

LESÕES DESPORTIVAS NO RÚGBI: Estudo a Partir do Inquérito de Morbidade Referida

Karla Angélica Ferreira Ravazi

Fisioterapeuta – Faculdades Integradas de Três Lagoas (FITL/AEMS)

Roberta Ceila Venâncio

Fisioterapeuta – UNICID; Pós Graduação em Dermatofuncional – Universidade Gama Filho;
Mestre em Fisioterapia – UNICID;
Docente das Faculdades Integradas de Três Lagoas- FITL/AEMS

Mariana de Oliveira Gois

Graduada em Fisioterapia – UNESP; Mestre em Fisioterapia – UNESP;
Doutora em Fisioterapia – UFSCar;
Docente das Faculdades Integradas de Três Lagoas- FITL/AEMS

RESUMO

O rúgbi é um esporte com alta incidência de colisões e contato físico entre os praticantes, deixando-os mais propensos ao desenvolvimento de lesões desportivas (LD). O presente estudo tem como objetivo identificar as LD nos jogadores de Rúgbi. Foram entrevistados 98 atletas, de ambos os gêneros, da categoria adulto. Os dados foram obtidos por meio de Inquérito de Morbidade Referida (IMR), composto por informações como idade, variáveis antropométricas, frequência, tempo de treinamento, modalidade do rúgbi, posicionamento dentro de campo, e informações sobre as LD como local anatômico, mecanismo de lesão, momento da lesão, gravidade de lesão, retorno às atividades normais e presença ou ausência de recidivas. As comparações entre os gêneros foram realizadas por meio de teste *t* de *Student* ou *Mann-Whitney*. A taxa de lesão total foi calculada pela divisão entre o número de lesões e o número total de atletas e a taxa por atleta lesionado foi calculada pela divisão entre o número de lesões e o número de atletas lesionados. O gênero masculino apresentou maior taxa total de lesão (0,94 vs 0,87; masculino vs feminino) e maior taxa de lesão por atleta lesionado (1,50 vs 1,24; masculino vs feminino). Em relação ao local anatômico, verificou-se uma maior incidência de LD no ombro e nos membros inferiores (joelho e tornozelo) e o *tackle* apresentou-se como o mecanismo de lesão mais predominante em ambos os gêneros. Além disso, a maioria das LD foram graves, ocorreram durante as competições, proporcionaram retorno às atividades com sintomas e trouxeram recidivas aos atletas.

PALAVRAS-CHAVE: rúgbi; lesões do esporte; inquéritos de saúde; traumatismo em atletas.

1 INTRODUÇÃO

Os benefícios da prática esportiva sejam por prazer, socialização e melhoria do bem-estar físico e/ou psicológico já estão bem estabelecidos dentro literatura científica (ATALAIA et al., 2009). Entretanto, quando a prática esportiva é direcionada às ações de competição, seja ela profissional ou amadora, a manutenção do estado de saúde pode estar comprometida devido à possibilidade de ocorrência de lesões desportivas (LD) (OLSEN et al., 2005). Fong et al. (2007),

descrevem que ao comparar as atividades desportivas com acidentes domésticos, acidentes de trabalho e no lazer elas são as que mais resultam em lesões, proporcionando dor, afastamento do trabalho, gastos com medicação e alterações nas suas atividades de vida diária (AVDs).

De acordo com Bennell et al. (1996 apud PASTRE et al., 2007, p.2) define LD como: “Qualquer dor ou afecção musculoesquelética resultante de treinamentos e/ou competições desportivas e que foi suficiente para causar alterações no treinamento normal, seja na forma, duração, intensidade ou frequência”. Assim como é descrito por Aguiar et al. (2010) e Pastre et al. (2005), o aumento da carga de exercícios intensos e competitivos provocou um aumento considerável no risco de lesões e que as ocorrências de LD, possivelmente, são resultado de exposição constante a exercícios realizados de maneira inadequada ou extenuante em quaisquer níveis de performance. (PASTRE et al., 2005). Além disso, a ocorrência de LD está diretamente relacionada com o tipo de modalidade atlética praticada e, os esportes coletivos com alto índice de contato físico parecem favorecer o desenvolvimento de LD (FUNK, 2016).

Dentre os esportes coletivos, o rúgbi tem ganhado destaque na ocorrência de LD devido ao alto número de colisões e contato físico entre os praticantes (FUNK, 2016). Segundo o estudo de Akamine et al. (2016), os autores observaram que nos períodos de competição, os atletas que sofrem mais LD são os que participam de esportes que exigem maior contato físico, como os esportes coletivos, e além disso observaram que o rúgbi foi o esporte que mais obteve atletas lesionados (50% dos atletas), seguido do basquete (26,8% dos atletas).

O Rúgbi iniciou-se em 1823 na cidade de *Rugby*, na Inglaterra (FUNK, 2016), chegou ao Brasil em 1891 e atualmente possui cerca de 60 mil praticantes em nosso país (CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA DE *RUGBY*, 2016). Caracteriza-se pelo incentivo ao trabalho em equipe, disciplina, lealdade e respeito à hierarquia, além disso, exige o desenvolvimento de estratégias e treinamento do raciocínio dos atletas que o praticam (FUNK, 2016). É definido em pelo menos dois tipos diferentes: liga de Rúgbi e união de Rúgbi, sendo a união de rúgbi o mais praticado no Brasil, que estreou como esporte Olímpico em 2016 na modalidade *Seven's*.

Dentro da união do Rúgbi, o esporte é jogado em um campo semelhante ao de futebol, com 15 jogadores em cada time no *Rugby Union* ou com 7 jogadores em

cada time no *Seven's* em que o objetivo principal é fazer o maior número de *tries* (ALVES et al., 2008) de duas formas, uma em que a bola deve ser apoiada na linha do *in-goal* adversário (5 pontos) ou chutada por entre dois postes (3 pontos) que delimitam a área de *in-goal* adversária. Os jogadores podem ser definidos em dois grupos: *Fowards* e *Backs*. Os *Fowards*, os defensores, são caracterizados pelo seu porte físico, com massa muscular desenvolvida e maior taxa de gordura e os *Backs*, os atacantes, com menor massa corpórea e capacidade aeróbica bem desenvolvida, sendo mais rápidos e ágeis (ALVES et al., 2008).

Crichton et al. (2012) estudaram 24 jogadores de rúgbi e caracterizaram o ombro como a articulação mais frequentemente lesionada, sendo o *tackle* o responsável por 72% das lesões. O *tackle* pode ser definido como um ato para impedir de qualquer forma que o portador da bola corra, passe-a ou chute-a para outro integrante de seu time (GISSANE et al., 2002). Um percentual entre 46,3 e 91,0% das lesões tem mostrado ocorrer durante os *tackles* (ALVES et al., 2008) o que pode ser explicado pela alta média de colisões (41) sofridas ao longo de uma partida (GISSANE et al., 2004).

Gabbett (2000) estudou as LD no rúgbi durante três temporadas consecutivas e observou 941 lesões ocorridas em 25% dos casos na região de cabeça e pescoço, principalmente na segunda metade dos jogos, e sugere que a fadiga ou o microtrauma acumulado, ou ambos, podem contribuir para o desenvolvimento de LD neste esporte. As demandas fisiológicas do jogo de rúgbi são complexas, o que requer dos jogadores maior agilidade, velocidade, força e potência muscular e potência aeróbia máxima (ALVES et al., 2008) que são desenvolvidas em episódios alternados de corrida, passagem e corrida de alta, moderada e/ou baixa intensidade (GABBET, 2003) associados à frequente e intenso contato corporal, expondo de forma eminente os jogadores a um grande número de lesões (ALVES et al., 2008). Apesar do grande contato físico, nenhum equipamento de proteção é obrigatório (JOUNGE et al., 2004).

Apesar de alguns estudos já trazerem informações sobre lesões no Rúgbi, informações sobre as LD no rúgbi brasileiro amador ainda são escassas. Desta forma, investigar informações sobre LD bem como fatores relacionados ao seu desenvolvimento parece adequado a fim de auxiliar possíveis futuras técnicas de prevenção para as mesmas.

2 OBJETIVOS

Os objetivos deste trabalho são identificar (i) a taxa de lesão total da população estudada; (ii) a taxa de lesão por atleta lesionado; (iii) o local anatômico mais predominante nas LD; (iv) o mecanismo de lesão mais predominante nas LD; (v) o momento da lesão mais predominante nas LD; (vi) a gravidade da lesão mais predominante nas LD; (vii) como foi o retorno às atividades mais predominante nas LD e (viii) a presença ou não de recidivas após as LD nos jogadores de rúgbi dos seguintes Campeonatos: Taça Pantanal de *Rugby Union*; Centro Oeste de *Rugby Seven's* PEQUI 2017 e V Taça Três Lagoas de *Rugby Seven's* a partir de inquérito de morbidade referida (IMR).

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 População de Estudo

O presente estudo foi realizado com times participantes de 3 torneios da região centro-oeste (Taça Pantanal de *Rugby Union*; Centro Oeste de *Rugby Seven's* PEQUI 2017 e V Taça Três Lagoas de *Rugby Seven's*), nas modalidades *rugby union* e *seven's*. Foram entrevistados 6 times, nos gêneros masculino e feminino, categoria adulto, entre os períodos de Abril e Agosto de 2017 nas cidades de Cuiabá (MT), Primavera do Leste (MT), Goiânia (GO) e Três Lagoas (MS).

A presente pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética e Pesquisa por meio da Plataforma Brasil, do Ministério da Saúde.

3.2 Inquérito de Morbidade Referida (IMR)

A coleta de dados foi obtida a partir de IMR descrito Hoshi et al. (2008) e adaptado para o rúgbi (ANEXO 1). No IMR, buscaram-se informações específicas sobre o jogador como idade, variáveis antropométricas, frequência e tempo de treinamento, modalidade do rúgbi e posicionamento dentro de campo e, informações e características sobre as LD como local anatômico, mecanismo de lesão, momento da lesão, gravidade de lesão, retorno às atividades normais e presença ou ausência de recidivas.

Para melhor entendimento e/ou confirmação do local anatômico da LD foi utilizado uma figura ilustrativa do corpo humano a fim de evitar possíveis equívocos em relação a essa variável (ANEXO 1). Foram considerados como locais anatômicos

a região da cabeça, coluna cervical, tórax, ombro, braço, cotovelo, antebraço, punho, mãos, coluna lombar, cintura pélvica, coxa anterior, coxa posterior, joelho, perna, panturrilha, tornozelo e pé.

Em relação ao mecanismo de lesão, o mesmo foi caracterizado como contato direto (*tackleador*, *tackleado*, *line out*, *scrum*, colisão, *maul*, *ruck*) ou sem contato enquanto que a variável momento de lesão foi relacionada como treinamento ou competição. A gravidade da lesão foi dividida em: leve (1 a 7 dias), moderada (8 a 21 dias) e grave (> 21 dias) e a variável retorno das atividades normais foi classificada como assintomática, sintomática e não retorno. E por fim, a variável recidivas foi caracterizada como presente ou ausente.

3.3 Procedimento para Coleta e Análise dos Dados

O processo de entrevista foi todo conduzido pela pesquisadora, incluindo a abordagem prévia e anotações no IMR. Foi realizado um pedido de autorização para aplicação dos IMR aos respectivos técnicos dos times por meio de conversa antecipada (via redes sociais). Inicialmente à aplicação do IMR, a pesquisadora realizou esclarecimentos sobre os objetivos do estudo bem como sobre os aspectos éticos da pesquisa. Os atletas foram abordados sempre após o término dos jogos. Todas as informações contidas no IMR foram colhidas e em relação à descrição da LD, as informações foram interpretadas para melhor preenchimento do mesmo.

Posteriormente, as fichas de coleta de dados foram numeradas e separadas em atletas com LD e sem LD para facilitar o registro das informações em planilha computacional *Excel*, para organização dos dados e análise estatística.

3.4 Análise Estatística

A comparação entre idade, variáveis antropométricas, tempo de treinamento, frequência semanal e horas de treino por semana entre os gêneros masculino e feminino foi realizada por meio de teste *t* de *Student* (variáveis com distribuição normal) ou *Mann-Whitney* (variáveis sem distribuição normal). O teste exato de *Fisher* foi utilizado para checar as diferenças entre as proporções entre as modalidades, posicionamentos e subclasses de posicionamento entre os gêneros masculino e feminino.

As taxas de lesão total foram calculadas pela divisão entre o número de lesões e o número total de atletas e a taxa por atleta lesionado foi calculada pela

divisão entre o número de lesões e o número de atletas lesionados. As frequências absoluta e relativa das características das LD foram identificadas.

Tabela 1. Medidas descritivas das variáveis antropométricas, de treinamento e distribuição absoluta e relativa das modalidades, posicionamento e subclasses segundo gênero.

| | Total (n= 98) | Masculino (n= 51) | Feminino (n= 47) |
|-----------------------------------|------------------|----------------------|---------------------|
| Características | | | |
| Idade (anos) | 25±5 | 26±5 | 23±4 * |
| Estatura (m) | 1,65±1,09 | 1,76±0,09 | 1,65±0,06 * |
| Massa corpórea (kg) | 78±21 | 90±22 | 65±8 * |
| IMC (Kg/m ²) | 26±5 | 28±5 | 24±3 * |
| Tempo de treinamento (meses) | 36±35 | 50±43 | 21±13 * |
| Frequência semanal (dias) | 2,4±0,8 | 2,5±0,9 | 2,3±0,5 |
| Horas de treino por semana | 5±1 | 5±2 | 4±1 |
| Modalidade | | | |
| <i>Union</i> | 31 | 31 (100%) | 0 (0%) * |
| <i>Seven's</i> | 67 | 20 (29%) | 47 (71%) * |
| Posicionamento e subclasse | | | |
| <i>Foward</i> | 47 | 29 (61%) | 18 (39%) |
| <i>Back</i> | 51 | 22 (43%) | 29 (57%) |
| Subclasse <i>Foward</i> | | | |
| <i>Hooker</i> | 12 | 7 (58%) | 5 (42%) |
| <i>Pilar</i> | 16 | 6 (37%) | 11 (63%) |
| <i>Segunda linha</i> | 8 | 8 (100%) | 0 (0%) * |
| <i>Asa</i> | 7 | 7 (%) | 0 (0%) * |
| <i>Oitavo</i> | 2 | 2 (100%) | 0 (%) * |
| Subclasse <i>Back</i> | | | |
| <i>Médio Scrum</i> | 15 | 5 (33%) | 10 (67%) |
| <i>Abertura</i> | 15 | 7 (46%) | 8 (54%) |
| <i>Ponta</i> | 15 | 5 (33%) | 10 (67%) |

IMC: índice de massa corpórea. Os valores estão descritos em média e desvio-padrão, número de sujeitos e/ou percentual. * indica p<0,05 em relação ao grupo masculino.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela 1 descreve as características descritivas dos atletas estudados em relação à idade, variáveis antropométricas, tempo de treinamento, modalidade praticada dentro do rúgbi e posicionamento tático no esporte. Para o gênero feminino, observou-se menor média de idade, estatura, massa corpórea, IMC e tempo de treinamento em relação ao gênero masculino.

A tabela 2 descreve as taxas de lesão na população estudada. Dos 98 atletas entrevistados, 65 relataram algum tipo de LD sofrida nos últimos 12 meses. Desta forma, observou-se que o gênero masculino apresentou maior taxa de lesão total e maior taxa de lesão por atleta lesionado em relação ao gênero feminino. Junge et al. (2004) avaliaram a taxa de lesão no Rúgbi e no Futebol e observaram maior taxa de lesão por atleta lesionado no Rúgbi (2,8) em comparação ao futebol (1,8), nesse mesmo estudo observaram que os jogadores de futebol participaram de uma maior quantidade de jogos e conseqüentemente maior tempo de exposição comparado aos jogadores de rúgbi, apesar da menor exposição ao contato o rúgbi apresentou uma maior taxa de LD. Fuller et al. (2007) apresentaram um estudo com 645 jogadores , destes foram observadas 760 lesões ,das quais 497 lesões resultaram de eventos de contato, como o *tackle* o responsável pelo maior numero de LD .O contato direto e a colisão no rúgbi provém das características do esporte, mesmo sendo um contato que venha causar uma LD, o mesmo não é considerado como uma penalidade, ao menos que seja provida de jogo sujo. Dentro das leis do rúgbi o jogo sujo se caracteriza como uma ação que põe em perigo a segurança e/ou integridade do jogador em campo tornando-se uma falta de jogo grave (*World Rugby*, 2017).

Tabela 2. Taxa de lesão total e taxa de lesão por atleta lesionado segundo o gênero.

| | Total (n= 98) | Masculino (n= 51) | Feminino (n= 47) |
|------------------------------------|------------------|----------------------|---------------------|
| Número de atletas avaliados | 98 | 51 | 47 |
| Número de atletas lesionados | 65 | 32 | 33 |
| Taxa de lesão total | 0,90 | 0,94 | 0,87 |
| Taxa de lesão por atleta lesionado | 1,36 | 1,50 | 1,24 |

A tabela 3 descreve a distribuição absoluta e relativa das características das LD. De forma geral o ombro, joelho e tornozelo correspondem aos locais anatômicos mais acometidos. Vale ressaltar que o ombro foi o local anatômico mais presente no gênero masculino (93%) em relação ao feminino (7%), enquanto que o joelho e o tornozelo tiveram uma distribuição mais similar em relação à ambos os gêneros.

Os achados de Crichton et al. (2012) corroboram com o da presente pesquisa já que os autores também observaram que o ombro foi o local anatômico mais frequentemente lesado na mobilidade união de rúgbi. Acredita-se que se, na

modalidade união de rúgbi o ombro é o local anatômico mais acometido devido à quantidade de jogadores em campo, o que reduz os espaços para o ataque e causa para a defesa um maior número de colisões e *tackles*. Além do ombro, o joelho e tornozelo foram os locais anatômicos mais acometidos. Segundo Finch et al. (2015), que avaliaram as LD de atletas do sexo masculinos de Futebol Australiano (FA), 50% das LD ocorreram nos membros inferiores, sendo o joelho o local anatômico mais frequentemente lesado, o que se assemelha do presente estudo.

Para ambos os gêneros, o mecanismo de lesão mais presente foi o tackleado, ou seja, no recebimento do *tackle*. Crichton et al. (2012) observaram que o *tackle* foi responsável por 49-72% das lesões, o que corrobora com os achados do presente estudo. O *tackle* é usado pela equipe defensora para impedir o avanço da equipe atacante e ocorre quando o portador da bola é agarrado por um ou mais oponentes e levado ao solo (*World Rugby*, 2017). Acredita-se que o *tackle* seja o principal mecanismo de lesão no Rúgbi, não só pela frequência que ele ocorre mas também pela ações de contato físico, colisões e quedas que ele promove.

Em relação ao momento e gravidade das LD, a maioria das LD foram graves e ocorreram durante as competições (56%) A maioria dos atletas referiu ter retornado às atividades com sintomas (61%) e ter apresentado recidivas (57%). O maior desenvolvimento da LD durante as competições pode ser explicado por Pastre et al (2007) que justifica que durante as competições há grande necessidade de *performance* e os níveis de estresse físico e mental são maiores e evidentes em comparação aos treinamentos.

Ainda em relação ao momento da lesão, Bathgate et al. (2002) acompanharam a equipe Australiana de Rúgbi e registraram por seis temporadas um total de 143 lesões, em que 126 ocorreram em competições, reforçando os achados da presente pesquisa. Apesar do alto índice de LD, a gravidade das lesões encontrada por Bathgate et al. (2002) foi leve com afastamento do atleta de suas atividades por uma semana ou menos.

Foi observada neste estudo uma maior quantidade de LD graves no gênero masculino (afastamento de 21 dias ou mais de suas atividades) em comparação ao gênero feminino, que apresentou maior quantidade de LD leves (afastamento de 1 a 7 dias). Uma possível explicação para tal achado seria pelo fato de as atletas serem praticantes da modalidade *Seven's*, que se caracteriza por ser mais veloz e com

menor contato físico quando comparado à modalidade *Rugby Union*, dos atletas do gênero masculino.

Tabela 3. Distribuição de frequência absoluta e relativa (%) das características das lesões desportivas.

| | Total de lesões (n=89) | Masculino (n=48) | Feminino (n=41) |
|------------------------------|---------------------------|---------------------|--------------------|
| Local anatômico | | | |
| Ombro | 13 (14,6%) | 12 (25%) | 1 (2,4%) |
| Cotovelo | 2 (2,2%) | 0 (0%) | 2 (4,8%) |
| Antebraço | 2 (2,2%) | 1 (2%) | 1 (2,4%) |
| Punho | 3 (3,3%) | 1(2%) | 2 (4,8%) |
| Mão | 4 (4,4%) | 1 (2%) | 3 (7,3%) |
| Coxa anterior | 3 (3,3%) | 3 (6,2%) | 0 (0%) |
| Coxa posterior | 5 (5,6%) | 2 (4,1%) | 3 (7,3%) |
| Joelho | 17 (19,1%) | 9 (18,7%) | 8 (19,5%) |
| Perna | 2 (2,2%) | 1 (2%) | 1 (2,4%) |
| Panturrilha | 7 (7,8%) | 2 (4,1%) | 5 (12,2%) |
| Tornozelo | 15 (16,8%) | 9 (18,7%) | 6 (14,6%) |
| Pé | 1 (1,12%) | 0 (0%) | 1 (2,4%) |
| Tórax | 3 (3,3%) | 1 (2%) | 2 (4,8%) |
| Cabeça | 7 (7,8%) | 4 (8,3%) | 3 (7,3%) |
| Cervical | 1 (1,1%) | 0 (0%) | 1 (2,4%) |
| Outro | 4 (4,4%) | 2 (4,1%) | 2 (4,8%) |
| Mecanismo de lesão | | | |
| Tackleador | 14 (15,7%) | 9 (18,7%) | 5 (12,2%) |
| Tackleado | 38 (42,7%) | 15 (31,2%) | 23 (56,1%) |
| Scrum | 5 (5,6%) | 2 (4,1%) | 3 (7,3%) |
| Colisão | 10 (11,2%) | 6 (12,5%) | 4 (9,7%) |
| Ruck | 5 (5,6%) | 4 (8,3%) | 1 (2,4%) |
| Outros | 1 (1,1%) | 0 (0%) | 1 (2,4%) |
| Sem Contato | 16 (17,8%) | 12 (25%) | 4 (9,7%) |
| Momento da lesão | | | |
| Treinamento | 39 (43,8%) | 21 (43,7%) | 18 (43,9%) |
| Competição | 50 (56,1%) | 27 (56,3%) | 23 (56,1%) |
| Gravidade da lesão | | | |
| Leve | 35 (39,3%) | 17 (35,4%) | 18 (43,9%) |
| Moderada | 16 (17,9%) | 7 (14,5%) | 10 (24,3%) |
| Grave | 37 (41,5%) | 24 (50%) | 13 (31,7%) |
| Retorno às atividades | | | |
| Assintomático | 23 (25,8%) | 15 (31,2%) | 8 (19,5%) |
| Sintomático | 55 (61,8%) | 31 (64,5%) | 24 (58,4%) |
| Não retomou | 5 (5,6%) | 2 (4,1%) | 3 (7,3%) |
| Recidivas | | | |
| Não | 37 (41,5%) | 21 (43,7%) | 16 (39%) |
| Sim | 51 (57,3%) | 27 (56,2%) | 24 (58,5%) |

O retorno às atividades normais de forma sintomática e a presença de recidivas foram presentes em ambos os gêneros. Esses achados nos levam a um

questionamento sobre como essas LD sofram tratadas já que o retorno às atividades com sintomas não é a melhor a opção mais adequada dentro do cenário da prática clínica fisioterapêutica. Desta forma, ressaltamos a importância da fisioterapia dentro do âmbito esportivo sobre nos esportes amadores que ainda são muito carentes em relação a essa prática.

5 CONCLUSÕES

A partir da análise dos dados coletados conclui-se que o gênero masculino apresenta maior taxa de lesão em comparação ao gênero feminino. Em relação às características gerais das lesões desportivas estudadas, os locais anatômicos mais acometidos são ombro, para o gênero masculino, e membros inferiores (joelho e tornozelo) para ambos os gêneros. Além disso, o *tackle* é o mecanismo de lesão mais predominante, e as lesões caracterizam-se por serem graves, por ocorrerem durante as competições e por proporcionarem retorno às atividades com sintomas, além de trazerem recidivas aos atletas.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, P.R.; BASTOS, F.; NETTO JUNIOR, J. et al. Lesões Desportivas na Natação. Revista Brasileira de Medicina do Esporte, Presidente Prudente, São Paulo, v. 16. n. 4, jul/ago. 2010.

AKAMINE, M.; PASSOS, P.; PIZZO, G. C. et al. Estresse e lesões em atletas de esportes coletivos. UNIPAR. Arq. Cienc. Saúde Umuarama, v. 20, p. 25-31, jan/abril. 2016.

ALVES, M.; SOARES, P.; LIEBANO, R. Incidência de lesões na prática do rúgbi amador no Brasil. FISIOTERAPIA E PESQUISA, São Paulo, v. 15, p. 131-5, n. 2, abr./jun. 2008.

ATALAIA, T.; PEDRO, R.; SANTOS, C. Definição de Lesão Desportiva – Uma Revisão da Literatura. Revista Portuguesa De Fisioterapia Desportiva, São Domingos de Rana, v. 3, n. 2, p.14, julho. 2009.

BATHGATE, A.; BEST, J.; CRAIG, G. et al. A prospective study of injuries to elite Australian rugby union players. Br J Sports Med, v. 36, p. 265–269, oct. 2002.

BENNELL, K.; CROSSLEY, K. Musculoskeletal injuries in track and field: incidence, distribution and risk factors. *Australian Journal of Science and Medicine in Sport*, v. 28, p. 69-75, april. 1996.

CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA DE RUGBY. História do Rugby. Disponível em <<https://ww2.brasilrugby.com.br/pages/sobre-nos>>. Acesso em: 24 de Abril de 2017.

CRICHTON, J; JONES, D; FUNK, L. Mechanisms of traumatic shoulder injury in elite rugby players. *Br J Sports Med*, v. 46, p. 538-542, april. 2012.

Finch, C; Twomey, D; Fortington, L. Preventing Australian football injuries with a targeted neuromuscular control exercise programme: comparative injury rates from a training intervention delivered in a clustered randomised controlled trial. *Inj Prev*, v. 22, p. 123-128, sept. 2015.

FONG, D.; HONG, Y.; CHAN, L. A Systematic Review on Ankle Injury and Ankle Sprain. *Br J Sports Med*, v. 37, p. 73-94, april. 2007.

FULLER, C; BROOKS, J; CANCEA, R. et al. Contact events in rugby union and their propensity to cause injury. *Br J Sports Med*, v. 41, p. 862–867, april/may. 2007.

FUNK, L. Treatment of glenohumeral instability in rugby players. *KneeSurg Sports Traumatol Arthrosc*, v. 24, p. 430–439, dec/january. 2016.

GABBETT, T. Incidence of injury in semi-professional rugby league players. *Br J Sports Med*, v. 37, p. 36-44, april. 2003.

GABBETT, T. Incidence, site, and nature of injuries in amateur rugby league over three consecutive seasons - *Br J Sports Med*, v. 34, p. 98–103, dec. 2000.

GISSANE C.; JENNINGS D.; KERR K. A pooled data analysis of injury incidence in rugby league football. *Br J Sports Med*, v. 32, p. 211-6. march. 2002.

GISSANE C.; WHITE J.; KERR K. et al. Physical collisions in professional super league rugby: the demands on different player positions. *Cleve Med J*, v. 4, p. 137-46. march. 2001.

HOSHI, R.; PASTRE, C.; VANDERLEI, L. et al. Lesões Desportivas na Ginástica Artística: estudo a partir de morbidade referida. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, Presidente Prudente, São Paulo, v. 14, n. 5, set/out. 2008.

JUNGE, A; CHEUNG, K; EDWARDS, T. et al. Injuries in youth amateur soccer and rugby players—comparison of incidence and characteristics. *Br J Sports Med*, v. 38, p. 168 –172, march. 2004.

OLSEN, O; MYKLEBUST, G; ENGBRETSSEN L. et al. Exercises to prevent lower limb injuries in youth sports: cluster randomised controlled trial . Br J Sports Med, v. 10, p. 1-7, february. 2005.

PASTRE, C; FILHO CARVALHO, G; MONTEIRO, H. et al. Lesões Desportivas na Elite do Atletismo Brasileiro: estudo a partir de morbidade referida. Revista Brasileira de Medicina do Esporte, Presidente Prudente, São Paulo, v.11, n.1, jan/fev. 2005.

PASTRE, C; FILHO CARVALHO, G; MONTEIRO, H. et al. Exploração de fatores de risco para lesões no atletismo de alta performance. Revista Brasileira de Medicina do Esporte, Presidente Prudente, São Paulo, v.13, n.3, mai/jun. 2007.

WORLD RÚGBY. Leis do Jogo Rugby Union. Disponível em <<https://laws.worldrugby.org>>. Acesso em: 25 de Setembro de 2017.

ANEXO 1 – Inquérito de Morbidade Referida adaptado para o Rúgbi.

Identificação:

Idade:

Estatura:

Massa corpórea:

IMC:

Tempo de Treinamento:

Frequência semanal:

Horas de treino por semana:

Modalidade: () Union () Seven's

Posicionamento () 1 – Foward () 2 – Back/três quartos

Subclasse do Foward: () Hooker () Pilar () Segunda linha ()

Asa () Oitavo.

Subclasse Back: () Médio Scrum () Abertura () Ponta ()

Centro () Full Back.

Nesta temporada, você parou ou modificou seu treino em algum momento por lesão sofrida na prática desportiva:

() Sim () Não

Se a última resposta foi **SIM**

No quadro abaixo, escreva sobre as informações da lesão (local anatômico, mecanismo, momento, gravidade, retorno às atividades normais e recidivas), com a respectiva identificação numérica, presente no segundo quadro.

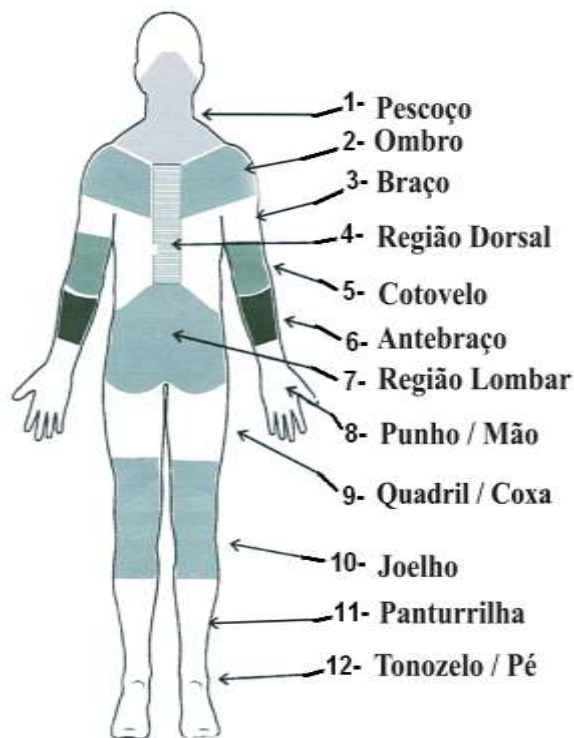
Características das Lesões

| Informações | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| A - Local Anatômico | | | | | |
| B - Mecanismo de Lesão | | | | | |
| C - Momento da Lesão | | | | | |
| D - Gravidade da Lesão | | | | | |
| E – Retorno às atividades normais | | | | | |
| F – Recidivas | | | | | |

Codificação das Variáveis

| A - Local Anatômico | B - Mecanismo de Lesão | C - Momento da Lesão |
|----------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| 1- Ombro | 1 - Contato Direto | 1 – Treinamento |
| 2 - Braço | a) Tackleador | 2 – Competição |
| 3 - Cotovelo | b) Tackleado | |
| 4 - Antebraço | c) Line out | D - Gravidade da Lesão |
| 5 - Punho | d) Scrum | 1 - Leve (1 a 7 dias) |
| 6 – Mão | e) Colisão | 2 - Moderada (8 a 21 dias) |
| 7 - Coxa Anterior | f) Maul | 3 - Grave (> 21 dias) |
| 8 - Coxa Posterior | g) Ruck | |
| 9 - Joelho | h) Outros | |
| 10 – Perna | 2 - Sem Contato | E - Retorno às atividades |

| | | normais |
|----------------------|--|---------------------|
| 11 – Panturrilha | | 1 – Assintomático |
| 12 – Tornozelo | | 2 – Sintomático |
| 13 – Pé | | 3 - Não Retornou |
| 14 – Tórax | | |
| 15 – Abdômen | | F – Recidiva |
| 16 – Cabeça | | 1 – Não |
| 17 - Coluna Cervical | | 2 – Sim |
| 18 - Coluna Lombar | | |
| 19 - Cintura Pélvica | | |
| 20 – Outro | | |



Facilitação da identificação do local anatômico exato acometido pela lesão.