-campo, que são mais exigidos fisicamente em razão

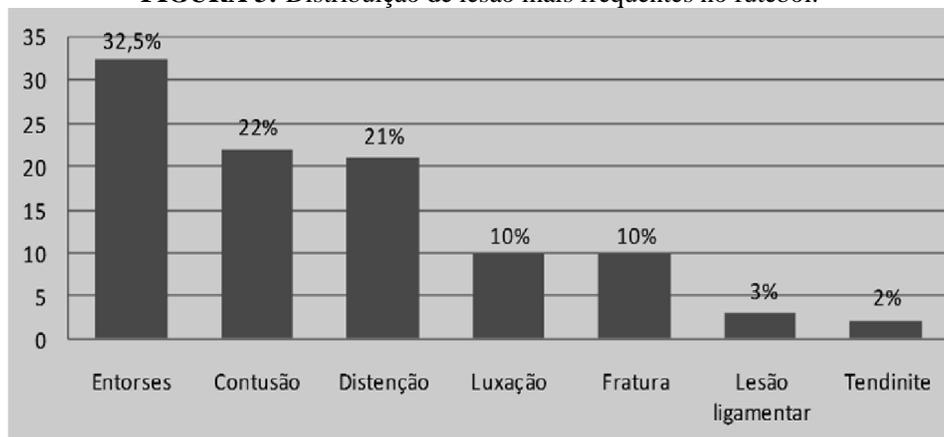
dos movimentos em excesso que realizam nas mais variadas direções, bem como, por correrem mais que os outros jogadores na velocidade submáxima, estando assim, mais expostos às lesões traumato-ortopédicas (GOULD III, 1993).

FIGURA 2: Lesões segundo a posição dos jogadores.



No estudo de Cohen et al (1997), as lesões musculoesquelética mais encontradas no futebol amador e profissional foram musculares (39,2%), seguidas das contusões (24,1%), entorses (17,9%), tendinites (13,4%) e, finalmente, as fraturas e luxações (5,4%). Enquanto que, em nossa pesquisa evidenciamos uma predominância das entorses (32%), seguida das contusões (22%), distensões (21%), luxações (10%), fraturas (10%), lesões ligamentares (3%), tendinites (2%), conforme mostra a Figura 3.

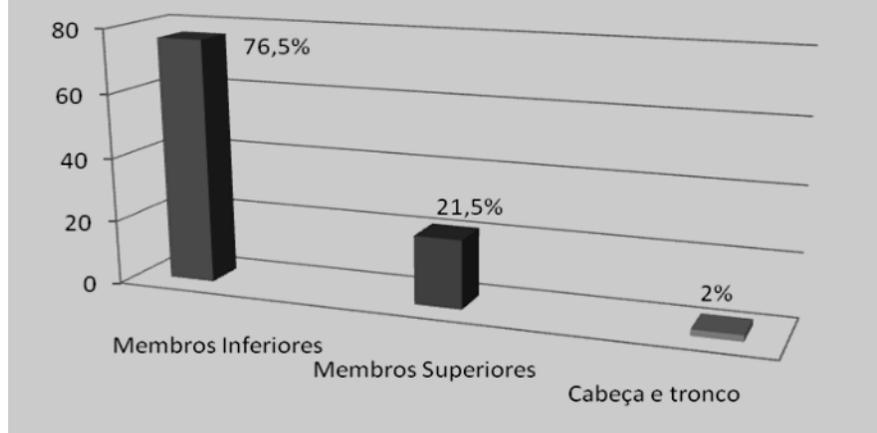
FIGURA 3: Distribuição de lesão mais frequentes no futebol.



As lesões no futebol não estão exclusivamente de finidas no membro inferior, sendo possível ocorrer lesões na cabeça, tronco e membros superiores. No entanto, de uma forma geral, as lesões ocorrem mais frequentemente ao nível dos membros

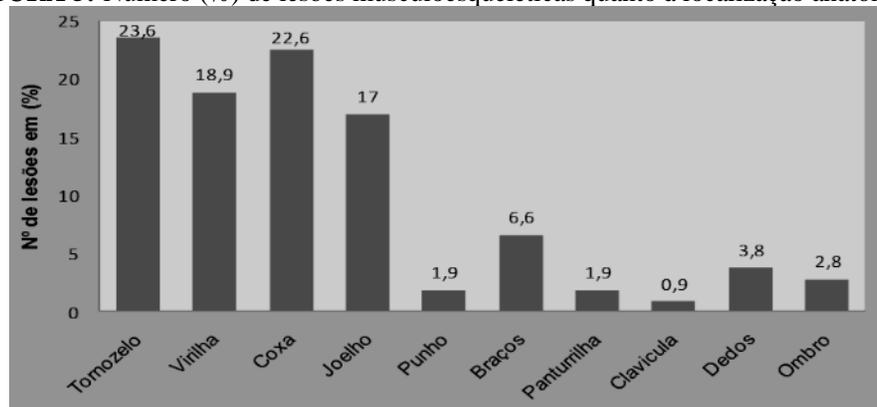
inferiores, como foi constatado em nosso estudo (Fig. 4) e observado também no trabalho de Rodrigues (1994).

FIGURA 4: Segmento anatômico mais afetado pelas lesões musculoesqueléticas.



Gonçalves (2000) detalhou as zonas dos membros inferiores mais afetadas. A coxa e a virilha, com 33,3% e 30% respectivamente, foram as mais acometidas, seguido do tornozelo, perna, tendão de Aquiles e joelho, com 10% cada. Os outros 3,3% foram a região lombar-pélvis-sacro e esterno-costelas. Neste estudo visualizou-se o predomínio na articulação do tornozelo (23,6%), seguido pela coxa (22,6%), virilha (18,9%), joelho (17%), braços (6,6%), dedos (3,8%), ombro (2,8%), punho e panturrilha (1,9%) e clavícula (0,9%), conforme apresentado na Figura 5.

FIGURA 5: Número (%) de lesões musculoesqueléticas quanto à localização anatômica .



Sabe-se que o aquecimento e o alongamento são de fundamental importância em qualquer atividade física. O primeiro é utilizado com o intuito fisiológico de aumentar o metabolismo e acelerar a liberação do oxigênio do sangue para os músculos (SIZÍNIO, 2003). O segundo objetiva prevenir lesões musculares e tendinosas, reduzindo dores musculares e aumentando a amplitude dos movimentos articulares (PETERSON;

RENSTROM, 2002). Observamos em nossa pesquisa que 37,5% da amostra realizam alongamento e/ou aquecimento antes e depois da prática esportiva, já 30,8% informaram não realizar nenhum dos dois. Cerca de 30,7% realiza apenas antes da prática esportiva, e 1% somente após o treinamento.

Em relação ao tratamento pós-lesão realizado pelos atletas, observamos um alto índice de utilização de antiinflamatório (59,9%) que pode ser explicado pela facilidade existente em adquirir e administrar esse tipo de medicamento nos primeiros dias de tratamento e pela sua associação a outros métodos analgésicos, como a crioterapia (COHEN; RAMOS, 2005). Em seguida veio a fisioterapia (26,6%); homeopatia (5,8%); cirurgia (5,6%) e imobilização (2,1%).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados desta pesquisa demonstram uma frequência de lesões no futebol amador alta, principalmente as entorses. A dificuldade de adaptação ao uso de chuteiras com travas altas em campo de terra batida pode ter interferido na incidência dessa lesões, visto que estas são indicadas apenas para uso em campo gramado, porém é bastante utilizadas pelos sujeitos da amostra. Verificou-se também que a falta de material de proteção pode ter favorecido substancialmente o aumento de lesões durante a prática esportiva.

Devido o grande número de entorses, sugerimos um estudo mais aprofundado sobre o impacto dessas lesões no dia-dia e no trabalho desses atletas, como também a necessidade de investigar o tipo de treinamento e sua condição física, para que os mecanismos de prevenção sejam implementados com êxito dentro do futebol amador.

Avaliar e melhorar o local de treinamento também é uma medida preventiva para as lesões, já que para Silva (1999) 20% a 25% delas são decorrentes das condições do campo onde é praticado o esporte. É importante então substituir toda área do terreno por um gramado, favorecendo ao aumento da estabilidade articular, através do travamento que a chuteira proporcionará no decorrer do jogo.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, A. D. S.; MERLO, J. R. C.; MOREIRA, C. Reeducação neuromuscular e proprioceptiva em pacientes submetidos à reconstrução do ligamento cruzado anterior. **Revista Fisioterapia Brasil**. v 4. n 3. Rio de Janeiro, Mai./Jun. 2003.
- BARROS, T; GUERRA, I. **Ciência do futebol**. Barueri: Manole, 2004.
- BULHÕES, J. R. S.; SIMÃO, A. P.; PINTO, K. N. Z.; NAVEGA, M. T.; ROSA, S. M. G. M. Avaliação isocinética da performance funcional dos músculos quadríceps femoral e isquiotibiais de jogadores profissionais de futebol. **Revista Fisioterapia Brasil**. v 8. n 1. Rio de Janeiro, Jan/Fev 2007.
- CHALMERS, D. J. **Injury prevention in sport: not yet part of the game?**. New Zealand. Disponível em: <<http://www.pubmed.gov>>. Acesso em Outubro de 2009.
- COHEN M., RAMOS L. A. Dor na Prática Esportiva. **Revista prática hospitalar**. Ano IV, número 38, mar- abr, 2005. Disponível em:
- COHEN, M; ABDALLA, R. J; EJNISMAN, B; AMARO, J. T. Lesões ortopédicas no futebol. **Revista Brasileira de Ortopedia**. v 32. n 12. São Paulo, Dez. 1997.
- FERNANDES, J. L. **Futebol**. Ciência, Arte ou Sorte. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1994. Disponível em: http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2038/paginas/materia%2015_-38.htm. Acesso em: 25/11/2009.
- FRANÇA, A. **Como funciona o Campeonato Brasileiro de Futebol**. HSW International, Inc, 2009. Disponível em: <<http://esporte.hsw.uol.com.br/campeonato-brasileiro-de-futebol1.htm>>. Acesso em 29 de Março de 2009.
- GONÇALVES, J. **Lesões no futebol, Os desequilíbrios musculares no aparecimento de lesões**. Porto, 2000. Dissertação (Mestrado em Ciências do Desporto) – Faculdades de Ciências do Desporto e Educação Física – Universidade do Porto.
- GOULD III, J. A. **Fisioterapia na ortopedia e na medicina do esporte**. Barueri: Manole, 1993.
- KNIJNIK, J. D. **Mulheres no esporte: uma nova roupa velha**. Revista Digital - Buenos Aires - Ano 7. n 42. Nov. 2001. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/>. Acesso em 21 de novembro de 2009.
- LAURINO, C.F.S; LOPES A.D; MANO K.S; ABDALLA R.J. Lesões músculo - esqueléticas no atletismo. **Revista Brasileira de Ortopedia**. v 35. n 9. São Paulo, Set. 2000.
- PETERSON, L., RENSTROM, P. **Lesões do Esporte**. Prevenção e Tratamento. 3 ed, Manole: Barueri, 2002.
- PINTO, S. S; CASTILLO, A. A. Lesão Muscular: Fisiopatologia e Tratamento. **Revista Fisioterapia em Movimento**. v 12. n 2. Curitiba, 1998.
- SILVA, A. A. **Estudo epidemiológico das lesões no futebol profissional e propostas de medidas preventivas**. In: I Premio INDESP de literatura desportiva. v 2. Brasília, 1999.
- SIZÍNIO, H. **Ortopedia e traumatologia: princípios e prática**. 3 ed. Artmed: Porto Alegre, 2003.

SOARES, J. **O treino do futebolista**. Lesões e nutrição. v 2. Porto Editora, 2007.

RODRIGUES, Ademir. **Lesões musculares e tendinosas no esporte**. São Paulo: CEFESPAR, 1994.

TROELS, M. H., STOTHARD J. **Evidência Clínica: Conciso** (organizado por) British Medical Journal; Tradução Ane Rose Bolner. Artmed: Porto Alegre, 2005.