

Lesões mais incidentes no futebol e a atuação da fisioterapia desportiva

Hilma Borges do Nascimento¹
hilma_hbn@hotmail.com

Silvânia Yukiko Lins Takanashi²

Pós-graduação em Reabilitação em Ortopedia e Traumatologia com ênfase em Terapia Manual
Faculdade Ávila

Resumo

*É público que o futebol é o esporte mais popular em nosso país e que suas exigências físicas, táticas e técnicas fazem dele um esporte com grande número de lesões. A fisioterapia aplicada à área desportiva dedica-se não somente ao tratamento do atleta lesado, mas também em medidas preventivas. **Objetivo:** Identificar através de revisão literatura especializada as lesões mais incidentes no futebol e a atuação da fisioterapia desportiva no Brasil. **Metodologia:** Neste estudo foram realizadas buscas em bases de dados eletrônicos, Scielo, Biblioteca Virtual de Saúde e no site Google Acadêmico, e acervo da biblioteca da Universidade do Estado do Pará (UEPA) referente ao período entre 2000 e 2012. **Resultados:** Foram selecionadas no total 138 pesquisas de acordo com as palavras-chaves aplicadas. Após aplicação da leitura, resumo dos artigos/livros e aplicação dos critérios de exclusão, foram incluídos 41 pesquisas neste estudo. **Conclusão:** Com o presente estudo pode-se concluir que há um alto índice de lesões em atletas no futebol ocorrendo por diversos fatores. Estas lesões ocorrem mais em membros inferiores, com predomínio na região da coxa. O tratamento fisioterápico e o tempo de afastamento desses atletas variam muito de acordo com o grau e característica de cada lesão.*

Palavras - Chaves: Fisioterapia; Lesões Esportivas; Futebol.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Considerações Iniciais

O futebol é a modalidade esportiva mais praticada no mundo, com participantes em todas as faixas etárias e diferentes níveis e com, aproximadamente, 400 milhões de adeptos no mundo, sendo que desses 30 milhões se encontram no Brasil. De acordo com a Federação internacional de futebol (FIFA) existem mais de 200 milhões de atletas licenciados pela federação em todo mundo (SILVA et al, 2005).

A supervalorização financeira desse esporte provocou mudanças extremas, exigindo mais força, preparo físico e treino do atleta. Essas exigências trouxeram aos mesmos danos que outrora não apresentavam com grande frequência. Devido ao fato de que o índice de lesões esportivas no futebol profissional é elevado, também evoluíram as preocupações com o bem estar do atleta. Cuidados começaram a ser levados em consideração e colocados em prática, objetivando a prevenção de lesões (PLENTZ, 2008).

Para Silva (2000), o futebol requer muitas qualidades físicas que parecem ser independentes da posição do futebolista. Capacidade de aceleração rápida, alta velocidade de corrida, boa habilidade para saltar, forçar explosiva dos músculos de membros inferiores e resistência de velocidade são exigidas constantemente dos atletas.

¹ Pós-graduanda em Fisioterapia em Ortopedia e Traumatologia com ênfase em Terapia Manual

² Fisioterapeuta; Professora Assistente da UEPA; Doutoranda pela UFPA.

O objetivo de qualquer atleta é alcançar o máximo rendimento individual possível durante as competições e o treinador, com o amplo conhecimento teórico que deve possuir, apoiado em resultados científicos e teóricos em sua variada experiência prática, preparará o caminho para sua equipe atingir as suas metas através do desenvolvimento do rendimento (FERNANDES, 1994 apud SANTOS, 2010). Por sua vez, os atletas, na tentativa de alcançar altos níveis de desempenho com o treinamento, podem tornar-se excessivamente treinados, exibindo sinais e sintomas do supertreinamento. O supertreinamento é caracterizado pelo desequilíbrio entre estresse e recuperação.

Os fatores de estresse podem ser encontrados não apenas em situações do treinamento e da competição, mas também naquelas relacionadas à extratreinamento e extracompetição. Embora não existam indicações de que isso possa causar danos irreversíveis ao atleta, o risco de lesão, doenças ou retirada prematura do esporte é aumentada, diminuindo sobremaneira as expectativas e a qualidade de vida dos atletas no esporte (ALVES et al, 2006).

O risco de lesão no futebol é elevado, levando ao afastamento do atleta. Aumentam, então, as preocupações com a incidência, causas e seriedade das lesões no futebol moderno. Os conhecimentos prévios sobre as lesões e suas consequências servem de suporte para que seja elaborado um programa preventivo adequado para cada situação (BRITO et al, 2009).

A fisioterapia desportiva mais especificamente relacionada ao futebol possui importante papel não só no processo de tratamento e reabilitação do atleta, mas também na implementação de medidas de caráter preventivo, a fim de minimizar a ocorrência de lesões (SILVA et al, 2005). O tratamento preventivo é delineado e realizado de maneira eficaz com base no levantamento dos fatores de risco dessas lesões. Com uma capacidade de agir eficazmente em um tipo definido de situação, capacidade que se apoia em conhecimentos, mas não se reduz a eles.

1.2. Lesões Esportivas no Futebol

O futebol chegou ao Brasil em 1894 pelo brasileiro Charles Miller, filho de ingleses, que desembarcou em São Paulo com duas bolas de couro e as regras aprovadas pela *Football Association*. A primeira partida foi realizada em 1895, entre empregados ingleses das companhias de gás e de transporte ferroviário. Em 1910, surgiram clubes e federações por todo o país. Cada estado começou a realizar seu próprio campeonato, despertando interesse do público e da imprensa. Em 1914, criou-se a Federação Brasileira de Sports e, dois anos depois, a Confederação Brasileira de Desporto (CBD). Durante quase quarenta anos o esporte foi exercido por amadores, estudantes, empregados de companhias e jovens de nível social elevado. Em 1933, oficializou-se no Rio de Janeiro e em São Paulo, o profissionalismo (LIMA, 2002).

Segundo Ribeiro e Costa, (2006), por se tratar do esporte mais popular no mundo e no Brasil, tem despertado grande interesse científico, com especial enfoque no estudo das lesões. Silva et al (2008), comentam que o futebol é atualmente considerado como uma das modalidades desportivas onde o risco de lesão é mais elevado, fato confirmado por vários estudos que têm mostrado uma grande incidência de lesão no futebol.

Lesão esportiva é definida como qualquer acometimento físico que resulte no afastamento do jogador, seja de uma partida ou de um treino, independentemente da maior ou menor necessidade de atendimento junto à equipe médica ou do tempo de afastamento das atividades do esporte (IKEDA; NAVEGA, 2008). Como afirma Bahr et al (2003 apud ATALIA, 2009), lesão desportiva é um nome coletivo para todos os tipos de lesões suscetíveis de ocorrerem no decurso de atividades desportivas.

O futebol da atualidade é dinâmico, o atleta quase não pára, devendo ter: 1º) eficiente sistema transportador de oxigênio; 2º) boa capacidade de tolerar o exercício de longa

duração sem fadiga excessiva; 3º) boa *endurance* anaeróbia aláctica e láctica para compensar os movimentos explosivos e de velocidade prolongada; 4º) nível adequado de gordura corporal; 5º) ser veloz e ágil; 6º) boa habilidade para saltar. Com o equilíbrio desses requisitos físicos representa uma parte dos fatores que, relacionados a aspectos técnicos e táticos, fornecem as condições necessárias para o rendimento compatível com as exigências do futebol moderno (SILVA et al, 2002).

No Brasil tem sido difícil encontrar um ponto de equilíbrio entre o preparo físico dos atletas e as exigências do cronograma a ser cumprido pelas equipes durante a temporada. O número de jogos e as horas dedicadas às sessões de treinamentos aumentam significativamente, o que torna mais frequente a ocorrência de lesões musculares e osteoarticulares nos atletas Cohen et al, (1997 apud LEITE; CAVALCANTE NETO, 2003). Em decorrência dessa mudança de visão do futebol, muda-se também o modo de classificação das mesmas. Ikeda e Navega (2008) ao citar a pesquisa de Luthje et al (1996), realizada com jogadores na Finlândia, que detectou que 50% das lesões ocorridas eram classificadas como leve, 36% como moderada e 14% como severas, verifica em anos anteriores uma prática de futebol aparentemente menos agressiva e com lesões mais amenas.

Para Leite e Cavalcante Neto (2003), as lesões se classificam em duas categorias básicas, sendo elas traumáticas ou por excesso de uso. O mesmo autor ainda descreve três categorias de mecanismos de lesão relacionada com esporte: uso excessivo também denominado de overtraining; contato direto é insuficiência de partes moles.

A combinação de variáveis internas e externas pode resultar em diferentes lesões no futebol, com distintos graus de incapacidade nos atletas. Para Cohen e Abdala (2003), estas lesões estão baseadas nos fatores intrínsecos ou pessoais (como idade, lesão previa, instabilidades articulares, preparação física e habilidade). Por outro lado os fatores extrínsecos são a sobrecarga de exercícios, o número excessivo de jogos, a qualidade dos campos, equipamentos (chuteira, roupas) inadequados e violações as regras dos jogos como as faltas excessivas ou jogadas violentas.

No que se refere ao posicionamento dos atletas em campo, segundo Santos e Sandoval (2011), os atacantes se apresentaram em maior número com lesões, seguidos dos zagueiros e laterais, e se relacionado ao fato de que os atacantes e zagueiros utilizam de muito arranque, potência e força física, estes valores são facilmente compreendidos, pois consequentemente são os mais sujeitos a lesão. Estes resultados coincidem com os apresentados por Vasconcelos Júnior e Assis (2010), onde se pode observar que os atletas com maior índice de lesão são os atacantes, com (31,5%) de ocorrências de lesionados.

Estudos apresentados pelos autores Ribeiro et al, (2003); Simões (2005); Cohen, (1997 apud Baldaço et al, 2010) sugerem que, além das características próprias desta modalidade, fatores como alterações posturais, baixo índices de flexibilidade, movimentos desportivos incorretos, equipamentos inadequados, traumas diretos e déficit proprioceptivos nos membros inferiores, principalmente nas articulações de joelho e tornozelo, podem contribuir para ocorrência de lesões.

Veiga et al (2011), contudo, acreditam ser difícil fazer a correlação desses desequilíbrios com lesões sofridas. No seu estudo com 28 atletas de futebol de campo, foram observadas diversas alterações posturais nos atletas como: joelho varo, anteriorização da cabeça, anteversão pélvica, assimetria dos triângulos de Tales e uma diminuição na flexibilidade da cadeia posterior na maioria dos atletas, o que pode demonstrar, dessa forma, uma postura padrão que os jogadores de futebol apresentam. A flexibilidade nestes atletas encontrava-se diminuída, pois o futebol por suas características pode levar a uma rigidez crônica nos praticantes.

Uma característica esperada das lesões do futebol é que se localizem preferencialmente nos membros inferiores. Johnson e Neef (2002) discutem que a extremidade inferior representa em torno de 60 a 80% de todas as lesões e as lesões de tronco, costas, pelvis, cabeça e face são as menos frequentes, chegando aproximadamente em 15% das lesões. Silva et al (2008) cita o estudo de Cohen et al, em 1997, que encontrou lesões nas extremidades superiores em apenas 5 a 15% das lesões do futebol, mostrando a pouca variação que ocorreu no futebol quanto ao local de lesão. Estiramentos musculares (músculos do grupo isquiotibial, adutor, e quadríceps) e as contusões da coxa e panturrilha são lesões agudas mais comuns.

1.3. Fisioterapia Desportiva

A profissão de fisioterapeutas foi regulamentada no Brasil no dia 13 de outubro de 1969, com o decreto-lei nº 938 a definiu como profissão. O art. 2º definiu que os fisioterapeutas diplomados por escolas e cursos reconhecidos são profissionais de nível superior e o art. 3º definiu como sendo atividade privativa do fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterapêuticas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente (MARQUES; SANCHES, 1994 apud CAVALCANTE et al, 2011). A fisioterapia surgiu no país a partir de 1929, com a criação do primeiro curso técnico na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Considerada uma profissão recente, com menos de quarenta anos de regulamentação, a formação em fisioterapia no Brasil evoluiu de forma lenta nas décadas de 1970 e 1980, elevou consideravelmente o número de cursos e de vagas na década de 1990 e atingiu acelerada expansão a partir de 1997, segundo Bispo (2009). A fisioterapia é uma das áreas mais jovens da saúde (CAVALCANTE et al, 2011).

A fisioterapia Desportiva é um componente da Medicina Esportiva e suas práticas e métodos são aplicados no caso de lesões causadas por esportes com o propósito de recuperar, sanar e prevenir as lesões. Muitas dessas lesões são causadas pelo desgaste crônico e lacerações, decorrentes de movimentos repetitivos que afetam os tecidos suscetíveis como aponta Negão (2002 apud PARREIRA, 2007).

A carência de estudos brasileiros, aliada à indefinição do papel do fisioterapeuta na equipe, pode contribuir para que haja diferenças entre as funções dos fisioterapeutas esportivos em seus diversos locais de atuação. Diferenças nos métodos de atuação e formação profissionais dos fisioterapeutas esportivos podem ameaçar a identidade desse profissional e atrasar o desenvolvimento dessa área (SAMPAIO et al, 2002). Galo (2005) chama a atenção para o fato de que o fisioterapeuta, além de estar inserido no mesmo contexto dos demais profissionais da saúde, ainda padece desse infortúnio de forma mais acentuada, já que este profissional é visto como “o profissional da reabilitação”, ou seja, aquele que atua exclusivamente quando a doença, lesão ou disfunção já foi instalada.

Apesar de o fisioterapeuta esportivo ter formação e autonomia limitadas, segundo Waddington et al (2001 apud SILVA et al, 2011), no futebol inglês o médico somente comparecia ao clube uma vez por semana, cabendo ao fisioterapeuta o atendimento primário de lesões esportivas, assim como de outras doenças.

A fisioterapia esportiva certamente configura uma das mais promissórias áreas de atuação do profissional fisioterapeuta na atualidade. É sábio que o profissional que envereda pela área de reabilitação esportiva estará inevitavelmente sujeito a inúmeras e constantes pressões e cobranças em termos dos resultados de seu trabalho mediante um retorno funcional e no tempo possível do atleta à sua prática esportiva (GREGO; PREIS, 2005).

Atualmente o Brasil possui grandes tecnologias em equipamentos Fisioterapêuticos e se aperfeiçoam constantemente. Aparelhos como Biodex, que permitiu a avaliação e treinamento de força, potência e resistência de diversos grupos musculares, bem como o

Balance System e os equipamentos de eletrotermofototerapia (ALMEIDA, 2008). Um método utilizado é o isostretching também conhecido por ser uma cinesioterapia voltada para trabalhar o equilíbrio. As exigências físicas e psíquicas em termos de atividade profissional de um jogador de futebol têm aumentado ao longo dos tempos, resultando numa maior propensão dos tempos para lesões de acordo com Reilly et al (2000 apud COSTA; PEREIRA, 2009), razão pela qual cada vez é dada maior importância à presença de um fisioterapeuta junto das equipas.

Numa matéria realizada pela revista FísioBrasil no ano de 2008, em que foi entrevistado o fisioterapeuta Avelino Buongermino, de um clube de futebol na cidade de São Paulo, o mesmo enfatizou que o trabalho da fisioterapia desportiva é de fundamental importância para os atletas e para os clubes. Todos os atletas deveriam submeter-se a uma avaliação específica, principalmente visando à prevenção de lesões e assim conseguindo um resultado final importante para o desempenho do esporte específico, sempre partindo do princípio da individualidade biológica e de uma avaliação minuciosa de cada caso, mesmo eu atuando há mais de 20 anos, na área da fisioterapia desportiva, não se pode dar um prazo para o tratamento fisioterápico, e que os casos são sempre diferentes, “o importante na fisioterapia desportiva é não ter uma recidiva, mas temos que recuperar o atleta o mais precocemente possível” (ALMEIDA, 2008).

2. OBJETIVO:

Identificar através de revisão literatura especializada as lesões mais incidentes no futebol e a atuação da fisioterapia desportiva no Brasil nesse esporte.

3. METODOLOGIA

Neste estudo foram realizadas buscas em bases de dados eletrônicas, Scielo, Biblioteca Virtual de Saúde, no site Google Acadêmico, os artigos pesquisados se enquadram ao ano 2000 até 2012, pesquisados entre os meses de Janeiro a Março de 2012. A pesquisa por meios de livros e artigos de revistas foram referente ao ano de 2000 até 2012 no acervo da biblioteca da Universidade do Estado do Pará (UEPA) realizadas entre os meses de Fevereiro e Março de 2012. Após a leitura e resumo dos artigos/livros selecionados foram aplicados os seguintes critérios de exclusão: artigos noutra língua que não o português; artigo sem relevância com o tema desta pesquisa. Em seguida foram analisados os artigos selecionados, dos quais se apresentavam com relevância ao tema: lesões mais incidentes no futebol e a atuação da fisioterapia desportiva, utilizando combinações de palavras-chaves na língua portuguesa: Fisioterapia, lesões desportivas e futebol.

4. Resultados

Foram encontrados inicialmente, 130 artigos e 8 capítulos de livro, selecionados de acordo com as palavras-chaves aplicadas. Após aplicação da leitura e resumo desses artigos e capítulos de livros, aplicando os critérios de exclusão, foram incluídas 41 pesquisas neste estudo. Desses estudos, 21 abordam assuntos relacionados a lesões desportivas que ocorrem em atletas (desses 16 falam das lesões no futebol, quatro destes estudos especificaram além das lesões, o diagnóstico, a prevenção e o tratamento, três foram artigos de revisão que falam de lesões desportivas, dois são livros); um dos assuntos aborda a origem do futebol no Brasil; um fala do papel do fisiologista desportista no futebol; dois abordam a importância de uma boa avaliação nestes jogadores de futebol e por último, quinze falam do tratamento/prevenção das lesões desportivas (sete falam da importância da fisioterapia desportiva nestas lesões). Não foi encontrado nenhum artigo na língua portuguesa no ano de 2012.

4.1 Em relação à questão se as lesões ocorreram durante o jogo ou no treinamento foi verificado um maior percentual de notificações durante o jogo. No estudo de Barbosa e Carvalho (2008), os atletas afirmaram em uma entrevista que mais da metade das lesões, 60%, ocorreram apenas durante os jogos, 30% desses atletas relataram que suas lesões ocorreram durante os treinamentos e jogos. Apenas 10%, dos lesionados disseram que suas lesões ocorreram apenas durante o treinamento. Stewien e Camargo (2005) afirmam que a maioria das lesões em membros inferiores (68%) ocorre durante os jogos.

4.2 Em relação aos fatores intrínsecos e extrínsecos que podem ocasionar as lesões foram detectados alguns mais prevalentes. Na pesquisa realizada por Barbosa e Carvalho (2008), onde foi realizada uma entrevista com 27 atletas de uma equipe do Ipatinga Futebol clube - MG, um dos fatores intrínsecos apontados pelos atletas como sendo o maior responsável pela ocorrência de lesões foi o salto. Já nos estudos de Leite e Cavalcante Neto (2003), durante um período de 6 meses com atletas do sexo feminino do clube de futebol de campo em Brasília/DF, em relação aos fatores extrínsecos a dificuldade de adaptação ao uso de chuteiras com travas pode ter interferido na incidência das entorses de tornozelo e joelho, pois as chuteiras com travas usadas pelas atletas causaram uma instabilidade lateral do tornozelo, foi observado que as mulheres têm um período maior de adaptação ao uso da chuteira com travas. Ao correr, assumem uma posição de geno-varo com tornozelo invertido.

Nos estudos de Veiga et al (2011), com 28 atletas de futebol de campo no período março a maio de 2009, foram observados neste jogadores as alterações posturais como joelho varo anteriorização da cabeça, anteversão pélvica, assimetria dos triângulos de Tales e uma diminuição na flexibilidade da cadeia posterior na maioria dos atletas, o que pode demonstrar, dessa forma, uma postura padrão que os jogadores de futebol apresentam, dificultando a correlação desses desequilíbrios com lesões sofridas, estas alterações foram avaliadas através de uma avaliação postural desses atletas. Não foi possível estabelecer relação entre as lesões neste estudo.

4.3 Quanto à idade dos atletas no período em que sofreram lesões no futebol foram encontrados estudos com resultados diferentes, apesar de ficar claro que os atletas acima de 31 anos tem maior ocorrência de lesões (Tabela1). Segundo a pesquisa de Barbosa e Carvalho (2008) os atletas acima de 31 anos todos já relataram a ocorrência de lesões. Por outro lado, resultados diferentes foram encontrados nos estudos de Palácio et al, (2010), onde foi verificada uma maior ocorrência de lesões na faixa etária entre 20 e 25 anos de idade. No estudo de Stewien e Camargo (2005) com 97 jogadores que sofreram entorse foi verificado que um maior percentual da lesão ocorreu dos 26 aos 30 anos (37%), tanto em amadores e profissionais.

Estudos com ocorrência de lesões/Faixa etária	Até 20 anos	21 a 25 anos	26 a 30 anos	31 a 35 anos
Barbosa e Carvalho (2008)	20%	28,6%	-	100%
Palácio et al (2009)	16,6%	53,4%	23,4%	6,6%
Stewien e Camargo (2005)	11,1%	22,2%	37%	29,7%

Fonte: Dados da Pesquisa

Tabela 1: Ocorrência de lesões e a faixa etária

4.4 Em relação ao tipo de lesão ocorrida na prática do futebol foi constatado o predomínio de contusões e entorses. No estudo de Ribeiro et al (2007) foi constatado que maioria das lesões foi diagnosticada como contusões (29%), estiramentos musculares (24%) e entorse (22,6%), seguidas por lombalgias/cervicalgias (6,7%), e tendinopatias (4,3%). No estudo de Palácio et al (2009), as lesões mais encontradas foram as musculares (46,8%), ligamentares (26,6%), ósseas (16,6%) e meniscais com (10%). Stewien e Camargo (2005), investigaram a ocorrência de entorse e lesões de joelho em 97 atletas de Manaus de ambos os gêneros, sendo 50 profissionais e 47 amadores, encontraram 32% dos jogadores e 23% das jogadoras referiram entorse de joelho, sendo que 10 (63%) dos que sofreram entorse tiveram lesão ligamentar ou meniscal, com 7 evoluindo para cirurgia.

4.5 Quanto à classificação da gravidade das lesões ocorridas na prática do futebol os estudos mostram resultados divergentes. Na pesquisa de Ribeiro e Costa (2006), onde houve uma predominância das lesões no grau leve. Vasconcelos e Assis (2010) classificaram quanto à gravidade da lesão que 75% foram moderadas em seus estudos, 15% leves e 10% graves.

4.6 Em relação à parte do corpo lesionada durante a prática do futebol: foram encontrados estudos que mostraram a predominância de lesões em MMII (Tabela 2). Stewien e Camargo (2005) encontraram em seu estudo sobre a ocorrência de entorses de joelho no futebol um índice elevado em jogadores, tanto profissionais quanto amadores, com 32% em jogadores e 22% nas jogadoras. Ribeiro et al (2007) encontraram no estudo com 110 atletas de categorias infantil e juvenil que as partes do corpo lesadas foram predominantes nas extremidades inferiores e outras partes do corpo lesadas incluíam o ombro, a perna e o tronco. As lesões de quadril/pelves (4,7%) e de cabeça, face e pescoço (2%) foram menos comuns. No estudo de Palácio et al (2009) as regiões mais acometidas por lesões foram o joelho (30%) e a coxa (26,6%). Nos estudos de Vasconcelos Júnior e Assis (2010) a região da coxa e joelho e os membros menos acometidos foram Coluna Lombar, Braço e púbis chegando a 5% das lesões cada uma. Freitas et al (2005) pesquisaram o índice de lesões musculares em atletas de futebol em um time do Rio Grande do Sul, encontrando as maiores lesões nos MMII (60%).

Localização das lesões/Estudos	Coxa	Joelho	Perna	Tornozelo	Pé	Tronco	Ombro	Antebraço
Vasconcelos Jr e Assis (2010)	30%	25%	10%	10%	10%	NE	NE	NE
Palácio et al (2009)	26,6%	30%	10%	3,3%	10%	NE	NE	10%
Ribeiro et al (2007)	34,7%	17%	6,7%	17%	NE	6,7%	10,4%	NE
Freitas et al (2005)	20%	NE	15%	10%	NE	10%	15%	NE

Legenda: NE- Não Especificado

Fonte: Dados da Pesquisa

Tabela 2: Áreas do corpo lesionadas na prática do futebol

4.7 Em relação ao posicionamento dos atletas em campo e a maior ocorrência de lesão no futebol foi observado no estudo de Santos e Sandoval (2011) que os atacantes se apresentaram com maior número com lesões, seguidos dos zagueiros e laterais. Vasconcelos e Assis (2010) também observaram que os atletas com maior índice de lesão são os que atuam no meio campo em campo (entre goleiro, zagueiro, laterais, meio campista e atacante). Os dados coletados pelos autores mostraram uma maior ocorrência de lesões nos atacantes com (31,5%). Na pesquisa de Palácio et al (2009) os atacantes responderam por 36,7% de acometidos por lesão, contra 26,7% de zagueiros lesionados, 20% de meio campo, 10 % de laterais e 6,6% de goleiros. No estudo de Stewien e Camargo (2005) as posições que mais se lesionaram foram ataque (31%), meio campo (25%), defesa (25%) e goleiro (19%) nos jogadores. Nas jogadoras, as posições de meio campo (36,5%) e defesa (36,5%) foram as que mais sofreram lesões, com o ataque (9%), lateral (9%) e goleiro (9%) com escores iguais.

4.8 Em relação aos atletas lesionados e o atendimento fisioterapêutico foi observado no estudo do Palácio, et al (2009) que 63,3% realizaram fisioterapia após as lesões. No estudo de Prado et al (2004) com 9 atletas de futebol jovens foi sugerido que o método iso-stretching apresentou melhora na postura, sendo indicado para melhorar o desempenho do jogador de futebol de campo e como prevenção de lesões causadas pelas alterações de postura. Foi verificado que houve alteração nas variáveis velocidade, agilidade e força de MMII. Este método atua sobre a musculatura profunda, diminuindo o enrijecimento e permitindo o movimento correto determinado pela atividade sinérgica dos músculos, atuam também sobre a flexibilidade e modalidade articular, controle respiratório e concentração mental, o que proporciona ao indivíduo uma maior percepção e consciência corporal. Um estudo realizado em 2004, sobre o perfil das lesões no esporte Torres, destacou o futebol como a segunda modalidade esportiva que registrou mais atendimento numa clínica de fisioterapia, foram 43 atletas de um total de 188 atendimentos da clínica foram destinados aos atletas de futebol, só perdendo para basquete com 29,25% dos atendimentos (SILVA et al, 2008).

5. Discussão

O fisioterapeuta desportivo está voltado para cuidar propriamente de atletas, as responsabilidades deste profissional são em iniciar um processo de levantamento físico do atleta na pré-competição, organizar e realizar este levantamento e fazer recomendações à equipe, baseada nos resultados deste levantamento o mesmo precisa conhecer os movimentos executados pelos atletas, como por exemplo, conhecer os principais músculos (origem, inserção, ação e inervação). Essas ideias implica o pressuposto dos fatores causais na ocorrência do dano durante a prática do futebol de campo, mas também aponta os meios de evitá-los ou diminuí-los. É essencial que os fisioterapeutas desportistas, tenham conhecimentos dos fatores causais agravantes, para acessarem as ações preventivas. Para Pedrinelli (2002) apud Parreira (2007), toda atividade física gera uma sobrecarga em algum ponto do aparelho locomotor. Se esta sobrecarga fica circunscrita à capacidade fisiológica do organismo de se recuperar, não há a instalação de um processo patológico. A base de todas as teorias envolvidas no trabalho de prevenção das lesões leva em conta a capacidade de se avaliar adequadamente as limitações de quem pratica o esporte associado ao conhecimento da magnitude é tipo de sobrecarga que a prática do esporte gera.

O fato dos atacantes serem os mais acometidos por lesão no futebol pode ser relacionado ao fato de que os atacantes e zagueiros utilizam de muito arranque, potência e força física, conseqüentemente estão mais sujeitos a lesão.

Outro ponto importante foram em que momento ocorreram as lesões, sendo significativo o número de notificações durante o jogo. Fato explicado por mais da metade das atividades físicas do jogador em partida são executados sem a bola (57,6%); já as restantes executadas com posse da bola são responsáveis pela maioria das lesões devido à marcação do jogador adversário.

Na prática diária do fisioterapeuta que trabalha na área de desportiva, o exame ortopédico é essencial, e as reais necessidades de uma avaliação bem acurada compõem o escopo das atribuições deste profissional, perfazendo desde uma historia clinica bem feita, um exame físico sistemático e lógico, além da interpretação de exames de imagem é laboratoriais, independente da articulação ou segmento corporal envolvido (CARDOSO et al, 2007).

Para Silva (2008), esses segmentos corporais são frequentemente acometidos por traumatismos, lesões por esforços repetitivos, doenças inflamatórias e afecções degenerativas, o que provoca dor e até perda da função. Nesse contexto a fisioterapia assume um papel de grande relevância, desde a atenção primaria (prevenção), até a terciaria (reabilitação).

O tratamento preventivo é delineado e realizado de maneira eficaz, com base no levantamento dos fatores de risco dessas lesões, da análise de sinais específicos do esporte, como os erros de movimentos executados pelos atletas. O fato dos atletas terem um retorno precoce da reabilitação, sem um tratamento adequado, aumenta o risco de ocorrer outras lesões. Foi pensando em evitar essas lesões que tanto os técnicos como os administradores de alguns clubes de futebol investem em métodos de prevenção destas lesões, como a importância de um bom aquecimento/alongamento, além da necessidade do descanso, de uma nutrição balanceada e um treinamento individualizado. A fisioterapia desportiva, através do trabalho preventivo, é de extrema importância nas equipes. Segundo Veiga et al (2011), um programa bem elaborado de alongamentos é importante para melhorar o desempenho do atleta do esporte, em que músculos bem alongados tendem a aumentar a eficiência e diminuir o gasto energético no movimento.

Neste estudo de revisão ficou evidente que as lesões em membros inferiores foram predominantes sobre as demais regiões do corpo. Confirmando a pesquisa de Leite e Cavalcante (2003), que as lesões mais comuns relacionadas ao futebol são entorse de joelho e tornozelo, distensões da coxa e virilha. Os resultados coincidem com os apresentados por Barbosa e Carvalho em (2008), onde observaram que a de maior incidência foi à distensão na coxa seguida por entorse do joelho ou luxação.

Para Carvalho e Cabri (2007), na prática do futebol é considerado que o grupo muscular do quadríceps possui um papel importante no saltar, no rematar e no passar a bola, enquanto que os ísquios-tibiais controlam as atividades de corridas e estabilizam o joelho durante as mudanças de direção e de desarme do adversário. Estes atuam também para travar a perna por contração excêntrica durante o movimento de remate e passe da bola, limitando o movimento anterior da perna depois do pé bater na bola.

Analisando os movimentos desses grupos musculares destes atletas entre as diversas posições dentro de campo, realçam a importância da intensidade do trabalho realizado pelos membros inferiores durante a atividade de futebol. Diante desta análise pode-se confirmar as pesquisas de alguns autores citados neste estudo que comprovaram que o maior índice de lesões ocorrerem em membros inferiores, onde à região da coxa foi local do corpo mais lesionado desses atletas.

As lesões em membros superiores, menos comuns, ocorrem principalmente em goleiros, envolvendo as mãos, sendo que as fraturas de falanges e separação (luxação e subluxação) acromioclaviculares no ombro são as mais comuns. Nestas regiões o número de lesões é significativamente menor, mas elas podem afastar os atletas de suas atividades durante um

determinado período. É importante ressaltar também que as lesões podem ocorrer de maneira inesperada fora do ambiente de treinos e jogos dos jogadores.

Atletas bem condicionados sofrem um menor número de lesões. O trabalho da fisioterapia desportiva torna-se bastante diferente dos outros, pois tudo tem que ser muito mais rápido e funcionalmente mais efetivo, pois o atleta mais do que qualquer outro indivíduo precisa executar todas as funções do seu corpo, músculos, ossos e articulações, no máximo de potência e amplitude para execução perfeita de todos os movimentos (RODRIGUES, 1996 apud PARREIRA, 2007). Além disso, o fisioterapeuta se depara com outros “incentivos”. Carvavan (2001 apud PARREIRA, 2007) ainda resalta que para tornar seu trabalho mais rápido e intensivo, o fisioterapeuta sofre pressão constante, seja de treinadores, patrocinadores, diretores e principalmente dos atletas.

4. Conclusão

Com o presente estudo pode-se concluir que há um alto índice de lesões em atletas no futebol ocorrendo por diversos fatores. Estas lesões ocorrem mais em membros inferiores com predomínio na região da coxa. Um dos mais graves problemas do atleta, e do esportista de uma maneira em geral, é o seu retorno tardio e medo de reiniciar sua atividade esportiva. O tratamento e o tempo de afastamento desses atletas variam muito de acordo com o grau e característica de cada lesão, ou seja, o tempo varia de acordo com a estrutura lesada e a modalidade de tratamento fisioterápico realizado. Por isso o grande desafio do fisioterapeuta no meio esportivo é reabilitar esse atleta num espaço reduzido de tempo, sem que isso acarrete nenhum prejuízo a esse atleta. Também atua através da elaboração de programas preventivos, juntamente com o preparador físico, buscando a melhora do desempenho físico e o bem estar geral desses atletas. Fica claro também a carência de estudos relacionando o papel da fisioterapia nas lesões decorrentes da prática do futebol, apesar de amplamente divulgado nas mídias eletrônicas essa importante atuação.

5. Referências Bibliográficas

ALMEIDA, Luciana. **Fisioterapia desportiva: a importância da prática correta da atividade**. Rev. Fisio Brasil, v. 12, n. 92, p. 50. 2008.

ALVES, Rodrigo Nascimento; COSTA, Leonardo Oliveira Pena; SAMULSKI, Dietmar Martins. **Monitoramento e prevenção do super-treinamento em atletas**. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbme/v12n5/13>. Acesso em: 02 Jan 2012.

ATALAIA, Tiago; PEDRO, Ricardo; SANTOS, Cristiana. **Definição de lesão desportiva – Uma revisão de literatura**. Rev. Port. Fisioter Desport, v. 3, n. 2, p. 13 – 21. 2009. Disponível em: http://www.apfisio.pt/gifd_revista/media/09jul_vol3_n2/pdfs/jul2009_2_lesao.pdf. Acesso em: 03 Fev 2012.

BALDAÇO, Fábio Oliveira; CADÓ, Vinícius Piccoli; SOUZA Jaqueline; MOTA, Carlos Boli; LEMOS, Jadir Camargo. **Análise do treinamento proprioceptivo no equilíbrio de atletas de futsal feminino**. Fisioter Mov. 2010 abr/jun; 23 (2): 183 – 92 III. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=so10351502010000200002&script=sci_arttext&tlng=es. Acesso em: 20 Jan 2012.

BARBOSA, Bruno Teixeira. Casoti; CARVALHO, Anísia. Menezes de. **Incidência de lesões traumato-ortopédicas na equipe do Ipatinga Futebol Clube - MG**. Movimento – Revista digital de educação física. Ipatinga: Unileste – MG, v. 3, n. 1, 2008. Disponível em: www.unilestemg.br/movimentum/index_arquivo/movimentum_v3_n1_barbos_bruno_teixeira_casoti_2_2007.pdf. Acesso em: 03 Fev 2012.

BARROS, Fabio Batalha Monteiro. **Poliomielite, filantropia e fisioterapia: o nascimento da profissão de fisioterapeuta no Rio de Janeiro dos anos 1950.** *Ciência e Saúde Coletiva*, 13 (3): 941- 954. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v13n3/16.pdf>. Acesso em: 15 Mar 2012.

BISPO, Júnior José Patrício. **Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação.** *Historia ciências, saúde.* 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v16n3/05.pdf>. Acesso em: 10 Mar 2012.

BRITO, João; SOARES, José; RABELO, Antonio Natal. **Prevenção de lesões do ligamento cruzado anterior em futebolistas.** *Rev. Bras Med. Esport.*, v. 15, n. 1, p. 62 – 69. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v15n1/14.pdf>. Acesso em: 20 Fev 2012.

CARDOSO, Jefferson Paixão; LOPES, Cláudia Ribeiro Santos; QUEIROZ, Rodrigo Santos; ROSA, Valéria Argolo; VILELA, Alba Benemérita Alves. **O uso de sistemas especializados para apoio à sistematização em exames ortopédicos do quadril, joelho e tornozelo.** *Rev. São Com*, v. 1, n. 1, p. 24 – 34. 2005. Disponível em: <http://www.uesb.br/revista/rsc/v1/v1n1a4.pdf>. Acesso em: 05 Mar 2012.

CARVALHO, Paulo; CABRI, Jan. **Avaliação da força dos músculos da coxa em futebolistas.** *Rev. Port. Fisioter Desport*, v. 1, n. 2. p. 4 – 13. 2007. Disponível em: http://www.fisioterapeutasplugadas.com.br/revista_portuguesa_fisioterapia_desporto_publicacao_jul2007_vol_1_n2.pdf#page=5. Acesso em: 19 Mar 2012.

CAVALCANTE, Cristiane Carvalho Lima; RODRIGUES, Ana Rosa Sousa; DADALTO, Thais Varanda; SILVA, Elirez Bezerra. **Evolução científica da fisioterapia em 40 anos de profissão.** 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fm/v24n3/16.pdf>. Acesso em: 10 Fev 2012.

COHEN, Moisés; ABDALLA, Rene Jorge. **Lesões no esporte: diagnóstico prevenção e tratamento.** Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

COSTA, João; PEREIRA Duarte. **Perfil e padrões de prática dos fisioterapeutas no futebol em Portugal – um Estudo Observacional.** *Rev. Port. Fisioter Desp.*, v. 3, n. 1, p. 6 – 11. 2009.

FREITAS, Igor Brum; FELIN, Lucas; RUBIN, Marcio Librelotto; RADUNZ, Robrigo Lippold. **Análise dos índices de lesões musculares em atletas de futebol do esporte clube internacional de Santa Maria/Novo Horizonte – RS.** *Disciplinarum Scientia.* Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 6, n. 1, p. 81 – 89. 2005.

GALO, Douglas Luciano Lopes. **A fisioterapia no programa de saúde da família: percepção em relação à atuação profissional e a formação universitária.** 2005. Disponível em: http://www.ccs.uel.br/pos/mestrados/mural/dissertacao/Douglas/Douglas_gallo.pdf. Acesso em: 10 Mar 2012.

GREGO, Neto Anselmo Grego; PREIS, Cássio. **A valorização do treinamento muscular excêntrico na fisioterapia desportiva.** *Rev. Fisioter Mov.*, v. 18, n. 1, p. 19 – 26, 2005. Disponível em: http://www2.pucpr.br/reol/public/7/archive/0007-00000529-A_VALORIZACAO%5B1%5D.PDF. Acesso em: 02 Jan 2012.

IKEDA, A. M; NAVEGA, Marcelo Tavella;. **Caracterização das lesões ocorridas em atletas profissionais de futebol da associação desportiva de São Caetano, durante o campeonato brasileiro de 2006.** *Rev FisioBrasil*, v. 11, n. 88, p 10 – 21. 2008.

JOHNSON, Darren L., NEEF, Ray L. Futebol de Campo. In: SAFRAN, Marc R; KEAG, Douglas B. MC; CAMP, Steven P. Van. **Manual de Medicina Esportiva**. São Paulo. Manole. 2002.

LEITE, Claudia Batista S.; CAVALCANTE NETO, Florêncio F. **Incidência de lesões traumato-ortopédicas no futebol de campo feminino e sua relação com alterações posturais**. Lecturas Educacion Física y Deportes, Buenos Aires, v. 9, n. 61, 2003. Disponível em: [http://www.ufv.br/des/futebol/artigos/Incid%C3%Aancia %20de%20les %C3%B5es%20traumato.pdf](http://www.ufv.br/des/futebol/artigos/Incid%C3%Aancia%20de%20les%C3%B5es%20traumato.pdf). Acesso em: 15 Jan 2012.

LIMA, Marcos Antunes. **As origens do futebol na Inglaterra e no Brasil**. 2002. Disponível em: <http://www.klepsidra.net/klepsidra14/futebol.html>. Acesso em: 20 Fev 2012.

NICIDA, Denise Pirillo. **Desenvolvimento das competências do fisioterapeuta: um desafio ao ensino**. Rev. Fisio Brasil, v. 8, n. 68, p. 16 – 17, 2004.

PALÁCIO, Evandro Pereira; CANDELORO, Bruno Moreira; LOPES, Aline Almeida. **Lesões nos jogadores de futebol profissional do Marília atlético clube: Estudo de coorte histórico do Campeonato Brasileiro de 2003 a 2005**. Rev. Bras Med. Esport., v. 15, n. 1, p 31 – 35, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v15n1/07.pdf>. Acesso em: 19 Mar 2012.

PLENTZ, Douglas. **Análise da incidência de lesões entre equipes de futebol profissional após a aplicação de um programa preventivo proprioceptivo de lesões musculoesqueléticas**. 2008. Monografia de Graduação. Centro Universitário FEEVALE. Novo Hamburgo – RS. Disponível em: [http://ged.feevale.br/bibvirtual/Monografia /MonografiaDouglasPlentz.pdf](http://ged.feevale.br/bibvirtual/Monografia/MonografiaDouglasPlentz.pdf). Acesso em: 19 Mar 2012.

PEREIRA, Lucia Alves; ALMEIDA, Marcio José. **Fisioterapia. In: Fundação Oswaldo Cruz. Dinâmica das graduações em saúde no Brasil: subsídios para uma política de recursos humanos. Brasília: Ministério da Saúde. p.170 -184, 2006**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/dinamica.pdf>. Acesso em: 19 de Mar 2012.

PARREIRA, Cessar Augusto. **Tratamento fisioterápico e prevenção das lesões desportivas**. 2007. Disponível em: [http://web.unifil.br/docs/extensao /III/25_Tratamento_ fisioterapico.pdf](http://web.unifil.br/docs/extensao /III/25_Tratamento_fisioterapico.pdf). Acesso em: 21 jan 2012.

PRADO, Ana Lúcia Cervi; FONSECA, Paulo Henrique Santos; RODRIGUES, Cazuza Oliveira; VANZ, Franciane. **O método Iso-Stretching na otimização das aptidões para a prática do futebol de campo**. Rev. Saúde. v. 30, (1-2): p. 57- 64, 2004.

RIBEIRO, Cintia Zucareli Pinto; AKASHI, Paula Marie Hanai; SACCO, Isabel Camargo Neves; PEDRINELLI, André. **Relação entre alterações posturais e lesões do aparelho locomotor em atletas de futebol de salão**. Rev. Bras Med. Esport., v. 9, n. 2, p. 91 – 97, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbme /v9n2/v9n2a05.pdf>. Acesso em: 05 Jan 2012.

RIBEIRO, Rodrigo Nogueira; COSTA, Leonardo Oliveira Pena. **Análise epidemiológica de lesões no futebol de salão durante o XV Campeonato Brasileiro de seleções Sub 20**. Rev. Bras Med. Esport., v. 12, n. 1. 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/%0D/ rbme/v12n1/v12n1a01.pdf](http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbme/v12n1/v12n1a01.pdf). Acesso em: 15 Mar 2012.

RIBEIRO, Rodrigo Nogueira; VILAÇA, Fernando; OLIVEIRA, Herick Ulisses; VIEIRA, Leonardo Sette; SILVA, Anderson Aurélio. **Prevalência de lesões no futebol em atletas jovens: estudo comparativo entre diferentes categorias**. Rev. Bras Educ. Fís. Esp., v.21, n.3, p.189-94, 2007.

SAMPAIO, Rosana F; MANCINI, Marcio Corrêa; FONSECA, Sérgio T. **Produção científica e atuação profissional: aspectos que limitam essa integração na Fisioterapia e na Terapia Ocupacional**. Rev. Bras Fisioter, v. 6, n. 3, p. 113 – 118, 2002.

SANTOS, Gustavo Amon Abreu; SANDOVAL, Renato Alves. **Perfil epidemiológico dos atletas profissionais do Vila Nova Futebol Clube no campeonato brasileiro série B 2010**. Rev. Digital Buenos Aires, Ano 16, n 163, 2011. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd163/perfil-epidemiologico-dos-atletas-do-futebol.htm>. Acesso em: 15 Mar 2012.

SANTOS, Pricilla Bertoldo. **Lesões no futebol: uma revisão**. Rev. Digital Buenos Aires – ano. 15, n. 143, 2010. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd143/lesoes-no-futebol-uma-revisao.htm>. Acesso em: 05 Fev 2012.

SILVA, Diego Augusto Santos; SOUTO, Michell. Dean; OLIVEIRA, Antonio Cesar Cabral. **Lesões em atletas profissionais de futebol e fatores associados**. 2008. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd121/lesoes-em-atletas-profissionais-de-futebol.htm>. Acesso em: 10 Jan 2012.

SILVA, Anderson A.; DÓRIA, Dalila D.; MORAIS, Guilherme A.; PROTA, Rodrigo Vieira M.; MENDES, Vinicius B.; LACERDA, Aline C.; URSINE, Bárbara L.; VAL. Celina G.; SANTOS, Cristiane Margela F.; CULNHA, Felipe F. M.; AMARAL, Pedro Henrique S. **Fisioterapia Esportiva: Prevenção e Reabilitação de Lesões Esportivas em Atletas do América Futebol Clube**. In: VIII Encontro de Extensão da UFMG, 2005. Minas Gerais. Anais VIII Encontro de Extensão da UFMG. Belo Horizonte: UFMG, 2005. Disponível em: [http://www.ufmg.br/proex/arquivos/8 Encontro/Saúde _26.pdf](http://www.ufmg.br/proex/arquivos/8%20Encontro/Saude_26.pdf). Acesso em: 19 Mar 2012.

SILVA, Anderson A.; BITTENCOURT, Natália F. N.; MENDONÇA, Luciana M.; TIRADO, Marcella G.; SAMPAIO, Rosana F.; FONSECA, Sergio T. **Análise do perfil, funções e habilidade do fisioterapeuta com atuação na área esportiva nas modalidades de futebol e voleibol no Brasil**. Rev. Bras Fisioter, v. 15, n. 3, p. 219 – 226, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v15n3/08.pdf>. Acesso em: 20 de jan 2012.

SILVA, Paulo Roberto Santos. **O papel do fisiologista desportista no futebol – Para quê? e por quê?**. Rev. Bras Med. Esport., v. 6, n. 4, p. 165 – 169, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v6n4/a08v6n4.pdf>. Acesso em 29 Mar 2012.

SILVA, Paulo R. S.; PEDRINELLI, André; TEIXEIRA, Alberto A. A.; ANGELIN, Fábio J.; FACCI, Eures; GALOTTI, Ricardo; GONDO, Marcelo M.; FAVANO, Alessandra; GREVE, Júlia M^a D’ A.; AMATUZZI, Marco M. **Aspectos descritivos da avaliação funcional de jogadores de futebol**. Rev. Bras Ortop., v. 37, n. 6, p. 205 – 210, 2002. Disponível em: http://www.apfisiio.pt/gifd_revista/media/09jul_vol3_n2/pdfs/jul2009_2_lesao.pdf. Acesso em: 10 de Fev 2012.

SIMÕES, Nelcy Vera N. **Lesões desportivas em praticantes de atividade física: Uma Revisão Bibliográfica**. Rev. Bras Fisioter. 2005, v.9, n. 2, p. 123-128. Disponível em: http://www.marcelaramostrainer.com.br/PDF/123_128_desportiva.pdf. Acesso em: 02 Jan 2012.

STEWIEN, Eduardo Telles M.; CAMARGO, Osmar Pedro A. **Ocorrência de entorse e lesões do joelho em jogadores de futebol da cidade de Manaus, Amazonas.** Acta ortop Brás, v. 13, n. 3, p. 141 – 146, 2005. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/657/65713308.pdf>. Acesso em: 10 Fev., 2012.

VASCONCELOS JÚNIOR José; ASSIS, Thiago Oliveira. **Lesões em atletas de futebol profissional de um clube da cidade de Campinas Grande, no estado da Paraíba.** Revista Brasileira de Ciências da Saúde, ano 8, nº 26, 2010. Disponível em: https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:HvnyJLnshcUJ:seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/download/1066/870. Acesso em: 10 Fev, 2012.

VEIGA, Paulo Henrique Altran; DAHER, Carla Raquel Melo; MORAIS, Maria Fernanda Fernandes. **Alterações posturais e flexibilidade da cadeia posterior nas lesões em Atletas de futebol de campo.** Ver. Bras. Ciênc. Esport., v. 33, n. 1, p. 235-248, 2011.