

Rui Nelson Vieira da Costa

Relatório final de estágio
no Sporting Clube de Braga B

Mestrado em Fisioterapia
Opção Desporto

setembro de 2016

Índice

Introdução.....	Pág.4
Caracterização do clube.....	Pág.6
Caracterização do local de estágio.....	Pág.6
Caracterização geral do plantel.....	Pág.7
Avaliação da condição física.....	Pág.8
Composição corporal.....	Pág.9
Flexibilidade.....	Pág.11
Capacidade anaeróbia.....	Pág.13
Velocidade.....	Pág.13
Potência muscular.....	Pág.15
Capacidade aeróbia.....	Pág.16
Descrição da dinâmica pré, durante e pós treino.....	Pág.18
Descrição da dinâmica pré, durante e pós jogo.....	Pág.19
Intervenções clínicas em gabinete.....	Pág.20
Entorse lateral do tornozelo.....	Pág.20
Lesão muscular isquiotibial grau II.....	Pág.23
Lombalgia.....	Pág.27
Conclusão.....	Pág.30
Bibliografia.....	Pág.31
Anexos.....	Pág.33

Introdução

Este relatório de estágio insere-se no âmbito da unidade curricular de estágio, correspondente ao 2º ano do Mestrado em Fisioterapia Opção desporto e desenrolou-se no Sporting Clube de Braga B entre Novembro de 2015 e Fevereiro de 2016.

Este relatório foi elaborado com informações retidas ao longo do mesmo, dividido por capítulos, que pretende descrever as características físicas dos atletas, dinâmica pré, durante e pós treino, dinâmica pré, durante e pós jogo bem como a descrição de alguns casos clínicos e sobretudo pelo estudo de caso.

Esta oportunidade deu-me a possibilidade de observar e adaptar as técnicas aprendidas durante o 1º ano do mestrado, tomando consciência para situações reais e concretas bem como ter noções sobre novas técnicas que desconhecia. É ainda de sublinhar o facto de este tipo de contexto me possibilitar a assimilação de novos conhecimentos e experiências que vão bastante para além daquilo que podemos ter na sala de aula e nos fornece uma visão diferente sobre alguns casos clínicos, em que em muitas situações temos de gerir as lesões no limite do risco, por necessidades competitivas. Para além disto, consegui ter uma visão da dinâmica de uma equipa profissional quer a nível de preparação para um jogo como todas as componentes de alimentação e suplementação durante uma viagem longa para os jogos.

1. Caracterização do clube

O Sporting Clube de Braga é um clube da cidade e distrito de Braga, fundado a 21 de Janeiro de 1921, que para além do futebol distingue-se nas modalidades de atletismo, natação, futsal, bilhar, *taekondwo*, basquetebol e voleibol.

Em poucos anos transformou-se no clube mais representativo da região do Minho, tendo presença assídua nas competições nacionais e internacionais, com duas presenças na Liga dos Campeões, uma taça Intertoto em 2008 e vice-campeão da Liga Europa em 2011.

Atualmente o clube dispõem de todos os escalões de futebol masculino (escolas, benjamins, infantis, iniciados, juvenis, juniores, seniores B e seniores A).

2. Caracterização do local de estágio

O departamento médico do Sporting Clube de Braga B é composto por 2 médicos (um médico de clínica geral e um outro médico fisiatra), 2 fisioterapeutas, 1 nutricionista e 1 recuperador físico.

Relativamente às instalações estão sediadas no estádio 1º de Maio em Braga, sendo constituídas por uma sala mais pequena com 3 marquesas, um ginásio amplo e uma sala maior com 9 marquesas descritos na figura . Para a elaboração de tratamentos como ondas de choque, avaliações no isocinético ou exercícios excêntricos com aparelhos isoinerciais (em casos muito excepcionais), os atletas deslocam-se às instalações do estádio AXA, que normalmente só é utilizado pela equipa principal do Sporting Clube de Braga.

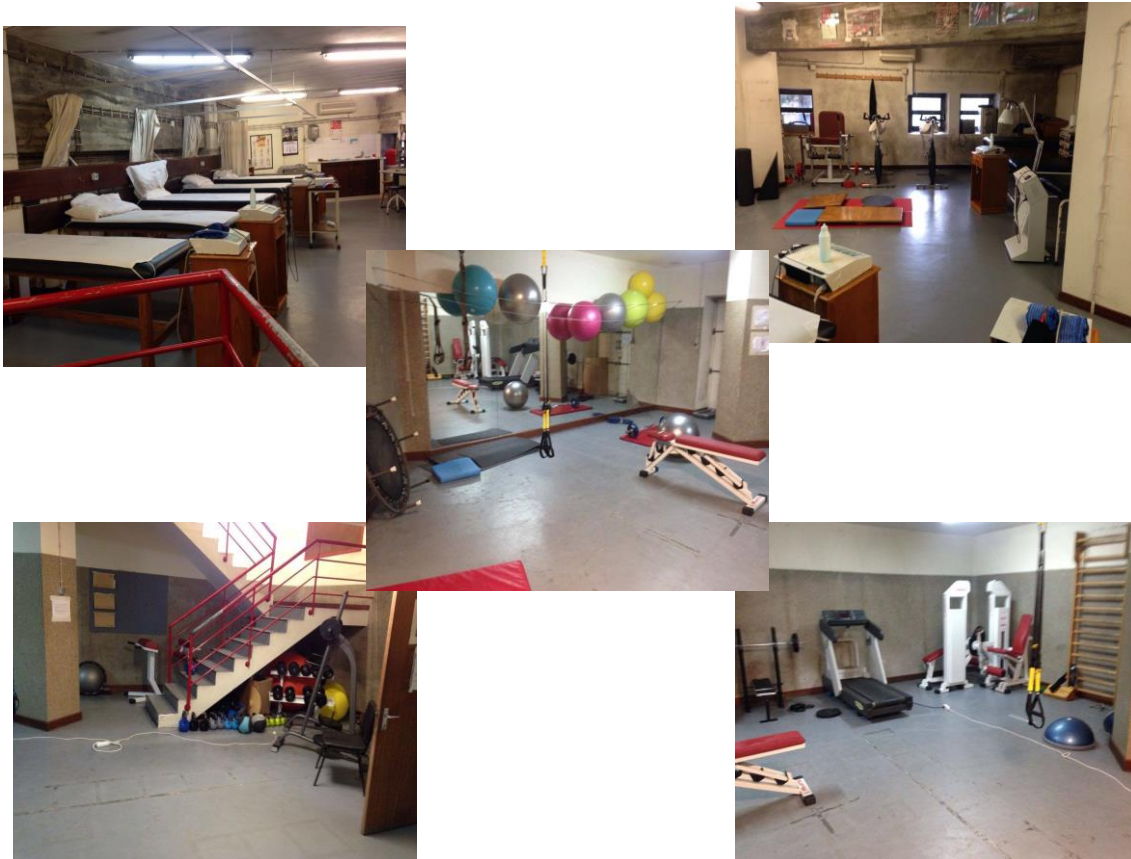


Figura 1- Fotos do local de estágio

3. Caracterização geral do plantel

Após a aplicação da parte superior da ficha de avaliação (anexo 1), são apresentados os dados descritivos do plantel do Sporting Clube de Braga B na tabela I.

TABELA I- DESCRIÇÃO DO PLANTEL POR POSIÇÃO, PESO, ALTURA E IDADE				
JOGADOR	Posição	Peso (Kg)	Altura (cm)	Idade (anos)
1	Guarda-redes	78	185	21
2	Guarda-redes	77	187	21
3	Guarda-redes	80	192	20
4	Guarda-redes	79	184	22
5	Defesa	76	182	20
6	Defesa	85	175	19
7	Defesa	70	174	22
8	Defesa	73	178	21
9	Defesa	68	172	21
10	Defesa	78	192	19
11	Defesa	77	186	19

TABELA I- DESCRIÇÃO DO PLANTEL POR POSIÇÃO, PESO, ALTURA E IDADE (CONTINUAÇÃO)

12	Defesa	78	186	21
13	Defesa	86	192	22
14	Médio	70	188	19
15	Médio	62	167	20
16	Médio	77	177	22
17	Médio	66	184	20
18	Médio	73	187	19
19	Médio	73	178	22
20	Médio	67	175	20
21	Médio	73	179	20
22	Avançado	65	168	19
23	Avançado	75	188	21
24	Avançado	78	185	20
25	Avançado	75	176	23
26	Avançado	64	175	20
27	Avançado	67	185	22
28	Avançado	73	180	20
29	Avançado	68	173	23
30	Avançado	84	188	21

Pela análise da tabela I podemos verificar que este plantel é composto por 30 atletas, sendo que os defesas e os avançados têm igual percentagem (30%), havendo para além disso 13% guarda-redes e 27% médios. Em relação ao peso corporal varia entre 62 e 86Kg, sendo a média de 73,8 Kg. Na altura o plantel possui uma variação entre 167 e 192 cm, sendo a sua média de 181,3 cm. Este plantel é muito jovem (média de 20,6 anos) variando entre os 19 e os 23 anos.

4. Avaliação da condição física

A ciência do futebol tem evoluído de maneira exponencial, sendo cada detalhe muito importante, podendo muitas vezes decidir o vencedor de um jogo ou definir o campeão de uma competição Kathryn et al. (2009). Para perceber como avaliar a performance dos atletas é preciso conhecer bem as exigências físicas que os atletas são sujeitos num jogo de futebol. Durante um jogo, o futebolista é sujeito a atividades físicas das mais variadas formas de maneira intensa e muitas vezes inesperada, exigindo para isso que esteja em condições atléticas perfeitas (Silva et al., 1997).

Reilly and Williams (2003) definiram alguns testes de avaliação laboratoriais e de campo para o futebol. Pelos recursos materiais disponíveis foram escolhidos os seguintes testes e respetiva análise.

4.1 Composição corporal

A composição corporal é um aspeto de aptidão física importante pois o excesso de tecido adiposo é como um “peso morto” em atividades como corrida e saltos para cabecear a bola contra a gravidade, provocando um excessivo gasto de energia (Kathryn et al., 2009). A percentagem de massa gorda foi medida indiretamente através da medição das 7 pregas cutâneas (Tricipital, Subescapular, Suprailíaca, Crural, Peitoral, Axilar e Abdominal), sempre do lado direito, com o atleta sem roupa na posição ortostática (Jackson & Pollock, 1978), que foram recolhidas pelo nutricionista do clube. Após a recolha, os valores foram introduzidos nas fórmulas abaixo descritas e apresentados na tabela II.

Densidade Corporal (DC): Fórmula preditiva utilizada: (Jackson & Pollock, 1978)

$$(1,10938 - (0,0008267 \times 7 \text{ dobras}) + (0,0000016 \times (7 \text{ dobras})^2 - (0,0002574 \times \text{idade}))$$

Percentagem de Massa Gorda: (%G):

$$\%G = (4,95 / DC) - 4,5 \times 100$$

TABELA II- DESCRIÇÃO DAS PROPRIEDADES ANTROPOMÉTRICAS RECOLHIDAS

JOGADOR	Peso (Kg)	Altura (cm)	IMC	% massa gorda (20 Dezembro)	% massa gorda (20 Janeiro)	% massa gorda (20 Fevereiro)
1	78	185	22,79	10,36	10,50	10,27
2	77	187	22,02	11,10	10,95	10,78
3	80	192	21,70	10,32	10,12	10,08
4	79	184	23,33	10,54	10,52	10,50
5	76	182	22,94	9,77	9,75	9,63
6	85	175	27,76	11,20	10,51	10,03
7	70	174	23,12	9,85	9,76	9,75
8	73	178	23,04	9,56	9,42	9,44
9	68	172	22,99	9,23	9,42	9,40
10	78	192	21,16	9,24	9,26	9,32
11	77	186	22,26	9,30	9,30	9,30
12	78	186	22,55	9,20	9,25	9,20
13	86	192	23,33	9,26	9,32	9,42
14	70	188	19,81	8,85	8,90	8,96
15	62	167	22,23	9,63	9,55	9,82
16	77	177	24,58	9,85	9,88	9,62
17	66	184	19,49	8,75	8,90	8,93
18	73	187	20,88	9,02	9,09	9,08
19	73	178	23,04	9,86	9,85	9,75
20	67	175	21,88	9,65	9,75	9,70
21	73	179	22,78	9,42	9,43	9,35
22	65	168	23,03	9,32	9,20	9,18
23	75	188	21,22	9,20	9,25	9,23
24	78	185	22,79	8,70	8,82	8,79
25	75	176	24,21	10,01	10,03	9,99
26	64	175	20,90	8,98	8,95	8,96
27	67	185	19,58	8,30	8,43	8,50
28	73	180	22,53	9,40	9,45	9,56
29	68	173	22,72	9,30	9,21	9,18
30	84	188	23,77	9,42	9,36	9,25

Segundo a Associação Portuguesa de Dietista pela avaliação dos valores de IMC um jogador (nº6) encontra-se em pré-obesidade (assinalado a vermelho), sendo os restantes atletas classificados como eutrofia. Em atletas esta medida não é muito relevante pois a massa muscular é mais pesada que a massa gorda e por isso atletas com muita massa muscular tem IMC's mais altos (Hergenroeder, Wert, Hile, Studensk, & Brach, 2011).

Em relação à percentagem de massa gorda, os maiores valores foram obtidos nos guarda-redes, valores explicados pela menor exigência metabólica a que estão sujeitos

durante o jogo (Reilly & Williams, 2003) e no jogador nº 6 que recebeu um plano alimentar (anexo 2) feito pelo nutricionista do clube, conseguindo baixar os valores nas avaliações seguintes.

4.2 Flexibilidade

Vários autores indicam que um aumento da flexibilidade diminui o risco de lesão musculares (Gonçalves, 2000; Soares, 2007; Witvrouw, Danneels, Asselman, D'Have, & Cambier, 2003). Pelas especificidades do futebol, a maior parte dos atletas possui encurtamento muscular da cadeia posterior, estando associados a uma maior incidência de lesões musculares dos isquiotibiais (Bertolla, Baroni, Junior, & Oltramari, 2007; Grau, 2003; Prado, Fonseca, Rodrigues, & Vanz, 2004; Veiga, Daher, & Morais, 2011). Foi efetuada a medição da flexibilidade da cadeia posterior através do teste *seat and reach*, estando os dados obtidos descritos na tabela III.

TABELA III- DESCRIÇÃO DOS VALORES DA MÉDIA 3 AVALIAÇÕES DO TESTE SIT AND REACH

JOGADOR	Segundo a ACSM (2009)		Segundo a ACSM (2009)	
	<i>Sit and Reach</i> (20 Dezembro)	>40- Excelente 34-39- Muito Bom 30-33- Bom 29-25- Razoável <24- Precisa de melhorar	<i>Sit and Reach</i> (20 Fevereiro)	>40- Excelente 34-39- Muito Bom 30-33- Bom 29-25- Razoável <24- Precisa de melhorar
1	29,2	Razoável	29,6	Razoável
2	34,1	Muito Bom	34,0	Muito Bom
3	20,6	Precisa de melhorar	25,4	Razoável
4	35,3	Muito Bom	35,2	Muito Bom
5	38,6	Muito Bom	38,4	Muito Bom
6	34,4	Muito Bom	34,6	Muito Bom
7	20,7	Precisa de melhorar	23,2	Precisa de melhorar

**TABELA III- DESCRIÇÃO DOS VALORES DA MÉDIA 3 AVALIAÇÕES DO
TESTE *SIT AND REACH* (CONTINUAÇÃO)**

8	36,9	Muito Bom	36,8	Muito Bom
9	27,5	Razoável	28,5	Razoável
10	21,2	Precisa de melhorar	23,9	Precisa de melhorar
11	25,3	Razoável	28,7	Razoável
12	23,6	Precisa de melhorar	26,3	Razoável
13	20,1	Precisa de melhorar	23,4	Precisa de melhorar
14	26,9	Razoável	28,7	Razoável
15	27,8	Razoável	31,2	Bom
16	32,5	Bom	32,8	Bom
17	18,9	Precisa de melhorar	23,7	Precisa de melhorar
18	27,3	Razoável	30,6	Bom
19	27,4	Razoável	26,8	Razoável
20	19,7	Precisa de melhorar	23,5	Precisa de melhorar
21	26,6	Razoável	28,6	Razoável
22	36,0	Muito Bom	36,3	Muito Bom
23	26,4	Razoável	27,1	Razoável
24	20,8	Precisa de melhorar	23,6	Precisa de melhorar
25	22,4	Precisa de melhorar	26,0	Razoável
26	30,0	Bom	30,4	Bom
27	29,7	Razoável	31,3	Bom
28	28,6	Razoável	27,5	Razoável
29	18,7	Precisa de melhorar	22,3	Precisa de melhorar
30	26,6	Razoável	28,4	Razoável

Pelos dados obtidos na tabela III é possível observar que uma grande parte do plantel tem níveis de flexibilidade da cadeia posterior que precisam de ser melhorados.

Sendo assim foram explicadas algumas posturas de Stretching Global Ativo (SGA) para a cadeia posterior (anexo 3). Na segunda avaliação após a aplicação dos exercícios de flexibilidade, podemos verificar que apenas dois atletas pioraram os níveis de flexibilidade (19 e 28) mas mantinham a classificação de “razoável”. Os restantes atletas aumentaram os níveis de flexibilidade, passando alguns deles de “precisa de melhorar” para “razoável” e de “razoável” para “bom”. Foi aconselhado a que mantivessem o plano de exercícios após os treinos.

4.3 Capacidade anaeróbia

Apesar de o futebol ser um desporto com predomínio de metabolismo aeróbio, as ações mais determinantes centram-se em atividades anaeróbias. Nessas atividades anaeróbias encontram-se os deslocamentos rápidos e de forma repetida (velocidade), capacidade de rápida reação, rapidez de iniciar o movimento, saltos, aptidão com bola e drible, todas ações muito importantes no futebol (Melo, Silva, Costa, Pires, & Campos, 2009).

4.3.1 Velocidade

A velocidade foi medida através de células fotoelétricas colocadas no ponto de partida e após 20m e os dados estão descritos na tabela IV.

TABELA IV- DESCRIÇÃO DOS VALORES DA AVALIAÇÃO DO TESTE DE VELOCIDADE 20M

JOGADOR	Posição	Velocidade 20m	Média + desvio padrão por posição
1	Guarda-redes	7,54	7,22 +/- 0,34
2	Guarda-redes	7,48	
3	Guarda-redes	6,86	
4	Guarda-redes	6,99	

TABELA IV- DESCRIÇÃO DOS VALORES DA AVALIAÇÃO DO TESTE DE VELOCIDADE 20M (CONTINUAÇÃO)

5	Defesa	6,32	6,24 +/- 0,41	
6	Defesa	6,25		
7	Defesa	6,65		
8	Defesa	6,58		
9	Defesa	5,78		
10	Defesa	5,69		
11	Defesa	6,27		
12	Defesa	6,82		
13	Defesa	5,81		
14	Médio	6,06		6,47 +/- 0,36
15	Médio	6,32		
16	Médio	6,12		
17	Médio	6,24		
18	Médio	6,35		
19	Médio	7,01		
20	Médio	6,76	6,47 +/- 0,52	
21	Médio	6,86		
22	Avançado	6,53		
23	Avançado	6,74		
24	Avançado	6,93		
25	Avançado	5,87		
26	Avançado	5,63		
27	Avançado	5,96		
28	Avançado	6,87		
29	Avançado	7,10		
30	Avançado	6,57		
			Média plantel: 6,50 +/- 0,5	

Por não existirem valores padrão que classifiquem a velocidade, a análise da tabela IV foi meramente descritiva, podendo-se verificar que não existem grandes diferenças na velocidade entre as posições, sendo apenas os guarda-redes os mais lentos comparando

com os valores médios do plantel. Este facto pode dever-se ao treino individualizado dos guarda-redes, uma vez que o restante plantel foi sujeito a treinos iguais, originando assim um desenvolvimento equivalente desta capacidade (Reilly & Williams, 2003).

4.3.2 Potência muscular

Uma alternativa válida ao aparelho isocinético para medir a força muscular dos membros inferiores pelo *counter movement jump* com medição da altura de salto (Markovic, Didzar, Jukic, & Cardinale, 2004). Os dados recolhidos encontram-se na tabela V.

TABELA V- DESCRIÇÃO DOS VALORES DAS 3 AVALIAÇÕES DO TESTE COUNTER MOVEMENT JUMP

JOGADOR	Posição	Salto Vertical (20 Dezembro)	Média + desvio padrão por posição
1	Guarda-redes	44,6	46,00 +/- 1,87
2	Guarda-redes	48,2	
3	Guarda-redes	44,3	
4	Guarda-redes	46,9	
5	Defesa	51,6	49,34 +/- 1,97
6	Defesa	52,4	
7	Defesa	50,1	
8	Defesa	49,6	
9	Defesa	48,5	
10	Defesa	47,7	
11	Defesa	46,6	
12	Defesa	47,3	
13	Defesa	50,3	46,49 +/- 2,96
14	Médio	51,4	
15	Médio	45,3	
16	Médio	46,7	
17	Médio	48,9	
18	Médio	42,1	
19	Médio	46,5	
20	Médio	43,4	
21	Médio	47,6	

TABELA V- DESCRIÇÃO DOS VALORES DAS 3 AVALIAÇÕES DO TESTE COUNTER MOVEMENT JUMP (CONTINUAÇÃO)			
22	Avançado	52,6	50,33 +/- 2,13
23	Avançado	50,9	
24	Avançado	48,4	
25	Avançado	49,6	
26	Avançado	48,5	
27	Avançado	47,6	
28	Avançado	49,4	
29	Avançado	53,6	
30	Avançado	52,4	
			Média do plantel: 48,43 +/- 2,84

Pela análise dos dados da tabela V podemos verificar que as defesas e os avançados têm valores médios superiores às restantes posições em campo, valores normais atendendo às atividades de maior intensidade desenvolvidas pelos atletas dessas posições (Reilly & Williams, 2003).

4.4 Capacidade aeróbia

O futebol é um desporto de natureza intermitente, com mudanças de atividade a cada 3-5s, sendo muito exigente fisicamente pela distância percorrida ao longo do jogo conjugado com atividades intensas como chutar, cabecear, saltos e *sprints* (Reilly & Williams, 2003). Krusturp et al. (2006) demonstraram que o *Yo-yo intermitente endurance test 2* pode avaliar a performance dos atletas de futebol profissional em exercícios intermitentes com grande produção de energia pelo sistema aeróbio e uma significativa contribuição do sistema energético anaeróbia. Os dados obtidos estão descritos na tabela VI.

TABELA VI - DESCRIÇÃO DA DISTÂNCIA PERCORRIDA DAS 3 AVALIAÇÕES DO YO-YO INTERMITTENT ENDURANCE TEST

JOGADOR	<i>Yo-Yo Intermittent Endurance Test</i>	Média e desvio padrão
1	640	650 +/- 68,3
2	720	
3	680	
4	560	
5	1040	1089 +/- 119,6
6	880	
7	1080	
8	1000	
9	1120	
10	1080	
11	1240	
12	1280	
13	1080	
14	1320	1175 +/- 124,6
15	1240	
16	1000	
17	1160	
18	1240	
19	1320	
20	1040	
21	1080	
22	1120	1129 +/- 81,9
23	1120	
24	1200	
25	1120	
26	1040	
27	1000	
28	1120	
29	1280	
30	1160	

Pela análise dos dados da tabela VI podemos verificar que os guarda-redes são os atletas que possuem menores valores, não havendo grandes diferenças entre o resto das posições. Estes valores poderão ser explicados pela exigência em termos de resistência a que os guarda-redes estão sujeitos durante um jogo de futebol (Bloomfield, Polman, & O'Donoghue, 2007).

5. Descrição da dinâmica pré, durante e pós treino

Para o departamento médico de um clube profissional, o treino não é apenas o tempo em que os atletas estão a treinar. O treino começa sensivelmente 1h30m antes da hora estipulada. Se o treino for de manhã, normalmente os jogadores são obrigados a tomar o pequeno-almoço nas instalações do clube. Depois em conjunto com o médico é feita a avaliação de todos os casos clínicos e feito um boletim que será entregue à equipa técnica com os atletas indisponíveis e condicionados.

É feita a preparação das águas, gelo e o material necessário para uma emergência durante o desenrolar do treino, bem como ligaduras funcionais, aplicação de bandas neuromusculares e todo o tratamento que seja necessário aos atletas.

Durante o treino há a separação da equipa médica em que um fisioterapeuta juntamente com o médico vai acompanhar o treino e o outro fica no gabinete a realizar tratamento a quem não treina. Se houver alguma situação de emergência, é feita a avaliação se o jogador tem condições para prosseguir o treino ou regressar ao balneário, sendo que a parte de reintegração dos atletas lesionados cabe ao nosso recuperador físico. Durante o treino temos também a preocupação que os atletas se hidratem, principalmente nos dias de muito calor.

Após o treino é disponibilizada a fruta aos atletas, aplicação de gelo a quem necessitar e uma vez por semana (normalmente 2 dias antes do jogo) fazemos banhos de água quente e massagem.

6. Descrição da dinâmica pré, durante e pós jogo

Tal como o treino, o jogo começa muito mais cedo do apito inicial. Se o jogo for em casa os procedimentos são bem mais simples pois temos todo o material necessário à disposição e não há grandes intervenções em termos de logística. Após a palestra do treinador são feitas ligaduras funcionais e aplicação de bandas neuromusculares, sendo feitas também massagens desportivas com objetivo de estimular os músculos. Durante o jogo apenas intervimos em situações de emergência e ao intervalo tentar que os jogadores recuperem as suas energias com bebidas desportivas, água, barras energéticas, bolachas com compota e fruta (alimentos com glicose). Após o jogo é disponibilizado aos atletas crioterapia, sendo de carácter facultativo.

Se o jogo for fora, terá de ser preparada uma mala de viagem com todo o material necessário. É feita também a preparação de toda a alimentação que os atletas vão fazer durante a viagem (anexo 4-alimentação de uma viagem ao algarve). O resto do procedimento é feito de igual maneira.

7. Intervenções clínicas

Durante o período de estágio foram encontrados vários casos de lesões, sendo escolhidos quatro para a realização de fichas clínicas: 1- Entorse da tibiotalar; 2- Lesão muscular dos isquiotibiais grau II e 3- Lombalgia. Todas as intervenções foram acompanhadas pelos médicos do clube, explicando todos os procedimentos ao atleta que se tornou numa parte integrante do tratamento.

7.1 Entorse lateral do tornozelo

Avaliação subjetiva:

O atleta P. de 20 anos, no decorrer do jogo do dia 27 de Dezembro numa disputa de bola com um adversário referiu que o seu pé direito “torceu” para dentro. Foi assistido no terreno do jogo com *spray* de gelo, realizando o restante jogo. Após o jogo, já no posto médico, foi avaliado e apresentava algum edema na região do maléolo lateral, dor à palpação na região do ligamento perônio astragalino anterior (3/10 EVA) sem limitações da marcha mas o atleta dizia sentir como se o músculo peroneal estivesse “preso”, representados na figura II. O médico do clube receitou Voltaren 50mg para tomar após o jantar e pequeno-almoço, foi aplicada uma ligadura funcional elástica e foi aconselhado que o atleta realizasse gelo por períodos de 10/15 min até ao treino na manhã seguinte. O atleta referiu historial de algumas entorses anteriores, tendo uma delas tempo de recuperação de 3 semanas e as restantes de alguns dias.

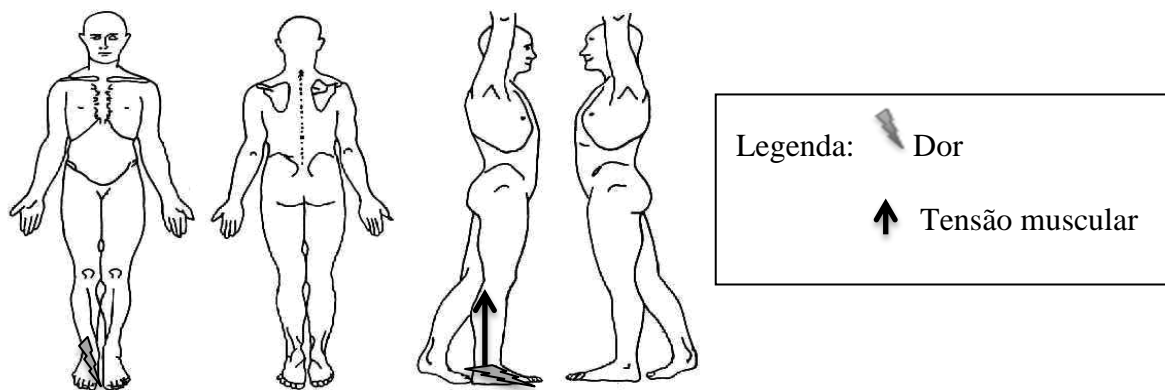


Figura II- Body Chart do caso da entorse da tibiotalar

Avaliação objetiva:

No dia seguinte à lesão, foi feito o exame objetivo incluindo inspeção, avaliação das amplitudes articulares ativas e passivas, análise da marcha e da postura e testes específicos como teste da gaveta anterior e mobilização com movimento.

Na inspeção era possível verificar uma melhoria do edema comparando com o dia anterior, contrariamente à palpação do ligamento perônio astragalino anterior que se mantinha a intensidade da dor (3/10 EVA). Na palpação dos músculos peroniais notava-se uma maior tensão comparado com o lado contra lateral acompanhado de dor (2/10 EVA). Segundo Matos (2010) as regras de Ottawa são muito úteis como exclusão de diagnóstico de fraturas (figura II) sendo que neste caso não apresentava sintomatologia que fosse necessário requerer raio-X.

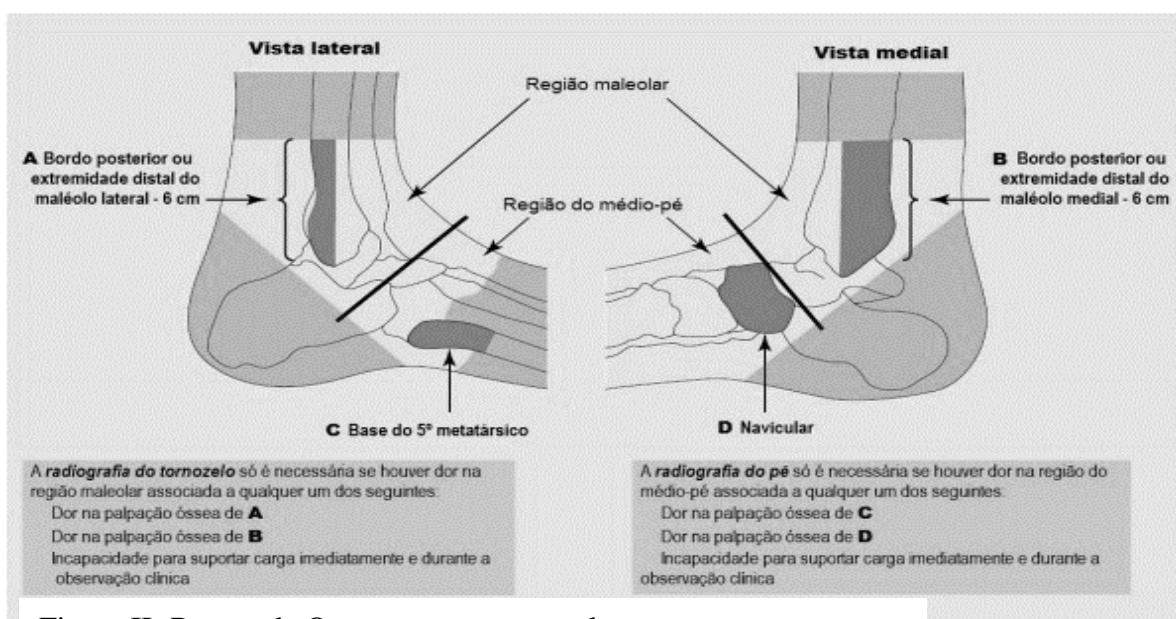


Figura II- Regras de Ottawa para o tornozelo

A nível da análise da marcha e postural, não se encontraram alterações significativas. Em termos de movimentos ativos da tibiotársica (flexão dorsal, flexão plantar, inversão e eversão) o atleta referiu dor ligeira (1/10 EVA) apenas no movimento de inversão, sentindo apenas dor no movimento passivo de inversão no final do movimento.

Em relação aos testes específicos foram feitos os testes do movimento acessório de AP no perónio e inversão da tibiotársica, apresentando o atleta melhorias no movimento ativo de inversão (após o teste o paciente referiu não sentir dor), sendo que o teste da gaveta anterior e o movimento combinado de AP no astrágalo e movimento ativo de dorsiflexão foram negativos.

Raciocínio clínico:

A entorse da tibiotársica em inversão normalmente é classificada em 3 graus de gravidade (Moreira & Antunes, 2008), dependendo do quanto lesionou a parte ligamentar, a presença e extensão do edema e instabilidade mecânica. Pela sintomatologia apresentada pelo atleta podemos classificar a entorse em grau I. Pelas queixas e pela tensão encontradas nos peroniais, coloca-se a hipótese de estes músculos terem sido estirados no momento da entorse, contraindo-se. No momento da entorse é comum que existam também alterações biomecânicas como anteriorização do astrágalo e do perónio, sendo que pelos testes feitos é possível que o perónio tenha sofrido esta alteração biomecânica (Mulligan, 2009).

Tratamento

O objetivo imediato para o tratamento da entorse da tibiotársica é diminuir a dor e proteger os ligamentos afetados, aplicando-se para isso a sigla PRICE de proteção, repouso, gelo, compressão e elevação durante os primeiros dois/três dias, sendo o tempo de recuperação estimado de sete/dez dias (Prentice, 2011). Baseado nos protocolos de reabilitação recentes (Ivins, 2006; Sammarco, 2003; Wolfe, Uhl, Mattacola, & McCluskey, 2001; Zoch, Fialka-Moser, & Quittan, 2003) foi efetuado o seguinte tratamento de forma bidirária:

- Gelo compressivo por períodos de 20 minutos a cada 3 horas durante as primeiras 48 horas com o objetivo de controlar os processos inflamatórios;
- Mobilização ativa e passiva de flexão plantar, dorsiflexão, inversão e eversão, limitada pela dor com o objetivo de melhorar as amplitudes de movimento
- Mobilização com movimento (MWM), levou-se o perónio obliquamente para trás e para cima, e manteve-se enquanto se pediu ao atleta que realizasse inversão.

Segundo Mulligan (2009) esta técnica permite eliminar a falha posicional da articulação perónio tibial distal, frequente nas entorses por inversão.

- Fortalecimento isométrico de flexão plantar e eversão, evoluindo para isotónico quando a sintomatologia assim o permitir, dando maior ênfase à parte excêntrica dos peroniais (Zoch et al., 2003)

- Massagem de relaxamento dos peroniais com aplicação de Kinesio

- Trabalho proprioceptivo, progredindo de exercícios bipodais para unipodais e de unipodais para exercícios pliométrico. Também foi progredido de superfícies estáveis para trampolim e depois bosu

- Gelo no final

Resultados

O atleta era avaliado todos os dias, progredindo no tratamento consoante a sintomatologia ia permitindo. A partir do dia 29 de Dezembro após o tratamento efetuado, o nosso readaptador físico realizava trabalho com ele de campo com o objetivo de reintegração ao treino, sendo que a partir do dia 3 de Janeiro foi considerado “apto” e treinou sem limitações. Mesmo começando a treinar sem limitações, o atleta seguiu um protocolo de exercícios proprioceptivos que realizava antes da realização do treino. Após uma semana de treinos com ligadura funcional, fomos alternando na utilização da mesma para progressivamente ir largando.

7.2 Lesão muscular do isquiotibial à esquerda grau II

Avaliação subjetiva:

O atleta L. no decorrer do treino do dia 18 de Janeiro quando tentou fazer uma aceleração para ir ao encontro de uma bola, sentiu como se o músculo na parte posterior da coxa esquerda rasga-se num ponto específico, representados na figura III. Abandonou de imediato o treino para a realização de gelo. No dia seguinte o atleta possuía uma dor referida num local específico da parte posterior da coxa esquerda, que agravava com qualquer movimento que solicitasse o músculo. O atleta não referiu lesões anteriores contudo referia que se sentia cansado nos últimos dias.

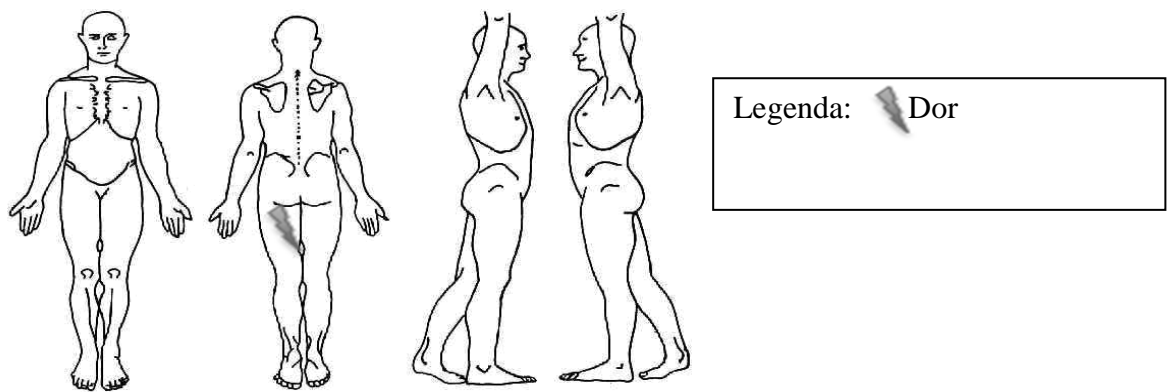


Figura III- Body Chart do caso da lesão dos isquiotibiais

Avaliação objetiva (19/01/2016)

O atleta apresentou-se no posto médico com uma marcha claudicante pela dificuldade em realizar a fase de propulsão na perna esquerda, sentindo dor na marcha (4/10 EVA).

Na posição de decúbito ventral foi feita palpação bilateral do músculo dos isquiotibiais e o atleta sentiu dor (6/10 EVA) no terço médio do isquiotibial esquerdo, encontrando-se o músculo à volta mais tenso. Pela palpação foi possível verificar também um aumento da temperatura comparando com o membro contra lateral. No movimento ativo de flexão do joelho o atleta sentiu dor no mesmo ponto específico (3/10 EVA) agravando quando aplicada uma resistência (8/10 EVA), referindo o atleta também falta de força. O movimento passivo de extensão do joelho também era doloroso (5/10 EVA).

Raciocínio clínico

Pela análise do exame objetivo, nomeadamente dor num ponto específico que agravava com a contração muscular e falta de força havia a suspeita de uma rotura

muscular. Por esse motivo, o médico do clube prescreveu uma ecografia, que foi feita dia 22 Janeiro para confirmação do diagnóstico e extensão da lesão. O resultado dessa ecografia foi uma rotura muscular de 18x4x6 mm no terço médio do músculo bíceps femoral da perna esquerda sendo classificada como lesão muscular de grau II, com tempo de paragem previsto de 4 a 6 semanas (Fernandes, Pedrinelli, & Hernandez, 2011).

Tratamento

Segundo Schmitt, Tyler, and McHugh (2012) o tratamento é dividido em 3 fases: fase 1 ou fase aguda, fase 2 e fase 3 ou fase de reabilitação.

Numa primeira fase (fase aguda) o tratamento foi baseado na sigla PRICE (proteção, repouso, gelo, compressão e elevação) com o objetivo de minimizar os danos provocados pela lesão (Prentice, 2011). Nos primeiros 2/3 dias após a lesão ocorrer deve existir uma fase protetiva do músculo, sendo o descanso das atividades que provoquem dor pelo recrutamento muscular essencial para que não seja formado tecido fibroso em excesso (Järvinen & Lehto, 1993). Sendo assim nesta primeira fase que durou cerca de 1 semana foi realizado:

- Gelo compressivo por períodos de 15 minutos no local da dor
- Massagem de relaxamento muscular e de drenagem
- Ultra-som pulsátil, 3MHz, Intensidade 0,5
- *Kinesiotape* sobre os isquiotibiais no sentido da inserção para a origem para promover relaxamento muscular e com a estrutura em estiramento, para criar espaço subcutâneo e permitir a diminuição da pressão e melhoria da circulação

Avaliação objetiva (25/01/2016)

Passado uma semana o atleta não sentia dor na marcha (0/10 EVA), diminuindo a dor à palpação (3/10 EVA) e tensão muscular sentida. Não se verificavam sinais inflamatórios. O movimento de flexão ativa do joelho era menos doloroso (2/10 EVA) do que o movimento de contração resistida (5/10 EVA). Ao movimento passivo de extensão do joelho a dor era muito ligeira (1/10 EVA).

Entrando na fase subaguda a mobilização ativa sem dor parece induzir um crescimento de vasos sanguíneos na área lesada, melhor regeneração das fibras

musculares e uma orientação mais paralela do tecido regenerativo (Jarvinen, Jarvinen, Kääriäinen, Kalimo, & Järvinen, 2005).

Pela melhoria da sintomatologia foram feitas alterações no tratamento:

- O atleta deixou de fazer gelo, passando a fazer calor húmido
- Introdução de exercícios isométricos de flexão do joelho, progredindo na resistência aplicada

- Ultra-som contínuo, 3 MHz, Intensidade 1,0 W/cm²
- Alongamento passivo dos isquiotibiais
- Exercícios proprioceptivos em cadeia cinética aberta
- Bicicleta com carga ligeira 20 min
- Exercícios de fortalecimento dos membros superiores

Avaliação objetiva (09/02/2016)

O atleta sente dor à palpação ligeira bem como na flexão resistida (1/10 EVA). O atleta não refere dor quando é feito o alongamento muscular.

Foi realizada uma ecografia de controlo no dia 9 de Fevereiro, que indicou que não havia sinais de descontinuidade do músculo, observando-se apenas o processo cicatricial. A partir deste momento foram introduzidos exercícios de fortalecimento excêntrico de baixa intensidade com o objetivo de distender o tecido cicatricial maduro durante a fase que ele se encontra plástico (Schmitt et al., 2012). Na fase de reabilitação, o tratamento é baseado na recuperação de todas as competências a nível de força, flexibilidade, capacidade cardiorrespiratória, propriocepção e coordenação para que não haja recidivas de lesão (Schmitt et al., 2012).

Sendo assim o tratamento foi alterado para:

- Calor húmido 20 min
- Fortalecimento muscular concêntrico e alguns exercícios excêntricos de baixa intensidade
- Bicicleta 20 min
- Exercícios proprioceptivos em cadeia cinética fechada
- Corrida 15 min
- Trabalho de core
- Fortalecimento global de membros superiores e inferiores

Avaliação objetiva (16/02/2016)

Nesta data, o atleta, como não apresentava dor em nenhum movimento começou a fazer com o recuperador físico a integração progressiva no treino com a equipa. Pelo que o tratamento apenas incluía calor húmido antes dos exercícios de campo.

Resultados

O atleta voltou a treinar sem limitações passadas 5 semanas de ter ocorrido a lesão, encontrando-se no prazo previsto para este tipo de lesões (4 a 6 semanas) (Prentice, 2011).

7.3 Lombalgia

Avaliação subjetiva:

O atleta J. de 19 anos, deslocou-se ao posto médico no dia 15 de Janeiro antes de um treino referindo uma dor na região lombar do lado direito sem irradiação, representados na figura IV. O atleta referiu que tem sentido dor ligeira no mesmo local há cerca de uma semana que se tem agravado de dia para dia, mantendo a atividade desportiva mesmo assim. Sente mais dor ao fim do dia principalmente se estiver muito a pé ou sentado. Nos últimos dias tem sentido dificuldades em dormir.

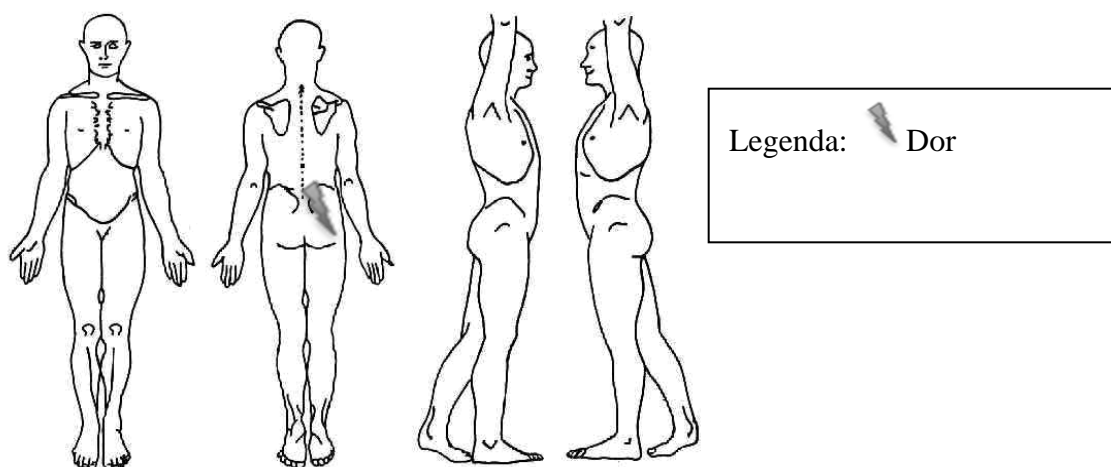


Figura IV- Body Chart do caso da lombalgia

Avaliação objetiva (15/01/2016)

O atleta apresentou-se no posto médico sem limitação da marcha. Na avaliação postural foi possível verificar que o atleta possui hiperlordose lombar e inclinação do tronco para a direita.

Na posição de decúbito ventral foi feita palpação bilateral do músculo quadrado lombar, piramidal e dos paravertebrais, sendo possível sentir uma grande tensão muscular dos paravertebrais e do piramidal e quadrado lombar à direita. Na posição de decúbito dorsal a palpação do psoas ilíaco à direita é mais dolorosa que do lado esquerdo (2/10 EVA).

No movimento ativo de flexão da coluna lombar o atleta sentiu dor (3/10 EVA) sem alteração quando se realizava o movimento passivo. Nas inclinações sentia dor ligeira (1/10 EVA) na inclinação ativa para a direita tal como no movimento passivo para a esquerda.

Em relação aos testes osteopáticos através teste de Mitchell para a coluna lombar identificou-se uma disfunção em ERS esquerda em L4 e através do teste de *Downing* o ilíaco direito anterior.

Raciocínio clínico

Pela análise dos dados recolhidos na avaliação objetiva podemos suspeitar de uma cadeia lesional que poderá ter iniciado com a anteriorização do ilíaco. Consequentemente levou a um espasmo muscular do músculo piramidal e quadrado lombar à direita. A tensão dos músculos paravertebrais estará relacionada com a postura em hiperlordose lombar (Whiting & Zernicke, 2008).

Tratamento

Pelo raciocínio efectuado os objectivos do tratamento passam por corrigir as disfunções existentes e diminuir a tensão muscular, aumentando assim a mobilidade da coluna lombar e diminuição da dor. Sendo assim o tratamento efetuado foi (Sache & Rudloff, 2003):

- Técnica de Jones para o músculo piramidal

- Técnica de relaxamento para o músculo quadrado lombar
- Técnica neuromuscular para os paravertebrais
- Técnica de thrust para o íliaco anterior
- Técnica de thrust para ERS esquerda de L4
- Exercícios terapêuticos de fortalecimento transversal abdominal
- Postura de rã no chão para correção da postura de hiperlordose lombar

Resultados

A manipulação normalmente tem resultados imediatos, o que aconteceu neste caso. Após qualquer técnica manipulativa deve ser feita uma reavaliação que se mostrou eficaz. A tensão muscular e a dor foi desaparecendo progressivamente e o atleta regressou aos treinos após 3 dias de tratamento, sendo aconselhado a manter a postura de SGA ensinada no fim dos treinos com o objetivo de corrigir a postura.

8. Conclusão

Terminada a unidade curricular de Estágio, decorrida no Sporting Clube de Braga B, os objetivos inicialmente propostos foram, apesar de algumas limitações cumpridos. Pelo facto de já trabalhar no clube foi-me facilitada a adaptação no meio da equipa técnica e equipa médica. Foi possível desenvolver e aplicar alguns dos conhecimentos e competências teórico-práticas adquiridas ao longo do primeiro ano do mestrado na área de especialização no desporto

Por o estágio ter começado a meio da época, não foi possível verificar alguns pontos da avaliação da condição física, importantes numa fase inicial da época e planeamento da mesma. Pelo mesmo motivo foi preciso chegar a acordo com a equipa técnica para que fosse facultado um dia de treino para que fosse feita essa mesma avaliação, tendo de ser gerido com o seu planeamento do microciclo.

Na realização deste relatório foi notório algumas dificuldades próprias do ambiente desportivo, principalmente do futebol. A primeira delas, a mais importante a meu ver, é a necessidade constante de encurtar prazos de recuperação sendo muitas vezes a avaliação feita dia a dia e com o ultrapassar de fases de reabilitação, ao contrário do que encontramos academicamente. A segunda delas tem a ver com a limitação à utilização de material existente no clube e muitas vezes escassez mesmo de meios. Algumas ideias enraizadas e pré concebidas criam barreiras na implementação de novas ideias e novos projetos.

Como aspetos positivos este estágio deu-me a possibilidade de estar inserido numa equipa de futebol profissional, sendo desafiado todos os dias a inovar na atuação consoante os recursos que se tem e a adquirir novas competências.

Referências bibliográficas

- Bertolla, F., Baroni, B., Junior, E., & Oltramari, J. (2007). Efeito de um programa de treinamento utilizando o método Pilates® na flexibilidade de atletas juvenis de futsal. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 13(4), 222-226.
- Bloomfield, J., Polman, R., & O'Donoghue, P. (2007). Physical demands of different positions in FA Premier League soccer. *Journal of Sports Science and Medicine*, 6 63-70.
- Fernandes, T., Pedrinelli, A., & Hernandez, A. (2011). Lesão muscular- Fisiopatologia, diagnóstico, tratamento e apresentação clínica *Revista Brasileira de Ortopedia*, 46(3), 247-255.
- Gonçalves, J. (2000). Lesões no futebol : Os Desequilíbrios musculares no aparecimento de lesões.
- Grau, N. (2003). *SGA a serviço do esporte*. São Paulo.
- Hergenroeder, A., Wert, D., Hile, E., Studensk, S., & Brach, J. (2011). Association of Body Mass Index With Self-Report and Performance-Based Measures of Balance and Mobility. *Journal of the American Physical therapy association*, 91(8), 1223-1234.
- Ivins, D. (2006). Acute Ankle Sprain: An Update. *American Family Physician*, 74(10), 1714-1720.
- Jackson, A., & Pollock, M. (1978). Generalized equations for predicting body density of men *British Journal of Nutrition*, 40(3), 497-504.
- Järvinen, M., & Lehto, M. (1993). The effects of early mobilisation and immobilisation on the healing process following muscle injuries *Sports Medicine*, 15(2), 78-89.
- Jarvinen, T., Jarvinen, T., Kääriäinen, M., Kalimo, H., & Järvinen, M. (2005). Muscle injuries: biology and treatment *The American Journal of Sports Medicine*, 33(5), 745-764.
- Kathryn, A., Terence, B., Roald, B., Jens, B., Peter, B., Mario, B., . . . Philipp, T. (2009). F-MARC Football Medicine Manual 2nd Edition. In D. Jiri, J. Astrid & G. Katharina (Eds.).
- Krustrup, P., Mohr, M., Nybo, L., Jensen, J., Nielsen, J., & Bangsbo, J. (2006). The Yo-Yo IR2 Test: Physiological Response, Reliability, and Application to Elite Soccer. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 38(9), 1666-1673.
- Markovic, G., Didzar, D., Jukic, I., & Cardinale, M. (2004). Reliability and factorial validity of squat and countermovement jump tests *The Journal of Strength & Conditioning Research*, 18(3), 551-555.
- Matos, P. (2010). regras de ottawa para o tornozelo. *Revista de Medicina Desportiva*, 1(6), 6-7.
- Melo, L., Silva, M., Costa, I., Pires, F., & Campos, C. (2009). Relação da flexibilidade na velocidade de corrida de jogadores de futebol. *Revista Brasileira do Futebol*, 2(1), 36-44.
- Moreira, V., & Antunes, F. (2008). ENTORSES DO TORNOZELO Do Diagnóstico ao Tratamento-Perspectiva Fisiátrica. *Acta Médica Portuguesa*(21), 285-292.
- Mulligan, B. (2009). *Terapia Manual: Técnicas NAGS - SNAGS - MWM e Suas Variantes*.

- Prado, A., Fonseca, P., Rodrigues, C., & Vanz, F. (2004). O método iso-stretching na otimização das aptidões para a prática do futebol de campo. *Saúde*, 30(1-2), 57-64.
- Prentice, W. (2011). *Fisioterapia na prática esportiva* (Vol. 14 edição).
- Reilly, T., & Williams, M. (2003). *Science and Soccer - Second edition*.
- Sache, J., & Rudloff, K. (2003). *Coluna Vertebral - Terapia Manual: Exame e Tratamento de Alterações Músculo-esqueléticas* (4ª ed.).
- Sammarco, V. (2003). Principles and Techniques in Rehabilitation of the Athlete's Foot: Part III: Rehabilitation of Ankle Sprains. *Techniques in Foot & Ankle Surgery*, 2(3), 199-207.
- Schmitt, B., Tyler, T., & McHugh, M. (2012). Hamstring injury rehabilitation and prevention of reinjury using lengthened state eccentric training: a new concept. *The International Journal of Sports Physical Therapy*, 7(3), 333-341.
- Silva, P., Visconti, A., Teixeira, A., Seman, A., Lolla, J., Godoy, R., . . . Cordeiro, J. (1997). Avaliação funcional multivariada em jogadores de futebol profissional - uma metanálise. *Acta Fisiátrica*, 4(2), 65-81.
- Soares, J. (2007). *O treino do futebolista. Lesões e nutrição*. (P. Editora Ed. Vol. 2).
- Veiga, P., Daher, C., & Morais, M. (2011). Alterações posturais e flexibilidade da cadeia posterior nas lesões em atletas de futebol de campo. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 33(1), 235-248.
- Whiting, W., & Zernicke, R. (2008). *Biomecânica funcional e das lesões musculoesqueléticas* (Vol. segunda edição).
- Witvrouw, E., Danneels, L., Asselman, P., D'Have, T., & Cambier, D. (2003). Muscle flexibility as a risk factor for developing muscle injuries in male professional soccer players. A prospective study *The American Journal of Sports Medicine*, 31(1), 41-46.
- Wolfe, M., Uhl, T., Mattacola, C., & McCluskey, L. (2001). Management of Ankle Sprains. *American Family Physician*, 63(1), 93-104.
- Zoch, C., Fialka-Moser, V., & Quittan, M. (2003). Rehabilitation of ligamentous ankle injuries: a review of recent studies. *British Journal of Sports Medicine*, 37(4), 291-295.

Anexos



Anexo 1

Ficha de Avaliação

Atleta _____ Posição _____

Data: ___/___/___

Idade _____ Peso _____ Altura _____

Avaliação da composição corporal (pregas adiposas)

Peitoral _____ Abdominal _____ Coxa _____

Tricipital _____ Subescapular _____ Supra ilíaca _____

Axilar _____

Avaliação da capacidade cardiorrespiratória

- Yo-Yo Intermitent test _____

Avaliação da potência muscular

- Salto vertical _____

Avaliação da velocidade

- 20m _____

Avaliação da flexibilidade

- Sit and reach _____



Anexo 2. Plano alimentar entregue a um jogador

PEQUENO-ALMOÇO

250ml de leite magro, sem açúcar Ou 1 iogurte magro líquido/sólido

1 Pão de mistura / centeio / sementes (50g)

1 fatia de queijo tipo flamengo (-30% gordura) / fiambre de peru ou frango

Ou

250ml de leite magro, sem açúcar com aveia / granola / muesli

MEIO DA MANHÃ

1 iogurte magro líquido/sólido Ou leite achocolatado

1 Pão de mistura / centeio / sementes (50g)

1 fatia de queijo tipo flamengo (-30% gordura) / fiambre de peru ou frango / marmelada

ALMOÇO

Sopa (sempre no início da refeição)

Prato:

Metade do prato com HC (batata / arroz / massa)

¼ do prato com proteína (carne ou pescado, sem peles, espinhas e ossos / 1 ovo cozido médio / leguminosas – grão, feijão, ervilhas)

¼ do prato de hortícolas cozinhados ou crus (80g)

Bebida: água ou sumo natural

Sobremesa: 1 peça de fruta (160g) / aletria / arroz doce

PRÉ TREINO

1 Pão de mistura / centeio / sementes (50g)

1 fatia de queijo magro / fiambre de peru ou frango / marmelada

1 Iogurte magro líquido/sólido

PÓS TREINO

250ml de leite magro, sem açúcar Ou 1 iogurte magro líquido/sólido

1 Pão de mistura / centeio / sementes (50g)

1 fatia de queijo magro / fiambre de peru ou frango

Ou

Leite achocolatado

1 peça de fruta (160g)

JANTAR

Respeitar o determinado para o almoço, contudo alternando 1 refeição de carne e outra de peixe.

CEIA

250ml de leite magro, sem açúcar Ou 1 iogurte magro líquido/sólido

1 peça de fruta (160g)

Podes adicionar ‘1 mão’ de frutos secos (nozes, amêndoa, avelã, bagas goji, avelã, passas,

sementes de linhaça / girassol)

Ou

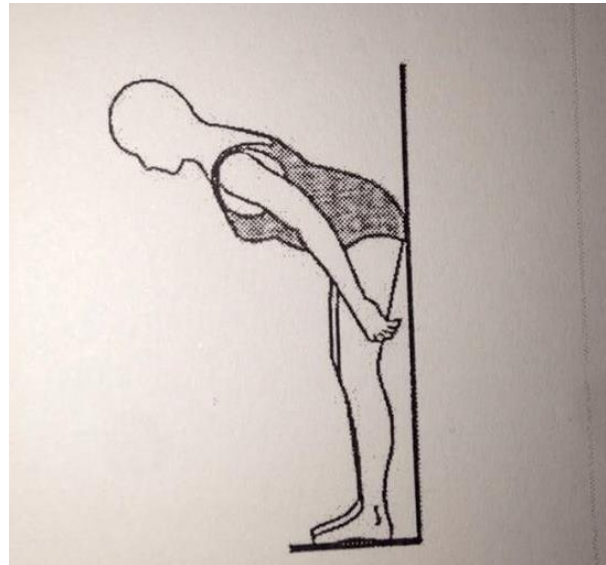
250ml de leite magro, sem açúcar Ou 1 iogurte magro líquido/sólido

Aveia / granola / muesli (5 colheres de sopa)

Anexo 3. Plano SGA



Rã no ar



Bailarina

Princípios:

- 15 min cada postura
- Iniciar no máximo de alongamento e ir alongando muito pouco de cada vez
- Conjuguar a postura com os exercícios respiratórios



Anexo 4: Plano da viagem de dois dias ao Algarve

Véspera de jogo

8h Pequeno-almoço Disponibilizar:

- Leite magro quente e frio / leite achocolatado / iogurte magro / café com leite
- Pão branco
- Marmelada / fiambre de peru / compota / queijo magro
- Cereais tipo 'Corn Flakes' · Bolacha tipo 'Maria'
- Aletria
- Banana / maçã

10h Meio da Manhã

- 1 Barra de cereais
- 1 Iogurte magro

13h00 Almoço

- Entradas: massa fria (alface, tomate, milho, atum bem escorrido e massa)
- Creme de legumes (servido, individualmente, à mesa)
- 1 Pão (sem manteiga) por pessoa
- Prato com: · Bife de frango; Arroz branco com ervilhas
- Sumo tipo 'Compal' / Água / 'Ice Tea'
- Fruta / Aletria / Arroz doce / Gelatina (de acordo com a preferência)

16h00 Meio da Tarde

- Leite achocolatado
- 1 Pão com fiambre de peru
- 1 banana

20h00 Jantar

- Entradas – massa fria (alface, tomate, milho, atum bem escorrido e massa)
- Creme de legumes (servido, individualmente, à mesa)
- 1 Pão (sem manteiga) por pessoa

- Prato com: Salmão, Batata e Salada
- Sumo tipo 'Compal' / Água / 'Ice Tea'
- Fruta / Aletria / Arroz doce / Gelatina (de acordo com a preferência)

22h00 Ceia

- 1 Iogurte magro
- 1 pacote 4 Bolacha tipo 'Maria'

Dia de jogo

8h Pequeno-almoço Disponibilizar:

- Leite magro quente e frio / leite achocolatado / iogurte magro / café com leite
- Pão branco
- Marmelada / fiambre de peru / compota / queijo magro
- Cereais tipo 'Corn Flakes'
- Bolacha tipo 'Maria'
- Aletria · Banana / maçã

10h Meio da Manhã

- 1 Barra de cereais
- 1 Iogurte magro

4h antes do jogo: 500ml de água

12h00 Almoço

- Entradas – massa fria (alface, tomate, milho, atum bem escorrido e massa)
- Creme de legumes (servido, individualmente, à mesa)

- 1 Pão (sem manteiga) por pessoa
- Prato com: Almôndegas e Massa branca
- Sumo tipo 'Compal' / Água / 'Ice Tea'
- Fruta / Aletria / Arroz doce / Gelatina (de acordo com a preferência)

2h antes do jogo: 400ml de água de bebida desportiva 'Powerede' (no caminho para o estádio)

14h30 Pré jogo

- 1 Pão com queijo magro
- 1 Sumo tipo 'Compal'

18h30 Pós jogo

- 1 Leite achocolatado
- 1 Pão com marmelada
- 1 banana
- 1 a 1,5L de água

21h30 Jantar

- Pizza (de massa alta com molho de tomate, queijo, fiambre, cogumelos, ananás)
- Coca-cola / água / sumo tipo 'Compal'

