

1 **Lesões ocorridas em jogadores séniores de futebol do distrito de Évora, na época**
2 **2016/2017**

3

4 Injuries that occurred in senior soccer players of Évora district in 2016/2017 season

5

6

7 **AUTOR**

8

Lídia Marina Martins Viegas

9

Escola Superior de Saúde da Cruz vermelha Portuguesa

10

lidiaviegas1721@esscvp.eu

11

12

13

14 **AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA**

15

Lídia Marina Martins Viegas

16

lidiaviegas1721@esscvp.eu

17

265892631

18 **RESUMO**

19

20 O futebol é um desporto que, por envolver muito contacto físico e movimentos curtos e rápidos, leva
21 à ocorrência de numerosas lesões. Se conhecermos os tipos de lesão mais frequentes e os fatores que
22 propiciam a ocorrência dessas lesões poderemos estabelecer programas de prevenção.

23

24 Neste estudo fez-se um levantamento das lesões sofridas pelos jogadores seniores masculinos do
25 distrito de Évora, na época 2016/2017 e das condições em que essas lesões ocorreram, tendo-se feito
26 um contraste entre as duas divisões existentes no distrito.

27

28 O tratamento e interpretação dos dados leva a crer que para a divisão principal, a maior extensão da
29 época desportiva e a existência de mais recursos disponíveis levou à ocorrência de menos lesões, em
30 especial na pré-época e nos treinos.

31

32 Nas duas ligas, grande parte das lesões foram originadas por mudanças de direção e por choques com
33 o adversário. Estes factos podem servir de base a futuros programas de prevenção.

34

35 **PALAVRAS-CHAVE**

36 Futebol; lesões; séniores

37

38

39 **ABSTRACT**

40

41 Soccer is a sport that involves a lot of physical contact and fast movements what result in many
42 injuries. If we know the injuries that occur most frequently and the factors that led to the happening
43 of those injuries then we can establish prevention programs.

44

45 In this article we studied the injuries of the male players of Évora district in the season 2016/2017 and
46 the circumstances on which injuries occurred. We contrasted the two leagues of the district.

47

48 This study seems to indicate that the major league, that has a longer season and more resources and
49 has, therefore, fewer injuries, especially in the beginning of the season and the trainings.

50

51 In both leagues most of the injuries were caused by changes in direction and collisions with the
52 opponent. These facts may be of use to future prevention programs.

53

54 **KEY-WORDS**

55 Soccer; injuries; senior

56

57 INTRODUÇÃO

58

59 Os fisioterapeutas trabalham no desenvolvimento, manutenção e restauro do movimento e da
60 habilidade funcional das pessoas. Estes profissionais podem ajudar qualquer pessoa em qualquer
61 estágio da vida, quando o movimento e a função são ameaçados pelo envelhecimento, lesão, doenças,
62 desordens, condições ou factores ambientais; trabalhando nas vertentes física, psicológica, emocional
63 e de bem-estar social (1).

64

65 Uma das atividades humanas em que os fisioterapeutas têm um papel de relevo é no desporto, visto
66 que se, por um lado, os praticantes podem aprender os princípios do fair play e aumentar as
67 competências de participação em grupo, por outro, estão sempre em risco de sofrer lesões (2).

68

69 As lesões desportivas representam um fardo para a sociedade e afetam especialmente os estudantes
70 dos ensinos secundário e universitário. As lesões ocorridas na prática de desportos recreativos
71 representam mais tempo produtivo perdido que as lesões dos operários da industria (2).

72

73 Entre os desportos destaca-se o futebol, que é a modalidade mais praticada e popular no mundo, com
74 mais de 400.000.000 de adeptos em 186 países e que é, por consequência, a maior causa de lesões
75 em atletas no mundo (3). Com 200.000 jogadores profissionais e 240.000.000 de jogadores amadores,
76 o futebol é um desporto que envolve muito contacto físico, movimentos curtos e rápidos como a
77 desaceleração, a mudança de direcção e o salto. Estas características do futebol acarretam numerosas
78 lesões, tendo-se estimado que ocorram 10 a 15 por cada 1000 horas de treino, podendo atingir uma
79 incidência seis vezes mais elevada durante os jogos (4). O risco de lesão dos jogadores profissionais de
80 futebol é 1000 vezes maior que o dos operários das indústrias consideradas de alto risco (5).

81

82 As lesões musculares são muito comuns no futebol, sendo de esperar que num clube com um plantel
83 de 25 jogadores ocorram 15 lesões musculares em cada época. Essas lesões incidem sobretudo nos
84 membros inferiores, nos músculos adutores, isquiotibiais, quadricipetes e gémeos, perfazendo mais de
85 90% de todas as lesões musculares dos jogadores de futebol profissional (6).

86

87 Alguns factores que propiciam a ocorrência de lesões durante um jogo de futebol são bastante óbvios.
88 Um deles é o contacto entre jogadores que, segundo a FIFA está presente em 63% a 86% das lesões
89 ocorridas em campeonatos internacionais (7). Outro factor é o nível competitivo em que se joga, visto
90 que os profissionais de topo têm uma elevada taxa de lesões e de recorrências dessas lesões,
91 predominantemente distensões musculares da coxa devido ao excesso de treinos e jogos a que esses
92 jogadores são submetidos (8).

93

94 De acordo com algumas afirmações que constam de estudos efetuados pela FIFA, fica claro que os
95 factores psicológicos também podem desencadear a ocorrência de lesões. Assim:

96

97 • Ver imagens de futebolistas a sofrerem lesões graves desencadeia respostas emocionais e
98 psicológicas nos colegas do mesmo desporto (7).

99

100 • Durante um jogo de futebol, a mais alta incidência de lesões costuma ocorrer nos últimos 15

101 minutos da primeira parte (7).

102

- 103 • A incidência de lesões aumenta durante os cinco minutos que se seguem à exibição de um
104 cartão amarelo ou vermelho, à ocorrência de uma lesão ou um a um golo (7).

105

106 A região geográfica em que o futebol é praticado também pode influenciar o tipo ou a frequência das
107 lesões. Assim, por exemplo, na Europa do norte ocorrem mais lesões que na do sul mas, em
108 contrapartida, na do sul existem mais lesões ligamentares que na do norte. Para explicar estas
109 discrepâncias foram apontados vários fatores, tais como os tempos de treino, a extensão da época
110 competitiva, o número de jogos disputados em cada época e o estilo de jogo (9).

111

112 Uma vez conhecidos os tipos de lesão mais frequentes no futebol e os fatores que propiciam a
113 ocorrência dessas lesões podemos estabelecer programas de prevenção. É importante saber, por
114 exemplo, que os fatores de risco para a ocorrência de lesões musculares nos membros inferiores são,
115 entre outros, a ocorrência de uma lesão prévia, a idade avançada, a fraca flexibilidade, a falta de força
116 muscular e os desequilíbrios musculares (6). Por outro lado, a lesão dos músculos isquiotibiais da coxa
117 ocorre quase sempre durante um arranque de velocidade (5). Partindo destes factos, os programas de
118 prevenção vão dando os seus frutos, visto que, por exemplo, o risco de entorse do tornozelo foi
119 reduzido para metade nos clubes de topo (5).

120

121 A prevenção baseia-se em recolhas de dados sobre as lesões e as suas causas mas, esses dados não
122 devem ser recolhidos num pequeno período de tempo ou numa competição, mas sim ao longo de
123 toda uma época desportiva (10).

124

125 Esperemos que este estudo, ao fazer um levantamento de dados sobre lesões de todos os jogadores
126 seniores, federados, do distrito de Évora e em toda a época 2016/2017, possa contribuir para futuros
127 programas de prevenção.

128

129

130 **MÉTODO (OU METODOLOGIA)**

131

132 Enviou-se um pedido de colaboração a cada um dos presidentes dos 23 clubes de jogadores seniores
133 masculinos filiados na Associação de Futebol de Évora. Desses 23 clubes, 14 disputaram a liga Carmim
134 (liga principal) e nove disputaram a liga de Honra (liga secundária).

135

136 Todos os presidentes da liga Carmim e oito dos nove da liga de Honra responderam positivamente e
137 proporcionaram contactos com os treinadores e /ou os massagistas e com os próprios jogadores que,
138 na época 2016/2017, sofreram pelo menos uma lesão durante a prática do futebol que os tenha
139 impedido de comparecer a pelo menos um jogo ou um treino. A cada um desses jogadores foi
140 explicada a natureza e finalidade do estudo e foi-lhe pedido que respondesse a um questionário cujos
141 dados seriam tratados anonimamente. As respostas dos jogadores foram obtidas por carta, por mail,
142 pelo telefone ou presencialmente, mas sempre de forma autónoma.

143

144 O questionário é uma adaptação simples de um questionário aplicado por Ricardo José Dias Morgado,

145 em 2007, quando era aluno da Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física, na Universidade
146 de Coimbra. As adaptações ao questionário original são ínfimas mas, mesmo assim, foram consentidas
147 pelo Doutor João Páscoa Pinheiro, que foi coordenador e orientador de Ricardo Morgado durante a
148 elaboração do estudo “ Sugestão para a Prevenção de Lesões no Futebol”.

149
150 O questionário é constituído por seis grupos de questões de escolha múltipla e um grupo de respostas
151 curtas. Estes grupos referem-se a dados pessoais, dados antropométricos, ao treino, a hábitos
152 alimentares, a lesões desportivas de relevo em épocas anteriores a 2016/2017, a lesões ocorridas na
153 época 2016/2017 e a dados externos que possam ter propiciado a ocorrência das lesões.

154
155 Após a recolha dos questionários respondidos pelos jogadores, o tratamento de dados foi realizado
156 com o programa SPSS. Para todas as variáveis foram separados os resultados da liga Carmim e da liga
157 de Honra e foram assinalados o número de observações e, de acordo com a especificidade e a
158 natureza qualitativa ou quantitativa de cada questão, os resultados foram apresentados sob a forma
159 de média (desvio padrão), medianas (mínimo- máximo) ou percentagens.

160

161

162 **RESULTADOS**

163

164 Obtiveram-se 128 questionários preenchidos mas, depois de analisados, constatou-se que existiam 15
165 que não podiam ser utilizados no estudo, porque, apesar dos jogadores que os preencheram, terem
166 sofrido lesões, não responderam a nenhuma das questões relativas a lesões. Trabalhou-se então com
167 os 113 questionários considerados válidos.

168

169 Relativamente aos dados pessoais dos jogadores, há bastante semelhança entre as divisões Carmim e
170 de Honra mas, parece poder dizer-se que as carreiras dos futebolistas da liga de Honra (mediana 17
171 anos e valor máximo 35 anos) são mais longas que as dos futebolistas da liga Carmim (mediana 15
172 anos e valor máximo 31 anos). Por outro lado, nos dados antropométricos, as respostas dadas pelos
173 jogadores das duas divisões não têm nenhuma diferença com significado estatístico.

174

175 No grupo de questões que trata dos treinos, verificam-se valores que levam a afirmar que na divisão
176 Carmim (média 281 min. e desvio padrão 51 min.) há mais tempo de treino semanal que na divisão de
177 Honra (média 250 min. e desvio padrão 46 min.).

178

179 Das respostas às questões sobre equipamentos e proteções durante os treinos e os jogos, parece
180 poder concluir-se que os jogadores da liga Carmim usam mais equipamentos de proteção que os da
181 liga de Honra, visto que, por exemplo, só na liga Carmim existem guarda-redes (16,7%) que usam fato
182 almofadado.

183

184 No que concerne às questões sobre hábitos alimentares dos jogadores, as respostas apontam para o
185 facto de nos atletas da liga de Honra:

186

- 187 • Existir uma maior percentagem (62,5%) que têm cuidados especiais de alimentação, que na
188 liga Carmim, (43,1 %).

189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200
201
202
203
204
205
206
207
208
209
210
211
212
213
214
215
216
217
218
219
220
221
222
223
224
225
226
227
228
229
230
231

- Haver maior percentagem (95,1%) que ingere bebidas alcoólicas, que na liga Carmim (77,1%).
- Existir uma maior percentagem (17,1% de jogadores que ingere bebidas alcoólicas na véspera de jogo ou treino, que na liga Carmim (4,3%).
- Constatar-se que há uma maior percentagem (63,5%) de atletas que bebe café antes de um jogo ou um treino, que na liga Carmim (47,1%).

Depois de analisar tudo o que foi dito, atingiu-se o âmago do estudo, ou sejam, as respostas às questões que tratam diretamente das lesões e das circunstâncias em que elas ocorreram. Pode começar-se por reparar que na liga de Honra há uma maior percentagem (15,6%) de lesões ocorridas na pré-época que na liga Carmim (4,9%). Outra tendência parece ser o facto de na liga de Honra ter ocorrido uma maior percentagem de lesões durante os treinos (42,2%) que na liga Carmim (35,4%).

Globalmente, pode dizer-se que nos jogadores analisados, as lesões mais comuns foram as roturas musculares (20%), entorses (13%) e fraturas (8%) e, por outro lado, as partes do corpo mais afectadas foram a coxa (27%), o joelho (15%), o tornozelo (13%) e a perna (12%). Cruzando os tipos de lesão com as partes do corpo afectadas, pode ainda dizer-se que as roturas musculares da coxa (13%), as entorses do tornozelo (7%) e as distensões da coxa (6%) foram as lesões mais frequentes.

Na sistematização dos tipos de lesão surgiram muitas (39%) classificadas como “outro”, não só porque surgiu uma grande diversidade de lesões que não se enquadram nos tipos mais comuns, mas também porque alguns jogadores não explicitaram o tipo de lesão que sofreram, não foram alvo de um diagnóstico ou responderam algo inválido, do tipo “ressonância magnética”.

Comparando as lesões ocorridas nas duas ligas, pode verificar-se que:

- Na liga de Honra, há mais roturas musculares (23%) e distensões (11%) que na liga Carmim, onde as roturas musculares são 17,5% e as distensões são 5%.
- Na liga Carmim ocorreram mais roturas ligamentares (5%) que na liga de Honra (0%).
- Na liga de Honra, as partes do corpo mais afetadas por lesões foram a coxa (32%) e a perna (15%), enquanto na liga Carmim foram a coxa (26%) e o joelho (20%).

No caso particular das entorses, verifica-se que na liga de Honra nenhum jogador (0%) com este tipo de lesão continuou a jogar tendo limitações mas, na liga Carmim existiram 13% (três casos) dos jogadores que continuaram a jogar, apesar de terem limitações. Note-se também que na liga de Honra 10% dos atletas que sofreram esse tipo de lesão não tiveram tratamento médico, enquanto na liga Carmim apenas 1% não teve assistência médica.

Globalmente, a mudança de direção (28 casos) e o choque com o adversário (23 casos) foram as

232 situações de jogo que mais lesões originaram mas, o cruzamento de dados permitiu verificar que:

233

234 • As lesões dos músculos devem-se sobretudo a mudanças de direção (16 casos) e à realização
235 de remates (10 casos).

236

237 • As lesões nos tendões devem-se principalmente a mudanças de direção (6 casos) e à
238 condução de bola (4 casos).

239

240 • As lesões articulares ficaram a dever-se principalmente ao choque com o adversário (9 casos) e
241 à rotação (8 casos).

242

243 • As lesões no osso resultaram essencialmente do choque com o adversário (6 casos).

244

245

246 **DISCUSSÃO**

247

248 Na liga Carmim:

249

250 • Houve um tempo semanal de treinos superior ao da liga de Honra, que pode estar relacionado
251 com uma maior existência de recursos e um maior empenhamento competitivo dos clubes da
252 liga Carmim.

253

254 • Houve casos de jogadores com entorses que continuaram a jogar, mesmo com limitações,
255 enquanto na liga de Honra não ocorreram casos desse tipo. Talvez este caso esteja relacionado
256 não só com o grau das entorses, mas também com um maior empenhamento competitivo e
257 com uma maior disponibilidade de técnicos de saúde ao serviço dos clubes da liga Carmim.

258

259 Por outro lado, na liga de Honra:

260

261 • As carreiras futebolísticas são mais longas que na liga Carmim, provavelmente porque nas
262 povoações mais pequenas e de populações mais envelhecidas, onde está sediada grande parte
263 dos clubes da liga de Honra é difícil recrutar jovens jogadores.

264

265 • Ocorreu uma maior percentagem de lesões na pré-época e nos treinos que na liga Carmim,
266 talvez porque os jogadores da liga de Honra têm uma época curta, com apenas 18 jornadas e
267 durante o longo período entre duas épocas perdem a forma física.

268

269 • Houve uma maior percentagem de roturas musculares e distensões que na liga Carmim, que
270 pode estar relacionada com a exiguidade da época, com o menor tempo de treino semanal e
271 com a falta de técnicos de saúde ao serviço da liga de Honra.

272

273 • Alguns atletas que sofreram entorses não tiveram tratamento médico, o que pode ser, mais
274 uma vez, consequência dos fracos recursos de alguns clubes da liga de Honra.

275

276 No conjunto das duas ligas, constata-se que o tipo de lesão mais frequente é a rotura muscular na
277 coxa, o que está de acordo com a literatura internacional (8).

278

279 Neste estudo nota-se que os mais importantes fatores geradores de lesões são a mudança de direção
280 e o choque com o adversário. Este facto leva a crer que talvez valha a pena investir mais tempo na
281 preparação física dos jogadores, para poderem efectuar mudanças de direção em segurança e na
282 preparação psicológica, para que evitem, sempre que possível, os choques com os adversários.

283

284

285 **CONCLUSÃO (OU CONSIDERAÇÕES FINAIS)**

286

287 Da apreciação global dos dados recolhidos dos questionários pode salientar-se que grande
288 parte das lesões ocorridas em ambas as ligas resultam de mudanças de direção e de choques com o
289 adversário e que as lesões mais frequentes foram as roturas musculares e as entorses.

290 Do contraste entre as duas ligas pode realçar-se que os jogadores da liga Carmim que,
291 disputam uma época mais longa, têm mais tempo de treino semanal e têm ao seu dispor mais
292 técnicos de saúde que diagnosticaram as suas lesões, sofreram, em percentagem, menos lesões na
293 pré-época e nos treinos, menos roturas musculares e menos distensões que os jogadores da liga de
294 Honra. Parece então poder dizer-se que os clubes da liga Carmim que, em geral, têm mais recursos,
295 conseguem que os seus jogadores sofram relativamente menos lesões.

296 Este estudo versa apenas os campeonatos de um distrito do país e, por isso, é pertinente
297 perguntarmo-nos o que se passará nos outros distritos, nos campeonatos nacionais e no futebol de
298 formação?

299 Existem factos que podem ter contribuído para diminuir a fiabilidade dos resultados como, por
300 exemplo, alguns jogadores terem preenchido os questionários à pressa, depois dos jogos e os
301 diretores, treinadores e massagistas poderem, eventualmente, ter-se esquecido de mencionar
302 jogadores que tenham sofrido lesões menos graves ocorridas há muito tempo.

303 Como o objetivo deste estudo era identificar os tipos de lesão mais frequentes e as condições
304 que propiciaram a ocorrência dessas lesões, de modo a poder contribuir para futuros programas de
305 prevenção, poderá talvez dizer-se que para diminuir o elevado número de lesões provocadas durante
306 uma mudança de direção, seria aconselhável investir na preparação física dos jogadores, de modo a
307 que possam efetuar essas situações de jogo sem que ocorram tantas lesões. Por outro lado, como
308 outro importante fator propiciador de lesões é o choque com o adversário, parece vantajoso tentar
309 persuadir os jogadores a evitarem, sempre que possível, esses choques.

310 É claro que para chegarmos a programas de prevenção consistentes, teremos que nos apoiar
311 em futuros estudos deste tipo efetuados noutros distritos, a nível nacional e noutras perspetivas.

312

313 **REFERÊNCIAS**

314

315 1. World Confederation for Physical Therapy. What is physical therapy (página inicial da internet).
316 C2017 (atualizada 2016 Out. 14; citada 2017Jun 22). Disponível em [http://www.wcpt.org/what-is-](http://www.wcpt.org/what-is-physical-therapy)
317 [physical-therapy](http://www.wcpt.org/what-is-physical-therapy)

318

- 319 2. Weaver N., Marshall S. e Miller M.. Preventing sports injuries: opportunities for intervention in
320 youth athletics. *Patient Education and Counseling*. 2002; 46: 199-204.
321
- 322 3. Carvalho D.. Lesões ortopédicas nas categorias de formação de um clube de futebol. *RBO*.2013; 48:
323 41-45.
324
- 325 4. Pedrinelli A., Filho G., Thiele E. e Kullak O.. Epidemiological study on Professional football injuries
326 during the 2011 Copa America, Argentina. *RBO*. 2013; 48(2):131-136
327
- 328 5. Ekstrand J.. Epidemiology of football injuries. *Science & Sports*. 2008;23: 73-77
329
- 330 6. Hagglund M., Waldén M. e Ekstrand J.. Risk factors for lower extremity muscle injury in professional
331 soccer. *The American Journal of Sports Medicine*. 2013; 41: 327-335.
332
- 333 7. Rynanen J, Dvorak J, Peterson L et al..Increased risk of injury following red and yellow cards,
334 injuries and goals in FIFA world Cups. *Sports Med*. 2013; 47: 970-973.
335
- 336 8. Eirale C, Farooq A, Smiley F, Tol J e Chalabi H.. Epidemiology of football injuries in Asia: A
337 prospective study in Qatar. 2013; 16: 113-117.
338
- 339 9. Shalaj I., Tishukaj F., Bachl N., Tschan H., Wessner B., e Csapo R.. Injuries in professional male
340 football players in Kosovo: a descriptive epidemiological syudy.*BMC Musculoskeletal Disorders*. 2016;
341 17: 338-346
342
- 343 10. Phillips N.. Measuring physiotherapy intervention in high performance sport. *Physical therapy in*
344 *sport*. 2014; 15: 1-2