

**ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DE LESÕES NO FUTEBOL DE SALÃO DURANTE O XV
CAMPEONATO BRASILEIRO DE SELEÇÕES SUB 20**

**AN EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF INJURIES DURING THE XV BRAZILIAN
CHAMPIONSHIP FUTSAL UNDER 20**

AUTORES:

RODRIGO NOGUEIRA RIBEIRO
LEONARDO OLIVEIRA PENA COSTA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS - BRASIL

RIBEIRO, RODRIGO NOGUEIRA AND COSTA, LEONARDO OLIVEIRA PENA. Análise epidemiológica de lesões no futebol de salão durante o XV Campeonato Brasileiro de Seleções Sub 20. **Rev Bras Med Esporte**, vol.12, n.1, p.1-5, Jan./Feb. 2006. ISSN 1517-8692.

Contato: Rodrigo Nogueira Ribeiro, Rua Courupita, 1557/Apto: 101 - Eldorado
Contagem, Minas Gerais – Brasil
CEP: 32310-520
Tel: (31) 33913467 – (31) 91427258 / e-mail: rodrigonog@hotmail.com

RESUMO

Introdução: Vários autores têm investigado a incidência de lesões no futebol. Entretanto, poucos trabalhos têm analisado as lesões neste esporte. O objetivo desse estudo foi analisar a incidência, circunstâncias, e características das lesões registradas no Futebol de Salão durante o XV Campeonato Brasileiro de Futebol de Salão Sub 20.

Métodos: Fisioterapeutas ou médicos de todos os participantes do XV Campeonato Brasileiro de Futebol de Salão Sub 20 responderam um questionário para investigar a ocorrência de lesões durante as partidas. A taxa de resposta foi de 100%.

Resultados: Um total de 32 lesões foi registrado durante as 23 partidas com uma incidência de 1.39 lesões por partida ou 208.6 lesões por 1000 horas/jogo. Aproximadamente 1 a 3 lesões por partida resultaram em afastamento de jogadores em partidas ou treinamentos. As lesões de contato eram predominantes em 65.62% (21 das 32 lesões), e a maioria dessas lesões não resultaram no afastamento dos jogadores.

Conclusões: O presente estudo observou que a incidência das lesões durante o XV Campeonato Brasileiro de Futebol de Salão Sub 20 foi semelhante à incidência observada em torneios de Futebol de Salão mas superior aos achados em torneios de futebol, caracterizando a especificidade do esporte. Entretanto, circunstâncias e características são similares entre eles devido à semelhança de demanda do esporte.

Palavras chaves: Futebol de Salão; futebol; lesão; taxa de incidência; torneio.

ABSTRACT

Introduction: Several authors have investigated the incidence of the outdoor soccer injuries. However, only few articles have analyzed Futsal injuries. The aim of the present study was to analysis of the incidence, circumstances, and characteristics of the injuries in Futsal registered during the XV Brazilian Championship Futsal Under 20.

Methods: The physicians of the all participants of the XV Brazilian Championship Futsal Under 20 answered a questionnaire to investigate the occurrence of injuries during the matches. The response rate was 100%.

Results: A total of 32 injuries were registered during the 23 matches with an incidence of 1.39 injuries per match or 208.6 injuries per 1000 hours/match. Approximately 1 to 3 injuries per match resulted in players' absence in matches or trainings. The contact injuries were predominant in 65.62% (21 of 32 injuries), and most of those injuries did not result in the players' absence.

Conclusions: The present study observed that the incidence of the injuries during the XV Brazilian Championship Futsal Under 20 are similar to the ones observed in Futsal tournaments but superior to those found in outdoor soccer tournaments, characterizing the specificity of the sport. However, the circumstances and characteristics are similar among them mainly due to the similarity in those sports demands.

Keywords: futsal; soccer; injury; incidence rate; tournament.

INTRODUÇÃO

O Futebol de Salão é um esporte em ascensão que tem atraído cada vez mais adeptos em todo o mundo. No Brasil é um dos esportes mais difundido, jogado por mais de 12 milhões de brasileiros segundo a Confederação Brasileira de Futebol de Salão (CBFS)¹.

Keller *et al.*² afirmam que o futebol é responsável pelo maior número de lesões desportivas do mundo. Estima-se que essas lesões são responsáveis por 50 a 60% das lesões esportivas na Europa e que 3,5 a 10% dos traumas físicos tratados em hospitais europeus são causados pelo futebol²⁻⁴.

Muitos estudos têm analisado a incidência e os fatores de risco das lesões no futebol⁴⁻²², mas existem poucos trabalhos sobre as lesões no futebol society^{3,23,24} e apenas 1 estudo em Futebol de Salão¹³. Segundo Junge *et al.*¹³, em um estudo feito durante os torneios da Federação Internacional de Futebol (FIFA) e jogos olímpicos entre 1998 e 2001, observou-se uma incidência de 191 lesões por 1000 horas de jogo no campeonato mundial de Futebol de Salão da Guatemala em 2000, taxa cerca de duas vezes maior que a maior incidência encontrada por eles em torneios de futebol de campo (92 lesões por 1000 horas de jogo). Essa diferença pode ser atribuída a natureza do jogo, associada à alta velocidade dos movimentos e à menor dimensão do campo de jogo, e a diferença de pisos, resultando em um número maior de colisões e entorses respectivamente¹³. Além das características próprias deste esporte, o Futebol de Salão é uma das modalidades esportivas mais praticadas em todo o mundo faz com que sejam necessárias investigações sistemáticas sobre a incidência de lesões.

Definição de Lesão

Vários estudos epidemiológicos definem o termo lesões esportivas de diferentes formas, dificultando a comparação entre esses estudos^{2,11,23,25-28}. Em alguns estudos as lesões são definidas como aquelas tratadas pelo departamento médico e que requerem hospitalização⁸. Essas lesões esportivas eram registradas pelas apólices de seguro, sendo que, grande porcentagem era grave e predominantemente lesões agudas eram observadas. Além disso, lesões de gravidade baixa ou por overuse não eram registradas, denominado de “fenômeno ponta do iceberg”²⁸.

Em estudos mais recentes a lesão tem sido definida como acontecimento que teria como conseqüência um tempo de afastamento de jogos ou treinos^{9,17,24,29,32}. Segundo Junge e Dvorak¹¹, essa definição não é totalmente precisa. Primeiro, sua aplicação depende da freqüência de treinos e jogos. Segundo, atletas lesados podem ter uma participação moderada em treinos através de uma modificação no seu programa de exercício. Terceiro, participação em treinos ou em jogos depende de outros fatores, como disponibilidade de tratamento adequado e importância do jogo.

O Sistema de registro nacional de lesões atléticas dos Estados Unidos (NAIRS) define lesão como acontecimento que limita a participação do atleta por no mínimo um dia após sua ocorrência. Essa definição é mais precisa, mas ainda não resolve todas as dificuldades antes mencionadas²⁸. A definição do Conselho da Europa requer que a lesão tenha no mínimo uma das conseqüências a seguir: 1) redução da quantidade ou do nível da atividade esportiva, 2) necessidade de avaliação médica ou tratamento, e 3) tenha efeitos sociais e econômicos desfavoráveis. Essa definição de lesão atualmente parece ser a mais extensa, mas tem sido pouco usada^{9,20}.

Além da definição de lesão esportiva, outro ponto que merece destaque é a definição de gravidade. A gravidade das lesões tem sido definida pela duração do afastamento da prática esportiva e classificadas em três categorias: leve (1 a 7 dias), moderada (8 a 21 dias) e grave (mais de 21 dias de afastamento)^{17,30,31,32}. van Mechelen *et al.*²⁸ recomendam que a gravidade das lesões esportiva seja descrita com base em seis critérios: natureza da lesão, duração e tipo de tratamento, tempo de afastamento esportivo, tempo de afastamento do trabalho, dano permanente, e custo.

Ladeira¹⁵ afirma que os estudos epidemiológicos são o primeiro passo para a elaboração de um programa preventivo. Médicos, Fisioterapeutas e Educadores Físicos devem compreender a incidência, fatores de risco e mecanismos das lesões para combater suas causas^{2,33}. Os autores desse trabalho não têm o conhecimento de estudos epidemiológicos de lesões em praticantes de Futebol de Salão no Brasil.

O objetivo desse estudo foi fazer uma análise prospectiva da incidência, circunstâncias, e características das lesões no Futebol de Salão registradas durante o XV Campeonato Brasileiro de Seleções Sub 20.

MÉTODOS

O estudo foi realizado durante o XV Campeonato Brasileiro de Seleções sub 20, torneio organizado pela CBFS. Participaram do estudo um total de 180 atletas com idade entre 17 e 20 anos, representando 10 seleções estaduais. Médicos, fisioterapeutas ou preparadores físicos das 10 seleções participantes responderam um formulário (Figura 1) para investigar a ocorrência de lesões durante os jogos. Esse formulário foi adaptado pelo ofício médico da FIFA Avaliação Médica e Centro de Pesquisa (F-Marc)¹³. Quando um jogador se lesionava, os detalhes de sua lesão eram registrados numa entrevista com o autor principal dessa pesquisa. Após o término do torneio o autor manteve contato regular com fisioterapeutas, técnicos e/ou atletas por telefone, para acompanhar a evolução das lesões.

Nesse estudo as lesões foram definidas como qualquer comprometimento acontecido durante o jogo, não importando suas conseqüências em relação ao afastamento subsequente de jogos ou treinos¹³. O registro das lesões baseou-se na circunstancia (com contato, sem contato), localização, tipo e gravidade estão apresentados na tabela 1. Neste estudo, os dados foram apresentados de forma descritiva.

Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais e pelo Conselho Arbitral do XV Campeonato Brasileiro de Seleções sub 20, e todos os voluntários que participaram deste estudo consentiram sua participação.

Calculo da Incidência

A incidência das lesões foi expressa em número de lesões por jogo e em número de lesões por 1000 horas de jogo por atleta de acordo com estudos prévios^{12,13}. O total de horas de jogo por atleta foi calculada conforme a equação: 10 jogadores X 40 minutos = 6,67 horas. Tempo extra e a redução do número de atletas em quadra durante as partidas não foram computados pois, nenhuma partida necessitou de tempo extra e as exclusões dos atletas eram raras e duravam pouco tempo.

RESULTADOS

Um total de 32 lesões foram registradas durante os 23 jogos do XV Campeonato Brasileiro de Seleções sub 20, com incidência de 1,39 lesões/jogo. As circunstâncias das lesões foram registradas pela ocorrência ou não de contato (trauma direto ou indireto). As lesões com contato foram predominantes com 65,62% (21 das 32 lesões), sendo que a maior parte dessas lesões não resultou em afastamento dos atletas das atividades esportivas. Informações complementares sobre a incidência, circunstância e características das lesões encontram-se na tabela 1.

A taxa de lesões que resultaram em afastamento de jogos e ou treinos foi de 0,48 lesões/jogo ou 71,7 lesões/1000 horas de jogo. Significativamente, lesões sem contato (34,38%; 11 das 32 lesões) resultaram em afastamento de jogo das atividades esportivas do que as lesões com contato (65,62%; 21 das 32 lesões). A gravidade (tempo de afastamento) foi maior nas lesões sem contato em relação às lesões com contato (veja detalhes na tabela 2).

DISCUSSÃO

O presente estudo investigou a incidência e característica das lesões no Futebol de Salão durante o VX Campeonato Brasileiro de Seleções Sub 20. Todas as 10 seleções participantes do torneio cooperaram com este estudo ao responder um questionário adaptado do F-MARC¹³ após os jogos, resultando em um índice de resposta de 100%. Neste estudo as lesões foram definidas como qualquer comprometimento acontecido durante o jogo, não importando suas conseqüências em relação ao afastamento subsequente de jogos ou treinos¹³.

O uso de uma definição extensa que inclui “todas as lesões (overuse e trauma) causadas no futebol não importando suas conseqüências” evita problemas associados com definições que sejam restringidas¹³. Permite a avaliação de lesões crônicas, avaliando o impacto da elevada taxa de incidência de contusões leves e moderadas em relação a fraturas, por exemplo. Além de disponibilizar informações adicionais, (como calculo da duração de afastamento do futebol e tratamento por médico ou fisioterapeuta) o que permite expressar a incidência de lesões de acordo com as diferentes definições, possibilitando a comparação dos resultados com outros estudos.

Outro fator importante é que essa definição mais abrangente torna possível minimizar erros durante as coletas de dados por diferentes examinadores de profissões diversas (Médicos, Fisioterapeutas, Educadores Físicos e etc), o que poderia ser uma das limitações para esse tipo de estudo.

Vários estudos têm demonstrado grande diferença nas taxas de incidência das lesões registradas no futebol^{2,11,23,25-28}. Junge e Dvorak¹¹ atribuem essas diferenças às definições heterogêneas, método de coleta de dados, tempo de observação, tipo de estudo e características das amostras encontradas nos trabalhos.

A definição de lesão e sua gravidade são aspectos importantes no registro das lesões esportivas e têm sido discutidos por muitos autores^{2,11,23,27,28}. Junge e Dvorak¹¹ afirmam que a definição de lesão deve ser baseada na prevalência da queixa apropriada ao futebol e que a gravidade não seja determinada apenas pela duração dos sintomas mas também pelo dano tecidual, pois pequenas lesões e lesões “curadas” por analgesia ou por medicação são negligenciadas, e a taxa de incidência das lesões pode ser subestimada.

O sistema para a coleta dos dados também tem sido alvo de inúmeras discussões. Liendefeld *et al.*³ afirmam que o registro adequado deve incluir componentes como localização, tipo e circunstancia da lesão. Junge e Dvorak¹¹ recomendam que o calculo exato da incidência de lesões o número de jogos e treinos deve ser documentado individualmente para cada atleta. Além disso, eles afirmam que o registro das lesões esportivas deve ser feito de forma prospectiva, pois dados retrospectivos possuem valor limitado, e estudos prospectivos além de avaliarem a incidência de lesões também podem identificar grupos e fatores de risco.

No presente estudo a incidência de lesões (208,6 lesões/1000 horas de jogo) foi ligeiramente superior á incidência registrada por Junge *et al.*¹³ durante o campeonato Mundial de Futebol de Salão da Guatemala de 2000 (191 lesões/1000 horas de jogo). Essa maior incidência pode ser explicada por uma fragilidade técnica e tática, assim como pela menor força muscular, resistência, coordenação e experiência dos atletas jovens. Modificações no sistema de treinamento de jovens atletas, focando a técnica e habilidade além da parte física, podem minimizar a incidência de lesões esportivas¹⁹. Não foi possível avaliar lesões durante treinos, pois em torneios curtos como esse às equipes fazem jogos diários o que inviabiliza na maioria dos casos treinamentos durante a competição, limitando nosso trabalho a avaliar apenas a incidência de lesões/horas de jogo.

A taxa de incidência das lesões sem contato foi superior as taxas encontradas em outros torneios¹³, e 45% dessas lesões resultaram em afastamento de jogos ou treinos. Essa alta taxa de incidência de lesões sem contato pode ser um indicativo de que os atletas tiveram um tempo insuficiente de preparação para a demanda do torneio e/ou não houve tempo hábil para a recuperação de lesões durante a competição.

A maioria das lesões (65,62%) foi causada por contato direto, sendo que as contusões e os entorses foram os tipos de lesões mais comuns durante o torneio, resultados similares a outros estudos^{3,12,23,24}. Nós encontramos taxa de entorses ligeiramente superior às registradas por Junge *et al.*^{12,13} em torneios de futebol da FIFA entre os anos de 1998 e 2002, e nos Jogos Olímpicos de 2000. Essa diferença pode ser atribuída ao piso emborrachado e mais aderente da quadra de Futebol de Salão comparado com a grama no futebol, predispondo a um maior número de entorses.

A localização das lesões registradas foi similar á encontrada em outros estudos^{3,4,10,12,13,15-17,19,21-23}, afetando predominantemente as articulações do tornozelo e joelho, e os músculos da coxa e perna. A desproporção entre os segmentos corporais pode ser atribuída á maior demanda da extremidade inferior no esporte¹⁹.

CONCLUSÃO

O presente estudo observou que a incidência, circunstancia e características das lesões durante o XV Campeonato Brasileiro de Seleções Sub 20 são similares às verificadas tanto em torneios de Futebol de Salão quanto em torneios de futebol, caracterizando a especificidade do esporte. A análise da incidência e dos fatores de risco das lesões esportivas e o desenvolvimento de programas preventivos são de extrema importância para reduzir a incidência de lesões durante a prática do esporte.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a cooperação de todos os fisioterapeutas e preparadores físicos das delegações (Espírito Santo, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Santa Catarina, São Paulo, Tocantins) que voluntariamente disporão do seu tempo para a coleta de dados desse trabalho. Gostaríamos de expressar nossa gratidão a todos atletas que participaram desse estudo.

REFERÊNCIAS

1. Confederação Brasileira de Futebol de Salão. Disponível em: <<http://www.cbfs.com.br>>. Acesso em: 01 dez. 2004.
2. KELLER CS, NOYES FR, BUNCHER CR. The medical aspects of soccer injury epidemiology. **Am J Sports Med.**, Thousand Oaks, n.15, p.105-112, 1987.
3. LIENDENFELD TN. et al. Incidence of injury in indoor soccer. **Am J Sports Med.**, Thousand Oaks, n.22, p.364-371, 1994.
4. SÖDERMAN K. et al. Injuries in adolescent female players in European football: a prospective study over one outdoor soccer season. **Scand J Med Sci Sports**, Copenhagen, n.11, p.299-304, 2001.
5. DVORAK J. et al. Risk factor analysis for injuries in football players. Possibilities for a prevention program. **Am J Sports Med.**, Thousand Oaks, n.28, p.69-74, 2000.
6. EKSTRAND J, KARLSSON J: Editorial. The risk for injury in football. There is a need for a consensus about definition of the injury and the design of studies. **Scand J Med Sci Sports**, Copenhagen, n.13, p.147-149, 2003.
7. EKSTRAND J, WALDÉN M, HÄGGLUND, M. Risk for injury when playing in a national football team. **Scand J Med Sci Sports**, Copenhagen, n.14, p.34-38, 2004.
8. HOY K. et al. European soccer injuries. A prospective epidemiologic and socioeconomic study. **Am J Sports Med.**, Thousand Oaks, n.20, p.318-322, 1992.

9. INKLAAR H, BOL E, SCHMIKLI SL, MOSTERD WL. Injuries in male soccer players: team risk analysis. **Int J Sports Med.**, Stuttgart, n.17, p.229-234, 1996.
10. JUNGE A, CHOMIAK J, DVORAK J. Incidence of football injuries in youth players. **Am J Sports Med.**, Thousand Oaks, n.28, p.47-50, 2000.
11. JUNGE A, DVORAK J. Influence of definition and data collection on the incidence of injuries in football. **Am J Sports Med.**, Thousand Oaks, n.28, p.40-46, 2000.
12. JUNGE A, DVORAK J, GRAFF-BAUMANN T. Football injuries during the World Cup 2002. **Am J Sports Med.**, n.32, p.23-27, 2004.
13. JUNGE A. et al. Football injuries during FIFA tournaments and the Olympic Games, 1998-2001. Development and implementation of an injury-reporting system. **Am J Sports Med.**, Thousand Oaks, n.32, p.80-89, 2004.
14. KAKAVELAKIS KN. et al. Soccer injuries in childhood. **Scand J Med Sci Sports**, Copenhagen, n.13, p.175-178, 2003.
15. LADEIRA CE. Incidência de lesões no futebol: um estudo prospectivo com jogadores masculinos adultos amadores canadenses. **Rev Bras Fisiot.**, São Paulo, n.4, p.39-47, 1999.
16. MORGAN BE, OBERLANDER MA. An examination of injuries in major league soccer. **Am J Sports Med.**, Thousand Oaks, n.29, p.26-30, 2001.
17. NIELSEN AB, YDE J. Epidemiology and traumatology of injuries in soccer. **Am J Sports Med.**, Thousand Oaks, n.17, p.803-807, 1989.
18. NILSSON S, ROAAS A. Soccer injuries in prevention of sports injuries. A review in adolescents. **Am J Sports Med.**, Thousand Oaks, n.6, p.358-361, 1978.
19. PETERSON L. et al. Incidence of football injuries and complaints in different age groups and skill-level groups. **Am J Sports Med.**, Thousand Oaks, n.28, p.51-57, 2000.
20. SCHMIDT-OLSEN S. et al. Injuries among young soccer players. **Am J Sports Med.**, Thousand Oaks, n.19, p.273-275, 1991.
21. WALDÉN M, HÄGGLUND M, EKSTRAND J. Injuries in Swedish elite football-a prospective study on injury definitions, risk for injury and injury pattern during 2001. **Scand J Med Sci Sports**, Copenhagen, n.15, p.118-125, 2005.
22. YOON Y S, CHAI M, SHIN DW. Football injuries at asian tournaments. **Am J Sports Med.**, Thousand Oaks, n.32, p.36-42, 2004.
23. INKLAAR H. Soccer injuries I: injuries and severity. **Sports Med.**, n.18, p.55-73, 1994.
24. PUTUKIAN M. Injuries in indoor soccer. The lake placid down to dark soccer tournament. **Am J Sports Med.**, Thousand Oaks, n.24, p.317-322, 1996.
25. CHOMIAK J. et al. Severe injuries in football players. **Am J Sports Med.**, Thousand Oaks, n.28, p.58-68, 2000.
26. DVORAK J, JUNGE A. Football injuries and physical symptoms. A review of the literature. **Am J Sports Med.**, Thousand Oaks, n.28, p.3-9, 2000.
27. NOYES FR, LINDENFELD TN, MARSHALL MT. What determines an athletic injury (definition)? Who determines an injury (occurrence)? **Am J Sports Med.**, Thousand Oaks, n.16, p.65-68, 1988.
28. VAN MECHELEN W, HLOBIL H, KEMPER HCG. Incidence, severity, aetiology and prevention of sports injuries. A review of concepts. **Sports Med.**, New York, n.10, p.88-99, 1992.
29. EKSTRAND J, GILLQUIST J, MOLLER M, O" BERG B, LILJEDAHL SO. Incidence of soccer injuries and their relation to training and team success. **Am J Sports Med.**, Thousand Oaks, n.11, p.63-67, 1983.
30. EKSTRAND J, GILLQUIST J. Soccer injuries and their mechanisms: a prospective study. **Med Sci Sports Exerc.**, Hagerstown, n.15, p.267-270, 1983.
31. EKSTRAND J, GILLQUIST J. The avoidability of soccer injuries. **Int J Sports Med.**, Stuttgart, n.4, p.124-128, 1983.
32. LÜTHJE P. et al: Epidemiology and traumatology of injuries in elite soccer: a prospective study in Finland. **Scand J Med Sci Sports**, Copenhagen, n.6, p.180-185, 1996.

33. EKSTRAND J, GILLQUIST J, LILJEDAHL S-O: Prevention of soccer injuries. Supervision by doctor and physiotherapist. **Am J Sports Med.**, Thousand Oaks, n.11, p.116-120, 1983.

Tabela 1. Incidência e características das lesões.

| | |
|--------------------------------------|------------|
| Número de Jogos | 23 |
| Índice de respostas | 23(100%) |
| Número de horas documentadas | 153,4 |
| Número de Lesões | 32 |
| Lesões por jogo | 1,39 |
| Lesões por 1000 Hs | 208,6 |
| Circunstância | |
| Com contato | 21(65,62%) |
| Sem contato | 11(34,38%) |
| Tempo de Afastamento | |
| 0 dias | 21(65,62%) |
| 1 dia | 5(15,62%) |
| 4 dias | 1(3,13%) |
| >1 semana < 1 mês | 4(12,5%) |
| > 1 mês | 1(3,13%) |
| Lesões com afastamento | 11(34,38%) |
| Lesões por jogo | 0,48 |
| Lesões por 1000 Hs | 71,7 |
| Parte do corpo lesada | |
| Cabeça, face, pescoço | 1(3,13%) |
| Extremidade superior incluindo ombro | 1(3,13%) |
| Tronco | 3(9,37%) |
| Coxa | 9(28,12%) |
| Joelho | 4(12,5%) |
| Perna | 8(25%) |
| Tornozelo | 6(18,75%) |
| Tipo de Lesão | |
| Entorse | 9(28,12%) |
| Contusão | 10(31,25%) |
| Fratura | 1(3,13%) |
| Estiramento muscular | 3(9,37%) |
| Lesão de ligamento com instabilidade | 1(3,13%) |
| Tendinopatias | 4(12,5%) |
| Fadiga Muscular | 2(6,25%) |
| Lombalgia/cervicalgia | 3(9,37%) |
| Outras | 1(3,13%) |

Tabela 2. Tempo de afastamento em lesões sem contato e com contato

| Tempo de Afastamento | Lesões sem contato | Lesão com contato |
|----------------------|--------------------|-------------------|
| | (n= 11) | (n= 21) |
| | n(%) | n(%) |
| Sem afastamento | 6 (55%) | 15(71%) |
| 1-3 dias | 2(18%) | 3(14%) |
| 4-7 dias | 0(0%) | 1(5%) |
| 7-28 dias | 2(18%) | 2(10%) |
| >28 dias | 1(9%) | 0(0%) |