



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE**  
**CURSO DE FISIOTERAPIA**

**CARACTERIZAÇÃO DAS LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS EM**  
**JOGADORAS PROFISSIONAIS DE FUTEBOL EM BRASÍLIA - DF**

Maitê Suian Junqueira de Berredo

Danieli Coeli Malschik

2010

Maitê Suian Junqueira de Berredo

Danieli Coeli Malschik

**CARACTERIZAÇÃO DAS LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS EM  
JOGADORAS PROFISSIONAIS DE FUTEBOL EM BRASÍLIA- DF**

Artigo científico apresentado à disciplina de Monografia como requisito parcial para a conclusão do Curso de Fisioterapia no Centro Universitário de Brasília – UniCEUB.

Orientador: Prof. Me. Márcio Oliveira

Brasília - DF

2010

## **RESUMO**

O objetivo do presente estudo foi caracterizar as lesões relatadas por jogadoras profissionais de futebol de Brasília – DF, quanto à gravidade, localização anatômica e o tipo. Foi aplicado um inquérito de morbidade referida a 19 atletas de futebol feminino para obtenção de dados pessoais e dados referentes às suas lesões. Um total de 34 lesões foi registrado, sendo que os locais anatômicos mais acometidos foram o tornozelo com 16 (46%) ocorrências, seguido pelo joelho com 06 (18%). Quanto ao tipo de lesão, foi encontrada a mesma proporção de lesão ligamentar e entorse, com 10 (29%) relatos cada. O tempo de afastamento mediano (extremos) em decorrência da lesão foi de 15 dias (0 – 730). Predominaram as lesões de gravidade moderada com 15 (45%) ocorrências, seguidas pelas lesões graves com 11 (33%). O mecanismo de lesão mais relatado foi o por contato e o retorno ao esporte foi com dor em 28 (82%) casos. Concluiu-se que o local anatômico mais acometido foi o tornozelo e os tipos de lesões mais relatadas foram entorses e lesões ligamentares. A maioria das lesões foi classificada como de gravidade moderada, resultaram em um retorno ao esporte com dor e tiveram mecanismo de lesão por contato.

**Palavras-Chave:** futebol, lesões e fatores de risco.

## **ABSTRACT**

The objective of this study is to characterize the injuries reported by professional female football players from Brasília-DF, about the gravity, anatomic location and the type of injury. It was applied an inquiry of morbidity referring to 19 athletes of female football to obtain personal data and so as data referring to their injuries. A total of 34 injuries were reported, being observed that the anatomic sites that were more often injured were the ankle, with 16 (46%) occurrences, followed by the knee with 06 (18%) occurrences. About the type of injury, it was found the same proportion between ligament injury and sprain, with 10 (29%) reported cases each. The median time off (extreme) due to the injury was of 15 days (0 – 730). The most common injuries were the ones with moderated gravity, with 15 (45%) occurrences, followed by the serious injuries, with 11 (33%). The more common mechanism of injuries reported was the one provided by contact and the later return to the sport was with the athlete in pain in 28 (82%) of the cases. It was concluded that the anatomic site more often injured was the ankle and the types of lesions more reported were sprains and ligament injuries. The most of injuries were classified as of moderated gravity, and resulted in a return to the sport with the athlete feeling pain and the mechanism of injury was by contact in most of cases.

**Key words:** Football, injuries and risk factors.

## INTRODUÇÃO

Em 1863, a *Football Association* criou oficialmente o futebol na Inglaterra. No Brasil, o esporte expandiu-se com Charles Miller, um paulista que estudava na Inglaterra e após jogar na primeira divisão do futebol inglês, retornou ao Brasil em 1894 e promoveu o esporte<sup>(1)</sup>.

A partir de então, vários clubes sociais pelo Brasil criaram seus times de futebol, tornando o esporte a principal fonte de lazer no país. Apenas em 1937, a Confederação Brasileira de Desportos – CBD, órgão máximo do esporte na época, reconheceu o futebol como esporte profissional<sup>(1)</sup>.

Quanto ao futebol feminino, nas décadas anteriores a 1980 era praticado de maneira esporádica e isolado. Posteriormente ganhou notoriedade da imprensa no Brasil e no exterior. No final da década de 80, deixou de ser visto apenas como espetáculos exibidos antes dos jogos masculinos, apresentando evolução técnica, aumento do número de participantes, melhoria na organização e estrutura das competições<sup>(2)</sup>.

A primeira Copa do Mundo feminina ocorreu na China, em 1991, com a participação de 12 times. Já no Mundial dos Estados Unidos em 2003, 16 times participaram em 32 partidas, observadas por aproximadamente 670.000 pessoas<sup>(3)</sup>.

No Brasil, porém, o futebol feminino não acompanhou o desenvolvimento internacional, carecendo de investimentos financeiros, adoção de um mecanismo de incentivo pelos órgãos dirigentes (Federações e Confederações), valorização profissional das praticantes, entre outros<sup>(2)</sup>.

Esporte mais popular no mundo, o futebol apresenta 203 países associados à Federação Internacional de Futebol, com aproximadamente 200 milhões de praticantes, sendo que 40 milhões são mulheres<sup>(4)</sup>.

O aumento da prática do futebol elevou o número das lesões<sup>(5)</sup>, assim como o aumento das exigências físicas, que obriga os atletas a trabalharem cada vez mais perto de seus limites máximos de exaustão<sup>(6)</sup>. Trata-se de um esporte de alta intensidade, com grande contato físico, de movimentos curtos, rápidos e não contínuos, dentre eles aceleração, desaceleração, mudanças de direção, saltos e giros<sup>(7)</sup>.

As mulheres são mais susceptíveis a certas lesões das extremidades inferiores que os homens. Isso se deve as diferenças estruturais, biomecânicas e neuromusculares entre homens e mulheres que as predispõem a lesões<sup>(8)</sup>.

A popularidade do futebol somada à elevada incidência de lesões têm sido objeto de crescente interesse na área de saúde. É preciso compreender a incidência, fatores de risco e mecanismos das lesões para combater suas causas<sup>(9)</sup>. Os estudos epidemiológicos são o primeiro passo para a elaboração de um programa preventivo<sup>(10)</sup>. Ao contrário do elevado número de estudos sobre lesões no futebol masculino, os dados epidemiológicos em jogadoras de futebol são escassos.

Portanto, o objetivo do presente estudo foi caracterizar as lesões relatadas por jogadoras profissionais de futebol de Brasília-DF, quanto à gravidade, localização anatômica e o tipo.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Procedeu-se a um estudo transversal descritivo, onde jogadoras profissionais de futebol foram submetidas a um inquérito de morbidade referida (IMR) adaptado do formulário F-MARC da FIFA<sup>(11)</sup>, sendo este uma tradução das pesquisadoras e não validado. (Anexo 1).

Atualmente, no Distrito Federal, existem 12 times de futebol de campo feminino. Foram convidados a participar da pesquisa os clubes da ASCOOP e CRESSPOM, ambos de Brasília- DF, compostos por 23 e 27 atletas respectivamente.

Estabeleceu-se como critério de inclusão um volume de no mínimo três treinos por semana e um tempo mínimo de treinamento regular na modalidade de pelo menos um ano. Incluíram-se voluntárias com idade mínima de 18 anos. Excluíram-se as jogadoras que não relataram lesões decorrentes da prática do futebol de campo.

Esta pesquisa foi previamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB (protocolo nº CAAE 0047/10) e todas as voluntárias assinaram previamente um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2).

Houve um contato inicial com as atletas, técnicos e presidentes dos clubes para esclarecimento do objetivo da pesquisa. A coleta de dados foi realizada em dias de realização de treinos das jogadoras (20 e 21 de Maio de 2010) nos seus respectivos clubes.

Ao abordar as voluntárias, estas foram informadas sobre o tema da pesquisa e convidadas a participar. Caso aceitassem, eram indagadas pelas pesquisadoras inicialmente quanto aos critérios de inclusão e forma de preenchimento do questionário. As jogadoras que aceitaram participar preencheram o IMR na forma auto-aplicável, antes ou após o término de cada treinamento, conforme conveniência, não havendo critério de preferência entre as pesquisadoras. Em todos os casos permaneceu sempre uma das pesquisadoras para esclarecer quaisquer dúvidas no preenchimento do questionário.

Para obtenção dos dados foi utilizado um inquérito de morbidade referida (IMR) que continha inicialmente dados pessoais relativos às atletas, como: nome, e-mail, telefone, idade, estatura, peso, carga de treino semanal, tempo de prática do esporte e dominância. Para obtenção das informações referente às lesões, foram inseridas questões retroativas a

dois anos de prática do futebol, sobre o tipo de lesão, local anatômico, mecanismo, tempo de afastamento do esporte, lado da lesão, além de informações referentes ao retorno às atividades esportivas normais.

Neste estudo, considerou-se lesão desportiva qualquer reclamação física sustentada por um atleta, resultante de um jogo ou treino, independente da necessidade de atenção médica ou afastamento do esporte<sup>(11)</sup>.

Por meio do tempo de afastamento, desde a ocorrência da lesão até o retorno pleno do atleta aos treinamentos e partidas, classificou-se a gravidade da lesão: leve (1 a 7 dias), moderada (8 a 21 dias) e grave (mais de 21 dias de afastamento)<sup>(12)</sup>.

O IMR utilizado permitia o relato de mais de uma lesão por indivíduo, motivo pelo qual o número total de indivíduos lesionados foi diferente do número total de lesões.

### **Análise estatística**

Os dados coletados foram analisados de forma quantitativa por meio da estatística descritiva (mediana, desvio padrão, frequências absoluta e relativa).

## **RESULTADOS**

Do total de 50 atletas, 04 não se encontravam nos treinos nos dias de coleta de dados, 13 apresentavam idade inferior a dezoito anos, 12 nunca tiveram lesão e 02 não aceitaram participar da pesquisa. Um total de 19 atletas respondeu ao IMR, das quais 07 eram do Clube ASCOOP e 12 eram do Clube CRESSPOM. O índice de massa corporal (IMC) foi calculado com base na estatura e peso relatados (Kg/m<sup>2</sup>). Foram encontradas 14 (87,5%) jogadoras com dominância na perna direita, 01 (6,25%) com dominância na perna esquerda e 01 (6,25%) ambidestra, ou seja, com habilidade nos dois pés. Na tabela 1 encontra-se a caracterização da amostra.

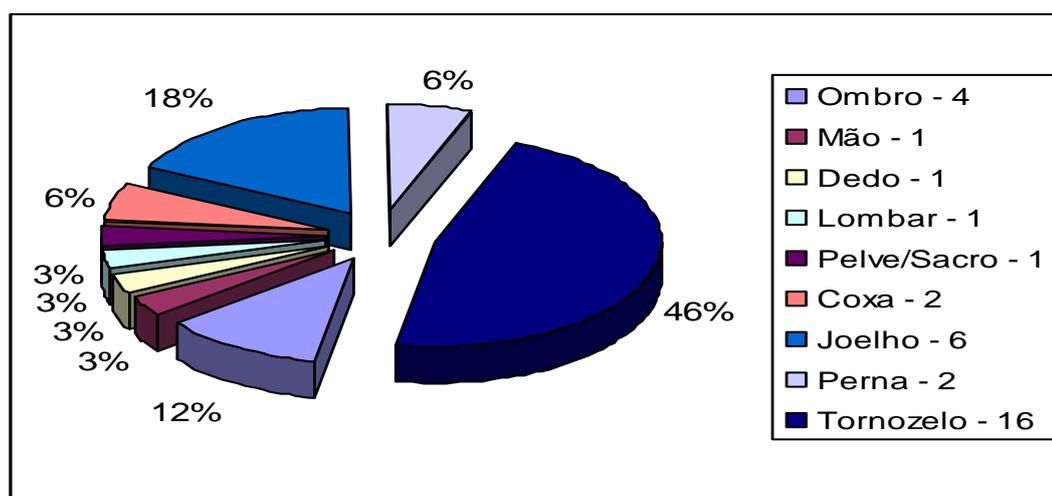
**Tabela 1.** Caracterização da amostra.

Variáveis	Mediana	Extremos	Desvio Padrão
Idade	21,00	(18 – 30)	3,91
IMC	21,48	(17,93 – 27,06)	7,18
Carga de treino semanal (dias)	04,00	(03 – 06)	1,09
Anos de treinamento	10,00	(01 - 15)	4,78

Kg – quilograma; cm – centímetro.

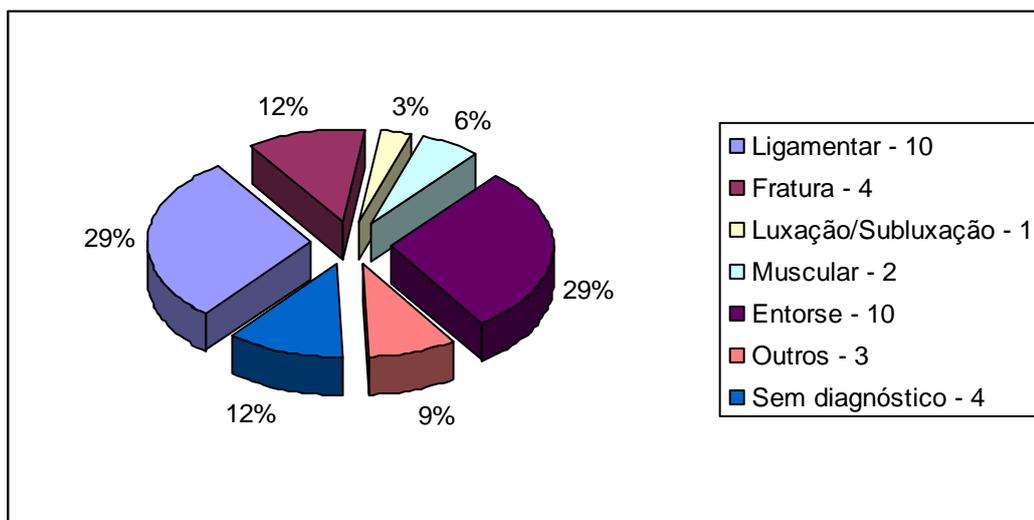
Entre as voluntárias, 08 relataram apenas uma lesão durante o período regular da prática do futebol, 08 relataram duas lesões, 02 relataram três lesões e 01 informou a ocorrência de quatro lesões, totalizando 34 lesões relatadas pelas voluntárias.

Na Figura 1, observa-se a distribuição dos locais anatômicos acometidos.



**Figura 1** – Frequência absoluta e relativa de lesão quanto ao local anatômico, conforme relato de 19 jogadoras profissionais de futebol em Brasília-DF, 2010.

Das 19 jogadoras que declararam ter sofrido lesão, 16 (84,21%) conseguiram especificá-las com clareza. Na figura 2, observa-se a distribuição quanto ao tipo da lesão.



**Figura 2.** Frequência absoluta e relativa de lesão quanto ao tipo, conforme relato de 19 jogadoras profissionais de futebol em Brasília-DF, 2010.

Na tabela 2, é feita uma associação do tipo de lesão ao local anatômico acometido.

**Tabela 2.** Frequência absoluta do tipo de lesão quanto ao local anatômico acometido, conforme relato de 19 jogadoras profissionais de futebol em Brasília – DF, 2010.

<b>Localização</b>	<b>Tipo</b>	<b>Frequência</b>
Tornozelo	Entorse	9
	Ligamentar	3
	Fratura	2
	Luxação/Subluxação	1
	Sem diagnóstico	1
Joelho	Entorse	1
	Ligamentar	4
	Outros	1
Ombro	Ligamentar	2
	Sem diagnóstico	2
Coxa	Muscular	2
Perna	Fratura	1
	Outros	1
Mão	Fratura	1
Dedo	Ligamentar	1
Lombar	Sem diagnóstico	1
Pelve/Sacro	Outros	1

Na tabela 3 observa-se o tempo de afastamento da prática do futebol. Das 33 lesões relatadas o tempo absoluto de afastamento mediano foi de 15 dias (0 – 730). Uma das voluntárias não soube relatar o tempo de afastamento de uma de suas lesões.

**Tabela 3.** Frequência Absoluta e relativa de lesões quanto ao tempo de afastamento do esporte, conforme relato de 19 jogadoras profissionais de futebol em Brasília – DF.

<b>Tempo de Afastamento</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa</b>
01 a 07 dias (Leve)	06	18,18%
08 a 21 dias (Moderada)	15	45,45%
>21 dias (Grave)	11	33,33%

Predominaram as lesões com contato, totalizando 22 (64,70%) e as sem contato foram 12 (35,30%). O retorno ao esporte foi com dor em 28 (82,35%) casos, com apenas 06 (17,65%) retornos sem dor. O lado direito foi acometido 21 (61,76%) vezes e o lado esquerdo 13 (38,24%).

## DISCUSSÃO

Estudou-se uma amostra de 19 atletas profissionais de futebol feminino. Obteve-se o relato de 34 lesões com o IMR. No inquérito de morbidade referida, a lesão é relatada pelo próprio acometido, sendo muito utilizado para registro de agravos<sup>(13),(14)</sup>, não sendo necessário avaliação clínica ou exame complementar<sup>(15)</sup>. Estes inquéritos normalmente são utilizados quando há dificuldade no acesso às informações sobre os atletas e suas lesões<sup>(16)</sup>. Pastre *et al.* realizaram um estudo em 2004 onde compararam as informações obtidas em prontuários e inquéritos de morbidade referida, e concluíram que o inquérito é eficaz, pois constatou uma elevada taxa de concordância entre todas as informações levantadas.

Já foi bem descrito na literatura a dificuldade de se comparar estudos epidemiológicos de futebol devido às diferentes definições de lesões utilizadas<sup>(9),(12),(7)</sup>. Jogadores diferentes respondem a uma lesão de maneiras diferentes, isto é, determinada lesão causa em um jogador afastamento enquanto em outro não causa qualquer restrição<sup>(17)</sup>. Por isso, optou-se em utilizar neste estudo a definição declarada em consenso

no 1º Congresso Mundial sobre prevenção de lesões no esporte em Oslo (Junho de 2005), que é uma definição mais abrangente<sup>(11)</sup>.

As lesões de membros inferiores foram as mais frequentes com 26 (76,47%) ocorrências. Vários estudos encontram resultados semelhantes<sup>(18),(10),(19),(20),(3)</sup>.

O local anatômico mais acometido foi o tornozelo (46%) seguido pelo joelho (18%), similar ao estudo de Brynhildsen et al. (1990) que encontrou uma distribuição de 39,5% acometimentos, de um total de 248 lesões, no tornozelo e 16,9% no joelho. Já os estudos de Faude *et al.* (2005), Soderman *et al.* (2001) e Engstrom *et al.* (1991) encontraram proporções mais próximas de lesões entre as duas articulações. No estudo de Inklaar *et al.* (1996) sobre lesões no futebol masculino, a diferença de proporção entre as articulações também foi pequena, com 26% das lesões localizadas no joelho e 22% no tornozelo.

Uma possível explicação para a prevalência de lesões nos membros inferiores é que tornozelos e joelhos são segmentos muito sobrecarregados, pois são eles que absorvem o impacto dos giros e saltos realizados pelos atletas<sup>(23)</sup>.

De acordo com o tipo da lesão, o estudo apresentou a lesão ligamentar e a entorse como os tipos mais comuns, com 29,41% das ocorrências cada, representando juntas, cerca de 58% do total de tipos de lesões avaliadas. Do total de lesões ligamentares e entorses, a entorse de tornozelo foi a mais relatada pelas atletas (45%). Leite e Cavalcanti Neto (2003) também observaram que a entorse de tornozelo foi o tipo de lesão mais recorrente em seus estudos. Soderman *et al.* (2001) também encontraram em sua pesquisa a entorse de tornozelo como tipo de lesão mais frequente e mencionaram que a razão para isto poderia ser a superfície de jogo irregular, a forma das chuteiras, a função muscular e o equilíbrio precários. Por sua vez, Stewien e Camargo (2005) encontraram 23,4 % das atletas

avaliadas com histórico de entorse de joelho. Em relação às lesões ligamentares, Ladeira (1999) encontrou 32% de estiramentos ligamentares nos membros inferiores.

Estudos têm sugerido que a frouxidão ligamentar, assim como a instabilidade articular em mulheres, aumenta a ocorrência de entorse e /ou lesões ligamentares neste grupo<sup>(3),(25),(26),(27)</sup>.

A maioria das lesões relatadas pelas jogadoras neste estudo foi classificada como de gravidade moderada (45%) e grave (33%). No estudo de Soderman *et al.* (2001) as lesões moderadas também prevaleceram, porém apenas 14% das suas lesões registradas foram graves e 34% leves. Faude *et al.* (2005) apresentaram em seu estudo com 165 atletas que participaram do campeonato nacional Alemão a ocorrência de 241 lesões, das quais 51% foram leves, 36% moderadas e 13% graves. No estudo prospectivo de Ekstrand, Walden e Hagglund (2004), o time sueco de futebol feminino foi acompanhado por 6 anos, teve participação na Copa do Mundo e na Copa da Europa, e teve uma maior prevalência de lesões leves, com apenas 16% de lesões graves. Uma possível explicação para a diferença encontrada neste estudo para o descrito pela literatura seria o fato das atletas examinadas de Brasília não possuírem um departamento médico em seus clubes, levando cada jogadora a procurar seu tratamento médico particular, não recebendo às vezes uma reabilitação adequada. Provavelmente a pressão que as jogadoras do exterior apresentam pra voltarem logo aos jogos, pelo nível de competição que enfrentam, é maior que a das voluntárias do presente estudo, resultando também em um menor tempo de afastamento.

A porcentagem de lesões por contato foi de 64,70%. Cohen *et al.* (1997) e Faude *et al.* (2005) também encontraram um predomínio de lesões por contato mas por uma pequena diferença, já Yoon *et al.* (2004) relataram que mais de 80% das suas lesões investigadas ocorreram por contato com outro jogador. Treinamento físico adequado e sem

sobrecarga, respeitando os limites, aquecimento e alongamento antes das partidas, são fatores que podem minimizar a ocorrência de lesões sem contato<sup>(10)</sup>.

Quanto ao retorno às atividades após a lesão, a maioria relatou ter sido sintomática, o que pode refletir uma reabilitação inadequada e um fator de risco para lesões futuras ou recidivas.

Dentre as possíveis limitações do estudo, destaca-se o número de atletas analisadas, que não permitiu explorar associações importantes como a proporção de lesões por idade, IMC, volume de treino semanal, tempo de prática do futebol, entre outros, foi realizado um estudo retrospectivo dependendo da memória das voluntárias para o registro das lesões sendo assim alguma lesão pode ter sido esquecida. Sugere-se que estudos sobre as lesões no futebol feminino sejam realizados com mais frequência, visto que a literatura ainda é escassa nesse campo. Se possível, a realização de estudos prospectivos com longo tempo de duração e com uma maior amostra para cálculo de incidência e detecção de possíveis padrões de lesões e fatores de risco.

## CONCLUSÃO

Obtiveram-se resultados similares a outros estudos descritos na literatura mesmo sendo estudada uma pequena amostra e um pequeno número de lesões.

Identificou-se que o tornozelo foi o local anatômico mais acometido e que as lesões ligamentares e entorses foram os tipos de lesões mais relatadas. A maioria das lesões foi de gravidade moderada, ocorridas com contato direto com outro jogador e resultou em um retorno ao esporte com dor.

Diante dos resultados e discussões feitas sugere-se aos profissionais da área da saúde, uma maior atenção em relação ao preparo e condicionamento dos atletas, de modo que se diminuam as incidências das lesões, principalmente as lesões com contato, que foram as que predominaram nos resultados avaliados. Uma maior ênfase ao tratamento das lesões deve ser dada, afim de que as atletas retornem para as atividades sem dor e tenham por consequência maior rendimento e tempo de permanência no esporte.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Helal R, Soares AJG, Salles JGC. Futebol. In: DaCosta, Lamartine (org.). Atlas do Esporte no Brasil. Rio de Janeiro: Confef, 2006: 8257- 8261.
2. Morel M, Salles JGC. Futebol Feminino. In: DaCosta, Lamartine (org.). Atlas do Esporte no Brasil. Rio de Janeiro: Confef, 2006: 8264-8265.
3. Faude O, Junge A, Kindermann W, Dvorak J. Injuries in female soccer players: a prospective study in the German National League. *Am J Sports Med* 2005; 33: 1694.
4. Ejnisman B, Cohen M. Futebol. In: Cohen M, Abdalla RJ. Lesões nos esportes: Diagnóstico, prevenção e tratamento. Rio de Janeiro: Ed. Revinter Ltda, 2003: 671-674.
5. Stewien ETM, Camargo OPA. Ocorrência de entorse e lesões do joelho em jogadores de futebol da cidade de Manaus, Amazonas. *Acta Ortop Bras* 2005, 13: 3.
6. Cohen M, Abdalla RJ, Ejnisman B, Amaro JT. Lesões ortopédicas no futebol. *Rev Bras Ortop* 1997, vol. 32, nº 12.
7. Inklaar H. Soccer Injuries I: Injuries and severity. *Sports Med* 1994, 18(1): 55-73.
8. Chmielewski T, Ferber R. Considerações da reabilitação de atletas femininas. In: Andrews JR, Harrelson GL. Reabilitação física do atleta. 3º edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005: 333-347.
9. Keller CS, Noyes FR, Buncher R. The medical aspects of soccer injury epidemiology. *Am J Sports Med* 1987, vol. 15, nº 3.
10. Ladeira CE. Incidência de lesões no futebol: um estudo prospectivo com jogadores masculinos adultos amadores canadenses. *Rev Bras Fisiot* 1999, vol. 4, nº 1: 39-47.
11. Fuller CW, Ekstrand J, Junge A, *et al.* Consensus statement on injury definitions and data collection procedures in studies of football (soccer) injuries. *Br J Sports Med* 2006, 40: 193-201.

12. Mechelen W, Hlobil H, Kemper HCG. Incidence, severity, aetiology and prevention of sports injuries: a review of concepts. *Sports Medicine* 1992, 14 (2): 82-99.
13. Hoshi RA, Pastre CM, Vanderlei LCM, *et al.* Lesões desportivas na ginástica artística: estudo a partir de morbidade referida. *Rev Bras Med Esporte* 2008, vol. 14, nº 5: 440-445.
14. Pastre CM, Filho GC, Monteiro HL, *et al.* Lesões desportivas na elite do atletismo brasileiro: estudo a partir de morbidade referida. *Rev Bras Med Esporte* 2005, vol. 11, nº1.
15. Pereira MG. *Epidemiologia teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995: 88-91.
16. Pastre CM, Filho GC, Monteiro HL, *et al.* Lesões desportivas no atletismo: comparação entre informações obtidas em prontuários e inquéritos de morbidade referida. *Rev Bras Med Esporte* 2004, vol. 10, nº 1.
17. Ekstrand J, Walde´ n M, Hagglund M. Risk for injury when playing in a national football team. *Scand J Med Sci Sports* 2004, 14: 34–38.
18. Engstrom B, Johansson C, Tornkvist H. Soccer injuries among elite female players. *Am J Sports Med* 1991, vol. 19, nº 4.
19. Soderman K, Adolphson J, Lorentzon R, Alfredson H. Injuries in adolescent female players in European football: a prospective study over one outdoor soccer season. *Scand J Med Sci Sports* 2001, 11: 299-304.
20. Yoon YS, Chai M, Shin DW. Football injuries at Asian Tournaments. *AM J Sports Med* 2004, 32:36 S.
21. Brynhildsen J, Ekstrand J, Jeppsson A, Tropp H. Previous injuries and persisting symptoms in female soccer players. *Int J Sports Med* 1990, 11: 489-492.
22. Inklaar H, Bol E, Schmikli SL, Mosterd WL. Injuries in male soccer players: team risk analysis. *Int J Sports Med* 1996, 17: 229-234.

23. Silva SAD, Souto DM, Oliveira CCA. Lesões em atletas profissionais de futebol e fatores associados. Revista Digital – Buenos Aires 2008, ano 13, nº 121.
24. Leite SBC, Cavalcanti Neto FF. Incidência de lesões traumato-ortopédicas no futebol de campo feminino e sua relação com alterações posturais. Revista Digital – Buenos Aires 2003, ano 9, nº 61.
25. Dvorak J, Junge A. Football injuries and physical symptoms: a review of the literature. Am J Sports Med 2000.
26. Hutchinson MR, Ireland ML. Knee injuries in female athletes. Sports Med 1995, 19: 288-302.
27. Inklaar H. Soccer injuries II: aetiology and prevention. Sports Med 1994,18: 81-93.

## ANEXO – 1

**INQUÉRITO DE MORBIDADE REFERIDA**

Nome: \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Carga de treino semanal: \_\_\_\_\_  
 Anos de treinamento: \_\_\_\_\_ Dominância: (1) Destro (2) Canhoto

CARACTERÍSTICA DA LESÃO									
Lesões Esportivas	VARIÁVEIS								
	Tipo de Lesão	Local da Lesão	Tempo de afastamento do esporte em dias	Mecanismo da lesão		Retorno as atividades esportivas		Lado da Lesão	
				com contato	sem contato	com dor	sem dor	direito	esquerdo
1º Lesão									
2º Lesão									
3º Lesão									
4º Lesão									
5º Lesão									
6º Lesão									
7º Lesão									
8º Lesão									

**Codificação das variáveis****Tipo de lesão:**

1. Lesão ligamentar
2. Lesão de menisco
3. Fratura
4. Luxação/Subluxação
5. Muscular
6. Entorse
7. Não sei o diagnostico
8. Outro (especifique abaixo):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Local da lesão:**

- |                    |               |
|--------------------|---------------|
| 1. Cabeça e face   | 14. Dedo      |
| 2. Coluna cervical | 15. Polegar   |
| 3. Coluna torácica | 16. Quadril   |
| 4. Coluna lombar   | 17. Virilha   |
| 5. Tórax           | 18. Coxa      |
| 6. Abdômen         | 19. Joelho    |
| 7. Pelve/sacro     | 20. Perna     |
| 8. Ombro           | 21. Tornozelo |
| 9. Braço           | 22. Pé        |
| 10. Cotovelo       | 23. Dedo      |
| 11. Antebraço      |               |
| 12. Punho          |               |
| 13. Mão            |               |

**ANEXO - 2****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você, ..... está sendo convidada a participar da pesquisa “Caracterização das lesões músculo-esqueléticas em jogadoras profissionais de futebol feminino em Brasília-DF”, juntamente com as pesquisadoras Maitê Suian Junqueira de Berredo e Danieli Coeli Malschik. Pela assinatura desse documento, você declara ter lido ou ouvido, e compreendido totalmente o presente Termo de seu Consentimento para a participação como voluntária nesta pesquisa, o qual estabelece o seguinte:

1. Estou participando de minha livre e espontânea vontade de uma pesquisa para caracterizar as lesões de jogadoras de futebol feminino em Brasília – DF.
2. Estou ciente que danos diretamente decorrentes da participação voluntária em pesquisa podem ser reclamados juntos aos pesquisadores responsáveis. Tendo esta pesquisa objetivos que apenas observarão minha rotina diária, não se prevê nenhum risco associando à minha participação. Entretanto, estou ciente também que ficará garantido meu direito de buscar reparos e indenização a que julgar ter direito em razão de minha participação, conforme legislação vigente.
3. Estou ciente de que não receberei dinheiro ou qualquer outra forma de pagamento por ser voluntária da pesquisa e que as pesquisadoras estarão à disposição para qualquer esclarecimento por eventuais problemas de qualquer tipo em consequência da participação na pesquisa.
4. As pesquisadoras utilizarão questionário validado com modificações incluídas das pesquisadoras. Dos registros obtidos durante esses dias as pesquisadoras vão obter dados para análise. As pesquisadoras em nada influenciarão na minha rotina, inclusive nos dias da aplicação do questionário.
5. A participação nessa pesquisa não obriga a pessoa e nem os pesquisadores a continuarem o seguimento da avaliação um com o outro.

6. Quando estiver concluída a pesquisa, poderei, sob minha expressa solicitação, ser informado detalhadamente sobre os resultados e ter uma cópia da mesma.
7. As pesquisadoras garantem que qualquer informação pessoal será mantida sob sigilo, e a descrição da mesma na apresentação da monografia e até mesmo em publicações científicas não identificará a pessoa examinada.
8. Tenho assegurado o direito de abandonar a participação nessa pesquisa a qualquer momento, sem qualquer consequência ou prejuízo para mim, bastando para isso comunicar o meu desejo as pesquisadoras.

Brasília, ..... de ..... de .....

Nome .....

.....

Assinatura Voluntário

Nome .....

.....

Assinatura Pesquisador Responsável

## **CONTATOS:**

Pesquisadoras: Maitê Suian Junqueira de Berredo – 96672353 (msuian@hotmail.com)

Danieli Coeli Malschik – 81192708 (danieli\_malschik@yahoo.com.br)

Orientador: Márcio Oliveira – 7813- 5534 (professor\_marciooliveira@hotmail.com)

Comitê de Ética: 3966-1511 (comite.bioetica@uniceub.br)