

## TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PUBALGIA EM JOGADORES DE FUTEBOL PROFISSIONAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Newton da Silva Pereira Júnior (1); Danyelle Nóbrega de Farias (2).

1. Universidade Federal da Paraíba. [ft.jr@hotmail.com](mailto:ft.jr@hotmail.com)

2. Universidade Federal da Paraíba. [danynobregadefarias@hotmail.com](mailto:danynobregadefarias@hotmail.com)

**Resumo:** A pubalgia ou osteíte púbica caracteriza-se por uma síndrome inflamatória dolorosa envolvendo ossos do púbis, sínfise e estruturas musculares de etiologia variada. Representa de 4 a 7% de todas as lesões esportivas, sendo que nos jogadores de futebol encontra-se o maior índice de casos (50%). O objetivo deste estudo foi descrever os recursos utilizados no tratamento fisioterapêutico em jogadores de futebol profissional que apresentam sintomas de pubalgia crônica. Foi realizada uma revisão de literatura nos bancos de dados PubMed, Scielo e google acadêmico. Os recursos fisioterapêuticos como a cinesioterapia, eletrotermofototerapia e hidroterapia associados podem contribuir para uma maior eficácia no tratamento da pubalgia crônica nos jogadores de futebol. A atuação da fisioterapia desportiva através de programas preventivos é a melhor estratégia para a realização de uma boa temporada do atleta profissional, uma vez que disfunções como a pubalgia podem ocasionar afastamento do atleta de sua função e prejuízos financeiros ao clube.

Palavras-chave: pubalgia, fisioterapia, futebol, esporte, tratamento.

### Introdução

A pubalgia ou osteíte púbica caracteriza-se por uma síndrome inflamatória dolorosa envolvendo ossos do púbis, sínfise e estruturas musculares de etiologia variada (MOUSSALLE *et al.*, 2007). Normalmente é uma patologia limitante que pode irradiar-se para o púbis, abdômen, face interna da coxa, testículos e até mesmo períneo. Em um estágio mais avançado, tais dores poderão ser sentidas também em abdominais inferiores, causando dificuldade para caminhar, subir escadas, agachar e correr (DUREY, BOIDA, 1989; SOUSA *et al.*, 2005).

No cenário mundial a pubalgia representa de 4 a 7% de todas as lesões esportivas, sendo que nos jogadores de futebol encontra-se o maior índice de casos (50%) (COHEN *et al.*, 1997; RENSTRÖM, 2000; PEREIRA, 2007). Normalmente é uma patologia limitante, irradiando para musculatura adutora de quadril e abdominais, relacionada a esforços repetitivos durante a atividade física rigorosa. Sendo assim, os atletas são retirados de sua função profissional nas diversas modalidades, apresentando desconforto físico e acarretando danos financeiros e desfalque ao elenco do

clube responsável (DUREY; BOIDA, 1989; SOUSA *et al.*, 2005).

O tratamento recomendado para pubalgia inclui o repouso da atividade física, uso de medicamentos anti-inflamatórios e exercícios de alongamentos e fortalecimento (HOLT *et al.*, 1995). A terapêutica nas lesões do púbis pode ser dividida em três fases gerais: A fase aguda ou fase inicial, a fase de reabilitação e fase de retorno ao esporte (BUSQUET, 2001). A hidroterapia tem um importante trabalho durante a fase inicial, pois sem ação da carga da gravidade, o fisioterapeuta pode trabalhar diversas técnicas para atingir os objetivos como a flexibilidade e o fortalecimento muscular (SILVA, 2005).

Portanto, o fisioterapeuta assume papel de importante destaque na equipe multiprofissional para melhor preparação do atleta e prevenção de lesões. Assim, o objetivo deste estudo foi descrever os recursos utilizados no tratamento fisioterapêutico em jogadores de futebol profissional que apresentam sintomas de pubalgia crônica a partir de uma revisão integrativa da literatura.

## **Metodologia**

A metodologia utilizada neste trabalho refere-se a uma revisão de literatura realizada no banco de dados PubMed, Scielo e google acadêmico. As palavras-chave utilizadas

foram: pubalgia, fisioterapia, futebol, esporte, tratamento.

## **Resultados e Discussão**

A pubalgia caracteriza-se por uma síndrome inflamatória dolorosa a nível do púbis com irradiações para os adutores, os abdominais e arcadas crurais (BUSQUET, 2001). A algia aparece durante a prática do esporte e se agrava com movimentos violentos dos quadris ou com contração exacerbada dos músculos. A pubalgia se divide em dois tipos: traumática e crônica (SILVA, 2005).

Trata-se de uma patologia de origem mecânica na maioria das vezes causadas por: déficit de alongamento dos músculos adutores, falta de força muscular em abdominais, aumento da força e encurtamento, principalmente dos retos inferiores ou por uma disparidade de força muscular dos músculos adutores. Todas essas causas irão gerar um desequilíbrio na região pélvica, fazendo com que haja um tracionamento maior de um lado, do que do outro, produzindo movimento anormal dos ossos do púbis, fazendo com que a sínfise púbica passe a apresentar o desnível (SILVA, 2005).

Os estudos mostram que a pubalgia traumática aparece por uma agressão na

sínfise púbica em consequência de uma queda sobre os pés, desde que as forças da recepção no solo possam ser desiguais (na aterrissagem de um atleta quando realiza um salto). Um ramo púbico pode elevar-se mais que o outro, ocasionando um cruzamento do púbis, com o estiramento dos ligamentos também do púbis, associado ou não a um bloqueio do ramo púbico. Em segundo lugar, a perda do apoio em solo, ou em um movimento oposto sobre a extremidade inferior, que causará uma tensão súbita nos adutores. Este estresse pode deteriorar os ligamentos ou as inserções musculares que se realizam no púbis (ORCHARD *et al.*, 2000; BUSQUET, 2001; VERCESI, 2001).

Já a pubalgia crônica apresenta o púbis vítima de um esquema funcional alterado. O púbis não é absolutamente a causa da pubalgia. As cadeias musculares do tronco e as extremidades inferiores são importantes para a análise e identificação da pubalgia crônica. A pelve é imposta a trações musculares em diferentes direções. A articulação move-se e afeta, de cima para baixo, os músculos adutores, muito solicitados nos esportistas e, de baixo para cima os músculos abdominais e oblíquos do abdômen (BUSQUET, 2001; VERCESI, 2001).

A pubalgia crônica é uma lesão de esforço repetitivo causada pelo excesso de uso

no esporte sendo observada em várias modalidades desportivas, mas ocorrendo com maior frequência em jogadores de futebol. Os atletas são submetidos a um grande número de jogos e treinos, não havendo muitas vezes um tempo necessário para o repouso ou para um programa adequado de alongamentos, o que predispõe o seu aparecimento. A falta ou a inadequada execução de alongamento da musculatura adutora da coxa somada ao excesso de exercícios abdominais que esses atletas realizam podem causar desequilíbrio muscular na sínfise púbica e conseqüentemente o surgimento da pubalgia crônica que se manifesta por uma dor na sínfise púbica que pode-se irradiar para a face medial da coxa e nas inserções dos retos abdominais (MELLION, 1997; CANAVAN, 2001).

Existe uma combinação de alterações nomeada trilogia infeliz que consiste nos abdominais fracos, na hiperlordose lombar e adutores fortes, podendo frequentemente caracterizar a pubalgia crônica (BUSQUET, 2001).

Sendo assim, os sintomas da pubalgia diferem de um atleta para outro, mas caracteriza-se por dor em vários níveis distintos da cintura pélvica relacionado com a prática desportiva; dor ao nível da região inguinal e até na coluna lombar. Classicamente se descrevem quatro estágios

evolutivos: Primeiro, a dor aparece depois de um jogo. Segundo, a dor aparece durante o jogo. Terceiro, a dor aparece ao se começar a atividade física e por último, a dor se desencadeia em repouso e os mínimos movimentos (ÁLVAREZ, 2000).

O seu aparecimento é explicado pela enorme intensificação do esforço que é exigido dos esportistas nos jogos e treinos (BUSQUET, 2001). A dor começa de forma moderada. Se for desencadeada por um súbito e violento trauma, ela pode ser intensa desde o início. A dor cessa, após alguns dias de repouso. Quando esta área fica dolorida, o atleta pode sentir a dor se espalhando para a área genital ou para os quadris (GRISOGONO, 1989).

A origem do problema é a solicitação excessiva da musculatura abdominal, necessária para estabilizar o tronco no momento do chute ou drible. Este fato, somado a uma retração (encurtamento) da musculatura posterior da coxa comumente encontrada em jogadores de futebol, origina um processo inflamatório de difícil regeneração que pode levar à cronicidade (TRIBASTONE, 2001; MARQUES, 2008).

O exame físico revela dor à palpação ao longo da borda subcutânea da sínfise púbica. Outros sinais característicos são a dor na flexão completa de qualquer uma das pernas, durante a abdução passiva e a adução

resistida dos quadris. Em alguns pacientes, a dor é discreta na hiperextensão do quadril, mas em outros, seu início é insidioso. No jogador de futebol, estas dores podem levar a alteração funcional ocasionando a diminuição da força muscular, perda de agilidade e redução na potência do chute. (DUREY, BOIDA, 1989; CANAVAN, 2001; DEANGELIS, BUSCONI, 2003).

Além disso, essa patologia tem como característica o tratamento difícil e de tempo prolongado, pois os sintomas não são bem caracterizados, podendo resultar em um atraso do diagnóstico específico, com consequentes prejuízos para o tratamento e evolução atlética dos jogadores de futebol.

Com isso, os autores referem que o tratamento para esta patologia pode ser realizado a partir do tratamento fisioterapêutico, através de técnicas como a osteopatia (terapia manual de equilíbrio osteo-muscular) que promoverá o realinhamento dos ossos do púbis, normalizará os ilíacos, a coluna lombar e a extremidade inferior e através das técnicas de cadeias musculares, cinesioterapia e eletroterapia, promovendo o reequilíbrio muscular, além do alívio da dor (VERCESI, 2001).

O objetivo do tratamento é conseguir recuperar a qualidade de alongamento dos músculos encurtados e reforçar seus tendões e pontos de inserção; e o sucesso do tratamento

está na postura prolongada, pois os músculos em tensão durante alguns minutos de forma constante, entram em fadiga e abandonam sua tensão excessiva, a bainha do músculo a partir desse momento, pode ser alongada e o músculo recupera seu comprimento (BUSQUET, 2001).

De acordo com Busquet (2001), o tratamento para as lesões do púbis podem ser divididas em três fases gerais: a fase aguda ou fase inicial; a fase de reabilitação (treinamento aeróbico, fortalecimento dos grupos musculares e flexibilidade) e a fase de retorno ao esporte (propriocepção específica e dependendo da evolução retorno total).

Primeiramente, durante a fase aguda inicia-se um tratamento conservador baseado em cessar a atividade desportiva. Durante a segunda fase há a implantação de um plano de reabilitação fisiocinesiológica que consiste em: trabalho de fortalecimento muscular de adutores, abdutores, reto abdominal e oblíquo. Essa musculatura é essencial para estabilizar o tronco no chute e nos dribles. Além disso, é necessário o alongamento de isquiotibiais, reto e oblíquo, abdominal e adutores visando uma boa flexibilidade para as arrancadas e os chutes. A massoterapia e ultrassom em abdominais e adutores também são utilizados, bem como a crioterapia. Durante a fase de retorno ao esporte, deve-se priorizar exercícios proprioceptivos voltados para a

função específica do atleta. A medida que a dor diminui e se alcança uma amplitude total do movimento, pode-se adicionar um programa com bicicleta estacionária (BUSQUET, 2001; CANAVAN, 2001; VERCESI, 2001).

A hidroterapia também tem um importante trabalho durante essa fase inicial, pois a água se torna um ambiente ideal para reabilitação de indivíduos que necessitam de uma menor descarga de peso nas articulações ou possuem limitações na terapia em solo (BECKER, COLE, 2000). Este recurso fisioterapêutico, utiliza os efeitos físicos advindos da imersão do corpo em piscina aquecida para auxiliar na reabilitação ou prevenção de alterações funcionais. As propriedades físicas e o aquecimento da água desempenham um papel importante na melhoria e na manutenção da amplitude de movimento das articulações, na redução da tensão muscular e no relaxamento (CAROMANO, CANDELORO, 2001). A diminuição do impacto articular, durante atividades físicas, induzida pela flutuação, causa redução da sensibilidade à dor, diminuição da compressão nas articulações doloridas, maior liberdade de movimento e diminuição do espasmo doloroso. O efeito de flutuação auxilia o movimento das articulações rígidas em amplitudes maiores com um aumento mínimo de dor (RUOTI,

TROUP, BERGER, 1994). Os exercícios de fortalecimento com paciente submerso estão fundamentados nos princípios físicos da hidrostática, que permitem gerar resistência multidimensional constante aos movimentos. Essa resistência aumenta proporcionalmente à medida que a força é exercida contra ela, gerando uma sobrecarga mínima nas articulações (CANDELORO, CAROMANO, 2004). Além disso, a água é capaz de diminuir a dor e o espasmo muscular. Além disso, a força de flutuação (empuxo) alivia o estresse em todas as articulações pela redução da sobrecarga, especialmente nas articulações que realizam a manutenção da postura (CAROMANO, NOWOTNY, 2002).

Tovin *et al.* (1994) afirmam que os exercícios realizados na água favorecem a reabilitação, pois os efeitos proporcionam menor estresse articular, aumento da circulação e facilidade de se movimentar.

Tomando todas as precauções necessárias e realizando tratamento de maneira correta, o atleta retorna suas atividades normais em um período médio de trinta a sessenta dias (GRAVA, 2002).

Contudo, a literatura mostra que a prevenção da pubalgia é o melhor tratamento para a disfunção; esta deve ter como base o estudo de cadeias musculares, passando, em seguida, por treinamento programado e progressivo de todos os fatores

predisponentes, bem como através do gesto esportivo e da biomecânica do movimento (BUSQUET, 2001; MILLER, MAJOR, TOTH, 2003; SILVA, 2005).

A prevenção deve ser realizada através do equilíbrio das cadeias musculares, com musculação abdominal cuidada e os alongamentos dos adutores e dos isquiotibiais em todos os treinos. Pretende-se assim, que o atleta tenha um adequado equilíbrio dinâmico da pelve, que é importante para o bom desenvolvimento do tratamento. Esse equilíbrio não pode ser dado apenas com o tratamento de hipotrofia muscular, e sim com o reequilíbrio proprioceptivo e postural (SILVA, 2005).

Na ausência deste equilíbrio pode acontecer conflito entre abdominais e adutores sendo que o mais forte entre eles, puxa com mais força para a sua direção, ocasionando a aparição da dor que é sentida a nível dos próprios músculos que ficam tensos e dolorosos ou a nível dos tendões e respectivas inserções ósseas (BUSQUET, 2001).

Uma boa flexibilidade dos músculos: adutores, abdutores, quadríceps, isquiotibiais, abdominais, íliopsoas, glúteo máximo, glúteo médio, tensor da fáscia lata, sartório e pectíneo que relacionam-se com o osso púbico, mobilização da articulação sacro-ilíaca, correção de desbalanceamento de força

dos calçados e campos de treinamento adequados são os princípios básicos da prevenção da pubalgia, pois eliminam os fatores predisponentes (AZEVEDO, PIRES, CARNEIRO, 1999; VERDERI, 2005).

Dessa forma, trabalhar com programas preventivos na fisioterapia desportiva é a melhor estratégia para a realização de uma boa temporada do atleta profissional, uma vez que disfunções como a pubalgia podem ocasionar afastamento do atleta de sua função e prejuízos financeiros ao clube.

### Conclusões

Com esse estudo, fica evidente a importância da fisioterapia para jogadores de futebol profissional que apresentam pubalgia crônica. Revela ainda, que a prevenção é a melhor forma de intervenção com os jogadores. Em contrapartida, o Brasil é um país onde a temporada anual é longa e acontece um demasiado número de partidas nas diversas competições, associado ao excesso de treinos, levando a uma maior probabilidade de ocorrência de lesões para o atleta. Sendo assim, o fisioterapeuta desportivo juntamente com a equipe de preparação física do clube, deve traçar uma adequada periodização de treinamentos, visando prevenir lesões no esporte.

### Referências

ÁLVAREZ, J.J.R. Pubialgia: um enfoque multidisciplinar. Santander, maio de 2000. Disponível em: <[www.periodismodeportivo.com.ar/periodismo/2002/catri1ro/26abril/lesiones.htm](http://www.periodismodeportivo.com.ar/periodismo/2002/catri1ro/26abril/lesiones.htm)>. Acesso em: 04 de abril de 2010.

AZEVEDO, D.C.; PIRES, F.O.; CARNEIRO, R.L. A pubalgia no jogador de Futebol. Rev. Bras. Med. Esporte, v.5, n.6, p.233-238, 1999.

BECKER, B.E.; COLE, A.J. Terapia aquática moderna. São Paulo: Manole, 2000.

BUSQUET, L. As cadeias musculares: a pubalgia. São Paulo: Edições Busquet, 2001.

CANAVAN, P.K. Reabilitação em medicina esportiva: um guia abrangente. São Paulo: Manole, 2001.

CANDELORO, J.M.; CAROMANO, F.A. Graduação da resistência ao movimento durante a imersão na água. Rev. Fisioterapia Brasil, v.5, n.1, p.73-76, 2004.

CAROMANO, F.A.; CANDELORO, J.M. Fundamentos da Hidroterapia para Idosos. Arq. Ciências Saúde Unipar, v.5, n.2, p.187-195, 2001.

CAROMANO, F.A.; NOWOTNY, J.P. Princípios físicos que fundamentam a hidroterapia. Fisioterapia Brasil, v.3, p.394-402, 2002.

COHEN, M.; ABDALLA, R.J.; EJNISSMAN, B. *et al.* Lesões ortopédicas no futebol. Revista Brasileira de Ortopedia, v.32, n.12, p.940-944, 1997.

DEANGELIS, N.A.; BUSCONI, B. Assessment and Differential Diagnosis of a painful hip. Clinical Orthopaedics and Related Research, v.406, p.11-18, 2003.

DUREY, A.; BOIDA, A. Medicina do Futebol. São Paulo: Andrei, 1989.

GRAVA, J. Tratamento cirúrgico da pubalgia em jogadores de futebol profissional. 2002. 23 f. Tese para obtenção do título de mestre em medicina – Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 2002.

GRISOGONO, V. Lesões no Esporte. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

HOLT, M.A.; KEENE J. S.; GRAF, B.K. *et al.* Treatment of osteitis pubis in athletes: results of corticosteroid injections. The American Journal of Sports Medicine, v.32, n.5, p.601-606, 1995.

MARQUES, R.M. Ortopedia, Traumatologia e Esportiva. Bauru: FIB, 2008.

MELLION, M.B. Segredos em medicina desportiva. Porto Alegre: Artes médicas, 1997.

MILLER, C.; MAJOR, N.; TOTH, A. Pelvic stress injuries in the athlete: management and prevention. Sports Medicine, v.26, n.1, p.1003-1012, 2003.

MOUSSALLE, M.M.; MOSMANN, A.; MAZZOCHINI, D. *et.al.* Pubalgia no Esporte. In: XV CONGRESSO SUL-BRASILEIRO DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA - SULBRA, 15., Gramado. 2007. Disponível em: <<http://www.ortopediars.com.br/content/eventos-conteudo/sulbra2007/t49460.pdf>>. Acesso em: 27 de março de 2010.

ORCHARD, J.; READ, J.W.; VERRAL, G.M. *et al.* Pathophysiology of chronic groin pain in the athlete. Sports Med. Journal, v.1, p.23-25, 2000.

PEREIRA, R.L. Avaliação da cintura pélvica na pubialgia em atletas de futebol. Dez.2007. 19 f. Trabalho de conclusão de curso (monografia) – Universidade da Amazônia – UNAMA, Belém-Pará, 2007.

RENSTRÖM, P.A. Tendon and muscle injuries in the groin area. Clin. Sports Med., v.11, n.4, p.825-831, 2000.

RUOTI, R.G.; TROUP, J.T.; BERGER, R.A. The effects of nonswimming water exercises on older adults. Phys Ther Journal, v.19, n.3, p.140-145, 1994.

SILVA, T.A.A. Proposta preventiva da pubalgia nos atletas de futebol. Revista Fisiobrasil, n.71, p.14-18, 2005.

SOUSA, J.P.G.; FALLOPA, F.; SIQUEIRA JUNIOR, D. *et al.* Tratamento cirúrgico da pubalgia em jogadores de futebol profissional. Revista Brasileira de Ortopedia, v.40, n.10, p.601-607, 2005.

TOVIN, B.J.; WOLF, S.L.; GREENFIELD, B.H. *et al.* Comparison of the effects of exercise in water and on land on the rehabilitation of patients with intra-articular anterior cruciate ligament reconstructions. Phys Ther Journal, v.74, n.8, p.710-719, 1994.

TRIBASTONE, F. Tratado de Exercícios Corretivos, Aplicados à Reeducação Motora Postural. São Paulo: Manole, 2001.

VERCESI, G. Pubalgia en el futbol. Lecturas: Educación Física y Deportes, n. 41, Outubro de 2001. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd41/pubalg.htm>>. Acesso em: 27 de março de 2010.

VERDERI, E. Programa de educação postural. 2.ed. São Paulo: Phorte, 2005.