

**UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ
DEPARTAMENTO ACADÊMICO DE EDUCAÇÃO FÍSICA
CURSO DE BACHARELADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

FELIPE MARIANO

**PREVALÊNCIA DE LESÕES EM PRATICANTES AMADORES DE
FUTEBOL**

**CURITIBA
2021**

FELIPE MARIANO

**PREVALÊNCIA DE LESÕES EM PRATICANTES AMADORES DE
FUTEBOL**

Prevalence of injuries in amateur soccer players

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II do Curso de Bacharelado em Educação Física do Departamento Acadêmico de Educação Física - DAEFI da Universidade Tecnológica Federal do Paraná, como requisito parcial para a aprovação na mesma.

Orientadora: Prof. Dra. Cintia de Lourdes Nahhas Rodacki

CURITIBA
2021

FELIPE MARIANO

PREVALÊNCIA DE LESÕES EM PRATICANTES AMADORES DE FUTEBOL

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação apresentado como requisito para obtenção do título de Bacharelado em Educação Física da Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR).

Data de aprovação: 01/dezembro/2021

Cintia de Lourdes Nahhas Rodacki
Doutorado
Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Elto Legnani
Doutorado
Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Fabio Mucio Stingen
Mestrado
Universidade Tecnológica Federal do Paraná

*A Folha de Aprovação assinada encontra-se na Coordenação do Curso.

CURITIBA
2021

RESUMO

MARIANO, Felipe. Prevalência de lesões em praticantes amadores de futebol. 2021. 37f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Educação Física) - Departamento Acadêmico de Educação Física. Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba, 2021.

Embora o futebol seja considerado uma atividade de lazer e que pode melhorar a saúde, como é um esporte de contato, também está associado a um maior risco de lesões. O objetivo deste estudo foi identificar a frequência e caracterização das lesões em amadores (recreativo) que jogam futebol em Curitiba e identificar possíveis fatores de risco, baseado no estudo descritivo-correlacional, por meio de um questionário de autopreenchimento aplicado aos praticantes. Para análise dos dados, foi realizado uma estatística-descritiva, e também uma análise de regressão logística entre a variável dependente (lesão) e as independentes observadas no estudo com o nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Dos 100 jogadores (idade; $24 \pm 5,7$ anos, IMC; $24,9 \pm 3,3$ kg/m²; tempo de prática de $3 \pm 0,37$ anos) entrevistados 29% relataram lesões. Os resultados obtidos nessa pesquisa mostram que as lesões mais ocorrentes são: o estiramento muscular (31,03%) seguido pelas lesões ligamentares (20,69%) dos membros inferiores e contratura muscular (10,34%). Em relação às lesões relatadas nos últimos 12 meses, a ocorrência de lesões nos tornozelos (entorses). Também foi observado a associação significativa entre a presença de lesão e o aumento da idade, da prática semanal e do IMC. Desta forma, sugere-se a necessidade de realização de protocolos de prevenção de lesões adaptados ao futebol, salientando medidas que intervenham nos fatores de risco identificados.

Palavras-chave: Futebol. Lesões. Amadores.

ABSTRACT

MARIANO, Felipe. Prevalence of injuries in amateur soccer players. 2021. 37f. Course Conclusion Paper (Bachelor of Physical Education) - Academic Department of Physical Education. Federal Technological University of Paraná, Curitiba, 2021.

Although soccer is considered a leisure activity that can improve health, as it is a contact sport, it is also associated with a higher risk of injury. The objective of this study was to identify the frequency and characterization of injuries in amateurs (recreational) who play soccer in Curitiba and to identify possible risk factors, based on a descriptive-correlational study, through a self-administered questionnaire applied to practitioners. For data analysis, descriptive statistics was performed, as well as a logistic regression analysis between the dependent variable (lesion) and the independent variables observed in the study with a significance level of 5% ($p < 0.05$). Of the 100 players (age; 24 ± 5.7 years, BMI; 24.9 ± 3.3 kg/m²; practice time 3 ± 0.37 years) interviewed, 29% reported injuries. The results obtained in this research show that the most frequent injuries are: muscle strain (31.03%) followed by ligament injuries (20.69%) of the lower limbs and muscle contracture (10.34%). Regarding injuries reported in the last 12 months, the occurrence of ankle injuries (sprains). A significant association was also observed between the presence of injury and increasing age, weekly practice and BMI. Thus, it is suggested the need to carry out protocols for the prevention of injuries adapted to football, emphasizing measures that intervene in the identified risk factors.

Keywords: Football. Injuries. Amateurs.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
1.1 PROBLEMA	8
1.2 OBJETIVO GERAL	8
1.2.1 Objetivo(s)Específico(s)	8
2 REFERENCIAL TEÓRICO	9
2.1 LESÕES	9
2.2 IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO DE LESÕES	10
2.3 FATORES INTRÍSECOS E EXTRÍNSECOS	11
2.4 FUTEBOL	11
2.5 LESÕES NO FUTEBOL	12
3 METODOLOGIA DE PESQUISA	14
3.1 TIPO DE ESTUDO	14
3.2 PARTICIPANTES	14
3.2.1 Critérios de Inclusão	14
3.2.2 Critérios de Exclusão	14
3.3 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS	14
3.4 VARIÁVEIS DE ESTUDO	15
3.5 RISCOS E BENEFÍCIOS	15
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	15
4 RESULTADOS	17
5 DISCUSSÃO	21
6 CONCLUSÃO	24
REFERÊNCIAS	25
APÊNDICE A	30
APÊNDICE B	33

1 INTRODUÇÃO

A FIFA (2018), revelou um crescimento de 2,2% de interação pública com a Copa do Mundo de 2018 em relação a disputada no Brasil em 2014, implicando em um maior interesse da população sobre o esporte. Na Copa na Rússia, foram cerca de 3,57 bilhões de espectadores contando todos os jogos de futebol. O futebol movimenta um mercado financeiro bilionário realizando eventos globais, e utilizando das mais altas tecnologias em transmissões e equipamentos esportivos (HALLEN; EKSTRAND, 2014).

Entretanto, as lesões musculoesqueléticas, são as maiores vilãs da carreira futebolística, e estão constantemente presentes na vida destes jogadores (GREEN; PIZZARI, 2017). Atletas profissionais de futebol têm uma média de deslocamento de 10km a 13 Km percorrido por uma partida de futebol de 90 à 120 minutos, este tempo normalmente é dividido em movimentos de corrida 40%, caminhada 25%, trote 15%, corrida de velocidade 10%, corrida de costas 10%, além de saltos e aterrissagens os quais sobrecarregam o sistema musculoesquelético (KOMI, 1990; GRAY; JENKINS, 2010, ALMEIDA *et al.*, 2013). As mudanças bruscas de deslocamentos ou movimentos durante as jogadas, as quais ocorrem a cada 2 segundos, fazem com que haja uma maior propensão à ocorrência de lesões (WISBEY *et al.*, 2010). O grande volume de jogos e treinos e o pouco tempo para o descanso físico também podem contribuir para o maior estresse físico e a maior ocorrência de lesões (HALLEN; EKSTRAND, 2014).

Estima-se que uma temporada no futebol dura em torno de 8 meses nos países em que o futebol é tradição, com cerca de 70 a 80 jogos, fazendo com que a carga psíquica seja muito alta (GOMES *et al.*, 2008). No Brasil, por exemplo, se um time disputa todos os jogos no campeonato estadual, copa continental (Copa Libertadores da América ou Sul-americana), copa do Brasil e disputa o campeonato Brasileiro, esse número pode ultrapassar dos 80 jogos, além do time acabar disputando 3 jogos na mesma semana (GOMES *et al.*, 2008), o que diminui consideravelmente o intervalo de descanso entre jogos.

De fato, para evitar a ocorrência de lesões nos jogadores de futebol, os preparadores físicos juntamente com a equipe médica tentam fazer o que está ao alcance deles. Entretanto, as características específicas das lesões exigem

considerações específicas (tempo determinado para a recuperação), como o local da lesão, bem como a presença e gravidade de ruptura do tecido (VALLE *et al.*, 2019).

Um levantamento feito pelo site globoesporte.com (2019) relatou um total de 704 lesões em jogadores dos clubes da série A do campeonato Brasileiro de 2019, sendo dividido em lesões de: coxa (322), joelho (115), tornozelo (86), panturrilha (48), quadril (24), pé (22), ombro (13), cabeça (13), face (9), lombar (8), costas (7), canela (6), mão (5), calcanhar (3), glúteo (3), pescoço (2), cotovelo (2), costela (1) e outras 13 lesões não foram informadas pelos clubes.

Estudos revelam que as lesões de isquiotibiais estão entre as mais prevalentes no futebol, cerca de 12-16% das lesões no esporte (VALLE *et al.*, 2019; MENDIGUCHIA *et al.*, 2020). Com esses dados prévios, pode-se perceber que a atenção maior deve estar nos músculos posteriores da coxa que são antagonistas do movimento do chute e responsáveis por causar a frenagem do movimento (KOMI, 1990). Outros estudos indicam os músculos da região da panturrilha (sóleo e gastrocnêmios). Estes músculos são muito recrutados durante as corridas de altas velocidades, saltos e aterrissagens (GREEN *et al.*, 2019).

Alguns estudos investigaram a prevalência, o tipo e fatores associados a lesões em jogadores de futebol, (VALLE *et al.*, 2019; MENDIGUCHIA *et al.* 2020) porém ainda existe uma grande divergência entre os achados em razão da heterogeneidade das amostras e divergências metodológicas (FERREIRA, 2012).

A presente pesquisa deseja identificar a ocorrência de lesões em praticantes de futebol amadores ou recreacionistas, pois segundo a CBF, existem 30 milhões de praticantes de futebol no Brasil, sendo 11 mil jogadores federados, e esse número representa cerca de 15% da população brasileira, que hoje gira em torno de 212 milhões (IBGE). Neste sentido, a prática das mais variadas modalidades desportivas, seja por interesse pessoal, lazer ou manutenção física e da saúde, vem crescendo expressivamente principalmente a do futebol (FONG *et al.*, 2007). De fato, atualmente em Curitiba existem mais de 110 quadras de futebol que são constantemente (diariamente) utilizadas por praticantes de diferentes faixas etárias. Embora o futebol seja considerado uma atividade de lazer e que pode melhorar a saúde, como é um esporte de contato, também está associado a um maior risco de lesões (GONÇALVES *et al.*, 2015) e, portanto, tem um alto impacto socioeconômico (POLINDER *et al.*, 2016, HAGGLUND *et al.*, 2016).

Assim, o objetivo do presente estudo é identificar a prevalência de lesões (com fatores associados) e também identificar o tipo de lesão mais comum em uma amostra de praticantes de futebol amador de Curitiba e Região Metropolitana.

1.1 PROBLEMA

Quais as lesões musculoesqueléticas e a ocorrência em Praticantes amadores ou recreativo de futebol em Curitiba/PR?

1.2 OBJETIVO GERAL

Identificar a ocorrência e as lesões musculoesqueléticas em praticantes amadores de futebol em Curitiba.

1.2.1 Objetivo(s) Específico(s)

- a) Identificar a ocorrência de lesões e associar com as características antropométricas e do treinamento de praticantes amadores de Futebol.
- b) Identificar o tipo e local de lesões em praticantes amadores de Futebol.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 LESÕES

Para que a importância do presente estudo seja compreendida, é importante entender o que de fato é considerado lesão e suas classificações. Há um consentimento comum que lesão é toda e qualquer dor e/ou desconforto que retire o atleta por um dia ou mais de suas tarefas diárias, como treino ou jogo (POLINDER *et al.*, 2016). Porém, há uma parte da medicina do esporte que acredita que deve-se basear não só pelo tempo de afastamento, e sim tratar qualquer queixa física relatada pelo jogador resultada de um jogo e/ou treino, independente se for necessária atenção médica, afastamento de suas atividades ou não (FULLER *et al.* 2006). Neste sentido, Weaver *et al.* (1999) afirma que lesão no esporte é qualquer dano físico causado por algum incidente relacionado ao esporte, quer resulte ou não no afastamento do atleta de suas atividades.

Pode-se concluir que existe uma dificuldade para definir o que é lesão e por este motivo que, nos Estados Unidos, existe o Sistema Nacional de Registro de Lesões Esportivas (NAIRS), a fim de que se tenha um senso comum, facilitando o processo de definição de lesão. O NAIRS trata lesão como todo evento patológico que afasta o atleta de seu treino ou jogo por pelo menos 24 horas.

A fim de entender um pouco mais sobre o assunto aferido, é necessário classificar as lesões desportivas. Várias literaturas tentam classificá-las. Mas, a mais abrangente é a divisão entre aguda e crônica. A lesão desportiva aguda é proveniente de algum trauma direto ou movimento brusco, já a lesão crônica, a grosso modo falando, é bem parecida com a LER (lesão por esforço repetitivo), ou seja, é uma evolução cumulativa, onde há uma ação repetitiva e excessiva ao longo do tempo (GONÇALVES *et al.*, 2004).

Falando especificamente do esporte a lesão mais relatada é a muscular, sendo cerca de 30 a 50% relacionada ao tecido mole, podendo ser classificadas entre grau I: edemas e desconfortos; grau II: perda de função, gap (buraco), equimose eventual; grau III: ruptura completa, dor intensa, hematoma extenso (FERNANDES *et al.*, 2011).

As lesões ligamentares, também recorrentes, estão diretamente ligadas aos entorses, pois os ligamentos estão presentes nas articulações por ligarem um osso

ao outro, e podem ser classificadas em 3 graus como as lesões musculares. O 1º grau está relacionado à algum estiramento ou talvez ruptura das fibras ligamentares, tendo como sintomas pouca dor, edema e rigidez articular leves, já o grau II existe uma ruptura com separação das fibras e instabilidade articular moderada, fazendo com que os sintomas sejam mais intensificados, e o último grau é a ruptura total dos ligamentos, nesse caso será gerado uma instabilidade grande no primeiro momento e muita dor, geralmente é necessário a imobilização da região afetada, além de exames para verificar a necessidade ou não de cirurgia (SANTOS, 2010). Os entorses são torções que acometem as articulações e conseqüentemente gera uma torção nos ligamentos, sendo o tornozelo o mais acometido desta lesão.

Indo para as lesões traumáticas, têm-se duas formas de ocorrer, intrínseca e extrinsecamente falando. A primeira é mais complicada por não ter uma causa específica, por exemplo, um estiramento, e a segunda se dá devido a alguma causa externa, como um golpe ou uma queda.

2.2 IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO DE LESÕES

Apesar de todos os benefícios associados à prática desportiva, a participação no esporte também traz o risco de lesões aos atletas, seja participando em esportes de competição, seja a nível recreativo, como referido por Olsen *et al.*, (2005). Segundo Fong *et al.* (2007), o esporte é uma das maiores causas de lesões, em comparação com acidentes de viação, acidentes em casa, acidentes de lazer, acidentes laborais ou violência, sendo que as lesões desportivas podem resultar em dor, afastamento dos jogos ou do trabalho e gastos médicos (POLINDER *et al.*, 2016).

E se para quem joga de forma amadora, uma lesão pode trazer pequenas alterações ao seu dia-a-dia, podendo comprometer parcialmente ou até como um todo as suas tarefas de vida diária, para os que têm no esporte a sua atividade profissional, podem, de acordo com Kujala *et al.*, (2003), ter a sua carreira comprometida. O que vai diferenciar o atleta de quem pratica para o próprio lazer, será a diferença de aporte para tratamento e recuperação, que por muitas vezes, para quem não é jogador profissional, se resume a base de repouso e não sentir mais o incômodo, não recuperando direito e podendo ocasionar lesões mais sérias devido a falta de recursos e conhecimentos sobre sua lesão. De qualquer forma, há de ter em conta que uma

situação não é menos importante que outra, já que as lesões desportivas são um dos grupos de lesões mais comuns.

O tratamento de lesão é por vezes difícil, implica gastos econômicos e de tempo, sendo que estratégias de prevenção de lesões são cada vez mais necessárias, tanto por imposições a nível económico como para segurança dos atletas (POLINDER *et al.*, 2016).

2.3 FATORES INTRÍNSECOS E EXTRÍNSECOS

As lesões no esporte em geral são muito complexas e é necessário entender os fatores que influenciaram direta ou indiretamente na ocorrência das mesmas, fazendo-se importante o estudo baseado nos fatores intrínsecos e extrínsecos. De acordo com o dicionário, intrínseco se refere a algo interior, uma característica humana. Na visão do esporte, isto se aplica em: idade, gênero, condição física, desenvolvimento motor e fatores psicológicos, entre outros (ALMERON *et al.* 2009). Já para o fator extrínseco, o dicionário define como tudo que for exterior a pessoa, não faz parte da essência de alguém ou algo. E no esporte seria: especificidades técnicas de cada modalidade, tipo de equipamento utilizado, organização do treino, cargas de treino, competição, condições climáticas, entre outros (ALMERON *et al.* 2009).

2.4 FUTEBOL

O Futebol, segundo relatos, teve sua origem registrada na Inglaterra, como uma forma de “passatempo” para os camponeses, e não como esporte, uma vez que, esporte era atividade exclusiva da nobreza, que preferiam a prática de outras modalidades mais “nobres” (OLIVEIRA, 2012.). O futebol foi crescendo tanto que passou a ser realizado não só pelos camponeses e sim pelos proletariados, fazendo com que o clero e a burguesia se voltasse contra a prática, pois “afastava” os homens das missas dominicais e reduzia a produtividade dos operários por se machucarem muito. E então, o que hoje é um dos mais populares e praticado esporte do mundo, chegou a ter sua prática proibida pelo parlamento inglês, em 1835, mesmo com uma grande resistência da população.

Passaram-se 35 anos da proibição para que o futebol voltasse a ser permitido e acabou sendo visto até com bons olhos pelos pedagogos para doutrinar e formatar os valores da burguesia, sendo esse o pontapé inicial para o que o esporte pudesse deslanchar de vez e fosse exportado para o mundo. No Brasil, o futebol chegou através de um estudante paulista que em outubro de 1894 desembarcou no Porto de Santos, em um navio proveniente da Inglaterra. Considerado o 'Pai do Futebol', Charles Miller volta ao Brasil com duas bolas, uma bomba para enchê-las, uniformes, apito e um livro de regras embaixo do braço (AQUINO, 2002). Desde então, o futebol ganhou extrema importância para o povo brasileiro, fazendo com que o país fosse apelidado como o País do Futebol, sendo sua seleção a maior campeã mundial, com 5 copas do mundo, a única e primeira na história do futebol.

2.5 LESÕES NO FUTEBOL

Dentro do esporte, o futebol é considerado o mais lesivo (SANTOS, 2010) e isso se deve pelo aumento de exigência física, fazendo com que os atletas tenham que estar sempre perto de seu esforço máximo, expondo os atletas ao maior risco de lesão (SIMONATO, 2014).

Jogadores realizam mudanças bruscas de deslocamentos ou movimentos durante as jogadas, as quais ocorrem a cada 2 segundos, faz com que haja uma maior propensão à ocorrência de lesões (WISBEY *et al.*, 2010). Além disso, as ações com bola duram no máximo 2 minutos, durante um jogo, sendo a maior parte do tempo de uma partida focado em realizar trabalhos de marcação (SIMONATO, 2014), esse mesmo estudo ainda cita que 50% das lesões ocorrem de trauma direto contra o adversário, mostrando que o futebol tem muitos contatos físicos e situações de risco. Os membros inferiores (70%) são os mais acometidos, no quesito lesão, pela modalidade esportiva, seguido por cabeça e pescoço (15%), tronco (8%) e membros superiores (7%) completando a lista (JUNGE *et al.*, 2013). Vários estudos comprovam que estiramento muscular, torção articular e ruptura dos ligamentos do joelho são as mais recorrentes no futebol (SIMONATO, 2014), com a parte de posterior de coxa, mais precisamente os isquiotibiais, são os mais acometidos, com cerca de 12-16% das lesões no esporte (VALLE *et al.*, 2019; MENDIGUCHIA *et al.* 2020).

A incidência de lesões no futebol amador varia de 2,7 a 4,5 por 1000 horas de treinamento e de 12,3 a 24,7 por 1000 horas de jogo (HAGGLUND *et al.*, 2016). Em

alguns países, como por exemplo a Suíça, os técnicos são instruídos a implementar programas de prevenção de lesões em seus planos de treinamento, como exemplo aquecimento antes dos treinos e jogos e fortalecimento muscular (principalmente dos músculos do CORE e posteriores da coxa) (AL ATTAR *et al.*, 2016).

Entretanto, identificar a incidência e fatores relevantes associados a lesões músculo-esqueléticas em praticantes amadores de futebol pode auxiliar na implementação de estratégias de prevenção com uma abordagem multidisciplinar, em que a participação de treinadores físicos, fisioterapeutas, médicos, e outros profissionais da saúde possibilita ações mais eficazes para a redução e ou prevenção de lesões.

3 METODOLOGIA DE PESQUISA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo pode ser definido como uma pesquisa de levantamento descritivo quantitativo e correlacional, pois tem como objetivo identificar a lesão mais comum e relacionar (associar) com as características antropométricas e do treinamento de praticantes amadores de Futebol (FONSCECA, 2002).

3.2 PARTICIPANTES

A estimativa era de que participassem do estudo 100 homens de 18 a 60 anos, praticantes de futebol há pelo menos 1 ano.

3.2.1 Critérios de Inclusão

Praticantes amadores de Futebol com a idade entre 18 e 60 anos com no mínimo um ano de frequência, com pelo menos uma vez por semana de prática.

3.2.2 Critérios de Exclusão

Participantes que não preencheram todas as questões do questionário.

3.3 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS

O estudo seguiu o modelo de questionário no formato de inquérito de morbidade referida (IMR), que contém 18 perguntas. O questionário foi feito na plataforma do Google (Anexo II) adaptado baseando-se no estudo realizado por Chicharro (2014).

As informações coletadas estão divididas em: informações pessoais – idade, sexo, peso e altura, estudos anteriores como os de Hino *et al.* (2009), Ishida *et al.* (2013) e Abiko *et al.* (2017) mostram uma prevalência maior de lesões em homens, também em pessoas com sobrepeso e com idade superior a 30 anos. Informações sobre o treinamento/jogo- Posição em campo; Membro inferior dominante; Anos de

prática; Preparação física; Tipo de calçado; Utilização de material de proteção; Prática de atividade física além do futebol; Tempo da prática desportiva, (CHICHARRO, 2014). Perguntas sobre a presença ou não de lesão e situação que provocou a lesão; Contato físico; Ocorrência das lesões; Tratamentos.

3.4 VARIÁVEIS DE ESTUDO

Variável dependente: Lesões musculoesqueléticas.

Variável independente: as características antropométricas e do treinamento de praticantes amadores de Futebol.

3.5 RISCOS E BENEFÍCIOS

Por ser um estudo dependente das respostas dadas no questionário proposto aos entrevistados, não tem como obter riscos físicos, porém há o risco do presente estudo ter informações indevidamente por pessoas alheias ao estudo e sua aplicação. Em razão disto, será preservado o anonimato do entrevistado, não havendo identificação pessoal no questionário aplicado, somente o autor e a orientadora do estudo terão acesso a eles. Além disso, as coletas serão individualizadas.

Os resultados dessa pesquisa serão fornecidos aos participantes da pesquisa, e aos profissionais de educação física e da área da saúde em geral, a fim de enriquecer os mesmos com dados e fatos para que possam minimizar as lesões, para que não haja o afastamento de sua rotina saudável .

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Após o registro das informações, foi feita uma análise exploratória das informações. A estatística descritiva foi aplicada para caracterizar a amostra e identificar a presença ou não de lesão.

Foi aplicada uma análise de regressão logística binária considerando a existência de lesão como variável dependente e a idade, estatura, IMC, dominância, volume semanal de treinamento, tipo de piso e preparação física adicional (musculação) como variáveis independentes. Inicialmente, as variáveis foram analisadas quanto a multi-colinearidade, sendo excluídas aquelas com alta correlação

entre si (≥ 0.75). Para as variáveis com alta correlação entre si, apenas a de maior correlação com a variável dependente foi mantida. Foi adotado o nível de significância de 5% ($p < 0,05$) e as análises foram realizadas no software SPSS versão 25.

4 RESULTADOS

Para obtenção de dados da pesquisa, foram enviados 106 questionários online, pela plataforma do google, para os participantes e foram excluídas 6 mulheres por não ter público feminino suficiente para comparar os dados, não foi necessário a exclusão de outros questionários, pois todos responderam de forma adequada as perguntas que lhes foram propostas. Cerca de 35% dos entrevistados eram estudantes, abaixo pode-se verificar na tabela as características físicas e da prática do futebol dos entrevistados.

Tabela 1: Caracterização física e da prática da atividade dos participantes da pesquisa (n=100)

	($\bar{x} \pm s$)
Idade (anos)	24 \pm 5,7
Massa corporal (kg)	80,5 \pm 13,2
Estatuta (cm)	178 \pm 5,7
IMC (kg/m ²)	24,9 \pm 3,3
Perna dominante	Direita 89%; Esquerda 11%
Prática semanal (dias)	1 \pm 0,8
Tempo de prática (anos)	3 \pm 0,37
Piso (Salão)	32%
Piso ¹ (<i>Society</i>)	83%
Piso ² (Gramado)	34%
Musculação	Sim 69%; Não 31%

Nota: Índice de massa corporal, dados são apresentados com a média e desvio padrão (\pm DP).

Fonte: Autoria própria

Observa-se que os entrevistados, baseado no IMC deles, não estão classificados com sobrepeso, de acordo com a classificação da OMS. Mesmo podendo praticar em mais de um tipo de piso, o *society* foi o mais escolhido e é o mais encontrado em Curitiba para futebol recreativo. Dos 100 entrevistados, 29 reportaram a presença de lesão relacionada a prática do futebol. O estiramento muscular (31,03 %) foi a lesão mais frequente reportada pelos participantes da pesquisa (TABELA 2)

Tabela 2: Tipo e frequência de lesões atuais nos participantes

LESÃO (frequência)	PERCENTUAL
TENDINITE (2)	6,90%
ENTORSE (2)	6,90%
CONTRATURA MUSCULAR (3)	10,34%
LESÃO LIGAMENTAR (6)	20,69%
ESTIRAMENTO MUSCULAR (9)	31,03%
LUXAÇÃO (2)	6,90%
OUTRAS LESÕES (5)	17,24%
TOTAL (29)	100%

Nota: Dos 32 que apresentaram lesões atuais, 29 tiveram relação direta com a prática do futebol.

Fonte: Autoria própria

Na tabela 2, todas as lesões informadas foram de membros inferiores, mostrando a coxa, parte anterior e posterior, sendo a região mais afetada (44,83%). Já a lesão mais prevalente é o estiramento muscular observado com a maior frequência, com 78% das lesões afetando a parte posterior da coxa e os outros 22% atingindo a parte adutora da coxa, logo em seguida as lesões ligamentares no joelho (5) e tornozelo (1).

Em relação às lesões relatadas nos últimos 12 meses, pode-se observar na tabela 3, a qual mostra uma maior ocorrência de lesões nos tornozelos (27), em relação a coxa (20), fazendo com que quase 93% dessas lesões sejam de entorse por impacto ou pisada errada e a maioria das lesões de coxa, de novo, afetando mais a parte posterior. Lesões ligamentares aparecem também dentro das mais recorrentes.

Tabela 3: Lesões mais relatadas dos últimos 12 meses

LESÃO	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
TENDINITE	6	6,52%
ENTORSE	26	28,26%

(continua)

Tabela 4: Lesões mais relatadas dos últimos 12 meses

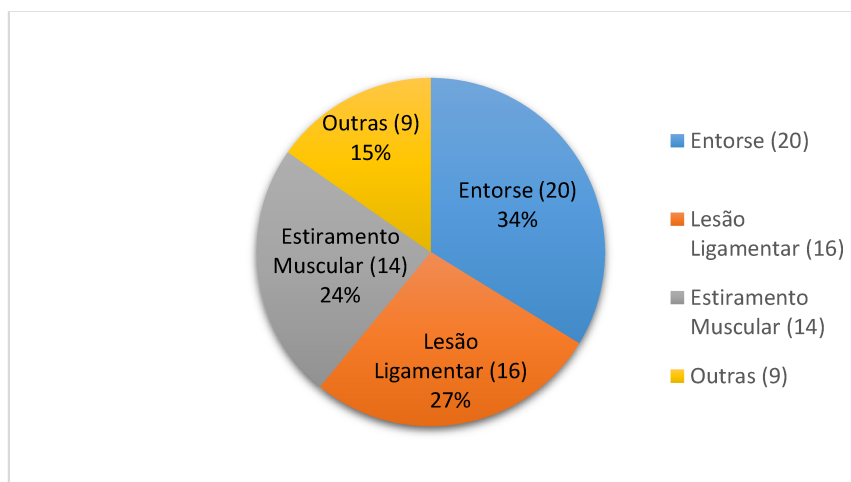
LESÃO	FREQUÊNCIA	(conclusão)
		PERCENTUAL
CONTRATURA	9	9,78%
LESÃO LIGAMENTAR	9	9,78%
ESTIRAMENTO MUSCULAR	19	20,65%
CONTUSÃO	7	8,70%
LUXAÇÃO	3	3,26%
BURSITE	2	2,17%
OUTRAS LESÕES	11	10,88%
TOTAL	92	100%

Nota: Foram 67 pessoas que relataram 92 lesões nos últimos 12 meses.

Fonte: Autoria própria

As lesões consideradas sérias, com tempo de afastamento de 30 ou mais dias, obtiveram a mesma prevalência de lesão do que as tabelas anteriores. Novamente a região do tornozelo foi a mais afetada com 29 relatos, e as principais causas foram o impacto com terceiros ou solo 35,59%, excesso de esforço físico vem em segundo com 32,20%, pisada em falso ou na bola teve 25,42% de relato e por último o estado do gramado influenciou em 6,78% das lesões. A média geral de afastamento e recuperação ficou em 120 dias.

Gráfico 1: Lesões mais sérias relatada



Nota: Foram 59 relatos de lesões que tiveram 30 dias ou mais de afastamento.

Fonte: Autoria própria

Com o objetivo de identificar a influência da lesão atual com as variáveis do estudo foi realizada uma análise de regressão logística (TABELA 4). A idade ($p= 0,011$), a prática semanal ($p= 0,11$) e o IMC ($p= 0,030$) foram identificados como variáveis explanatórias das lesões. Desta forma, a probabilidade de ocorrência de lesão aumenta em 1,06 para cada ano de aumento da idade. A chance de ocorrência de lesão apresentou probabilidade de 2,13 vezes maior a cada dia de prática semanal. Finalmente, observou-se que a ocorrência de lesão aumenta 1,15 vezes a cada unidade de incremento no IMC.

Tabela 5: Análise de regressão logística

Variáveis da equação	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Idade	.064	.025	6.434	1	.011*	1.066
Estatura	.035	.038	.836	1	.360	1.036
Dominância	.670	1.139	.346	1	.556	1.955
Prática Semanal	.759	.297	6,504	1	.011*	2.135
Tempo de Prática	-.273	.486	.315	1	.575	.761
Tipo de piso			2.697	2	.260	
Tipo piso ¹	1.595	.971	2.697	1	.101	4.926
Tipo piso ²	.233	.619	.141	1	.707	1.262
Musculação	.175	.113	2.424	1	.119	1.191
IMC	.143	.066	4.690	1	.030*	1.153
Constant	-14.621	6.829	4.584	1	.032	.000

Nota: Análise baseada nos 29 indivíduos que apresentaram lesões durante a pesquisa. * $p<0,05$.

Fonte: Autoria própria

5 DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo principal identificar a ocorrência e os principais fatores que influenciam a presença das lesões musculoesqueléticas nos praticantes amadores de futebol de Curitiba. Analisando os dados da pesquisa, cerca de 29% dos entrevistados relataram problemas com lesão durante o seu tempo de prática, um valor pequeno quando comparado ao estudo de Rocha (2019), que obteve 63,79% dos participantes apresentando lesões, porém, vale ressaltar que sua pesquisa foi feita com atletas de futebol amador, onde a carga de jogos e treinos é maior e têm-se uma seriedade maior do que o futebol para recreação, que foi objeto desse estudo.

O estiramento muscular (31,03%) foi a queixa mais reportada pelos lesionados desse estudo, o que corrobora com a pesquisa de Dos Santos (2007), onde foi realizado um levantamento de acordo com os jogadores profissionais do Sport Club Recife onde 40,81% eram de estiramentos musculares na coxa dos atletas, isso ocorre por ser um esporte em que a maior parte das ações são feitas com os membros inferiores. Segundo Valle *et al.*, (2019) as lesões de isquiotibiais estão entre as mais prevalentes no futebol, cerca de 12-16%. Os músculos posteriores da coxa, (músculo antagonistas do movimento do chute) são responsáveis por causar a frenagem no final do movimento do chute, neste sentido, movimentos velozes e que exigem uma grande amplitude de movimento (grande alavanca) podem causar um risco maior de estiramentos (KOMI, 1990). Outros estudos indicam os músculos da região da panturrilha (sóleo e gastrocnêmios). Estes músculos são muito recrutados durante as corridas de altas velocidades, saltos e aterrissagens e em fadiga podem causar uma maior propensão a lesões (GREEN *et al.*, 2019).

Também foi observado na presente pesquisa a associação significativa entre a presença de lesão e o aumento da idade, da prática semanal e do IMC. A idade teve 1,06% de influência na incidência de lesões nos participantes da presente pesquisa. De fato, o aumento da idade causa alterações morfo-fisiológicas tais como a dinapenia (perda da força muscular) e a sarcopenia (perda da massa muscular) fatores intrínsecos do ser humano que atinge diretamente o tecido músculo-esquelético, ocasionando a perda progressiva de da força e potência muscular com o passar das décadas (SCHOPF *et al.*, 2017), deixando o indivíduo mais suscetível a lesões.

O IMC foi verificado com uma taxa de interferência nas lesões de 1,15%, e como esse índice está ligado diretamente ao peso, ou seja, quanto maior o peso maior será seu IMC, leva a crer que as pessoas mais pesadas, seja por músculo ou gordura, estão mais vulneráveis a se lesionar.

Outro achado interessante foi a associação da lesão com o aumento da prática semanal. Este achado foi contrastante com outros achados, pois Gonçalves (2015) afirma em seu estudo que não houve correlação entre a frequência semanal, devido à uma variedade em resultados apresentados por ele, que na pesquisa atual é verificado um aumento de risco lesivo de 2,13% para quem pratica o futebol mais vezes na semana.

Dentre as lesões mais sérias do estudo, o entorse de tornozelo se sobressaiu com 33,90%. Estudos mais detalhados também abordam as fraturas, rompimento de ligamentos do joelho e lesões traumáticas na cabeça como as lesões mais severas do esporte (SANTOS, 2010). Segundo Simonato (2014), às mudanças bruscas em pouco intervalo de tempo interfere na maior ocorrência de lesão, e podemos observar que o contato físico entre dois jogadores que o futebol proporciona também é um fator muito influente, mais precisamente cerca 50% da lesões são decorrentes de contato direto entre dois adversários (SANTOS, 2010). Neste estudo, encontra-se dados alarmantes sobre o contato físico do futebol, pois foram causadores da maioria das lesão sérias, que segundo o artigo 129 § 1º do código penal brasileiro diz que são lesões que geram sequelas temporárias por mais de 30 dias e/ou gera fragilidade de membro, sentido ou função, são causadas por impacto (35,59%), mostrando que há um excesso de contato físico no esporte (SANTOS, 2010), e as mesmas geraram um tempo de recuperação médio 120 dias, fazendo com que o praticante amador realize suas tarefas diárias com sequelas, que mesmo que sejam temporárias, os prejudicam nos seus respectivos trabalhos, tarefas em casa, estudos, entre outros.

No que diz respeito a prevalência de lesões, o presente estudo vai de encontro aos estudos relacionados ao esporte (JUNGE *et al.*, 2013), as lesões são mais prevalentes em membro inferiores, das 173 relatadas, 91,91% foram de membros inferiores, estando de acordo com a literatura (SANTOS *et al.* 2007), sendo o tornozelo a região mais afetada com 35,85%, depois vem a coxa 31,45% e em terceiro temos joelho com 21,38% das lesões acometidas em membros inferiores. Já as 3 lesões mais ocorrentes são entorse (27,75%), estiramento muscular (24,28%) e lesão ligamentar (17,92%), o que confirma a tese levantada no estudo de Simonato (2014),

onde as 3 lesões citadas acima foram identificadas como as mais prevalentes no mundo do futebol, não necessariamente nessa ordem. Entretanto, os resultados gerais encontrados nesta pesquisa mostram a diferença que se dá em relação ao futebol profissional, pois há uma maior prevalência em lesões muscular em atletas, principalmente na região de posterior de coxa (VALLE *et al.*, 2019; MENDIGUCHIA *et al.* 2020), devido ao alto nível e calendário com muitos jogos em curtos períodos de tempo, os atletas acabam tendo problemas maiores com a musculatura. Outro fato que contribui para essa diferença de resultado, são as técnicas apuradas juntamente com a percepção de impacto dos atletas profissionais sofrem menos pelos impactos do que os atletas amadores, uma vez que, por muitas vezes, não se têm árbitros nem punições em jogos para o simples divertimento.

Por outro lado, a prática de musculação mostrou-se ser ligeiramente mais efetiva do que quem não pratica, foram cerca de 23,19% que não se lesionaram praticando-a contra 19,23% os que não se lesionaram não praticando exercícios em academia, algo que se explica devido a um possível preparo maior tanto para suportar mais impacto, quanto para o condicionamento de musculatura e aeróbico. Entretanto, a análise realizada na presente pesquisa não identificou a redução de lesão entre os praticantes de musculação.

6 CONCLUSÃO

Na presente pesquisa pode-se observar que 29% dos praticantes amadores de Futebol apresentaram lesão músculo-esquelética. O estiramento muscular (31,03%) foi a queixa mais reportada pelos lesionados deste estudo, seguido pelas lesões ligamentares dos membros inferiores e os entorses. Também foi observado a associação significativa entre a presença de lesão e o aumento da idade, da prática semanal e do IMC. Sugere-se a realização de estudos longitudinais e que observem a efetividade de implementação de estratégias de prevenção tais como, fortalecimento muscular, aquecimento pré-jogo e treino com uma abordagem multidisciplinar, em que a participação de treinadores físicos, fisioterapeutas, médicos, e outros profissionais da saúde possibilite ações mais eficazes para a redução e ou prevenção de lesões.

Em um âmbito geral da pesquisa, a região do tornozelo (35,85%) foi a mais afetada quando se junta os dados de lesões atuais, dos últimos 12 meses e das lesões mais sérias relatadas, sendo o contato físico (brusco) observado como o maior causador de lesões da pesquisa (35,59%). Contudo, faz-se a observação, que com a contratação de árbitros amadores, seja possível controlar os contatos físicos (bruscos) durante o jogo, sendo essa uma medida de intervenção a ser tomada.

REFERÊNCIAS

- AL ATTAR W.S.; SOOMRO N.; PAPPAS E.; SINCLAIR P.J.; SANDERS R.H. **How Effective are F-MARC Injury Prevention Programs for Soccer Players? A Systematic Review and Meta-Analysis.** Sports Med. ;46:205–217. 2016.
- ALMEIDA, P. S. M. de; SCOTTA, A. P.; PIMENTEL, B. M.; JUNIOR, S. B.; SAMPAIO, Y. R. **Incidência de lesão musculoesquelética em jogadores de futebol.** Revista Brasileira de Medicina do Esporte, v. 19, n. 2, ano 2013.
- ALMERON, M. M.; PACHECO, A. M.; PACHECO, I. **Relação entre fatores de risco intrínsecos e extrínsecos e a prevalência de lesões em membros inferiores em atletas de basquetebol e voleibol.** Revista Ciência & Saúde, vol. 2, n. 2, p. 58-65, Porto Alegre, jul-dez 2009.
- AQUINO, R. S. L. **Futebol uma paixão nacional.** Rio de Janeiro. Jorge Zahar. 2002.
- ARRUDA, M. de; MARIA, T. S.; CAMPEIZ, J. M.; COSSIO-BOLAÑOS, M. A. **Futebol.** p. 357-370, São Paulo, ano 2013.
- CARVALHO, F. E.; OLIVEIRA, L.M.; SILVA JUNIOR, B. G. **Incidência de lesões em jogadores de campo na categoria de formação em um clube de Curitiba.** Revista Brasileira de Educação Física Esporte, Lazer e Dança, v. 4, n. 1, 2009.
- BARNES, C.; ARCHER, D. T.; HOGG, B.; BUSH, M.; BRADLEY, P.S.; **The evolution of physical and technical performance parameters in the English Premier League.** International Journal of Sports Medicine, dec, 2014.
- CHICHARRO, M. M. **Epidemiologia das Lesões Músculo Esqueléticas em Atletas do escalão sênior de Futsal Feminino no distrito de Lisboa, durante o período desportivo de 2012/2013.** Lisboa, ano 2014.
- DÖNMEZ, G.; KUDAS, S.; YÖRÜBULUT, M.; YILDIRIM, M.; BABAYEVA, N.; TORGUTALP, S. S. **Evaluation of Muscle Injuries in Professional Football Players: Does Coach Replacement Affect the Injury Rate?** Clinical Journal of Sports Medicine, vol 30. issue 5, p. 478-483, September, 2020.

EKSTRAND, J.; HAGGLUND, M.; WALDEN, M. **Epidemiology of Muscle Injuries in Professional Football (Soccer)**. Am. J. Sports Med., v. 39, n. 2, p. 1-7, 2011.

FERNANDES, T. L.; PEDRINELLI, A.; HERNANDEZ, A. J. **Lesão Muscular – Fisiopatologia, Diagnóstico, Tratamento e Apresentação Clínica**. Revista Brasileira de Ortopedia, vol. 46, n. 3, p. 247-255, ano 2011.

FERREIRA, A. C., et al. **Prevalência e Fatores Associados a Lesões em Corredores Amadores de Rua do Município de Belo Horizonte, MG**. Revista Brasileira de Medicina do Esporte, São Paulo – v. 18, n. 4 – Jul/Ago, 2012.

FONG, D. T.; HONG, Y.; CHAN, L.; YUNG, P. S. H.; CHAN, K. M. **A systematic review on ankle injury and ankle sprain in sports**. Sports Medicine, v. 37, p. 73-94, 2007.

FULLER, C.W.; EKSTRAND, J.; JUNGE, A.; ANDERSEN, T. E.; BAHR, R.; DVORAK, J.; HÄGGLUND, M.; MCCRORY, P.; MEEUWISSE, W.H. **Consensus statement on injury definitions and data collection procedures in studies of football (soccer) injuries**. Clinical Journal of Sport Medicine, vol.16, n. 2, p. 97-106, ano 2006.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de Pesquisa**. p. 33-42, Porto Alegre, ano 2009.

GOMES, A. C.; SOUZA, J. de. **Futebol: treinamento desportivo de alto rendimento**. Artmed, 2008.

GONÇALVES, A. et al. **Aspectos básicos e epidemiológicos das lesões desportivas em nosso meio: uma revisão descritiva-analítica**. REV. BRASILEIRA DE MEDICINA, V.61, N.7, P.477-488. 2004.

GONÇALVES, M. V. P.; ONAKA, G. M.; GRAÇAS, D. das.; CARREGARO, R. L.; MARTINEZ, P. F.; JUNIOR, S. A. de O. **Epidemiologia de lesões musculoesqueléticas em praticantes amadores de futebol**. Revista Motricidade, vol. 11, n. 4, p. 134-141, 2015.

GRAY, A. J.; JENKINS, D. G. **Match analysis and the physiological demands of Australian football**. Sports Med. 2010; 40: 347-360.

GRECO, G.; TRAMBOLINI, R.; AMBRUOSI, P.; FISCHETTI, F. **Negative effects of smartphone use on physical and technical performance of young footballers.** Journal of Physical Education and Sport, Art. 280, 2017.

GREEN, P. T. B. **Calf muscle strain injuries in sport: a systematic review of risk factors for injury.** Br J Sports Med. 2017; 51: 1189-1194.

HADDAD, M.; DRIDI, A.; CHTARA, M.; CHAOUACHI, A.; WONG, del P.; BEHM, D.; CHAMARI, K. **Static stretching can impair explosive performance for at least 24 hours.** Journal of Strength and Conditioning Research. Jan,2014.

HAGGLUND, M.; WALDEN, M.; EKSTRAND, J. **Injury recurrence is lower at the highest professional football level than at national and amateur levels: Does sports medicine and sports physiotherapy deliver?** Br. J. Sports Med.50:751–758. 2016. doi: 10.1136/bjsports-2015-09595.

HALLEN, A.; EKSTANDE, J. **Return to play following muscle injuries in professional footballers.** J Sports Sci. 2014; 32: 1229-1236.

JUNGE, A.; DVORAK, J. **Injury surveillance in the World Football Tournaments 1998-2012.** British Journal of Sports Medicine, vol. 47, n. 12, p. 782-788, agosto 2013.

KOMI, P. V. **Relevance of in vivo force measurements to human biomechanics.** J Biomech. 1990; 23: 23-34.

KUJALA, U.; URAVA, S.; PARKKARI, J.; KAPRIO, J.; SARNA, S. **Sports career-related musculoskeletal injuries: long-term health effects on former athletes.** Sports Med, vol. 33, n. 12, p. 869-875, ano 2003.

LAUERSEN, J. B.; BERTELSEN, D. M.; ANDERSEN, L. B. **The effectiveness of exercise interventions to prevent sports injuries: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials.** British Journal of Sports Medicine, vol. 48, issue 11, ano 2014.

LIMA, Y. L.; FERREIRA, V. M. L. M.; LIMA, P. O. de P.; BEZERRA, M. A.; OLIVEIRA, R. R. de.; ALMEIDA, G. P. L. **The association of ankle dorsiflexion and dynamic knee valgus: A systematic review and meta-analysis.** Physical Therapy in Sport, vol. 29, p. 61-69, janeiro 2018.

OLSEN, O. E.; MYKLEBUST, G.; ENGBRETSSEN, L.; HOLME, I.; BAHR, R. **Exercises to prevent lower limb injuries in youth sports: cluster randomised controlled trial.** BMJ, p. 330-449, ano 2005.

OLIVEIRA, A. F. de. **Origem do Futebol na Inglaterra e no Brasil.** Revista Brasileira de Futsal e Futebol, São Paulo. Ano 2012.

POLINDER, S.; HAAGSMA, J.; PANNEMAN, M.; SCHOLTEN, A.; BRUGMANS, M.; VAN BEECK, E. **The economic burden of injury: Health care and productivity costs of injuries in the Netherlands.** Accid. Anal. Prev. 2016;93:92–100. doi: 10.1016/j.aap.2016.04.003.

ROCHA, P. H. B. **Análise das incidências de lesões musculoesqueléticas em praticantes de futebol amador e suas variações.** Brasília, 2019.

RODRIGUES, A. R. A. **Epidemiologia de lesões desportivas e fatores de risco em atletas de futebol do Clube Atlético e Cultural da Pontinha.** Lisboa, ano 2015.

SANTOS, P. B. **Lesões no Futebol: uma revisão.** Revista digital, vol. 15, n. 143, Buenos Aires, abril 2010.

SANTOS, R. M. B. dos; GOUVEIA, F. M. de V.; LIMA, J. E. de; AZEVEDO, A. F. de. **Análise epidemiológica das lesões em atletas de futebol profissional do Sport Club do Recife em 2007.** Revista Digital, vol. 14, n. 134, Buenos Aires, julho 2009.

SCHOPF, P. P.; ALLENDORF, D. B.; SCHWANKE, C. H. A.; GOTTLIEB, M. G. V. **Idade, sexo, raça/etnia são fatores intrínsecos associados à perda de massa muscular: uma revisão sistemática.** Revista Brasileira de Ciência e Movimento, vol. 25, n. 2, p. 195-204, agosto 2017.

SIMONATO, E. K. **Lesões mais comuns em jogadores profissionais de futebol de campo.** Revista digital, vol. 19, n. 197, Buenos Aires, outubro 2014.

VALLE, X.; ALENTORN-GELI, E.; TOL, J.L. *et al.* **Muscle injuries in sports: a new evidence-informed and expert consensus-based classification with clinical application.** Sports Med. 2017; 47: 1241-1253.

WEAVER, N.; MUELLER, F.; KALSBECK, W.; BOWLING, J. **The North Carolina High School Athletic Injury Study: design and methodology.** Med Sci Sports Exerc., vol. 31, n. 1, p. 176-182, ano 1999.

WISBEY, B.; MONTGOMERY, P. G.; PYNE D. B.; RATTRAY, B. **Quantifying movement demands of AFL football using GPS tracking.** J Sci Med Sport. 2010; 13: 531-536.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título da pesquisa: PREVALÊNCIA DE LESÕES NOS PRATICANTES AMADORES DE FUTEBOL.

Pesquisador (es/as) ou outro (a) profissional responsável pela pesquisa, com Endereços e Telefones:

Felipe Mariano - Rua Luiz Alberti, 311, Campo Comprido, Curitiba- PR. Tel: (41) 98868-6183

Professora Dra Cintia de Lourdes Nahhas Rodacki.– Rua Heitor de Andrade n 922, Jardim das Américas, Curitiba – PR. Tel.: (41) 99192-0308

Endereço, telefone do local: Rua Pedro Gusso, 2601 – Neville – CEP: 81310-900 Curitiba/PR – Telefone: (41) 3268-1749 | (41) 3247-0966

A) INFORMAÇÕES AO PARTICIPANTE

Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Os pesquisadores desta mesma forma assumem o compromisso da utilização dos dados conforme prescreve a ética profissional.

B) CONSENTIMENTO

Eu declaro ter conhecimento das informações contidas neste documento e ter recebido respostas claras às minhas questões a propósito da minha participação direta (ou indireta) na pesquisa e, adicionalmente, declaro ter compreendido o objetivo, a natureza, os riscos e benefícios, relacionados a este estudo.

Nome Completo: _____

RG: _____ Data de nascimento: __/__/____ Telefone: _____

Endereço: _____ Cidade _____

Assinatura: _____ Data: __/__/____

Eu declaro ter apresentado o estudo, explicado seus objetivos, natureza, riscos e benefícios e ter respondido da melhor forma possível às questões formuladas.

Nome completo: Felipe Mariano

Assinatura pesquisador (a): _____ Data: __/__/__

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tecnológica Federal do Paraná (CEP/UTFPR) que envolve seres humanos para denúncia, recurso ou reclamações do participante pesquisado:

Endereço: Av. Sete de Setembro, 3165, Bloco N, Térreo, Rebouças, CEP 80230-901, Curitiba-PR, Telefone: 3310-4494, E-mail: coep@utfpr.edu.

APÊNDICE B – Questionário da Pesquisa

QUESTIONÁRIO

Nome: _____

Idade:

Peso:

Altura:

Perna preferida:

1. Posição em campo:

- Goleiro Meio-campista
 Zagueiro Atacante
 Ala/Lateral

2. Qual sua profissão?

R: _____

3. Quantas vezes você pratica futebol por semana?

- 1 vez
 2 vezes
 3 vezes
 4 ou mais vezes

4. Pratica a quanto tempo?

- 1 ano ou menos
 1 a 2 anos
 2 a 3 anos
 Mais de 3 anos

5. Em qual dos 3 tipos de piso é praticado o esporte? (Pode marcar mais de uma opção)

- Salão
 Sintético (campo ou society)
 Gramado (suíço ou campo)

6. Prática musculação atualmente?

- SIM

NÃO

7. Quantas vezes por semana?

De 1 a 3 vezes

De 3 a 4 vezes

De 5 a 6 vezes

7 vezes

8. Quanto tempo por dia?

De 30 a 45 minutos

De 45 a 60 minutos

Mais de 60 minutos

9. Tirando o futebol e a musculação, você pratica mais algum tipo de atividade física?

SIM. QUAL? _____

NÃO

10. Possui, atualmente, alguma lesão? (CASO NÃO TENHA, IR PARA QUESTÃO 14)

SIM

NÃO

11. Se sim, qual tipo de lesão?

ENTORSE LOCAL: _____

CONTUSÃO LOCAL: _____

TENDINITE LOCAL: _____

- CONTRATURA MUSCULAR LOCAL: _____
- ESTIRAMENTO MUSCULAR LOCAL: _____
- SUBLUXAÇÃO / LUXAÇÃO LOCAL: _____
- BURSITE LOCAL: _____
- LESÃO LIGAMENTARES / MENISCAIS LOCAL: _____
- OUTRO ESPECIFICAR _____

12. A lesão ocorreu como?

- TREINO
- JOGO
- TRABALHO
- OUTRO: _____

13. Se ocorreu no futebol, foi devido à:

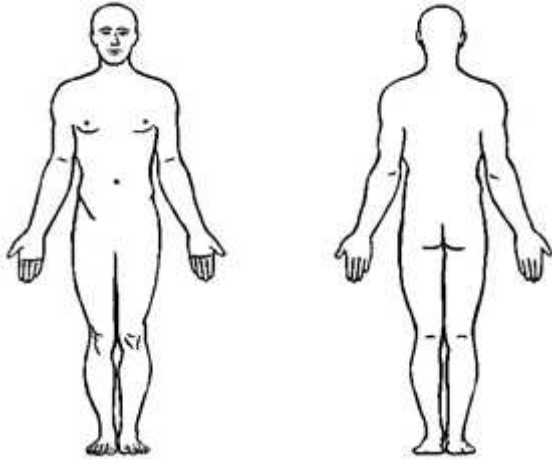
- EXCESSO DE ESFORÇO FÍSICO
- IMPACTO
- TIPO DE GRAMADO / CALÇADO
- OUTRO: _____

14. Quando você pratica algum tipo de exercício você sente algum tipo de dor ou desconforto?

- SIM
- NÃO

Se sim, onde: _____

15. NUMERE AQUI AS LESÕES DOS ÚLTIMOS 12 MESES RELACIONANDO-AS ENTRE CORPO HUMANO E A LISTA ABAIXO:



- 1 ENTORSE LOCAL: _____
- 2 CONTUSÃO LOCAL: _____
- 3 TENDINITE LOCAL: _____
- 4 CONTRATURA MUSCULAR LOCAL: _____
- 5 ESTIRAMENTO MUSCULAR LOCAL: _____
- 6 SUBLUXAÇÃO / LUXAÇÃO LOCAL: _____
- 7 BURSITE LOCAL: _____
- 8 LESÃO LIGAMENTARES / MENISCAIS LOCAL: _____
- 9 OUTRO ESPECIFICAR _____

16. Descreva sua lesão mais séria relacionada ao futebol, quanto à:

TIPO: _____

LOCAL: _____

CAUSA: _____

TEMPO DE RECUPERAÇÃO: _____

TRATAMENTO

UTILIZADO:

17. Descreva aqui se tiver alguma outra lesão ou restrição médica relacionado a outros fatores:
