



**CENTRO UNIVERSITÁRIO SOCIESC– UNISOCIESC
CAMPUS ANITA GARIBALDI**

**ANDERSON CORREA DA SILVA
DOUGLAS MARCOS BUCH**

Caracterização das lesões no futsal – Uma revisão da literatura

JOINVILLE
2021



**SOCIEDADE EDUCACIONAL SANTA CATARINA – UNISOCIESC
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**ANDERSON CORREA DA SILVA
DOUGLAS MARCOS BUCH**

Caracterização das lesões no futsal – Uma revisão da literatura

Trabalho de Conclusão de Curso
Submetido a Sociedade Educacional
Santa Catarina como parte dos
requisitos para obtenção do grau de
bacharel em Fisioterapia.

Orientador: Prof. Dr. Lucas Maciel
Rabello.

Joinville, SC

2021

ANDERSON CORREA DA SILVA
DOUGLAS MARCOS BUCH

CARACTERIZAÇÃO DAS LESÕES NO FUTSAL – UMA REVISÃO DA
LITERATURA

Joinville, 21 de junho de 2021.



Prof. Lucas Maciel Rabello, Dr. (Orientador)



Prof. Myla de Aguiar Bittencourt, Dr. (Membro Interno)



Ma. Deise Cristina Veron (Membro Interno)

DEDICATÓRIA

Acadêmico: Anderson Corrêa da Silva

Dedico aos meus pais, irmãos e amigos que sempre lutaram comigo para que meu sonho se tornasse realidade. A minha vitória é a de vocês também, muito obrigado.

Acadêmico: Douglas Marcos Buch

Dedico este trabalho a Deus, aos meus pais, minhas irmãs, pois foram vocês que me deram forças para continuar nessa caminhada. A todos que de alguma forma, contribuíram para que vencesse mais esta etapa da minha vida, muito obrigado!

AGRADECIMENTOS

Acadêmico: Anderson Corrêa da Silva

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, que fez com que meus objetivos fossem alcançados, durante todos os meus anos de estudos. Aos meus pais, familiares e amigos e namorada, que me incentivaram nos momentos difíceis e enquanto eu me dedicava à realização deste. Trabalho. Ao meu orientador, que conduziu o trabalho com paciência e dedicação, sempre disponível a compartilhar todo o seu amplo conhecimento. Por fim, a todos que participaram, diretamente ou indiretamente, enriquecendo todo o meu processo de aprendizado.

Acadêmico: Douglas Marcos Buch

A Deus, por me dar forças e amparar nos momentos difíceis, se não fosse suas intercessões não teria chegado até aqui. Obrigado meu Deus, aos meus pais por caminhar sempre comigo ao meu lado me amparando e me dando forças. Por todo amor, dedicação, cuidados a mim em todos os momentos. As minhas irmãs por todo carinho e alegria compartilhados em momentos difíceis. A minha namorada, por ser meu porto seguro, por todo carinho, incentivo, companheirismo e incentivos ao longo destes quatro anos e meio.

*“Que os nossos esforços desafiem as impossibilidades.
Lembrai-vos de que as grandes proezas da história
“foram conquistadas do que parecia impossível”.
Charles Chaplin*

RESUMO

O futsal ou futebol de salão é um esporte recente e que vem em ascensão gradativamente na última década, e que está em grande desenvolvimento no Brasil e na Europa, principalmente. Devido a este crescimento, percebe-se a necessidade e a importância de um conhecimento aprofundado sobre as lesões que estão acometendo com frequência o público praticante do futsal. Desta forma, o objetivo desse estudo é, através de uma revisão de literatura, ampliar os conhecimentos sobre as lesões decorrentes a prática do futsal. Foi realizada uma busca nas bases de dado PubMed, Scielo e Google Acadêmico. Levando em consideração os critérios de inclusão e exclusão definidos pelos autores, foram selecionados 16 artigos. Baseado nos resultados obtidos nesses estudos observou-se uma maior incidência de lesão nos membros inferiores, sendo o tornozelo o local mais afetado. A entorse é a lesão mais frequentemente encontradas nos atletas de futsal, com maior índice durante os treinamentos. Essas lesões ocorridas são geralmente graduadas como de forma leve, no qual não requer do atleta um longo período de afastamento da prática esportiva.

Palavras-chave: Futsal. Incidência. Lesão

ABSTRACT

Indoor soccer or futsal is a recent sport that has been on the rise gradually over the past decade, and which is in great development in Brazil and Europe, mainly. The need and the importance of an in-depth knowledge about the injuries that are frequently affecting the public practicing futsal are perceived. The objective of this study is characterized as a literature review, aiming to search for the main incidences of injuries in futsal. 16 articles were selected, from the years 2009 to 2019 according to the inclusion and exclusion criteria. A higher incidence of injury was observed in the lower limbs, with the ankle being the most affected site. Sprains are the most frequently found injury in futsal athletes, with a higher rate during training. These injuries that occur are usually graded as mild, in which the athlete does not require a very long period of absence.

Keywords: Futsal. Incidence. Injury.

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Figura 1 – Fluxograma ilustrativo para identificação dos artigos científicos.

LISTA DE TABELA

Tabela 1: Características dos artigos concluídos na revisão de literaturas
(autor, ano, categoria, idade)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LCA (Ligamento cruzado anterior do joelho)

LE do TT (Ligamento externo do tornozelo)

LI do TT (Ligamento interno do tornozelo)

LLE (Ligamento lateral externo do joelho)

LLI (Ligamento lateral interno do joelho)

PubMed (National Library of Medicine)

RLC (Ruptura ligamentar completa)

RLI (Ruptura ligamentar incompleta)

Scielo (ScientificElectronic Library Online)

CARACTERIZAÇÃO DAS LESÕES NO FUTSAL – UMA REVISÃO DA LITERATURA

Anderson Correa da Silva¹, Douglas Marcos Buch¹, Lucas Maciel Rabello¹
Unisociesc Campus Anita Garibaldi, Joinville - SC, Curso de fisioterapia¹

Lucas Maciel Rabello, Rua Inácio Bastos, 1455 AP 13, bloco 10. Bairro
Bucarein, Joinville– SC

lucas.maciel@unisociesc.com.br

Revista inspirar movimento e saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 MÉTODOS	16
3 RESULTADOS	18
4 DISCUSSÃO	32
REFERÊNCIAS	35
APÊNDICE A – TÍTULO DO APÊNDICE	38

1 INTRODUÇÃO

Atualmente observa-se grande popularidade de adeptos no futsal ou futebol de salão, que é uma extensão do futebol de campo, porém praticado em uma quadra com número de jogadores no jogo menor que o futebol de campo. Os atletas praticam o esporte profissionalmente ou como forma de lazer. Com uma série de evoluções do esporte, o mesmo se tornou muito intenso, necessitando de uma boa forma física e um preparo técnico aos atletas para realizar os jogos de forma ideal e sem qualquer tipo de complicações, como por exemplo, as lesões (1). É de conhecimento geral que o futsal gera demandas grandes aos atletas para se obter um alto rendimento no esporte. As demandas psicológicas, táticas e físicas principalmente são as mais trabalhadas pelos clubes, com treinos de alta intensidade, agilidade, movimentação, força e velocidade para ter a melhor performance do atleta nos jogos (2). Percebe-se a necessidade e a importância de um conhecimento aprofundado sobre as lesões que estão acometendo com frequência o público praticante do futsal. É indiscutível o fato de esse esporte ser tão praticado no mundo, porém é necessário analisar as incidências de lesões no futsal.

O futsal ou futebol de salão é um esporte recente e que vem em ascensão gradativamente na última década, e que está em grande desenvolvimento no Brasil e na Europa, principalmente. A característica especial do futsal é que os jogadores praticam movimentos rítmicos intermitentes em um espaço relativamente pequeno, com mudanças repentinas de direção incluindo contato com a bola e com os adversários. Geralmente o nível de competição é alto e o tempo de treinamento é muito longo (3).

Embora existam algumas diferenças na particularidade de sua aplicação em situações reais de jogo, os elementos básicos do futebol e futsal são os passes, drible, chutes, desarme domínio, controle de bola e do corpo vem sendo sempre aprimorados. Dessa forma, as habilidades de resistência, força, velocidade, agilidade se destaca, sendo exigidas dos atletas importantes adaptações físicas (4). Nos últimos dez anos, está modalidade sofreu uma evolução muito evidente, que se deve principalmente ao aumento das necessidades físicas, táticas, técnicas e psicológicas, obrigando os jogadores a

trabalharem muito para se aproximarem dos seus limites de performance e assim ficando mais vulneráveis ao desenvolvimento de lesões esportivas (5).

As lesões esportivas são problemas diretos ao atleta que causam a incapacidade de realizar treinos ou jogos, durante dias, meses ou até anos. Por muitas vezes, essas lesões necessitam de consultas com o departamento médico e de reabilitação para o retorno de suas atividades (6). Nas modalidades esportivas existem fatores que levam as lesões, sendo eles divididos em intrínsecos (características individuais dos atletas) e extrínsecos (ambiente). Os fatores intrínsecos são as características do atleta como: sexo, idade e capacidade física. Nos fatores extrínsecos são analisados: locais de treinamento e jogos, cargas propostas ao atleta, excesso de treinamento e o tipo de piso (7). Também podemos pontuar um fator de risco as lesões, que são os treinos realizados de forma inadequada e a falta de assistência por parte da comissão da equipe, que acaba prejudicando o rendimento e as condições físicas do atleta (8). O treinamento, a carga de jogos e o condicionamento físico, associados aos fatores de risco intrínsecos e extrínsecos, são condições multifatoriais ao desenvolvimento da lesão. Se caso não houver uma recuperação ideal dessas lesões e houver um despreparo por parte do atleta, podem aumentar o risco de lesões, expondo os jogadores a mudanças durante os períodos com maior treinamento e cargas de jogos (9).

Para aprimorar o trabalho de prevenção de lesão (ou o trabalho de redução de risco de lesão) é necessário compreender as patologias relacionadas ao esporte. Além disso, o conhecimento acerca das principais lesões de um esporte também fornece informações importantes para auxiliar no processo de reabilitação. Desta forma, é de suma importância identificar as regiões mais afetadas e compreender melhor os índices de lesões na prática do futsal. Este conhecimento é necessário, pois o futsal é um esporte que evolui constantemente e que possui grande número de atletas. Sendo assim, esse estudo tem como objetivo ampliar os conhecimentos sobre as lesões decorrentes a prática do futsal, com intuito de ampliar os conhecimentos e consequentemente melhorar o rendimento dos atletas com os trabalhos preventivos e diminuir as taxas de lesões do esporte.

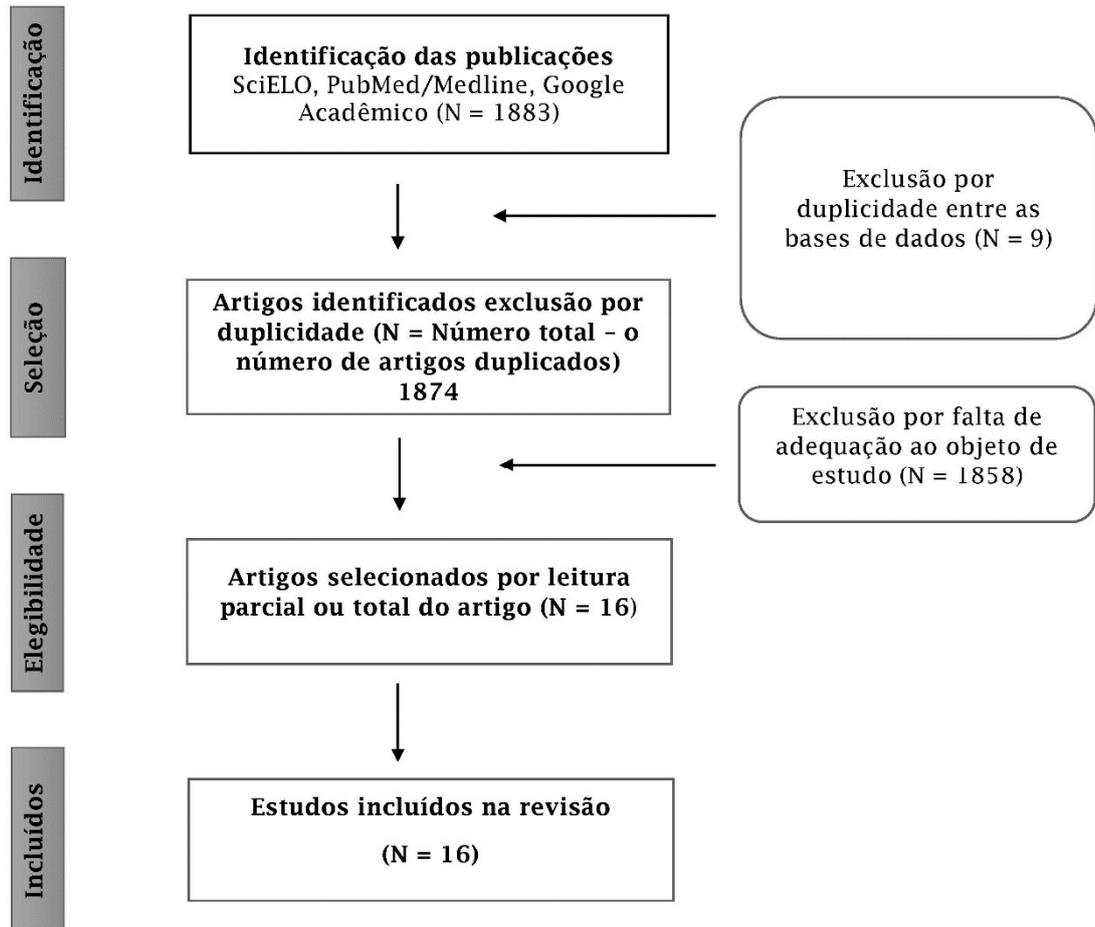
2 MÉTODOS

O presente estudo é caracterizado como uma revisão de literatura, visando à busca das principais incidências de lesões no futsal.

Os artigos foram pesquisados das bases de dados como PubMed (National Library of Medicine), Google Acadêmico e Scielo (ScientificElectronic Library Online) e a utilização das palavras chaves (futsal, incidência e lesão).

Os critérios de inclusão foram ter idade mínima de 16 anos, sexo masculino e feminino, apresentar as incidências de lesões, incluir atletas jogadores de futsal e publicações na língua inglesa e portuguesa. Os critérios de exclusão foram: idade inferior a 16 anos, artigos de revisão bibliográfica, falta de adequação ao objetivo do trabalho e duplicidade entre as bases de dados.

Inicialmente, todos os títulos foram revisados, analisados e avaliados por dois autores. Em seguida, foram analisados os resumos dos artigos e, por último, os artigos foram lidos na íntegra (Figura 1).



Cada processo de análise/avaliação foi realizado utilizando os critérios de inclusão e exclusão. E como critério de exclusão nessa pesquisa, crianças de 9 a 15 anos foram excluídas da pesquisa por ter como objetivos adultos.

A leitura dos artigos consistiu em três etapas a primeira é selecionar a notícia com base no título. A seguir, lemos os dados de todos os itens selecionados na etapa anterior para ver se eles se enquadram no tópico relacionado à pesquisa. Na etapa três, a história é lida e estudada em profundidade. Após, foi lido e discutido em detalhes e os resultados são publicados e discutidos em “Resultados e Discussão”.

3 RESULTADOS

Para esta revisão bibliográfica foram selecionados 16 artigos. As informações sobre os artigos incluídos nesta revisão da literatura encontram-se detalhadas na Tabela 1.

Os artigos incluídos foram publicados entre os anos de 2009 a 2019. No total, 2105 atletas do sexo masculino e feminino, com idades variando entre 16 a 40 anos, foram incluídos no estudo.

Os resultados dos artigos mostram que, em atletas de futsal, observa-se lesões tanto em membros superiores, quanto em membros inferiores. O estudo publicado por (10) obteve um resultado de lesões dos membros inferiores de 115 lesões relatadas, no total de 69,7 %. Já o membro inferior obteve 17 lesões relatadas, cerca de 10,3% das lesões. Em outro estudo (1), podemos ver uma diferença muito significativa, com um total de 82,14% de lesões dos membros inferiores e 17,86% dos membros superiores.

Baseado nos estudos incluídos nesta revisão observou-se uma maior incidência de lesão nos locais anatômicos como tornozelo, seguido de joelho e coxa. Na pesquisa dos autores (11) o tornozelo foi o local anatômico mais acometido, com 31%, seguido de joelho com 18% e coxa com 12%. Quanto ao mecanismo de lesões foi observada uma predominância das lesões nos membros inferiores, onde o mecanismo de lesão mais comum apresentado foi à entorse de tornozelo, seguido de contusão e lesão muscular. Em um estudo de (12) a entorse foi o mecanismo de lesão mais comum (57% das lesões relatadas) comparada, por exemplo, a traumas ligamentares com 17% e lesões no menisco com 13%. Outros autores (13) obtiveram resultados semelhantes, o qual constataram que a entorse de tornozelo foi o maior acometimento de lesões com cerca de 46,1% se compararmos com a entorse de joelho se obteve somente de 15,2% no estudo.

Além disso, os resultados mostram que há uma predominância de lesões por um mecanismo indireto (sem contato físico com outro atleta) seguido pelo mecanismo direto (contato direto com outro atleta). Segundo os autores (14) , os resultados sobre o mecanismo de lesão foram 70,4 % quando o atleta não teve o contato direto e 24,1% com contato direto do atleta com outro atleta. Observamos também em outro estudo (15), que houve um

resultado maior quando se comparamos o mecanismo de lesão, sendo 93% para lesões sem contato e 7% lesões por contato físico.

Os autores do presente estudo observaram também que, ao comparar o número de lesões sofridas durante treinamentos e competições, o período onde o atleta está mais sujeito a sofrer uma lesão é durante os treinos. No estudo (5) foi constatado que 59,6% das lesões ocorreram durante os treinamentos e 40,4% das lesões foram durante os jogos.

E quando abordamos sobre as gravidades que essas lesões podem ocasionar, a literatura nos mostra que as lesões que ocorrem no futsal têm maior probabilidade de serem leves. De acordo com o estudo de (16) a lesão considerada leve obtiveram uma 87,5% com afastamento de um até sete dias, e as lesões consideradas grave obtiveram 12,5% com afastamento de 21 dias. Os atletas relataram a volta aos treinos sem qualquer tipo de dor obtendo 62,5% e outros 37,5% relataram queixas físicas com a volta aos treinos.

4 DISCUSSÃO

O futsal está crescendo constantemente no âmbito esportivo, sua prática é mundialmente conhecida e está em constante evolução. Seus índices de lesões são analisados, como forma de melhorar sua prevenção. Nesta revisão de literatura tivemos como objetivo coletar informações e analisar as incidências de lesões em atletas de futsal, com suas características, podendo analisar o número de lesões e poder comparar os resultados obtidos e verificar qual lesão houve maior incidência entre os atletas.

Para (17), os dados nos mostram que a maioria das lesões ocorre nos membros inferiores, com a predominância em lesões musculares. Essas lesões ocorrem em grande parte, decorrente a uma fadiga, sendo o membro inferior muito utilizado durante sua prática esportiva. Com diversas situações, como treinos e jogos, que expõe o atleta à lesão. Se compararmos o futebol, segundo (18), as lesões dos membros inferiores, são mais frequentes em relação ao tronco e os membros superiores, com incidência sobre a coxa. Em outro estudo com jogadores de futebol (19), foi também observada uma maior incidência de lesões em membros inferiores comparado aos membros superiores. Observamos que a relação de lesões no futebol e futsal são conseqüentemente, parecidas devido ao formato de jogo ser parecido, com realização de movimentos rápidos, contato entre os atletas, entre outros aspectos (por exemplo, sobrecarga). As entorses são frequentes, sendo o tornozelo o principal local anatômico lesado no futsal.

De acordo com (20), o tornozelo é o local mais acometido por lesões, por exercer demandas de mobilidade e estabilidade, conseqüentemente, se outras estruturas estiverem lesadas, acontece um comprometimento da articulação, deixando o atleta vulnerável a quedas ou lesões graves como a entorse. Esta lesão pode ser decorrente de diversos fatores, como por exemplo, tipo de piso, deslocamento do atleta e contato com o adversário. Segundo (21), os mecanismos de lesão das entorses de tornozelo ocorreram em situações de disputa de bola no solo, condução de bola (na qual seria a principal causadora destas lesões por conta aderência entre a quadra o solado do tênis), atleta correndo sozinho sem a bola e de disputa de bola no alto e

chute/passe respectivamente. Outra situação que também podem causar entorses de tornozelo durante a prática do futsal são os dribles e a movimentação rápida (mudanças de direção).

Assim como em outros esportes, as lesões no futsal ocorrem tanto durante o treinamento como também durante as partidas. Os resultados do presente estudo mostram que a incidência de lesões no futsal é maior durante o treinamento. Segundo (22) as lesões que ocorrem durante os treinamentos podem ser ocasionadas por exercícios mal executados. Esses resultados são diferentes dos encontrados por outros autores, que observaram uma maior incidência de lesão durante os jogos. Uma possível explicação para as lesões durante a partida é que as lesões podem ocorrer devido a técnicas incorretas causadas por esforço excessivo, pela procura de um rendimento melhor durante os jogos ou devido ao constante contato físico, além do esforço excessivo (desgaste excessivo).

Por conta dos fatores supracitados, observamos que há mecanismos de lesão que acometem os atletas. De acordo com um estudo prévio que investigou atletas de futebol, observou-se também que o mecanismo de lesão indireta apresentou ser mais frequente em comparação ao mecanismo direto. Sendo assim correspondendo a 59,1% das lesões, já o mecanismo de lesão direto apresentou 40,9%. Essas lesões podem ocorrer devido à sobrecarga dos treinos com altas densidades e sobrecargas em treinos com durações prolongadas (23), podendo causar adaptações e ocasionando desequilíbrios musculares nos atletas. Por outro lado, as lesões diretas são geradas por quedas ou até traumatismo de contato decorrente de situações de impacto com o solo ou com outros atletas. Desta forma, as lesões indiretas são mais frequentes devido ao deslocamento repentino, ao excesso repetições de certos movimentos executados, terrenos irregulares ou aderência da quadra. E lesões diretas são ocasionadas por contatos com outros atletas ou quedas traumáticas.

As lesões ocorridas durante a prática esportiva podem ser classificadas em lesões leves, moderadas ou graves. De acordo com nossos resultados, a maioria das lesões ocorridas durante a prática do futsal são lesões leves. Segundo (24), apresenta que as lesões de grau leve levam de um a sete dias

de afastamento, lesão de grau moderada leva de 8 a 21 de afastamento e a lesão de grau grave leva 21 dias de afastamento em ausência de atividades práticas. De acordo com estudo prévio (25) as lesões ligamentares (reconstrução ligamentar) foram as que deixaram os atletas por mais tempo afastados, cerca de oito meses de afastamento de atividades físicas. Como descrito previamente nesta revisão, às lesões ligamentares também são comuns durante a prática do futsal, o que pode causar afastamento do esporte por um maior período. Podemos observar os aspectos que deixam o atleta de futsal susceptíveis lesões. O esporte gera muitas situações de risco ao atleta, o futsal não é diferente, seu estilo de jogo que requer muita movimentação rápida, deslocamentos, contato físico e seus princípios básicos como chute, drible e passe, são estudos a analisados constantemente por ser tornar um causador das lesões. Porém ressaltar que existem outros fatores, que devemos observar como desgaste físico, desequilíbrio muscular e o excesso de treinamento e jogos, treinamento de forma incorreta entre outros, são fatores que não podem ser esquecidos.

Baseado nos resultados obtidos nos estudos incluídos nesta revisão observou-se uma maior incidência de lesões nos membros inferiores, o qual é amplamente utilizado durante a prática do esporte. Ainda sobre o tornozelo, a entorse é a lesão que mais acomete os atletas e está lesão possui uma maior incidência durante o treinamento. Por fim, os autores a presente revisão de literatura ressaltam que, devido à relevância do tema, novos estudos devem ser realizados para poder aprofundar os conhecimentos sobre as lesões que acometem os atletas praticantes de futsal em diferentes categorias.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira MC, Mendonça RHP de, Batista CG, Noronha FJ, Tessutti LS, Castro H de O, et al. Prevalência de lesões no futsal : estudo de caso com uma equipe masculina adulta. *Coleção em Educ física*. 2017;16(1):8.
2. Pompeu A, Júnior DC, Lopes SM, Camargos D, Weiler J, Fernando B, et al. Perfil epidemiológico de lesões no futsal : análise transversal durante jogos universitários no interior do mato grosso. *Rev Eletronica Interdiscip Barra do Garças-MT, Bras*. 2020;12(1):35–43.
3. Serrano JM, Shahidian S, Voser R da C, Leite N. Incidência e fatores de risco de lesões em jogadores de futsal portugueses. *Rev Bras Med do Esporte*. 2013;19(2):123–9.
4. Ré AN. Características do futebol e do futsal: implicações para o treinamento de adolescentes e adultos jovens. *Lect Educ Fís Deport*. 2008;127:483–91.
5. Gayardo A, Matana SB, Silva MR da. Prevalência de lesões em atletas do futsal feminino brasileiro: um estudo retrospectivo. *Rev Bras Med do Esporte*. 2012;18(3):186–9.
6. Oliveira CS de, Souza LIC. Lesões nos esportes coletivos de quadra. Tipos, ocorrência e tratamento: uma breve revisão. *Rev Bras do Esporte Colet*. 2018;2(3):1–20.
7. Jorge LCP. Análise da incidência de lesões em jovens futebolistas em fase de especialização [dissertação]. Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra; 2015.
8. Santos AM dos, Greguol M. Prevalência de lesões em atletas jovens. *Semin Ciências Biológicas e da Saúde*. 2016;37(2):115.
9. Aicale R, Tarantino D, Maffulli N. Overuse injuries in sport: a comprehensive overview. *J Orthop Surg Res*. 2018; 13(1): 309.
10. Junge A, Dvorak J. Injury risk of playing football in Futsal World Cups. *Br J Sports Med*. 2010;44(15):1089–92.
11. Kurata DM, Junior JM, Nowotny JP. Incidência de lesões em atletas

praticantes de futsal Incidence of Lesions in Athletes That Play Futsal. *Iniciação Cient CESUMAR*. 2007;09(01):45–51.

12. Wanderley R, Cruz DS, NASCIMENTO MAL filho. Frequência das lesões nos membros inferiores no futsal. *Rev Campo do Saber*. 2016;2(1):88–96.

13. Moraes MR, da Silva Martins M, Cassiano Longen W. Lesões músculo esqueléticas em atletas profissionais de futsal feminino: Um seguimento longitudinal de duas temporadas. *Rev Inspirar Mov Saude [Internet]*. 2016;10(3):37–40.

14. Angoorani H, Haratian Z, Mazaherinezhad A, Younespour S. Injuries in Iran futsal national teams: A comparative study of incidence and characteristics. *Asian J Sports Med*. 2014;5(3):0–4.

15. Ruiz-Pérez I, López-Valenciano A, Jiménez-Loaisa A, Elvira JLL, Croix MDS, Ayala F. Injury incidence, characteristics and burden among female sub-elite futsal players: A prospective study with three-year follow-up. *PeerJ*. 2019;2019(11):1–21.

16. Vanderlei FM, Bastos F do N, Vidal RVC, Vanderlei LCM, Júnior JN, Pastre CM. Análise de lesões desportivas em jovens praticantes de futsal. *Colloq Vitae*. 2020;2(2):39–43.

17. Silva FM da, Silva JAMG, Almeida Neto AF de, Salate ACB. Perfil de lesões desportivas em atletas de futsal feminino de Marília. *ConScientiae Saúde*. 2011;10(2):249–55.

18. Alexandre D, Almeida RE De, Dutra T, Silva DO, Lima EV De. Incidência de lesões no futebol profissional do Brasil. *Rev Digit Buenos Aires*. 2003;9(61):1060–3.

19. Dias JC. Caracterização e prevenção das lesões de uma equipe de futebol profissional. *RBM [Internet]*. 18º de junho de 2020 [citado 9º de junho de 2021];21(3).

20. Baldaço FO, Cadó VP, de Souza J, Mota CB, Lemos JC. Análise do treinamento proprioceptivo no equilíbrio de atletas de futsal feminino TÍTULO Analysis of proprioceptive training in the balance of women's futsal athletes. *Fisioter em Mov*. 2010;23(2):183–92.

21. Baroni BM, Generosi RA, Cesar E, Leal P. Incidência e fatores

relacionados a entorses de tornozelo em atletas de seleções nacionais de futsal. *Fisioter em Mov.* 2008;21(4):79–88.

22. Vaz H, Cardoso E, Gonzales TE, Tanaka MA, Borges JBC, Moreno JRS, et al. Incidência de lesões relacionadas à equipe de basquetebol masculino. *Salusvita.* 2008;27(1):69–78.

23. Profile SEE. Influência da flexibilidade musculotendínea nas lesões de atletas do voleibol. *Fisioter Saúde Func.* 2012;1(2):48–53.

24. Ladeira CE. Incidência de lesões no futebol: um estudo prospectivo com jogadores masculinos adultos amadores canadenses. *Braz j phys ther.* 1999;4(1):39–47.

25. Cohen M, Abdalla RJ, Ejnisman B, Amaro JT. Lesoes ortopedicas no futebol. *Rev Bras Ortop.* 1997;32(12):940–4.

APÊNDICE A – TABELA

Tabela 1: Características dos artigos concluídos na revisão de literaturas
(autor, ano, categoria, idade)

Autores	Data da Publicação	Metodologia	Resultados
Araceli Gayardo et al.	Maio/ Junho 2012	147 atletas; Idade: 16 anos a 35 anos; Sexo: Feminino; 135 atletas corresponderam aos critérios de inclusão; Categoria; Atleta profissional	De 135 atletas, 73 (54,1%) apresentaram lesão, sendo identificados 104 traumas. Tornozelo: 30 (28,9%) Coxa: 25 (24%) Joelho: 24 (23,1%). Sem contato direto: 54 (51,9%) Contato direto: 48 (46,1%) Durante o treinamento técnico/tático ou treinamento físico ocorreram 59,6% das lesões Durante os jogos 40,4%. Primeira lesão: 58,6% Recidivas: 40,4%
João Manuel Serrano et al.	Março/Abril 2013	411 atletas, 284 atletas sexo masculino / 127 atletas sexo feminino, idade: 19 anos a 30 anos, categoria; Atleta federado	512 lesões foram relatadas / 98 não apresentaram lesões significativas Entorse: 250 (48,8%) Ruptura muscular: 76 (14,8%) Fratura: 43 (8,4%) Estiramento: 34 (6,6%) Contratura: 25 (4,9%) Pubalgia: 9 (1,8%) Outras lesões: 14,6%
Hooman Angoorani et al.	Setembro de 2014	55 atletas, 17 atletas sexo feminino / 38 atletas sexo masculino (sendo 15 jogadores do sub-23), categoria: Seleção	54 lesões sofridas Tornozelo (40,7%) Joelho (22,2%) Virilha (13%) Sem contato direto (70,4 %) Com contato direto (24,1%) Durante o treinamento (63 %)

			Durante os jogos (37%)
Ahmad-Shushami AH, MBBS, Abdul-Karim S, MSpMed.	12 de novembro de 2019	Futsal 352 atletas 192 do sexo masculino / 160 do sexo feminino Idade: Atletas menores de 21 anos	48 lesões relatadas Lesões de membro inferior foram as mais lesionadas: 36 (69,3%) Joelho: 92 % Coxa: 38% Tornozelo: 46% Lesões Entorse: 36% Tensões musculares: 77% Contusão: 67% Lesões com contato: 36% Lesões sem contato: 17%
Iñaki Ruiz-Pérez et al.	05 de novembro de 2019	22 atletas do sexo feminino participaram do estudo / Com todas as temporadas totalizou 39 atletas Categoria; Sub-Elite	30 lesões relatadas / 2 lesões de jogo e 28 lesões nos treinamentos Lesões sem contato: (93%) Lesões por contato: (7%) Membro inferior a região mais lesada (5,62 lesões / 1.000 h de exposição) Lesões mais comuns: Músculo / tendão (4,9 lesões / 1.000 h de exposição), articulação (não óssea) e ligamentar (1,3 lesão / 1.000 h de exposição) Lesões com maiores cargas: Joelho (perda de 31,9 dias / 1.000 h de exposição), distensões do quadríceps (perda de 15,3 dias / 1.000 h), isquiotibiais (14,4 dias de perda / 1.000 h)
Mohamad Shariff A. Hamid et al.	Abril de 2014	469 atletas 238 atletas do sexo masculino e 230 atletas do sexo feminino Categoria: Profissional	86 lesões foram relatadas Lesão nova: 73 (85%) Lesões mais comuns: Contusão: 31 (36%), entorse; 28 (33%), tensão muscular; 14 (16%), fratura; 7 (8%), concussão; 3 (4%), luxação ombro; 1 (1%) e outros; 2 (2%) Principais locais de lesão: Joelho; 20 (23%), Tornozelo; 18 (21%),

			<p>lesões no tronco; 12 (14%), Membro superior; 11 (13%). Lesões na cabeça; 7 (8%) Lesões com contato: 54 (63%) Lesões sem contato; 32 (37%) Lesões de contato causado por falta; 31 (57%)</p>
Astrid Junge, Jiri Dvorak.	19 de outubro de 2010	<p>253 formulários de relatório de lesões. Categoria: Copa do mundo</p>	<p>165 lesões foram relatadas Membros mais afetados: membro inferior; 115 (69,7%), cabeça e pescoço; 21 (12,7%), membro superior; 17 (10,3%) e tronco; 12 (7,3%) Locais mais afetados: Joelho; 26 (15,8%), coxa; 23 (13,9%), tornozelo e perna cada 20; 12 (1%). Maioria das lesões: Contusão; 73 (44,2%), entorse ou ruptura ligamentar; 32 (19,4%) e distensão ou ruptura de fibra muscular; 29 (17,6%). Diagnósticos mais frequentes: Contusão da perna; 18 (10,9%), entorse de tornozelo 16 (9,7%) e distensão na virilha; 13 (7,9%).</p>
Fernando Moreira da Silva et al.	27 de maio de 2011	<p>Quantidade de atletas: 17 atletas Idade: média de 20 anos Altura: média de 1.63 m Sexo: feminino Categoria: não informa</p>	<p>Presença de lesão Das 17 atletas 42,11% apresentaram lesão, 57,89% não apresentaram lesão; Tipos mais comuns de lesão Tendinites 50%; RLC 20%; Sinovite 10%; Fratura 10%; RLI 10%; Mecanismos de lesão mais frequentes Choque de bola 40%; Passe/chute 20%; Choque com jogadora 20%;</p>

			<p>Musculação 10%; Queda 10%; Locais anatômicos mais acometidos Tornozelo 60% Joelho 10% Quadril 10% Coxa 10% Membros superiores 10% Retorno às atividades Sintomático 70% Assintomático 30% Tempo de afastamento variou de 1 até 180 dias.</p>
Marcelo César Ferreira et al.	01 de março de 2017	<p>Quantidade de atletas: 12 atletas Idade: média de 22 anos Sexo: masculino Categoria: adulta de futsal</p>	<p>Foram registradas 28 lesões em 11 atletas e um atleta não apresentou nenhum tipo de lesão. Divisão das lesões por segmento acometido. Membro superior 17,86%; Membro inferior 82,14%; Locais anatômicos mais acometidos pelas lesões. Tornozelos 35,71%; Coxa 21,43%; Perna 3,57%; Cotovelo 3,57%; Região lombar 3,57%; Punho/Mão/Dedo 3,57%; Joelho 14,29%; Quadril 3,57%; Ombro 10,71%; Tipos de lesões mais frequentes. Tendinite 17,86%;</p>

			<p>Fratura 3,75%; Lesões musculares 28,57%; Lesões ligamentar 7,14%; Luxação 7,14%; Entorse 35,71%;</p>
Luiz Fernando Martins de Souza Filho et al.	29 de julho de 2018	<p>Quantidade de atletas: 39 atletas Idade: média de 22 anos Sexo: feminino Categoria: primeira divisão de futsal feminino</p>	<p>Das 39 atletas 43,58% (17) apresentaram lesões sem contato com outra atleta, 33,33% (13) apresentaram lesões por contato com outra atleta, 23,07% (9) não foram relatados. (Correção da estática descritiva com retirada dos não relatados: 56,6% lesões sem contato, 43,3% lesões por contato) Tipo de acometimento relatado. Tornozelo 20,51%; Perna 10,25%; Joelho 17,94%; Coxa 20,51%; Tórax 15,38%; Ombro 2,56%; Pescoço 2,56%. Cabeça 7,69%; Punho e dedos 2,56%;</p>
Franciele Marques Vanderlei et al.	Julho/Dezembro de 2010	<p>Quantidade de atletas: 86 atletas Idade: não informa Sexo: masculino Categoria: não informa</p>	<p>Dos 86 atletas, 24 lesões foram relatadas em 23 atletas. Representando 26,74 dos atletas que relataram pelo uma queixa de lesão musculoesquelética. Locais anatômicos mais acometidos pelas lesões. Tornozelo/pé 33,33%; Joelho 25%; Perna 12,5%; Coxa 8,34%; Coluna lombar 8,33%;</p>

			<p>Mão 8,33%; Virilha 8,33%; Mecanismo da lesão mais frequente. Sem contato com outro atleta 58,33%; Contato com outro atleta 41,67%; (Além disso, foi observado que as lesões aconteceram 87,5% nos treinamentos e apenas 12,5% nas competições.) Lesão considerada leve 87,5% com afastamento de 1 até 7 dias, 12,5% lesão considerada grave com afastamento de 21 dias. 62,5% relataram que voltaram aos treinos sem nenhum tipo de dor e 37,5% voltaram com queixas físicas.</p>
Androvaldo Lopes Pinheiro, Ricelli Endrigo Ruppel da Rocha.	07 de fevereiro de 2017	<p>Quantidade de atletas: 73 atletas Idade: média de 26 anos Estatura: média de 1,73 m Sexo: masculino Tempo de prática: média de 15 anos Peso: média de 77 kg Categoria: não informa</p>	<p>Características dos treinamentos realizados pelos atletas recreacionais de futsal. Tipo de treinamento: Tático/ técnico e físico 12,3%; Outros 87,7%; Duração das sessões de treinamento realizadas pelos atletas recreacionais de futsal. Duração dos treinamentos: 1 hora 80,8%; >1 hora 9,6%; Não treinam 9,6%; Prevalência de lesões durante o ano de 2015 em atletas recreacionais de futsal. F atletas: Sem lesões 47,95%; Atletas lesionados 52,05%; Reincidentes 17,80%; Local de ocorrência das lesões em atletas recreacionais de futsal.</p>

Local da lesão:

Cabeça 1,7%;

Ombro 5,2%;

Punho 1,7%;

Mão 3,5%;

Quadril 1,7%;

Virilha 17,5%;

Coxa 19,2%;

Joelho 24,5%;

Perna 8,7%;

Tornozelo 10,5%;

Pé 1,7%;

Dedo do pé 3,5%;

Características das lesões em atletas recreacionais de futsal.

Tipo de lesão:

Choque com perda de consciência 1,7%;

Lesão ligamentar com instabilidade 1,7%;

Lesão ligamentar sem instabilidade 5,2%;

Fratura 1,7%;

Luxação/subluxação 5,2%;

Estiramento muscular 43,8%;

Entorse 33,3%;

Contusão 5,2%;

Tendinite/tendinose 1,7%;

Circunstância de ocorrência das lesões em atletas recreacionais de futsal.

Circunstancia:

Com contato 28,1%;

Sem contato 71,9%;

Gravidade das lesões em atletas recreacionais de futsal.

Gravidade em dias:

1 muito leve 1,7%;

2 leve 1,7%;

7 moderada 22,8%;

14 grave 22,8%;

>muito grave 50,8%;

Daniele Mayumi
Kurata et al.

Junho de 2007

Quantidade de atletas:
21 atletas

Idade: média de 21
anos

Sexo: masculino

Categoria: não
informa

Faixa etária dos praticantes de futsal da equipe Amafusa da cidade
de Maringá.

Faixa etária (anos):

18 – 20: 57,14%

21 – 23: 33,33%

24 – 26: 9,53%

Mecanismo das lesões ocorridas entre os atletas:

Colisão (choque, dividida, pancada): 32,35%

Entorse: 14,71%

Chute: 14,71%

Excesso de atividade: 14,71%

Recidivas: 11,76%

Outros: 11,76%

Segmento anatômico das lesões:

Membros inferiores: 88,24%

Membros superiores: 5,88%

Tronco: 5,88%

Joelho: 18%

Tornozelo: 31%

Coxa: 12%

Pé: 15%

Nervo ciático: 6%

			<p>Outros: 18%</p> <p>Localização anatômica das lesões:</p> <p>Entorse: 26,47%</p> <p>Contusão: 26,47%</p> <p>Muscular: 17,64%</p> <p>Ligamentar: 14,71%</p> <p>Outros: 14,71%</p>
<p>José Antônio Dantas, Maria Raquel Silva.</p>	<p>12 de março de 2007</p>	<p>Quantidade de atletas: 27 atletas</p> <p>Idade: média de 27 anos</p> <p>Sexo: não informa</p> <p>Peso: média de 70,7 kg</p> <p>Estatura: média de 175,6 cm</p> <p>Categoria: profissional</p>	<p>Situação em que ocorreram as lesões:</p> <p>Lesão durante a competição: 55,6%;</p> <p>Lesão em situação de treino: 44,4%;</p> <p>Mecanismo de ocorrência de lesões nos atletas:</p> <p>Contato físico com outro atleta: 63%;</p> <p>Sem contato físico com outro atleta: 37%;</p> <p>Local anatômico onde ocorreu as lesões:</p> <p>Tornozelo: 44,4%;</p> <p>Coxa: 25,9%;</p> <p>Joelho: 18,5%;</p> <p>Perna: 7,4%;</p> <p>Pé: 3,7%;</p> <p>Tipos de lesão nos atletas</p> <p>Ligamentar: 55,6%;</p> <p>Muscular: 44,4%;</p> <p>Gravidade de lesão nos atletas:</p> <p>Grau I: 37%;</p> <p>Grau II: 55,6%</p> <p>Grau III: 7,4%;</p> <p>Ligamento lesionado:</p> <p>Ligamento externo do tornozelo (LE do TT): 33,4%;</p>

Ligamento lateral interno do joelho (LLI): 25,9%;
Ligamento cruzado anterior do joelho (LCA): 22,2%;
Ligamento lateral externo do joelho (LLE): 11,1%
Ligamento interno do tornozelo (LI do TT): 7,4%;
Tipo de lesão muscular que ocorreram nos atletas:
Contusão: 37%;
Rupturas: 25,9%;
Estiramento: 22,2%;
Contraturas: 14,8%;
Músculo mais afetado nos atletas:
Isquiotibiais: 37%;
Quadríceps: 26,9%;
Adutor: 19,5%;
Gêmeos: 14,8%;

Marcos Antônio de
Araújo Leite Filho,
Rodrigo Wanderley
de Sousa Cruz.

Janeiro/Junho de
2016

Quantidade de atletas:
62 atletas
Idade: entre 18 a 40
anos
Sexo: masculino
Categoria: profissional

Mecanismos de lesões:
Entorses: 57%;
Traumas ligamentares: 17%;
Menisco: 13%;
Outros: 13%;
Local anatômico onde ocorreu as lesões:
Joelho: 22,9%;
Coxa: 23,35%;
Tornozelo: 17,23%;
Pé: 11,50%;

Dados percentuais quanto ao tempo de afastamento (recuperação):
Até 1 mês: 40%;
1 a 2 meses: 27%;
2 a 3 meses: 20%;

			<p>Mais de 4 meses: 13%;</p> <p>Dados percentuais das atividades que mais proporcionam a lesão:</p> <p>Jogo: 73%;</p> <p>Treinamento: 27%;</p> <p>Dados percentuais como foi obtida a lesão:</p> <p>Contato físico (traumas diretos): 73%;</p> <p>Sozinho (traumas indiretos): 27%;</p> <p>Dados percentuais das lesões por posição na quadra:</p> <p>Goleiros: 27%;</p> <p>Alas: 33%;</p> <p>Centrais: 17%;</p> <p>Pivô: 23%;</p>
Mara Regina Moraes et al.	Julho/Agosto/Setembro de 2016	<p>Quantidade de atletas: 42 atletas</p> <p>Idade: não informa</p> <p>Sexo: feminino</p> <p>Categoria: profissional</p>	<p>Mecanismos de lesões:</p> <p>Por segmento corporal</p> <p>Cabeça: 1%;</p> <p>Coluna: 8%;</p> <p>Membro superior: 4%;</p> <p>Tronco: 2%;</p> <p>Quadril alto: 1%;</p> <p>Membro inferior: 86%;</p> <p>Média do Registro de Lesões por Segmento e Estruturas dos Membros Inferiores:</p> <p>Por segmento corporal</p> <p>Entorses de tornozelo: 46,1%;</p> <p>Estiramentos musculares de posteriores de coxa e/ou anteriores: 32,5%;</p> <p>Entorses de joelho: 15,2%;</p> <p>Estiramento ou contratura dos adutores de coxa: 6,2%;</p>

APÊNDICE B – NORMAS

1 Página de Identificação

A primeira página do manuscrito deve conter os seguintes dados:

- 1) Título do manuscrito em português em letras maiúsculas;
- 2) Título do manuscrito em inglês em letras minúsculas (somente a primeira letra maiúscula);
- 3) Autoria: nome e sobrenome de cada autor em letras minúsculas, sem titulação, seguidos por número sobrescrito (expoente), identificando a filiação institucional/vínculo (Unidade/ Instituição/ Cidade/ Estado/ País); para mais de um autor, separar por vírgula;
- 4) Nome e endereço completo (com e-mail) do autor correspondente.

2 Resumo/Abstract

Logo após o item 5 da página de identificação deve aparecer uma descrição concisa e estruturada do trabalho, de no máximo 250 palavras em um único parágrafo, em português (Resumo) e em Inglês (Abstract). Notas de rodapé e abreviações não definidas não devem ser usadas. O Resumo e o Abstract devem ser apresentados em formato estruturado, contemplando os seguintes itens: Contextualização, Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão (o título dos itens não devem aparecer no resumo/abstract). As Palavras-chave/Keywords (máximo seis) devem aparecer logo após o Resumo/Abstract. A Rev Inspirar Mov Saúde recomenda o uso do DeCS – Descritores em Ciências da Saúde para consulta aos termos de indexação (palavras-chave) a serem utilizados no artigo <<http://decs.bvs.br/>>.

3 Corpo do texto

O corpo do texto dos artigos deve obrigatoriamente conter os seguintes itens:

- 1) Introdução: deve caracterizar a importância do tema e a necessidade de se realizar a pesquisa e apresentar os objetivos do trabalho.
- 2) Materiais e Métodos: descrever de maneira detalhada todos os procedimentos operacionais do estudo de modo a permitir que o trabalho possa ser inteiramente repetido por outros pesquisadores. Incluir todas as informações necessárias – ou fazer referências a artigos publicados em outras revistas científicas – para permitir a replicabilidade dos dados coletados. Deverá conter neste item a menção a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Animais, ligados a Instituição onde o projeto/pesquisa foi desenvolvido.
- 3) Resultados: somente devem ser apresentadas as informações novas encontradas pelo pesquisador isentas de qualquer discussão ou interpretação pessoal. Recomenda-se que os resultados sejam expressos em forma de gráficos, tabelas, quadros e números. Todos os dados apresentados através dos elementos gráficos (tabelas, quadros, gráficos, figuras, etc.), não devem ser repetidos no texto.
- 4) Discussão: devem-se interpretar os resultados e relacioná-los aos conhecimentos já existentes e disponíveis, principalmente àqueles que foram indicados na Introdução do trabalho. As informações dadas anteriormente no texto podem ser citadas, mas não devem ser repetidas em detalhes na discussão.

Os estudos de caso devem ser restritos às doenças ou procedimentos incomuns onde a produção de um artigo original não seja possível. Os relatos de casos clínicos não necessitam seguir a estrutura dos artigos originais, mas devem apresentar um delineamento metodológico que permita a reprodutibilidade das intervenções ou procedimentos relatados. Recomenda-se muito cuidado ao propor generalizações de resultados a partir desses estudos. Desenhos experimentais de caso único serão tratados como artigos originais.

4 Agradecimentos

Quando for o caso, agradecimentos poderão ser incluídos de forma concisa no final do texto antes das Referências Bibliográficas.

5 Referências Bibliográficas

O número recomendado de referências é de 30 para os artigos originais, 15 para os relatos de caso e 50 para as revisões.

As referências bibliográficas devem ser organizadas em sequência numérica, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto, seguindo o estilo Vancouver (Vancouver Style, atualizado em outubro de 2004).

Os títulos dos periódicos citados devem ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pela List of Journals Indexed in Index Medicus, da National Library of Medicine disponibilizados no endereço <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog?db=journals>

Para todas as referências, cite todos os autores até seis. Acima desse número, cite os seis primeiros autores seguidos da expressão et al.

Citações de Artigos Originais: Neder JA, Nery LE, Castelo A, Andreoni S, Lerario MC, Sachs AC et al. Prediction of metabolic and cardiopulmonary responses to maximum cycle ergometry: a randomized study. Eur Respir J. 1999; 14(6):1204-13.

Citações de Resumos: Singer M, Lefort J, Lapa e Silva JR, Vargaftig BB. Failure of granulocyte depletion to suppress mucin production in a murine model of allergy [abstract]. Am J Respir Crit Care Med. 2000; 161: A863.

Citações de Capítulos de Livros: Queluz T, Andres G. Goodpasture's syndrome. In: Roitt IM, Delves PJ, editors. Encyclopedia of Immunology. 1st ed. London: Academic Press; 1992. p. 621-3.

Citações de Publicações Oficiais: World Health Organization. Guidelines for surveillance of drug resistance in tuberculosis. WHO/Tb, 1994; 178:1-24.

Citações de Teses: Martinez TY. Impacto da dispnéia e parâmetros funcionais respiratórios em medidas de qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com fibrose pulmonar idiopática [Tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1998.

Citações de Artigos Publicados na Internet: Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role.

Am J Nurs [online]. 2002 Jun [citado 12/8/2002]; 102(6): [cerca de 3pp.]. Disponível em <www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>.

Citações de Homepages/Endereços Eletrônicos: Cancer-Pain.org [homepage]. New York: AssociationofCancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [atualizado em 16/5/2002, citado em 9/7/2002]. Disponível em.

6 Tabelas e Figuras

As figuras e tabelas devem aparecer no corpo do texto próximo ao local onde foram citadas. O número de tabelas e/ou figuras é limitado a 6.

As tabelas devem conter apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas (tamanho máximo permitido: uma página em espaço duplo), respeitando as margens do texto. As Tabelas devem estar formatadas de modo a ocupar o centro da página de uma margem a outra no máximo ou metade da página (1 coluna). Não devem ser formatadas com marcadores horizontais nem verticais, nem cores ou tons de cinza, apenas necessitam de linhas horizontais para a separação de suas seções principais. Devem ser usados parágrafos ou recuos e espaços verticais e horizontais para agrupar os dados.

As figuras devem ser formatadas em preto e branco. Usar letras em caixa-alta (A, B, C, etc.) para identificar as partes individuais de figuras múltiplas.

As figuras e tabelas e devem ser numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos com título descritivo e legendas que as tornem compreensíveis, sem necessidade de consulta ao texto do artigo. Digitar os títulos e legendas em espaçamento simples e negrito e explicar todos os símbolos e abreviações. As figuras e tabelas não devem conter legendas ou elementos em outra língua diferente da Língua Portuguesa.

Todas as Figuras devem estar em alta resolução (no mínimo 300 dpi). A equipe de editoração gráfica da revista poderá solicitar aos autores o envio de figuras com maior resolução.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS

Evitar o uso de iniciais, nomes ou números de registros hospitalares dos pacientes. Um paciente não poderá ser identificado em fotografias, exceto com consentimento expresso, por escrito, acompanhando o trabalho original.

Estudos realizados em humanos devem estar de acordo com os padrões éticos e com o devido consentimento livre e esclarecido dos participantes (reporte-se à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que trata do Código de Ética para Pesquisa em Seres Humanos).

