

Abordagem fisioterapêutica da pubalgia em atletas de alto rendimento

Physiotherapeutic approach to pubalgia in high-performance athletes

Daniele Maria dos Santos Ramos¹

Marcelo Correia Mascarenhas²

Orientador: Leonardo Eglan Moreira da Costa

Resumo: A pubalgia em atletas de alto rendimento representa um desafio clínico significativo devido à sua natureza multifatorial e ao elevado impacto na performance desportiva. Este artigo apresenta uma revisão bibliográfica de natureza qualitativa com o objetivo de analisar as intervenções fisioterapêuticas mais eficazes no tratamento desta patologia. A pesquisa fundamenta-se em estudos publicados entre 2020 e 2026, destacando que a etiologia da lesão está predominantemente ligada ao desequilíbrio de forças entre a musculatura abdominal e adutora, além de restrições na mobilidade do quadril. Os resultados indicam que o diagnóstico preciso, baseado nas seis entidades clínicas do Acordo de Doha, é essencial para o sucesso terapêutico. Conclui-se que a abordagem conservadora é a estratégia mais utilizada, priorizando a reabilitação ativa com exercícios de carga progressiva, fortalecimento do core, técnicas de terapia manual e exercícios excêntricos de adutores. Tais intervenções permitem uma recuperação segura, minimizam o risco de recidivas e asseguram o retorno gradual do atleta ao nível máximo de competição.

Palavras-chave: Pubalgia. Fisioterapia Desportiva. Atletas de Alto Rendimento. Reabilitação.

Abstract: Athletic pubalgia in high-performance athletes represents a significant clinical challenge due to its multifactorial nature and high impact on sports performance. This article presents a qualitative literature review aiming to analyze the most effective physiotherapeutic interventions for treating this pathology. The research is based on studies published between 2020 and 2026, highlighting that the etiology of the injury is predominantly linked to the strength imbalance between the abdominal and adductor muscles, as well as hip mobility restrictions. The results indicate that an accurate diagnosis, based on the six clinical entities of

¹ Acadêmico do curso Fisioterapia do Centro Universitário IBMR. E-mail: daniele.mariaramos@gmail.com Artigo apresentado como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Fisioterapia do IBMR 2026 Orientador: Prof. Leonardo Eglan Moreira da Costa, Mestre em Ciências da Reabilitação.

² Acadêmico do curso Fisioterapia do Centro Universitário IBMR. E-mail: celomascarenhas@hotmail.com Artigo apresentado como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Fisioterapia do IBMR 2026 Orientador: Prof. Leonardo Eglan Moreira da Costa, Mestre em Ciências da Reabilitação.

the Doha Agreement, is essential for therapeutic success. It is concluded that the conservative approach is the strategy of choice, prioritizing active rehabilitation with progressive loading exercises, core strengthening, manual therapy techniques, and eccentric adductor exercises. Such interventions allow for a safe recovery, minimize the risk of recurrence, and ensure the athlete's gradual return to the maximum level of competition.

Keywords: Athletic Pubalgia. Sports Physical Therapy. High-Performance Athletes. Rehabilitation.

1 INTRODUÇÃO

A pubalgia é definida como uma síndrome dolorosa que afeta a região da sínfise púbica e as estruturas musculotendíneas adjacentes. No esporte de alto rendimento, essa condição é um desafio constante para equipes de saúde devido à sua natureza multifatorial e ao impacto direto na carreira do atleta (GOMES; VILAR; AUGUSTO, 2023). Modalidades que exigem mudanças rápidas de direção, acelerações bruscas e movimentos de chute, como o futebol, apresentam as maiores taxas de incidência, podendo atingir até 58% dos jogadores profissionais em algum momento da temporada (SANTOS, 2023).

Do ponto de vista fisiopatológico, a pubalgia surge principalmente de um desequilíbrio de forças entre a musculatura abdominal e os adutores do quadril. Enquanto os músculos abdominais exercem uma tração superior na pelve, os adutores realizam uma tração inferior. Quando há fraqueza ou falta de coordenação entre esses grupos, a sínfise púbica sofre uma sobrecarga mecânica excessiva (MATOS; LIMA, 2024). Microtraumas repetitivos nessa região geram processos inflamatórios que, se não tratados adequadamente, podem evoluir para lesões crônicas e degeneração óssea (DUDAI; PAAJANEN, 2026).

A fisioterapia desportiva desempenha um papel determinante na reabilitação desses atletas. O foco do tratamento contemporâneo deixou de ser apenas o controle da dor para concentrar-se na correção da biomecânica e na estabilização do *core* (TEDESCHI et al., 2025). Estratégias que combinam terapia manual, fortalecimento específico e controle de carga têm demonstrado alta eficácia, permitindo que o tratamento conservador evite, na maioria dos casos, a necessidade de intervenções cirúrgicas (PEIXOTO et al., 2022).

Além dos desequilíbrios musculares, a literatura aponta que a restrição da mobilidade na articulação do quadril é um fator crítico para o desenvolvimento da pubalgia. Quando o atleta apresenta uma redução na rotação interna ou externa do fêmur, a pelve é forçada a compensar esse movimento, aumentando o estresse de cisalhamento sobre a sínfise púbica durante gestos técnicos complexos (SANTOS, 2023). Essa sobrecarga crônica não afeta apenas o osso, mas compromete a integridade dos tendões inseridos no púbis, podendo

resultar em quadros de tendinopatia de difícil resolução se a causa mecânica primária não for corrigida (MATOS; LIMA, 2024).

A complexidade clínica da pubalgia em atletas de elite também se deve ao fato de que os sintomas muitas vezes se confundem com outras patologias da região inguinal, como as hérnias abdominais ou o impacto femoroacetabular. Por esse motivo, o diagnóstico diferencial e a avaliação funcional detalhada são etapas indispensáveis para o sucesso da intervenção (PEIXOTO et al., 2022).

A compreensão de que a dor é apenas a manifestação final de uma disfunção de movimento permite que a equipe de saúde trace metas terapêuticas que vão além do repouso, integrando exercícios de controle motor que preparam o tecido para suportar as cargas elevadas do esporte profissional (DUDAI; PAAJANEN, 2026).

Portanto, a reabilitação moderna deve ser encarada como um processo dinâmico e interdisciplinar. Protocolos que negligenciam a fase de transição para o campo tendem a apresentar altas taxas de reaparecimento da dor, uma vez que a sínfise púbica precisa de estabilidade dinâmica para lidar com as forças rotacionais inerentes à prática esportiva (TEDESCHI et al., 2025).

Este artigo tem como objetivo analisar as intervenções fisioterapêuticas mais eficazes no tratamento da pubalgia em atletas de elite. Para isso, serão discutidos os protocolos de reabilitação desde a fase inflamatória até a preparação final para o retorno às competições, fundamentando-se nas evidências científicas e práticas clínicas descritas na literatura especializada.

1.1 Metodologia

A metodologia utilizada neste artigo se baseia em um levantamento de referências bibliográficas publicadas, como artigos científicos e revisões de literatura que abordam o tema proposto. O estudo caracteriza-se como uma revisão bibliográfica de natureza qualitativa e descritiva, cujo objetivo primordial é a descrição das intervenções fisioterapêuticas e a análise dos protocolos de reabilitação vigentes na literatura especializada.

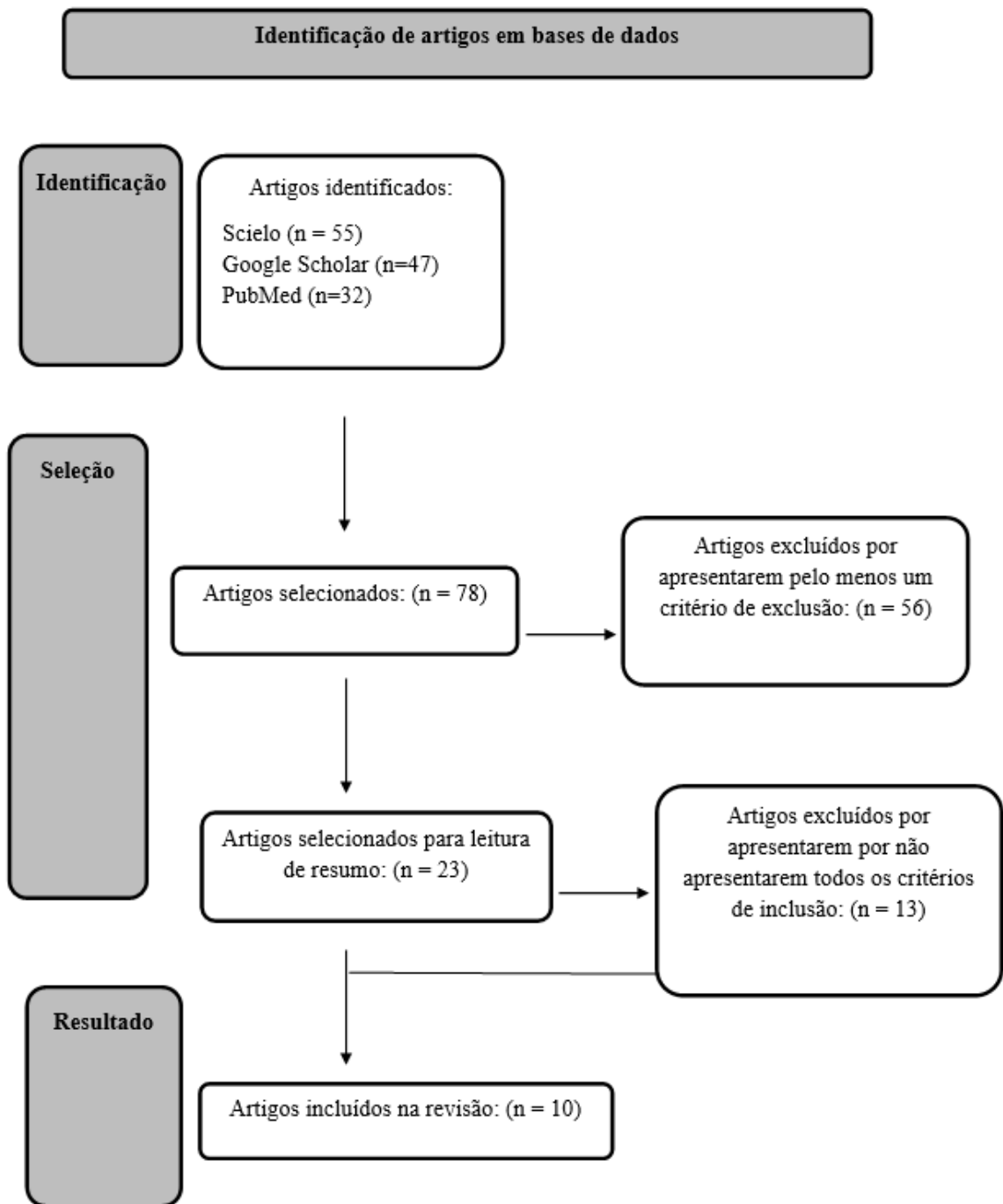
Para o levantamento bibliográfico, foi realizada uma busca sistemática utilizando os descritores em português: "pubalgia", "fisioterapia desportiva", "atletas de alto rendimento" e "reabilitação". Já os descritores em inglês foram: "athletic pubalgia", "sports physical therapy", "high-performance athletes" e "rehabilitation". Para a seleção das produções científicas, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos originais e de revisão

publicados em português e inglês no período de 2020 a 2026, disponíveis na íntegra em bases de dados como Scielo, PubMed, Google Acadêmico e em periódicos específicos da área de fisioterapia e medicina esportiva.

Durante a busca inicial, foram identificados estudos que atendiam aos descritores propostos. Após a leitura exploratória dos títulos e resumos, foram selecionados os trabalhos que apresentavam dados relevantes sobre a etiologia, o diagnóstico diferencial e, especificamente, as técnicas de tratamento conservador (terapia manual, fortalecimento do *core* e controle de carga). Foram excluídos artigos que tratavam exclusivamente de intervenções cirúrgicas ou que não focavam em atletas de elite.

Assim, o resultado final foi a seleção de 10 artigos principais para fundamentar os resultados e discussões desta pesquisa. Após a seleção da amostra final, as seguintes variáveis foram extraídas das publicações: título, objetivos, protocolos de intervenção e critérios de retorno ao esporte. Com base nessas seções, foram construídos os tópicos que permitiram responder ao problema abordado dentro do estudo, correlacionando as evidências científicas com a prática clínica desportiva. O fluxograma abaixo (figura 1) apresenta o processo de seleção dos artigos.

Figura 1 - Fluxograma da metodologia da etapa de seleção e inclusão dos estudos



Para facilitar a visualização dos dados extraídos e fundamentar a discussão subsequente, os principais elementos de cada obra foram sintetizados no Quadro 1.

Autor(es) e Ano	Título do Artigo	Objetivo do Estudo	Conclusões
BUENO et al.	Atuação da fisioterapia na fase aguda da pubalgia em atletas masculinos de futebol profissional	Analisar ferramentas para controle de dor e inflamação na fase inicial.	O uso de laser de baixa intensidade e crioterapia é eficaz na redução do edema e hipersensibilidade inicial.
DUARTE; FERRO (2026)	Atuação da fisioterapia no tratamento da pubalgia em atletas de alto rendimento	Avaliar a eficácia de protocolos para retorno seguro ao esporte.	A reabilitação deve ser global, integrando a cadeia cinética e evitando liberações precipitadas para prevenir reincidência.
DUDAI; PAAJANEN (2025)	Narrative Review and Clinical Recommendations for Sportsmans Hernia and Athletic Pubalgia	Classificar a patologia e propor recomendações baseadas em 30 anos de experiência.	Define as seis entidades clínicas e a necessidade de retreinamento do controle motor e padrões de recrutamento muscular.
GOMES; VILAR; AUGUSTO (2023)	Pubalgia em atletas de baixo e alto rendimento: Etiologia e Tratamento Fisioteraputico	Comparar a etiologia e as abordagens de tratamento em diferentes níveis de rendimento.	O repouso relativo é superior ao absoluto para manter o trofismo muscular; foco em critérios funcionais para o retorno.
MATOS; LIMA (2024)	A abordagem fisioterapêutica na prevenção e tratamento da pubalgia em jogadores de futebol masculino	Analisar o equilíbrio muscular e as práticas atuais de prevenção.	A lesão surge do desequilíbrio entre abdominais e adutores; fortalecimento sinérgico é a base da cura.
PEIXOTO et al. (2022)	Dor na virilha em atletas de futebol: da avaliação ao tratamento	Descrever o processo desde o diagnóstico diferencial até a alta.	A estabilização do core atua como um cinturão biológico, reduzindo o estresse compressivo no púbis.
SANTOS (2023)	Eficácia da terapia manual na reabilitação de pubalgias em atletas de futebol	Verificar o impacto das técnicas manuais na mobilidade e dor.	A mobilização da articulação coxofemoral redistribui as forças de cisalhamento e reduz compensações inadequadas.

Autor(es) e Ano	Título do Artigo	Objetivo do Estudo	Conclusões
TEDESCHI et al. (2025)	Optimizing conservative management of groin pain in athletes	Otimizar a gestão conservadora através de revisão de evidências recentes.	O treinamento excêntrico de adutores promove a reorganização das fibras de colágeno e aumenta a resiliência do tendão.
THORBORG; SHEEN (2026)	Inguinal-related groin pain and/or disruption in athletes	Estabelecer padronização terminológica e estratégias de manejo.	Programas de reabilitação ativa com carga progressiva são superiores a intervenções passivas.
RAMOS; MASCARENHAS (2026)	Abordagem fisioterapêutica da pubalgia em atletas de alto rendimento	Analisar as intervenções mais eficazes baseadas em evidências científicas.	A integração entre fortalecimento do core, equilíbrio de adutores e controle de carga assegura a longevidade da carreira.

2 PUBALGIA EM ATLETAS DE ALTO RENDIMENTO

2.1 Etiologia e fatores de risco no alto rendimento

A etiologia da pubalgia em atletas de elite é predominantemente mecânica, resultando de um processo de sobrecarga crônica na sínfise púbica. No esporte de alto rendimento, a exigência física extrema expõe a região pélvica a forças de cisalhamento constantes. De acordo com Matos e Lima (2024), a lesão manifesta-se principalmente quando existe uma discrepância de força entre a musculatura abdominal, que traciona o púbis superiormente, e a musculatura adutora, que exerce uma tração inferior. Este desequilíbrio gera uma instabilidade na articulação, transformando movimentos fisiológicos em estímulos lesivos.

Das modalidades esportivas, a com o maior índice percentual de casos é de jogadores de futebol (50%), seguido dos corredores de longa distância (maratonistas) que acumulam uma porcentagem de 20%, enquanto que os jogadores de rugby contribuem com 18%, os tenistas com 8 % e as demais atividades detêm 4%. Os principais sintomas podem aparecer na região de adutores, ao levantar-se, podendo surgir, também, na parte inferior dos abdominais e, no homem, ao redor dos testículos. Também podem ocorrer dores mistas tanto em abdominais quanto em adutores. A dor pode manifestar-se durante a prática de um exercício com ritmos e direções alternadas, podendo desaparecer com caminhadas e movimentos suaves (DUARTE, FERRO 2026, p.2)

Dentre os fatores de risco intrínsecos, a literatura destaca a redução da mobilidade da articulação coxofemoral e o encurtamento das cadeias musculares posteriores e adutoras. Santos (2023) afirma que a perda de amplitude de movimento no quadril obriga a sínfise púbica a compensar a carga rotacional durante o gesto esportivo, como no momento de um chute de longa distância ou em mudanças súbitas de direção. Além disso, a fraqueza dos músculos estabilizadores do tronco (*core*) compromete a dissipação de energia cinética, concentrando o estresse mecânico na região inguinal (GOMES; VILAR; AUGUSTO, 2023).

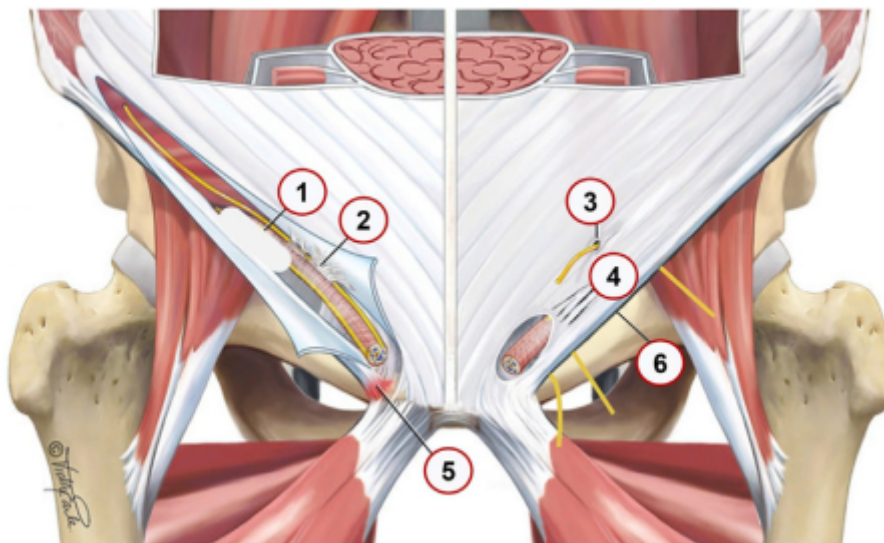
No que diz respeito aos fatores extrínsecos, o volume elevado de treinamentos e a densidade do calendário de competições são determinantes. A ausência de períodos adequados de recuperação tecidual favorece a transição de um quadro inflamatório agudo para uma condição degenerativa crônica (PEIXOTO et al., 2022). Outros elementos, como a transição entre diferentes tipos de solo (gramado natural para sintético) e a utilização de calçados que não oferecem o amortecimento ou a tração necessária, também atuam como catalisadores para o agravamento da lesão, consolidando a pubalgia como uma patologia de sobrecarga funcional típica do esporte de elite.

2.2 Diagnóstico diferencial e avaliação funcional

O diagnóstico da pubalgia em atletas de elite é complexo, uma vez que a dor na região inguinal pode ser originada por diversas patologias. É fundamental diferenciar a pubalgia de condições como o impacto femoroacetabular, hérnias abdominais, tendinopatias do psoas e compressões nervosas (PEIXOTO et al., 2022). De acordo com Dudai e Paaanen (2026), a lesão geralmente progride em fases. Inicialmente, localiza-se nos tecidos moles da virilha e, em estágios avançados, estende-se ao osso púbico, o que torna a avaliação clínica precoce um fator determinante para o prognóstico.

Para facilitar essa identificação, Dudai e Paaanen (2026) utilizam um modelo que detalha as entidades clínicas da dor na virilha apresentado na figura 2.

Figura 2 – Localizações anatômicas de 1 a 6 e achados patológicos na região inguinal



Fonte: Dudai e Paajanen (2026)

O número um representa a dor relacionada aos adutores, localizada na face interna da coxa. O número dois indica a dor relacionada ao músculo iliopsoas, sentida na região anterior do quadril. O número três refere-se à dor relacionada à região inguinal, situada no canal inguinal. O número quatro aponta a dor relacionada ao púbis, que ocorre especificamente na sínfise púbica.

As duas áreas seguintes identificam dores que não se originam nos tecidos moles da virilha. O número cinco abrange a dor relacionada à articulação do quadril, como nos casos de impacto femoroacetabular. Por fim, o número seis engloba outras causas diversas que podem simular uma pubalgia. Esta sequência numérica permite que o profissional avalie sistematicamente cada estrutura, garantindo que o tratamento seja direcionado exatamente para a área afetada.

Thorborg e Sheen (2026) explicam que o Acordo de Doha definiu nomes específicos para cada tipo de dor na região da virilha, o que ajuda muito na hora de dar o diagnóstico correto. Segundo os autores, a dor não deve ser chamada apenas de pubalgia, mas sim classificada de acordo com o local exato da lesão, como dor nos adutores, no músculo iliopsoas, no canal inguinal ou diretamente no osso do púbis. No caso de atletas de elite, eles usam o termo *disrupção inguinal* para descrever falhas nos tecidos e tendões que se ligam à virilha. Essa distinção é importante porque exige um exame clínico muito detalhado para que o médico ou fisioterapeuta não confunda o problema com uma hérnia comum, já que os tratamentos são diferentes (THORBORG; SHEEN, 2026).

A avaliação funcional deve ser detalhada e focar na reprodução dos sintomas através de testes de provocação. Entre os mais utilizados estão o *Squeeze Test* (teste de compressão com os joelhos em diferentes ângulos), que avalia a integridade e a dor na sínfise púbica, e os testes de força de resistência contra o movimento de adução (SANTOS, 2023). Além dos testes de dor, a análise biomecânica é indispensável para identificar padrões de movimento deficientes que alimentam a patologia, como a instabilidade pélvica durante o apoio unipodal e a falta de controle motor lombo-pélvico (MATOS; LIMA, 2024).

A utilização de exames de imagem, como a ressonância magnética, auxilia na identificação de edema ósseo na sínfise púbica ou roturas tendíneas, mas o diagnóstico deve ser predominantemente clínico. Conforme apontado por Tedeschi et al. (2025), a correlação entre os achados de imagem e a capacidade funcional do atleta é o que direciona a conduta fisioterapêutica, permitindo que o profissional identifique se a causa da dor é uma instabilidade articular ou um desequilíbrio puramente muscular (GOMES; VILAR; AUGUSTO, 2023).

2.3 Intervenções Fisioterapêuticas

O tratamento fisioterapêutico para a pubalgia em atletas de alto rendimento é prioritariamente conservador, apresentando altos índices de sucesso quando fundamentado na correção das disfunções biomecânicas. Segundo Gomes, Vilar e Augusto (p.11)

Em geral, as técnicas conservadoras mais utilizadas são analgesia, por meio de aparelhos eletrotermofototerápicos e crioterapia; treino de flexibilidade dos músculos ligados ao púbis/ estabilizadores lombopélvicos; correção do desequilíbrio de força; mobilização da articulação sacroilíaca; adaptação do calçado que favoreça o menor impacto biomecânico; treino de propriocepção, fase de retorno ao esporte.

A abordagem inicial deve concentrar-se no controle do processo inflamatório e na modulação da dor, utilizando recursos de eletrotermofototerapia que auxiliam na reparação tecidual. Bueno et al. (2024) destacam que a aplicação de laser de baixa intensidade e a crioterapia são ferramentas eficazes para reduzir o edema e a hipersensibilidade na região da sínfise púbica, permitindo que o atleta inicie precocemente as etapas de reabilitação funcional sem o agravamento do quadro.

Diferente de outras patologias, o repouso absoluto é frequentemente contraindicado para atletas de elite, uma vez que a inatividade prolongada pode levar à atrofia muscular e à

perda de condicionamento cardiovascular. O conceito de repouso relativo é adotado, onde se eliminam os gestos esportivos de alto impacto e cisalhamento, substituindo-os por atividades controladas que não sobrecarreguem a sínfise púbica (GOMES; VILAR; AUGUSTO, 2023). Essa gestão de carga é fundamental para manter o trofismo muscular enquanto o tecido tendíneo e ósseo recupera sua integridade estrutural, evitando que o afastamento prejudique a performance futura do indivíduo.

Thorborg e Sheen (2026) também defendem que o tratamento de escolha deve ser o conservador. Eles reforçam que exercícios ativos, com aumento gradual de carga, funcionam melhor do que tratamentos passivos em que o atleta não se exercita. Além disso, os autores destacam que o atleta precisa entender como o treino ajuda na recuperação do corpo. Essa compreensão evita o medo de se movimentar, condição conhecida como cinofobia, que costuma atrapalhar o fortalecimento e a proteção da região pélvica.

A terapia manual também surge como uma ação essencial na restauração da mobilidade articular e na redução das tensões miofasciais que alimentam a disfunção pélvica. Segundo Santos (2023, p.2)

A Terapia Manual (TM) é um agrupamento de técnicas desenvolvidas para serem usadas pelos fisioterapeutas para tratar e prevenir vários tipos de lesões (muscular, articular, meniscal etc.), podendo o fisioterapeuta tocar, sentir e avaliar cada movimento muscular ou articular e assim descrever a melhor conduta ou técnica possível para o paciente. Entende-se que, a terapia manual é frequentemente utilizada em todos os tipos de pacientes como por exemplo: pacientes neurológicos, ortopédicos, atletas de alto rendimento e até mesmo em crianças e bebês

Santos (2023) reforça que a aplicação de técnicas de mobilização na articulação coxofemoral ajuda a redistribuir as forças que incidem sobre o púbis, reduzindo a compensação mecânica inadequada. Além disso, a liberação miofascial dos músculos adutores e do iliopsoas é essencial para normalizar o tônus muscular, aliviando a tração excessiva exercida sobre a sínfise e melhorando a percepção subjetiva de dor do atleta durante as atividades diárias.

A progressão do tratamento deve contemplar o equilíbrio entre as cadeias musculares antagonistas, especificamente entre o reto abdominal e os adutores do quadril. De acordo com Matos e Lima (2024), a pubalgia é alimentada por forças na região pélvica, e a fisioterapia deve atuar no fortalecimento sinérgico desses grupos. Exercícios isométricos iniciais evoluem para dinâmicos, buscando não apenas o ganho de massa muscular, mas a

coordenação neuromuscular necessária para estabilizar a pelve durante movimentos complexos como o chute e a corrida multidirecional.

O treinamento do *core* ou estabilização segmentar lombo-pélvica é indispensável para fornecer uma base sólida aos movimentos dos membros inferiores. Peixoto et al. (2022) afirmam que a ativação profunda de músculos como o transverso do abdômen e os multifídeos reduz o estresse compressivo na sínfise púbica, atuando como um cinturão biológico. Sem um controle motor adequado dessa região, qualquer fortalecimento periférico será insuficiente, pois a pelve continuará a sofrer microtraumas decorrentes da instabilidade dinâmica durante o esforço físico intenso.

Além disso, a utilização de exercícios excêntricos para a musculatura adutora tem ganhado destaque na literatura como uma das formas mais eficazes para tratar tendinopatias associadas à pubalgia. Tedeschi et al. (2025) explicam que o treinamento excêntrico promove a reorganização das fibras de colágeno e aumenta a capacidade de absorção de carga do tendão, tornando-o mais resiliente às forças de tração do esporte.

Essa fase deve incluir avaliações frequentes da força muscular, flexibilidade e controle neuromuscular, com o uso de testes funcionais para garantir que o atleta esteja pronto para o retorno às competições. O retorno ao esporte após uma pubalgia deve ser cuidadosamente monitorado, com planos individualizados de reabilitação que levem em consideração a progressão gradual de atividades específicas do esporte (MATOS, LIMA, 2024, p. 2699)

Além do foco local, a abordagem deve ser global, corrigindo disfunções em articulações adjacentes como a coluna lombar e os joelhos. Duarte e Ferro (2026) salientam que alterações na biomecânica do pé ou fraqueza do glúteo médio podem gerar vetores de força que sobrecarregam a região inguinal. Portanto, o fisioterapeuta deve implementar exercícios que integrem toda a cadeia cinética, assegurando que o corpo do atleta funcione de maneira harmoniosa e que a sínfise púbica deixe de ser o ponto de maior estresse durante a prática esportiva.

Além disso, hidroterapia também é frequentemente utilizada como um recurso auxiliar valioso, especialmente nas fases intermediárias da reabilitação de atletas de alto rendimento. A redução da gravidade no ambiente aquático permite a realização de exercícios de marcha e saltos controlados com menor impacto articular, favorecendo a manutenção da agilidade (BUENO et al., 2024). Essa modalidade serve como uma ponte segura entre a fisioterapia em ambiente clínico e as atividades de campo, auxiliando na transição psicológica e física do atleta que se prepara para retornar à sua rotina competitiva.

O treinamento proprioceptivo e de controle motor refinado encerra o ciclo de intervenções antes da liberação total para o esporte. Dudai e Paaanen (2026) explicam que a pubalgia altera os padrões de recrutamento muscular, e o cérebro precisa ser retreinado para ativar os músculos corretos no tempo certo. O uso de plataformas instáveis e exercícios que simulam as mudanças de direção específicas da modalidade esportiva devolvem ao atleta a confiança necessária para realizar movimentos de explosão sem o receio de novas lesões ou desconfortos.

Diante do exposto, a análise comparativa entre as obras selecionadas permite identificar uma convergência significativa quanto à superioridade da reabilitação ativa, porém existem nuances que merecem destaque. Enquanto Tedeschi et al. (2025) enfatizam que o treinamento excêntrico de adutores deve ser iniciado de forma precoce para estimular a mecanotransdução tendínea, Thorborg e Sheen (2026) sugerem uma abordagem mais cautelosa, priorizando inicialmente a estabilização isométrica da sínfise púbica. Essa divergência é fundamental para o fisioterapeuta desportivo, pois a aplicação prematura de cargas excêntricas em tecidos com alto grau de ruptura inguinal pode, segundo o modelo de Dudai e Paaanen (2026), agravar o processo inflamatório. Portanto, a progressão não deve ser linear, mas sim pautada na resposta biológica individual de cada atleta às cargas impostas.

Outro ponto de debate nas discussões de Matos e Lima (2024) e Santos (2023) refere-se à importância relativa da terapia manual versus o fortalecimento isolado. Santos (2023) defende que sem a restauração da mobilidade artrocinemática do quadril, qualquer ganho de força nos adutores será anulado por compensações na coluna lombar. Em contrapartida, as evidências mais recentes de 2026 indicam que a terapia manual deve atuar apenas como um facilitador analgésico, não devendo ocupar o tempo principal da sessão de reabilitação. O foco deve permanecer no que os autores denominam como reabilitação baseada em critérios funcionais, onde o atleta só progride para fases de impacto quando demonstra controle motor de excelência em gestos unipodais.

A eficácia do tratamento conservador não deve se restringir apenas ao fortalecimento muscular, mas precisa englobar a restauração da amplitude de movimento da articulação coxofemoral. Segundo Santos (2023), a restrição na rotação interna e na extensão do quadril é um achado comum em atletas de alto rendimento com pubalgia. Quando o quadril não possui mobilidade suficiente para absorver os impactos rotacionais inerentes ao gesto esportivo, como o chute e a mudança de direção, essa energia é transferida diretamente para a sínfise púbica. A terapia manual entra, portanto, como uma ferramenta para liberar as tensões

miofasciais e restaurar o jogo articular, permitindo que os exercícios de fortalecimento sejam realizados sem compensações biomecânicas.

Matos e Lima (2024) reforçam que a intervenção manual deve priorizar a liberação dos músculos psoas, íliaco e pectíneo, que frequentemente se encontram em estado de hipertonia protetora. Ao reduzir a tensão desses grupos musculares, o fisioterapeuta consegue diminuir a pressão compressiva sobre o osso púbico. Além disso, a mobilização com movimento (MWM) é uma técnica que tem ganhado destaque por permitir que o atleta realize o movimento doloroso enquanto o terapeuta aplica um deslize articular, promovendo uma reprogramação neurofisiológica imediata da dor. Esta fase preparatória é essencial para que o atleta consiga progredir com segurança para os exercícios de carga, garantindo que o sistema musculoesquelético esteja alinhado para suportar o estresse mecânico.

A integração entre a manipulação tecidual e os exercícios de mobilidade ativa cria um ambiente favorável para a cicatrização dos tecidos moles. Conforme discutido por Ramos e Mascarenhas (2026), a falha em abordar as restrições articulares é um dos motivos pelos quais a dor frequentemente retorna quando o atleta aumenta a intensidade dos treinos. Portanto, o protocolo de tratamento deve ser híbrido, utilizando a terapia manual para iniciar e o exercício ativo para consolidar a estabilidade.

Percebe-se então que a intervenção fisioterapêutica na pubalgia é um processo amplo que pode combinar tecnologia, terapia manual e exercícios terapêuticos específicos. A eficácia do tratamento reside na capacidade do profissional em identificar a causa primária da sobrecarga e aplicar um protocolo que respeite a fisiologia da cicatrização tecidual. Ao integrar o fortalecimento do *core* com o equilíbrio dos adutores e o controle de carga, a fisioterapia assegura não apenas a cura da lesão atual, mas a longevidade da carreira do atleta de alto rendimento no cenário competitivo.

2.4 Carga progressiva e reabilitação ativa

A transição da fase analítica para a funcional na reabilitação da pubalgia exige um controle rigoroso da carga de trabalho, conforme fundamentado nos estudos de Tedeschi et al. (2025) e Thorborg e Sheen (2026). O foco principal deixa de ser apenas a redução da dor e passa a ser a resiliência do tecido tendíneo e a coordenação neuromuscular. Um dos pilares dessa fase é o treinamento excêntrico dos adutores, que demonstrou ser a intervenção com maior nível de evidência para a reorganização das fibras de colágeno e o aumento da capacidade de absorção de energia pelo tendão.

A aplicação dessas cargas deve ser feita de forma sistemática, começando com exercícios isométricos em diferentes ângulos de abdução para, em seguida, progredir para movimentos excêntricos lentos e, finalmente, para ações explosivas que simulam o gesto esportivo. Esse escalonamento é vital para evitar que a sínfise púbica sofra forças de cisalhamento que superem sua capacidade de estabilização mecânica.

A integração do controle motor é outro diferencial destacado na literatura recente, especialmente no modelo de Dudai e Paajanen (2026). O retreinamento sensoriomotor foca na correção do timing de ativação dos músculos profundos do tronco, especificamente o transverso do abdome e os multífidos. Em atletas com pubalgia, observa-se frequentemente um atraso nessa ativação, o que deixa a pelve vulnerável durante movimentos de apoio unipodal ou mudanças de direção.

O trabalho fisioterapêutico deve, portanto, incluir exercícios de estabilização dinâmica que desafiem o equilíbrio em superfícies instáveis, forçando o sistema nervoso central a recrutar a musculatura do core de maneira antecipatória. Esta abordagem não apenas trata a lesão instalada, mas reprograma o padrão de movimento do atleta, reduzindo a sobrecarga constante na região inguinal.

Além do fortalecimento, a avaliação da mobilidade da articulação coxofemoral, conforme enfatizado por Santos (2023), deve ser mantida como uma prioridade constante. Restrições na rotação interna do quadril forçam a sínfise púbica a realizar movimentos compensatórios para os quais não foi anatomicamente projetada. Portanto, a terapia manual deve ser combinada com exercícios de mobilidade ativa para garantir que as forças geradas durante a corrida e o chute sejam distribuídas de forma eficiente pela cadeia cinética. A falha em restaurar essa mobilidade é citada como um dos principais fatores para o desenvolvimento de dores crônicas e para o insucesso do tratamento conservador em longo prazo.

Para finalizar a progressão, a utilização de critérios quantitativos de força torna-se o guia para a segurança do atleta. Estudos indicam que a simetria de força entre os adutores direito e esquerdo deve ser superior a 90% antes de permitir que o desportista retorne aos treinamentos com contato físico.

O uso de testes de força de prensão (squeeze test) em diferentes graus de flexão do quadril fornece dados objetivos que eliminam a subjetividade da alta fisioterapêutica. A combinação entre a capacidade de gerar força explosiva sem dor e a excelência no controle motor da pelve constitui a base do protocolo de sucesso descrito pelos autores revisados. Essa estrutura de reabilitação assegura que o retorno ao alto rendimento ocorra com o menor risco possível de retorno da lesão, preservando a longevidade da carreira profissional.

2.5 Critérios para o retorno ao esporte

A transição do atleta de alto rendimento da fase de reabilitação para a competição ativa deve ser conduzida com base em critérios funcionais objetivos e não apenas no tempo cronológico de recuperação. De acordo com Duarte e Ferro (2026), a liberação precipitada é um dos principais fatores que contribuem para a cronicidade da pubalgia e para a ocorrência de retorno do problema. O critério primário indispensável é a ausência total de dor durante a realização de gestos desportivos específicos, como o remate, o salto e a mudança de direção em velocidade máxima (SANTOS, 2023).

A avaliação da força muscular é outro pilar determinante para a segurança do atleta. Recomenda-se que o rácio de força entre os músculos adutores e abdutores do quadril esteja equilibrado, com os adutores apresentando pelo menos 90% da força do lado contralateral ou em relação aos valores de pré-temporada do próprio atleta (MATOS; LIMA, 2024). Peixoto et al. (2022) salientam que a simetria de força e a capacidade de manter a estabilidade pélvica durante testes de carga unipodal indicam que a sínfise púbica está apta a suportar as forças de cisalhamento inerentes ao futebol e outras modalidades de elite.

Finalmente, o atleta deve passar por uma fase de treino de campo progressivo, onde o fisioterapeuta monitoriza a resposta tecidual após sessões que simulam a exigência de um jogo real.

Tedeschi et al. (2025) reforçam que a confiança psicológica do atleta e a restauração completa da agilidade neuromuscular são os indicadores finais de sucesso. Uma vez cumpridos estes requisitos, o retorno deve ser gradual, controlando os minutos em campo nas primeiras semanas até que o atleta recupere o seu ritmo competitivo total sem manifestações de dores residuais (GOMES; VILAR; AUGUSTO, 2023).

2.6 Estratégias de manutenção e prevenção de novas lesões

A conclusão da reabilitação não encerra o cuidado fisioterapêutico, uma vez que a literatura aponta altas taxas de reincidência em atletas que negligenciam a manutenção dos ganhos funcionais. Segundo Matos e Lima (2024), a prevenção de novas crises de pubalgia depende da continuidade dos programas de equilíbrio muscular, mesmo após o desaparecimento total dos sintomas. O atleta deve integrar em sua rotina de aquecimento exercícios de ativação da musculatura profunda e alongamentos dinâmicos que preservem a

mobilidade coxofemoral. Esta prática constante evita que pequenos desequilíbrios biomecânicos se acumulem durante a temporada exaustiva, garantindo que a sínfise púbica permaneça protegida contra sobrecargas assimétricas.

Duarte e Ferro (2026) apontam que muitos protocolos falham por não incluírem a fase de retorno gradual ao gesto técnico específico, como o chute de longa distância e as mudanças de direção em gramados molhados. A falta de exposição controlada a esses fatores extrínsecos, mencionada por Gomes, Vilar e Augusto (2023), é o que frequentemente leva ao insucesso do tratamento conservador em longo prazo. Conclui-se, a partir dos autores analisados, que a fisioterapia moderna para a pubalgia exige um equilíbrio delicado entre a proteção do tecido lesionado e a exposição progressiva ao estresse mecânico, garantindo que o complexo púbico se torne resiliente o suficiente para as demandas extremas do esporte profissional.

Ramos e Mascarenhas (2026) enfatizam que o monitoramento da carga de treinamento é o fator determinante para a longevidade da carreira do desportista. Isso envolve uma comunicação estreita entre a equipe de fisioterapia e a preparação física para ajustar o volume de treinos técnicos e táticos sempre que surgirem sinais de fadiga neuromuscular. A utilização de protocolos de monitoramento diário, que avaliam a qualidade do sono, o nível de dor residual e a prontidão física, permite intervenções preventivas imediatas. Quando o monitoramento indica uma queda na performance mecânica, o fisioterapeuta deve intervir com técnicas de recuperação tecidual e ajustes na intensidade dos exercícios, impedindo que o estresse acumulado evolua para um quadro inflamatório crônico.

A educação do atleta e da comissão técnica também é um pilar destacado por Thorborg e Sheen (2026) para a sustentabilidade dos resultados. O entendimento de que a pubalgia é uma lesão de sobrecarga e não apenas um evento agudo muda a forma como o atleta encara os sinais de desconforto inicial. Ao reportar precocemente qualquer alteração na região inguinal, o atleta possibilita que a equipe de saúde realize manobras de ajuste e fortalecimento específico, evitando afastamentos prolongados. Esta cultura de prevenção, apoiada em evidências científicas e no uso de critérios objetivos de força, é o que assegura que o atleta de elite mantenha sua performance máxima ao longo dos anos, reduzindo drasticamente as chances de interrupções na carreira por novas lesões recorrentes.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta pesquisa permitiu uma análise sobre a eficácia da abordagem fisioterapêutica no tratamento da pubalgia em atletas de alto rendimento, consolidando a ideia de que o sucesso clínico depende de uma visão sistêmica e funcional. O estudo evidenciou que a pubalgia não deve ser encarada como uma lesão isolada, mas como uma síndrome complexa decorrente de desequilíbrios biomecânicos específicos, principalmente entre a musculatura abdominal e adutora. A literatura revisada, compreendida entre os anos de 2020 e 2026, destaca que o diagnóstico preciso, fundamentado nas seis entidades clínicas do Acordo de Doha, é o ponto de partida crucial para evitar tratamentos genéricos e ineficazes.

Ficou demonstrado que a intervenção conservadora é a estratégia de eleição, apresentando resultados superiores quando foca na reabilitação ativa em detrimento de abordagens puramente passivas. O fortalecimento do core, aliado ao treinamento excêntrico dos adutores, surgiu como a ferramenta mais robusta para restaurar a estabilidade da sínfise púbica e promover a reorganização tecidual necessária para suportar as altas cargas do esporte de elite. Além disso, a restauração da mobilidade da articulação coxofemoral revelou-se um fator determinante para aliviar as forças de cisalhamento que sobrecarregam a região pélvica, provando que a terapia manual é uma aliada indispensável quando integrada a um programa de exercícios dinâmicos.

Um ponto mais importante observado nesta revisão foi a mudança de paradigma em relação ao critério de alta e retorno ao esporte. A decisão de liberar o atleta para a competição não deve mais se basear apenas na ausência de dor ou em prazos cronológicos fixos, mas sim em critérios funcionais quantitativos, como a simetria de força e a excelência no controle motor. A aplicação de testes objetivos, como o *squeeze test* e a avaliação da potência explosiva, garante que o desportista retorne ao seu nível máximo de performance com um risco significativamente menor de reincidências.

A pesquisa também ressaltou a importância da prevenção contínua e do monitoramento da carga de treinamento como estratégias para a longevidade da carreira esportiva. A educação do atleta e a comunicação interdisciplinar entre fisioterapeutas e preparadores físicos são fundamentais para identificar sinais precoces de sobrecarga e intervir antes que a lesão se torne incapacitante. O uso de protocolos de manutenção e a atenção aos fatores extrínsecos, como terreno e calçado, complementam o ciclo de cuidado que sustenta o alto rendimento ao longo das temporadas.

Em conclusão, a fisioterapia desportiva moderna oferece um caminho seguro e eficiente para o manejo da pubalgia, unindo evidências científicas e prática clínica rigorosa. Este trabalho reforça que, ao priorizar o reequilíbrio muscular e a progressão gradual de carga, é possível não apenas curar a patologia, mas também potencializar a performance atlética. Espera-se que este estudo sirva de guia para profissionais da área, incentivando a adoção de protocolos baseados em evidências que protejam a integridade física e a continuidade da carreira dos atletas de elite.

REFERÊNCIAS

BUENO, P. J. A.; SOUZA, R. A. de; MELO, T. J. de; PIMENTA, Y. D.; MATOS, M. da S.; TUZA, F. A. d'Alegria. Atuação da fisioterapia na fase aguda da pubalgia em atletas masculinos de futebol profissional: uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 7, n. 9, p. e74470, 2024. DOI: 10.34119/bjhrv7n9-084. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/74470>. Acesso em: 14 apr. 2026.

DUARTE, V. F. S.; FERRO, F. A. R. Atuação da fisioterapia no tratamento da pubalgia em atletas de alto rendimento: revisão sistemática. **Singular Saúde e Biológicas**, 2026. Disponível em: <https://ulbra-to.br/bibliotecadigital/uploads/document63fc994655060.pdf>

DUDAI, Moshe; PAAJANEN, Hannu. Narrative Review and Clinical Recommendations for Sportsman's Hernia and Athletic Pubalgia Based on 30 Years of Expert Experience. **Journal of Abdominal Wall Surgery**, v. 4, p. 15394, 2025. Disponível em: <https://www.frontierspartnerships.org/journals/journal-of-abdominal-wall-surgery/articles/10.3389/jaws.2025.15394/full>

GOMES, M. A.; VILAR, H. V. C.; AUGUSTO, D. D. A. **Pubalgia em atletas de baixo e alto rendimento: Etiologia e Tratamento Fisioterapêutico**. [S. l.], Repositório Institucional do Centro Universitário do Rio Grande do Norte 2023. Disponível em: <http://repositorio.unirn.edu.br/jspui/handle/123456789/488>

MATOS, Ludson Derik de Almeida de; LIMA, Jefferson Raimundo de Almeida. A abordagem fisioterapêutica na prevenção e tratamento da pubalgia em jogadores de futebol masculino: uma revisão das práticas atuais. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [S. l.], v. 10, n. 10, p. 2691–2704, 2024. DOI: 10.51891/rease.v10i10.16133. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/16133>. Acesso em: 14 abr. 2026.

PEIXOTO, H. G. C. et al. Dor na virilha em atletas de futebol: da avaliação ao tratamento. **REBES**, v. 12, n. 2, 2022. Disponível em: <https://www.academia.edu/download/91966242/11134.pdf>

SANTOS, Y. P. Eficácia da terapia manual na reabilitação de pubalgias em atletas de futebol. **SouzaEAD Revista Acadêmica Digital**, n. 66, 2023. Disponível em: <https://souzaeadrevistaacademica.com.br/revista/66-outubro-2023/11-yuri-dos-passos.pdf>

TEDESCHI, Roberto et al. Optimizing conservative management of groin pain in athletes: insights from a narrative review. **Life**, v. 15, n. 3, p. 411, 2025. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2075-1729/15/3/411>

THORBORG, Kristian; SHEEN, Aali Jan. Inguinal-Related Groin Pain and/or Disruption in Athletes: Current Understanding, Assessment and Management Strategies. **Open Access Journal of Sports Medicine**, p. 510774, 2026. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.2147/OAJSM.S510774>