

FISIOTERAPIA DESPORTIVA APLICADA AO FUTEBOL

* Isidro Marques Ribeiro Júnior

O objetivo do nosso trabalho é mostrar a atuação da fisioterapia Desportiva no Futebol, mostrando a dinâmica desta modalidade desportiva, suas principais lesões e mecanismos causadores e o tratamento fisioterápico de uma maneira geral utilizada na recuperação do atleta, tanto em sua parte clínica, como no tratamento proprioceptivo de campo, objetivando sua volta à prática desportiva do futebol.

The author intends to point the actual role of physiotherapy on soccer teams, based upon the dynamics of this sport style; its chief lesions and basic mechanisms; the general physiotherapy approach and proprioceptive aspects of management, as well as having as a goal early the return of the injured athlete to soccer practice.

INTRODUÇÃO

Com o crescente campo de atuação da Fisioterapia, vimos surgir em nosso meio a Fisioterapia Desportiva que veio de uma forma concreta preencher uma grande lacuna nos desportos de nosso país. Pois em cada modalidade esportiva é comum associá-la as suas lesões peculiares que são tratadas de maneira eficaz pela Fisioterapia Desportiva.

É de grande alvitre que o profissional dedicado a esta especialidade da Fisioterapia tenha um grande conhecimento não somente das lesões peculiares à prática esportiva, mas também da dinâmica e cinesiologia do esporte.

O futebol, a grande paixão do povo brasileiro, poderia se definir como um esporte de movimentos e contatos cujo objetivo primordial seria a conquista da bola. Analisando do ponto de vista dinâmico e cinesiológico os aspectos dos movimentos do futebol, teríamos:

- a) Carreiras com arranques bruscos e constantes mudanças na variação da velocidade, seja para desmarcar-se, receber ou conduzir a bola;
- b) Recepção da bola: por baixo, com a região da planta ou bordo do pé; pelo alto, com a cabeça, peito ou coxa (região anterior);
- c) A condução da bola exige uma grande e extrema coordenação motora, pois ao se conduzir a bola deve-se impedir que o adversário a tome, com a proteção exigida na condução da bola as articulações dos membros inferiores são submetidas a posicionamentos anti-fisiológicos;
- d) O chute em todas as suas variantes, requer um esforço conjunto das articulações do pé, tornozelo, joelho e quadril, bem como de toda parte muscular em especial os músculos da coxa;
- e) Os bloqueios as jogadas do adversário, consiste em barrar a jogada utilizando um grande esforço físico e às vezes utilizando o próprio corpo como uma barreira para impedir o adversário de concluir a jogada, ocasionando com isto um forte impacto de encontro à superfície do corpo.

Analisando os aspectos descritos acima, levando ainda em conta o aspecto físico das condições do campo de disputa, o condicionamento individual de cada atleta e ainda os lances antirregulamentares da disputa futebolista, veremos que resumidamente estes serão os fatores predisponentes às principais lesões desportivas do futebol.

IVISÃO DAS LESÕES

Podemos dividir as lesões desportivas no Futebol segundo o mecanismo causador, em duas categorias:

- a) Diretas ou De Contato — Quando a lesão é decorrente de um traumatismo direto ou de contato entre os adversários;
- b) Indiretas — Quando a lesão é decorrente de um traumatismo indireto, causado por uma má postura, grande esforço físico, desequilíbrio, mecanismo rotacional, de tração ou torção.

Lembramos que esta divisão não é rígida, pois uma lesão tipicamente classificada como indireta poderá ser causada por um mecanismo direto ou de contato.

CLASSIFICAÇÃO DAS LESÕES

As lesões peculiares ao futebol são classificadas da seguinte maneira:

- a) Entorses — Quando o limite fisiológico de uma articulação é ultrapassado. Os locais mais susceptíveis aos entorses são as articulações do joelho, tornozelo, punho e dedos da mão. Segundo a sua gravidade pode ser sub-dividido em:
 - Leve — Quando a articulação não perde a estabilidade;
 - Moderado — Ocorre o rompimento de alguns componentes ligamentares e a articulação perde a estabilidade parcial;
 - Grave — Rompimento total ou mesmo avulsão do ligamento e ocorre perda total da estabilidade articular, sua reparação requer uma intervenção cirúrgica.
- b) Contusão — Quando ocorre o choque direto na superfície do corpo podendo atingir desde a parte mais superficial, músculos e fascia até a parte mais profunda, o periosteio. Os sintomas geralmente são: forte dor lo-

* Chefe do Departamento de Fisioterapia do Instituto de Traumatologia e Ortopedia Godoy Moreira. Professor das Disciplinas de Métodos e Técnicas de Avaliação e Fisioterapia Aplicada a Traumatologia-Orto-

pedia e Reumatologia do Curso de Fisioterapia da Universidade de Fortaleza — UNIFOR. Responsável pelo atendimento fisioterápico do Ceará Sporting Club.

calizada, hematomas, edemas e perda da mobilidade articular normal. Sua classificação é dada pelos graus de amplitude conseguida pelo atleta após o traumatismo. As regiões mais susceptíveis às contusões são a face anterior externa da coxa, coluna e região da perna. O mecanismo causador da contusão é quase sempre uma forte pancada do adversário na intenção de parar a jogada de uma maneira irregular e violenta.

- c) Tendinites — Devido a micro-traumatismo repetitivo em decorrência da própria dinâmica e cinesiologia do futebol, pode ocasionar uma irritação do tendão ou bainha deste, provocando sempre dor localizada principalmente ao movimento que originou o traumatismo. Os locais mais evidentes das tendinites são: a origem dos adutores, o tendão infra-patelar a região aquiliana e a inserção do músculo triceps braquial, esta verificada principalmente nos goleiros ao repor constantemente a bola em jogo se utilizando de um arremesso com a extensão do cotovelo.
- d) Luxações — Quando as superfícies articulares perdem o contato quer total ou parcial, estaremos diante de uma luxação ou sub-luxação respectivamente. Ocorre sempre neste tipo de traumatismo um sério comprometimento capsulo-ligamentar. A frequência das regiões atingidas pela luxação, são as articulações do ombro, cotovelo, dedos da mão e joelho. O mecanismo causador na maioria dos casos ocorre devido a um desequilíbrio do atleta de maneira ativa ou passiva indo este de encontro ao solo e na tentativa de amortecer a queda utilizando-se dos MMSS é que, na maior parte dos casos, provoca a luxação tanto do ombro quanto do cotovelo; já a luxação dos dedos da mão é ocasionada pelo forte impacto da bola com esta região, traumatismo este mais comum nos goleiros.
- e) Fraturas — No futebol, em que sua própria dinâmica são utilizados com mais evidência os MMII, é por conseguinte, o local de maior frequência das fraturas. E dentre as regiões dos MMII, a região da perna sempre é a mais atingida, resultando com isto comumente fraturas da tibia e perônio.
- f) Distensões Musculares — Ocorre devido a uma hiperelasticidade da musculatura em decorrência de um esforço físico violento. Os locais mais comuns da distensão muscular no futebol ocorre a nível das musculaturas adutora do quadril, flexora e extensora do joelho, flexora do tronco. A sua classificação é sempre dada por uma maior ou menor rompimento de fibras musculares e conseqüentemente há limitação da função muscular.
- g) Lesões Meniscais — Devido à dinâmica e cinemática do futebol exigir constantemente o mecanismo rotacional, principalmente com a tibia fixada ao solo, é que comumente as cartilagens articulares, (Meniscos) são lesados, sendo que por uma maior fixação do menisco medial, este ser mais lesado do que o lateral.
- h) Contraturas Musculares — Ocorrem comumente devido à uma contração violenta sem o devido estiramento muscular; mais, comum ocorrer na região da panturrilha e região quadrípital.

TRATAMENTO FISIOTERÁPICO

A fisioterapia tem um papel relevante no tratamento das lesões desportivas do futebol, e podemos dividir esta atuação da seguinte forma:

TRATAMENTO DA FASE AGUDA

A atuação imediata da Fisioterapia na fase aguda dos processos traumáticos é de grande importância no retrocesso do quadro clínico inicial e na prevenção das seqüelas deixadas pela fase aguda.

A utilização da Crioterapia nesta fase devido a sua propriedade de vasoconstricção é de vital importância para absorção dos hematomas e líquidos exudativos (edemas) comuns na fase aguda de um processo traumático. As aplicações devem ter uma duração de aproximadamente de 10 min com intervalos regulares de 15 minutos (tempo aproximado que dura o efeito de vasoconstricção), este procedimento deve ser repetido até que todo o processo inicial tenha regridido o que leva aproximadamente 2 a 4 hs dependendo da extensão e gravidade da lesão. Associado a aplicação da crioterapia é recomendado o repouso ao atleta para que o próprio organismo acelere o processo de reabsorção.

TRATAMENTO REABILITATÓRIO

É a fase que se segue à aguda e o objetivo principal é a recuperação da mobilidade articular e força músculo-ligamentar. Nesta etapa do tratamento todo o aparato fisioterápico pode ser utilizado para a recuperação do atleta, principalmente a realização de cinesioterapia ativa especializada.

TRATAMENTO PROPIOCEPTIVO

Após a recuperação geral do atleta inicia-se o treinamento proprioceptivo da volta à prática desportiva do futebol. Neste treinamento a maior preocupação é condicionar o atleta dentro de suas características peculiares aos movimentos do futebol, baseado principalmente nas mudanças de velocidade e direção, movimentos estes muito comuns ao futebol.

CONCLUSÃO

Ao desempenhar a função de Fisioterapeuta voltado para área desportiva devemos ter um conhecimento amplo e associado das lesões peculiares a cada prática desportiva e a cinemática da referida prática, pois uma grande parte das lesões estão associadas ao mecanismo dinâmico do esporte.

O conhecimento das condições fisiológicas e características técnicas de cada atleta é indispensável para a elaboração do plano de reabilitação, principalmente no que se refere ao treinamento proprioceptivo da volta à prática desportiva.

DADOS ESTATÍSTICOS REFERENTES A LESÕES DESPORTIVAS NO FUTEBOL

1. Articulações mais lesadas
 - Joelho 60%
 - Tornozelo 25%
 - Outras 15%
2. Lesões mais frequentes
 - Contusões 54%
 - Entorses 26%
 - Lesões Musculares . . 14%
 - Fraturas 5%
 - Outros 1%

BIBLIOGRAFIA

- KUPIRIAN, Werner — *Fisioterapia nos Esportes*, Editora Manole — 1ª edição — 1984.
- BOHER, C. — *Medicina Del Futebol*, 3ª edição — 1979.