PROTOCOLO DE RECOMENDAÇÕES MÉDICAS COMPETIÇÕES CONMEBOL

AGOSTO 2026

CONFEDERAÇÃO SUL-AMERICANA DE FUTEBOL

D: Autopista Silvio Pettirossi y Avenida Sudamericana – Luque, Paraguay
T: +595 (21) 517 2000
E: www.conmebol.com

É proibida a reprodução total ou parcial deste manual sem a autorização expressa da Confederação Sul-Americana de Futebol.

CONTEÚDO

1. INTRODUÇAO.....4

2. ESCOPO DO PROTOCOLO.....4

3. DISPOSIÇÕES MÉDICAS.....5-7

4. AVALIAÇÕES MÉDICAS PRÉ-COMPETIÇÃO.....7

5. PARADA CARDIORESPIRATORIA.....8-11

6. PROTOCOLO DE CONCUSSÃO CEREBRAL.....12-15

7. PAUSA DE REFRESCO.....16-17

8. MANEJO DE LESÕES GRAVES.....17-22

1. INTRODUÇÃO

O Protocolo de Recomendações Médicas da CONMEBOL adapta-se à nova realidade médica, tendo como base as experiências vividas entre 2021 e 2025, assim como os estudos internacionais da Organização Mundial da Saúde. Com isso, este protocolo atualizado entra em vigor em todas as competições da Confederação Sul-Americana de Futebol.

As atualizações deste protocolo foram elaboradas com o apoio de:

- Dr. Osvaldo Pangrazio (PAR), presidente da Comissão Médica da CONMEBOL
- Dr. Francisco Forriol (ESP), responsável científico da CONMEBOL
- Alicia Velazquez (PAR), coordenadora operativa da comissão médica CONMEBOL
- Jesús Morínigo (PAR), analista operativo da comissão médica CONMEBOL
- Dr. Jorge Pagura (BRA), comité médico CONMEBOL
- Dr. Ricardo Stein (BRA), comité médico CONMEBOL
- Dr. Mario Fritsch (BRA), comité médico CONMEBOL
- Dr. Fernando Yáñez (CHI), comité médico CONMEBOL
- Dr. André Pedrinelli (BRA), oficial médico da CONMEBOL
- Dr. Matias Roby (ARG), oficial médico da CONMEBOL
- Dr. Fabio Krebs (BRA), oficial médico da CONMEBOL
- Dr. Daniel Stumbo (ARG), oficial médico da CONMEBOL

2. ESCOPO DO PROTOCOLO

Este protocolo é de uso exclusivo para competições organizadas e desenvolvidas pela Confederação Sul-Americana de Futebol. Ele se aplica a todas as delegações participantes.

Em todas as competições da CONMEBOL são reconhecidas em primeiro lugar as Disposições Legais emitidas pelas autoridades locais.

No caso de adaptações específicas devido às características das competições e às disposições legais dos países anfitriões, poderá haver disposições, recomendações e diretrizes médicas específicas que serão comunicadas oportunamente.

3. DISPOSIÇÕES MÉDICAS

Para as competições organizadas pela Confederação Sul-Americana de Futebol (CONMEBOL), é obrigatório o cumprimento dos protocolos, disposições e recomendações médicas comunicadas oficialmente pela CONMEBOL.

Em caso de discrepância com as solicitações do país local, como ocorreu com as normativas frente à COVID-19, sempre prevalecerá a legislação do país, razão pela qual recomendamos verificar as atualizações na documentação exigida por esse país.

Nas competições de futebol, futsal e futebol de praia, podem ocorrer diversas lesões, a maioria delas leves, conhecidas e previsíveis. No entanto, os médicos oficiais devem estar preparados para qualquer contingência. No contexto dos eventos cardiovasculares agudos, a capacitação e o preparo da equipe assistencial são cruciais para o manejo eficaz da Parada Cardiorrespiratória (PCR). A PCR, apesar de sua baixa incidência em subgrupos populacionais específicos, constitui o evento precursor da morte súbita, um desfecho clínico que impõe elevada morbimortalidade e gera complexas repercussões, abrangendo tanto as instituições e o ecossistema esportivo quanto a sociedade em geral.

As equipes médicas devem sempre considerar os fatores que afetam a saúde dos atletas.

Continuamos a insistir na necessidade e obrigatoriedade de realizar as avaliações pré-competição de forma consciente e profissional. Isso é fundamental para a saúde do futebol, futsal e futebol de praia, pois é necessário conhecer as condições físicas e fisiológicas dos jogadores.

O médico de equipe deve prevenir, sempre que possível, qualquer tipo de lesão ou patologia. Para isso, são essenciais as avaliações pré-competição, o conhecimento das condições individuais dos jogadores sob sua responsabilidade e a realização de um controle periódico deles.

Nunca se deve arriscar quando houver dúvidas ou condições pouco claras. É recomendável buscar centros de referência e consultar especialistas.

Com este guia, não buscamos fazer um compêndio de medicina esportiva, mas sim lembrar das causas mais frequentes que podemos encontrar em uma partida de futebol e incentivar o estudo e o conhecimento de suas causas.

Passamos por anos difíceis devido à pandemia de COVID-19 e, embora queiramos esquecer, devemos manter o alerta e estar sempre vigilantes.

Nunca é demais ressaltar que a PCR em atletas, que frequentemente culminará em morte súbita, constitui um evento de extrema gravidade, notadamente por acometer indivíduos aparentemente saudáveis e com alto condicionamento físico. A mitigação deste risco exige uma abordagem sistemática que englobe a prevenção e a resposta imediata. A prevenção é fundamentada na implementação rigorosa de protocolos de rastreamento, como a avaliação pré-competição. Por sua vez, a resolução da emergência demanda ações rápidas, coordenadas e organizadas, alinhadas à cadeia de sobrevivência. A intervenção no primeiro minuto é crítica e depende da aplicação imediata de manobras de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) e do uso precoce do Desfibrilador Externo Automático (DEA). Para garantir a eficácia da resposta, é imperativo que a liderança das manobras seja definida a priori. Este Plano de Ação de Emergência e a designação de funções devem ser estabelecidos em uma reunião de coordenação e formalmente confirmados no período que antecede o início da competição."

A concussão é outro ponto que tem recebido muita atenção no futebol internacional. Agir corretamente pode evitar problemas no futuro. A CONMEBOL tem seu próprio protocolo de ação. Conhecê-lo, incluí-lo em cada clube de futebol e divulgá-lo pode ser de grande ajuda em todos os níveis do futebol.

A hidratação é outra diretriz reconhecida por todas as associações internacionais de futebol. Há lugares e épocas do ano que exigem medições mais cuidadosas e exigentes de temperatura e umidade.

Por fim, gostaríamos de revisar as lesões musculoesqueléticas mais comuns, mas é preciso estar preparado para qualquer incidente. Há lesões que se repetem com mais frequência e algumas exigem maior dedicação para estudar como evitá-las e tratá-las com o menor impacto na carreira profissional do jogador de futebol.

A medicina é essencial na prática do futebol, o médico pode ser o principal conselheiro de uma equipe e a melhor ajuda para um jogador. Unificar critérios e oferecer os tratamentos mais avançados, respaldados pelas evidências científicas, é a melhor garantia para o desenvolvimento de competições de futebol de sucesso.

3.2 CARTA DE VACINAÇÃO

Antes de cada viagem, as Equipes serão responsáveis por verificar os requisitos e o cumprimento de todos os protocolos médicos e imigratórios das autoridades sanitárias do país local para entrada e permanência no mesmo.

4. AVALIAÇÕES MÉDICAS PRÉ-COMPETIÇÃO

Cada Médico da Equipe é responsável por realizar os exames que considerar necessários para a detecção precoce de qualquer doença ou condição que impeça a prática esportiva de alto rendimento ou exija tratamento. Os exames devem ser realizados antes da inscrição dos jogadores na lista de boa-fé.

A Comissão Médica da CONMEBOL recomenda a utilização de avaliações médicas pré-competição conforme estabelecido em:

https://www.conmebol.com/es/comision-medica/docsinfo/evaluacion-precompetencia

As avaliações serão realizadas anualmente ou em casos específicos quando julgado adequado pelo médico de cada equipe. Jogadores com patologias crônicas devem ser avaliados periodicamente ao longo da temporada.

A comissão médica da CONMEBOL reserva-se o direito de solicitar exames e/ou relatórios médicos das equipes e clubes participantes das competições organizadas pela CONMEBOL.

5. PARADA CARDIORRESPIRATORIA

Todas as medidas de cuidado antes e durante as viagens, bem como durante a estadia nos países-sede do evento (traslados, hotéis etc.), são de exclusiva responsabilidade de cada delegação e supervisionadas pelo médico da delegação.

Cada médico da equipe deve ter um DEA como parte do kit de emergências médicas, verificar seu funcionamento periodicamente e antes de qualquer evento esportivo, além de mantê-lo sempre disponível durante a competição.

Cada médico que acompanhe uma delegação deve ser competente no protocolo de RCP e possuir certificação atualizada. É responsabilidade do representante médico e dos dirigentes da seleção e/ou do clube verificar essa certificação.

As chances de sobrevivência a uma PCR dependerão não apenas da doença subjacente, mas também da combinação entre o tempo de resposta e a qualidade das manobras aplicadas.

O reconhecimento imediato da PCR requer a correta interpretação da tríade clínica composta por inconsciência, ausência ou anormalidade da respiração (incluindo gasping) e ausência de pulso central palpável. A identificação dessa

constelação de sinais deve desencadear imediatamente o protocolo de emergência. Além disso, o colapso súbito e não traumático de um indivíduo, especialmente em ambiente esportivo, deve ser presumido como de etiologia cardíaca, como episódio de morte súbita ou parada cardiorrespiratória (PCR)* até prova em contrário, o que exige a ativação imediata da cadeia de sobrevivência, que considera:

- Reconhecimento precoce e ativação do sistema de resgate.
- Início da RCP e uso do DEA.
- Transporte e cuidados avançados hospitalares.
- Sobrevivência e recuperação.

A PCR* é uma condição clínica que implica a interrupção abrupta e inesperada das funções respiratória e cardiocirculatória, o que gera, em pouco tempo, disfunção cerebral e, se persistir, pode provocar lesões cerebrais irreversíveis por anóxia tecidual.

Durante uma PCR*, é fundamental realizar imediatamente manobras de RCP de alta qualidade, de acordo com as diretrizes internacionais, pois otimizam as chances de recuperação e reduzem o risco de sequelas, até que o DEA esteja disponível.

O acesso ao DEA deve ser precedido por um período mínimo de dois minutos de compressões torácicas de alta qualidade. Os DEA são dispositivos eletromédicos microprocessados, projetados para analisar e monitorar automaticamente o ritmo cardíaco, emitindo recomendações e administrando terapia de choque elétrico quando indicado. Esses dispositivos portáteis demonstram alta segurança e eficácia, especialmente quando utilizados por operadores devidamente treinados, já que a interface do usuário é guiada por comandos visuais e vocais. Quando necessário, o dispositivo administra um impulso elétrico de alta energia, porém breve, por meio de eletrodos aplicados na parede torácica. É fundamental destacar que o DEA possui um mecanismo de segurança intrínseco que impede a desfibrilação em ritmos não chocáveis, como a assistolia ou a atividade elétrica sem pulso (AESP).

O tempo é o maior inimigo da sobrevivência:

A cada minuto de atraso na desfibrilação, as chances de sobrevivência diminuem entre 7% e 10%. A morte cerebral começa entre 3 e 5 minutos após uma PCR. Cerca de 90% das pessoas com parada cardíaca não sobrevivem. Os profissionais de emergência médica levam, em média, 9 minutos para chegar ao local do evento. Por isso, é fundamental agir imediatamente, e cada minuto antecipado na ação melhora a sobrevivência. A RCP imediata pode dobrar ou triplicar as chances de sobrevivência em uma PCR.

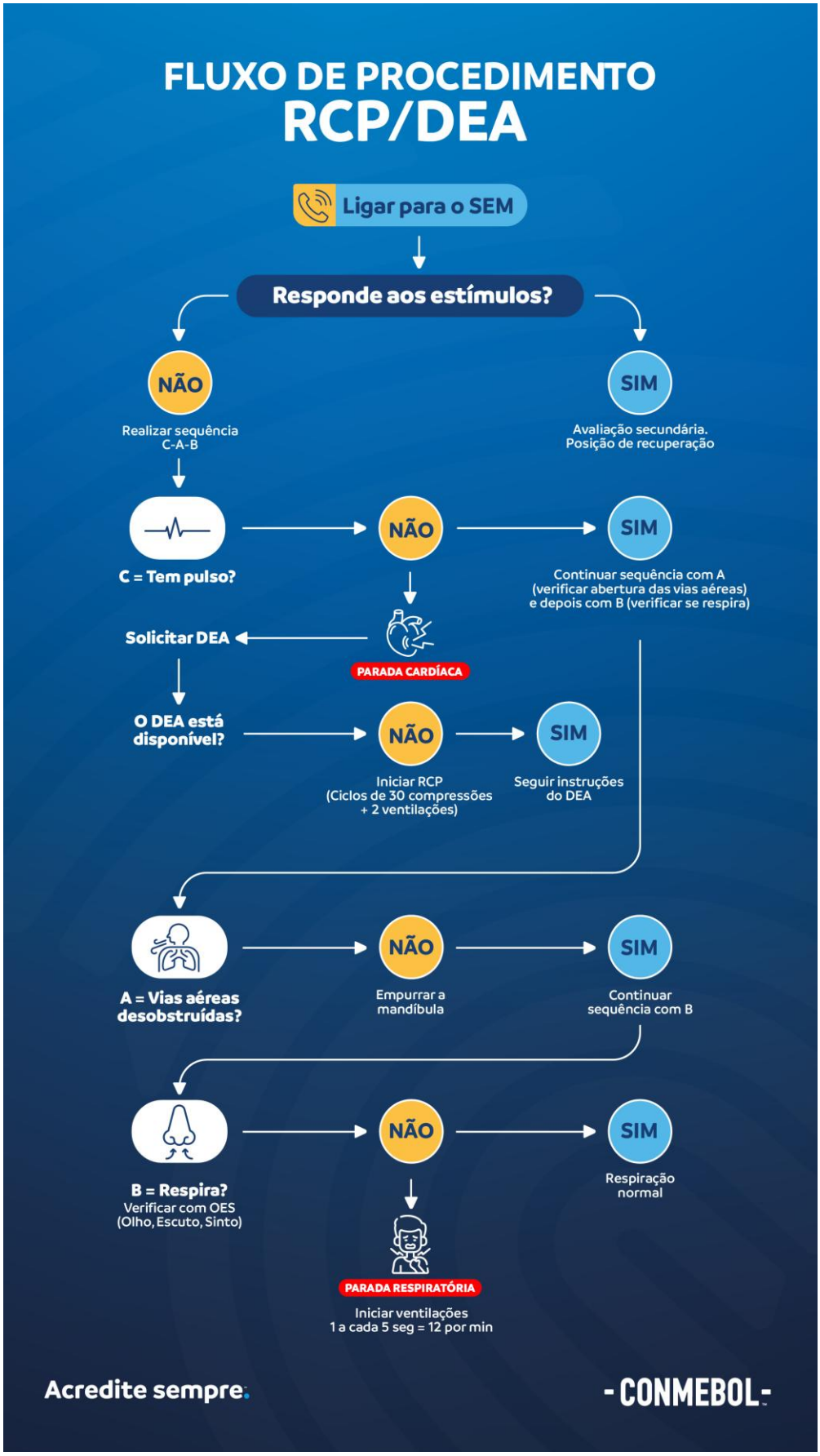
A RCP precoce associada à desfibrilação, quando indicada, nos primeiros minutos da parada cardíaca pode aumentar a sobrevivência para 49% a 75%.

¿Por que é importante estar preparado?

A realização adequada das manobras de RCP, associada ao uso correto do DEA, é o único tratamento eficaz para reanimar uma pessoa com PCR fora do ambiente hospitalar.

O uso de DEA deve ser implementado como parte de uma estratégia ou plano de resposta integrada à emergência. Essa resposta e sua cadeia de execução devem ser organizadas antes da partida e envolvem: o médico da equipe, o pessoal das ambulâncias, a equipe de emergência de campo e o oficial médico de campo da CONMEBOL. Esses programas demonstraram salvar vidas e são o único tratamento eficaz para paradas cardíacas por fibrilação ventricular: o que pode ser feito com uma ligação e a prestação de ajuda oportuna (primeiros socorros) pode significar a diferença entre uma pessoa com limitações e uma pessoa saudável.

A execução adequada das manobras de RCP, combinada com o uso correto do DEA, é, em uma alta porcentagem de casos, o único tratamento eficaz para reanimar uma pessoa com PCR fora do ambiente hospitalar.


FLUXO DE PROCEDIMENTO
RCP/DEA
Ligar para o SEM
Responde aos estímulos?
NÃO
Realizar sequência C-A-B
SIM
Avaliação secundária. Posição de recuperação
C = Tem pulso?
NÃO
SIM
Continuar sequência com A (verificar abertura das vias aéreas) e depois com B (verificar se respira)
Solicitar DEA
PARADA CARDÍACA
O DEA está disponível?
NÃO
Iniciar RCP (Ciclos de 30 compressões + 2 ventilações)
SIM
Seguir instruções do DEA
A = Vias aéreas desobstruídas?
NÃO
Empurrar a mandíbula
SIM
Continuar sequência com B
B = Respira?
Verificar com OES (Olho, Escuto, Sinto)
NÃO
SIM
Respiração normal
PARADA RESPIRATÓRIA
Iniciar ventilações
1 a cada 5 seg = 12 por min
Acredite sempre.
- CONMEBOL -

6. PROTOCOLO DE CONCUSSÃO CEREBRAL

Quando houver suspeita de concussão, o árbitro concederá até 3 minutos para que a equipe médica avalie a pessoa lesionada no campo de jogo.

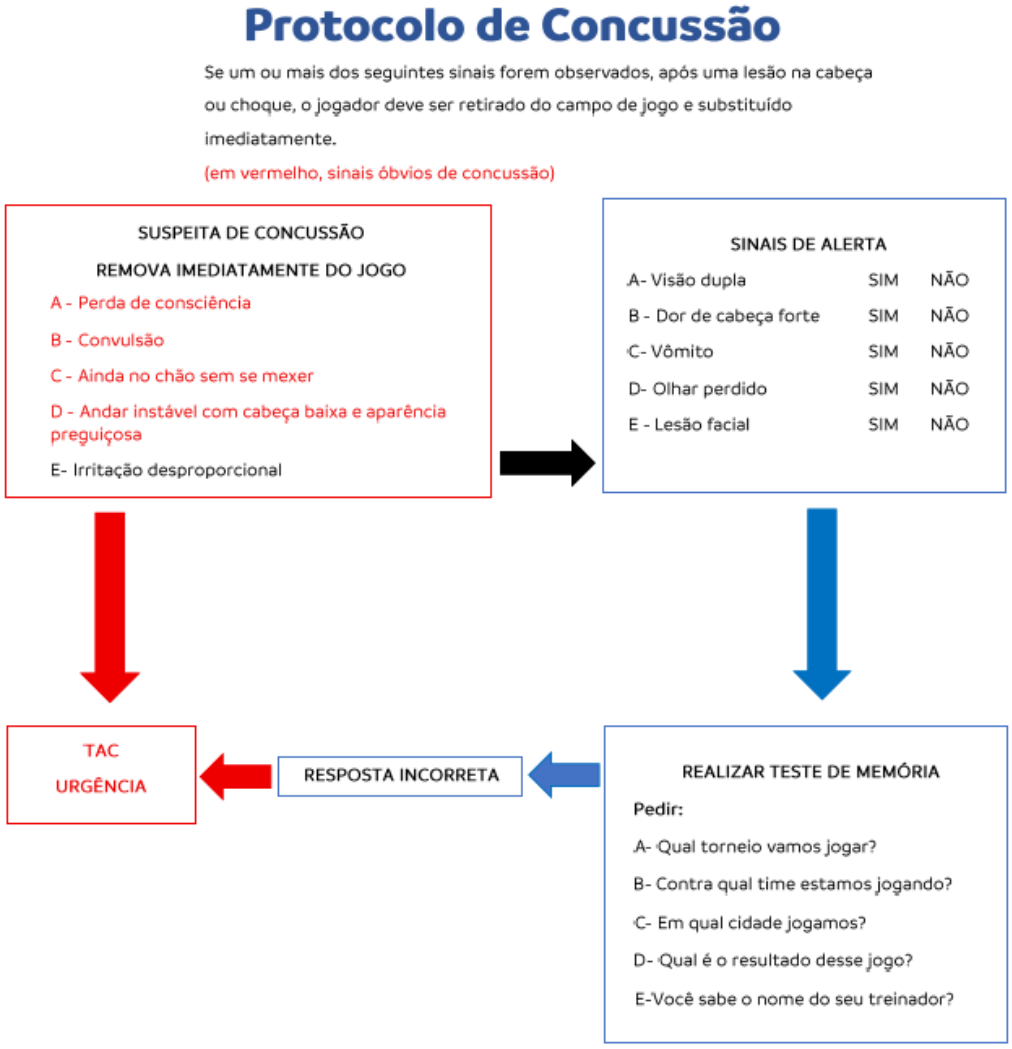
Se for necessário tempo adicional, a avaliação deverá ser realizada na lateral do campo após o reinício do jogo.

O árbitro somente autorizará o jogador a continuar na partida mediante autorização do médico da equipe, que tomará a decisão final.

É muito importante que o departamento médico e técnico estude a viabilidade de uma substituição devido à suspeita de concussão do atleta.

A Comissão Médica da CONMEBOL recomenda o uso do protocolo de reconhecimento rápido de concussão da CONMEBOL no campo de jogo e depois no vestiário SCAT5 ou SCAT6.

6.1 PROTOCOLO CONMEBOL PARA RECONHECIMENTO RÁPIDO DE CONCUSSÃO



6.2 QUESTIONÁRIO DE CONCUSSÃO DA CONMEBOL

Por favor, preencha e circule a resposta correta. Ela deve ser preenchida após cada partida do seu time:

PARTIDA		
NÚMERO DO JOGADOR / EQUIPE		
DATA		
MINUTO		
CONTATO	Sim	Não
QUEDA	Sim	Não
CABEÇA – CABEÇA	Sim	Não
CABEÇA – CORPO	Sim	Não
CABEÇA – OBJETO	Sim	Não
Especificar		

SINAIS

Perda de consciência	Sim	Não
Convulsão	Sim	Não
No chão sem se mover	Sim	Não
Andar instável com cabeça baixa e olhar vago	Sim	Não
Irritação desproporcional	Sim	Não
Visão dupla	Sim	Não
Dor de cabeça severa	Sim	Não
Vômito	Sim	Não
Olhar perdido	Sim	Não
Lesão facial visível	Sim	Não
Outro (especificar)		

Teste de memória. Perguntar

	Responder corretamente	
Que torneio estamos disputando?	Sim	Não
Contra qual time estamos jogando?	Sim	Não
Em que cidade estamos jogando?	Sim	Não
Qual é o resultado deste jogo?	Sim	Não
Você sabe o nome do seu treinador?	Sim	Não

Acompanhamento

Encaminhado para o hospital	Sim	Não
TAC	Sim	Não
Observação hospitalar	Sim	Não
Observação de hotel/casa	Sim	Não

Assinatura:
Nome do médico .....
Equipe .....
Jogo .....
Data ...../...../..... Cidade .....

6.3 RETORNO AO FUTEBOL PÓS-CONCUSSÃO

A recuperação de cada pessoa (incluindo a duração) é única, portanto, um retorno gradual e individualizado ao futebol é importante para reduzir os riscos de recuperação lenta, novas lesões cerebrais e consequências a longo prazo.

Crianças e mulheres podem levar mais tempo para se recuperar do que adultos. Se os sintomas persistirem por mais de quatro semanas, um serviço médico especializado deve avaliar a pessoa lesionada.

O protocolo da CONMEBOL recomenda um retorno gradual ao futebol para garantir a recuperação ideal dos jogadores de futebol. Ele é dividido em seis (6) etapas, cada uma das quais pode durar 24 horas ou mais. Os atletas afetados só devem passar para a próxima etapa se os sintomas não piorarem ou desaparecerem. Se os sintomas piorarem em qualquer etapa do protocolo, a pessoa deve se afastar por no mínimo 24 horas, retornar à etapa anterior e tentar progredir novamente.

- Etapa 1: Período de repouso relativo das atividades da vida diária, limitando-as a intervalos de 10 a 15 minutos. O tempo de tela no celular ou computador deve ser minimizado.
- Etapa 2: Exercícios físicos leves (corrida leve ou ciclismo em bicicleta ergométrica). O jogador pode aumentar a atividade mental por meio de leitura leve, jogos e uso limitado da televisão, celular e computador. Atividades escolares ou de trabalho podem ser gradualmente incorporadas em casa.
- Etapa 3: Exercícios específicos para futebol.
- Etapa 4: Treinamento sem contato. É importante evitar qualquer atividade de treinamento que envolva impactos na cabeça. O jogador pode aumentar a intensidade dos exercícios e do treinamento de resistência.
- Etapa 5: Treinamento de contato. Assim que os sintomas desaparecerem e o Estágio 4 for concluído, o jogador pode considerar iniciar atividades de treinamento que envolvam impactos leves na cabeça.
- Etapa 6: Retorno à atividade esportiva.

A CONMEBOL também recomenda a leitura do protocolo da FIFA:

https://inside.fifa.com/campaigns/concussion/return-to-play-guidelines

Os médicos da equipe que detectarem a suspeita devem enviar os relatórios médicos do jogador, como o SCAT5 ou SCAT6, e relatórios complementares para o endereço de e-mail da comissão médica da CONMEBOL até 48 horas após a ocorrência da suspeita.

7. PAUSA DE REFRESCO

A temperatura do ambiente de prática esportiva impacta diretamente na produtividade dos jogadores. Durante as competições da CONMEBOL, pode haver uma pausa de refresco dependendo da temperatura, umidade e tipo de competição.

A temperatura de bulbo úmido do globo (WBGT) será a medição oficial usada para determinar se uma pausa de refresco deve ser implementada.

Sessenta (60) minutos antes do início de cada partida, o Oficial Médico da CONMEBOL informará ao árbitro se as condições climáticas exigirem uma pausa de refresco.

Uma pausa será recomendada se o índice térmico WBGT for igual ou superior a 28 graus Celsius para competições juvenis e igual ou superior a 32 graus Celsius para competições profissionais.

No futebol de campo, se for solicitado um intervalo para pausa de refresco, o árbitro interromperá a partida por um período entre 90 segundos e até 3 minutos, aproximadamente 30 minutos após o início de cada tempo, ou seja, por volta do 30° e 75° minuto, respectivamente.

No futebol de praia, se for solicitado um intervalo para pausa de refresco, o árbitro interromperá a partida por 1 minuto, aproximadamente 8 minutos após o início de cada período.

As pausas de refresco serão implementadas pelo árbitro.

As pausas de refresco são essenciais para garantir a saúde, o bem-estar e os resultados sustentados dos atletas.

Quais são as consequências para o corpo da exposição ao calor?

A exposição excessiva ao calor do sol gera uma alta carga radiante no atleta, o que é conhecido como sobrecarga térmica. Isso aumenta as taxas metabólicas (gasto de energia para atividades) e causa vários impactos negativos no corpo.

Alguns exemplos de efeitos são: choque térmico ou hipertermia, alteração do metabolismo; exaustão; prostração (imobilização ou ausência de reações) devido à desidratação ou diminuição do teor de sal; choque elétrico; conjuntivite; desmaio; danos às glândulas sudoríparas (aquelas que produzem suor); edema (acúmulo anormal de líquido); entre outros.

O que buscamos com medições de temperatura e pausa de hidratação:

- Reduzir o risco de problemas de saúde nos jogadores.
- Padronizar os mesmos critérios em todas as partidas e homogeneizar com recomendações a nível global
- Estabelecer correlações entre temperatura e lesões durante as partidas.
- Garantir que o sol ajude no desempenho e não na perda do desempenho esportivo.
- Estabelecer critérios precisos para prevenção de lesões.

Por que é importante se manter bem hidratado no futebol?

- Repõe o glicogênio.
- Mantém o equilíbrio eletrolítico.
- Mantém o desempenho físico.
- Reduz o risco de lesões.

8. MANEJO DE LESÕES GRAVES

Lesões mais frequentes

Qualquer tipo de lesão pode ocorrer em competições de futebol, mas é necessário estar preparado para saber como responder às lesões mais graves e conhecer as lesões mais comuns.
Por localização, as lesões mais frequentes no futebol ocorrem na coxa, cabeça e rosto, tornozelo e pé e joelho. No entanto, qualquer tipo de lesão também pode ser

esperado no membro superior, no tronco (mais frequente no futebol feminino) ou na pélvis.
Vamos rever algumas das lesões mais comuns, que dividimos em:

1. Lesões musculares
2. Lesões no joelho
3. Lesões no tornozelo e no pé
4. Lesões na região da virilha
5. Periostite tibial

1. Lesões musculares

Lesões musculares no futebol afetam principalmente a parte inferior do corpo, sendo os músculos flexores do joelho (isquiotibiais) o grupo muscular mais afetado no futebol.
Lesões musculares, dependendo do mecanismo de lesão, são classificadas como indiretas e diretas:

- Indiretas: podem ser (1) dor muscular funcional, sem evidência de lesão anatômica objetivamente visível por ressonância magnética ou ultrassom, ou (2) estrutural, uma lesão muscular com evidência de lesão visível por ressonância magnética ou ultrassom.
- Diretas: lesões causadas por uma ação externa sobre o músculo, divididas em (1) contusão ou (2) laceração.

O diagnóstico das lesões musculares agudas é clínico e por imagem, devendo ser baseado nos seguintes aspectos:

- Avaliação de sinais e sintomas relacionados à lesão.
- Avaliação do mecanismo de lesão.
- Inspeção da área dolorosa.
- Exame físico.
- Exames laboratoriais e testes funcionais.
- Imagens de ultrassonografia e ressonância magnética, embora seja recomendado esperar 48 horas para realizá-las, aguardando a diminuição da inflamação.

O manejo imediato das lesões musculares deve incluir o protocolo PRICE: proteção (Protection), repouso relativo (Rest), frio local (Ice), de tipo preferencialmente circunferencial, compressão, ativa ou intermitente (Compression), e elevação da extremidade (Elevation).

No processo de recuperação, é importante recomendar com conhecimento a fisioterapia, normalizando os padrões de movimento, a coordenação e a propriocepção; assim como prevenir a inibição muscular e recuperar a força.

O processo completo: reabilitação funcional, retorno ao treinamento, retorno à competição e ao desempenho máximo deve ser avaliado pelo médico da equipe, controlando diariamente a sintomatologia do jogador.

Um treinamento preventivo pode reduzir a incidência de lesões musculares, na medida em que otimiza a função neuromuscular, os exercícios excêntricos, o treinamento de flexibilidade, a coordenação intermuscular e a estabilidade lombo-pélvica.

A genômica tenta sequenciar os genes para detectar os polimorfismos que geram maior susceptibilidade a lesões ou determinam uma menor capacidade de recuperação.

2. Lesões no joelho

A articulação do joelho é frequentemente afetada no futebol, independentemente do nível de competição, sexo ou idade. Ao tratar de um joelho lesionado, é fundamental identificar corretamente as circunstâncias e os mecanismos envolvidos na lesão:

- Foi uma lesão por contato?
- Aconteceu com o pé livre ou fixo no chão?
- Sentiu algum ruído associado?
- O joelho inchou rapidamente?
- Conseguiu continuar jogando?

O diagnóstico será sempre apoiado por um exame físico correto, que deverá incluir:

- Observação.
- Avaliação da amplitude de movimento.
- Avaliação do mecanismo de lesão.
- Palpação e avaliação da frouxidão articular para avaliar os ligamentos colaterais, ligamento cruzado anterior (LCA), ligamento cruzado posterior (LCP) e pontos de ângulo posterolateral e posteromedial.
- Lesões meniscais.

- Aparelho extensor.

Lesões intra-articulares do joelho geram inflamação rápida, sendo a hemartrose a causa mais comum. A perfuração da articulação trará dois benefícios:

- Diagnóstico: Sangue no joelho é uma lesão do LCA até que se prove o contrário.
- Terapêutico: diminui a dor por descompressão capsular.

A lesão do LCA (ligamento cruzado anterior) não respeita sexo nem idade, e na grande maioria dos casos gera perda do controle rotacional do joelho, o que afetará secundariamente outras estruturas e criará condições propícias para o desenvolvimento de artrose. Não são comuns, mas ao longo da temporada, algum jogador de uma equipe sofrerá uma ruptura do LCA. Na maioria dos pacientes, será necessária uma reconstrução plástica ligamentar, que deverá ser acompanhada de um minucioso processo de reabilitação funcional para um retorno ao esporte sem recidivas. Nas mãos de especialistas, é relativamente fácil de reparar, mas requer um longo período de inatividade e recuperação.

As lesões meniscais, quando são periféricas e instáveis, geralmente requerem tratamento cirúrgico. Dependendo do padrão e da localização da lesão, pode ser necessário ressecar o fragmento, realizar uma meniscectomia parcial e, em alguns casos, será indicada a sutura.

Diagnóstico clínico: antes de solicitar um exame de imagem, deve-se explorar o joelho e ter segurança ou uma ideia muito aproximada do tipo de lesão.

Diagnóstico por imagens: a radiografia convencional é o primeiro exame, pois ajuda a entender melhor o estado geral do joelho e evidencia as fraturas ósseas, as lesões por avulsão da inserção tibial do LCA, lesões osteocondrais ou corpos livres associados a luxações do aparelho extensor.

A RMN (ressonância magnética nuclear) é o exame ideal, de referência, para a detecção de lesões ligamentares, lesões meniscais e lesões condrais não visíveis radiologicamente e de difícil diagnóstico clínico.

As entorses de joelho, que afetam o ligamento colateral medial, são as lesões mais frequentes no joelho do futebolista.

3. Lesões no tornozelo e no pé

As lesões no tornozelo são muito frequentes, especialmente as entorses, responsáveis por muitos dias de afastamento esportivo, e podem ser diagnosticadas estudando:

- Inspeção
- Amplitude de mobilidade articular.
- Teste de força muscular.
- Palpação da interlinha articular, dos complexos ligamentares medial e lateral, da sindesmose tibiofibular, de ambos os maléolos, do tendão de Aquiles e sem esquecer de palpar o 5º metatarso, uma das fraturas mais frequentes nos futebolistas.
- Teste de frouxidão articular.
- Avaliação do mecanismo de lesão

A avaliação radiográfica é usada para identificar fraturas, lesões osteocondrais e corpos livres intra-articulares.

A ressonância magnética é ideal para a detecção de lesões fisárias, condrais e no osso esponjoso.

A ultrassonografia é útil para a avaliação de ligamentos e tendões.
Lesões por uso excessivo incluem tendinopatia do calcâneo e síndrome de atrito anterior do tornozelo, conhecida como tornozelo de jogador de futebol, que pode ser de tecido mole (tecido sinovial) ou devido ao aparecimento de osteófitos na borda anterior da extremidade distal da tíbia.

4. Lesões na região da virilha

Essas lesões representam um grande desafio em termos de diagnósticos diferenciais, entre os quais podemos citar:

- Avulsões da espinha ilíaca anteroinferior na origem do músculo reto femoral; da espinha ilíaca anterossuperior na inserção do músculo sartório ou do trocanter menor onde o músculo iliopsoas se insere.
- A osteopatia dinâmica do púbis geralmente começa baixa e acaba sendo mista. É uma patologia crônica que raramente ocorre durante uma partida. São lesões de início lento que prejudicam a vida esportiva do jogador e podem ser agravadas durante as partidas. Requer tratamento

fisioterapêutico de longo prazo para garantir a recuperação do atleta. Às vezes, a cirurgia é recomendada.

- Lesões labrais do acetábulo, devido ao atrito femoroacetabular. O mecanismo é um impacto femoroacetabular devido a um excesso da parede acetabular ântero-superior, ou devido à presença de uma giba no colo femoral, que impacta durante a mobilidade articular.
- A hérnia esportiva pode ser causada por uma ruptura ou fraqueza da parede posterior do canal inguino-genital-crural. O aumento da pressão intra-abdominal permite a passagem da gordura pré-peritoneal e essa herniação causa dor ao estimular os ramos sensoriais do nervo genitofemoral e, eventualmente, dos nervos ilioinguinal e ilio-hipogástrico.

5. Periostite tibial

A frequência de partidas ou a sobrecarga física com alterações na biomecânica ou no apoio devido a uma má alinhamento ou apoio defeituoso pode causar uma dor intensa na face anterior da perna, difícil de resolver. A dor pode ser consequência de um espessamento do periosto, ou uma fratura ou microrruptura por fadiga na cortical tibial, que provoca uma dor intensa durante a atividade esportiva.
O tratamento requer repouso, e em alguns casos, analgésicos ou anti-inflamatórios. É necessário identificar e corrigir fatores intrínsecos e extrínsecos, e até melhorar as condições mecânicas com o uso de calçado adequado ou palmilhas. Em certos casos, pode ser necessário o tratamento cirúrgico.