

**Análise das Condicionantes de Lesões Esportivas na Prática do Voleibol
Feminino em Atletas Jovens**

*Analysis of the Constraints of Sports Injuries in the Practice of Women's Volleyball in
Young Athletes*

*Análisis de las Condicionantes de Lesiones Deportivas en la Práctica del Voleibol
Femenino en Atletas Jóvenes*

Simone Kammer Albino¹

Willians Cassiano Longen²

¹ Universidade do Extremo Sul Catarinense, Formanda em Fisioterapia, Forquilha, Santa Catarina, Brasil.

² Universidade do Extremo Sul Catarinense, Fisioterapeuta, Criciúma, Santa Catarina, Brasil.

Correspondência: Simone Kammer Albino, Laboratório de Biomecânica, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Av. Universitária, 1105 – Bairro Universitário, CEP:88806-000, Criciúma, SC, Brasil. si.kammer@hotmail.com

RESUMO

Introdução: O voleibol é uma das modalidades mais praticadas no mundo. Acompanhado da prática esportiva está presente o risco de lesões musculoesqueléticas, com maior frequência em membros inferiores. Tais lesões podem ser causadas por fatores intrínsecos ou extrínsecos. **Objetivo:** A proposta deste estudo foi analisar as condicionantes intrínsecas estruturais, estáticas e dinâmicas das principais lesões esportivas envolvidas na prática junto a atletas de voleibol e a necessidade de propor ações preventivas de Fisioterapia Esportiva. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal, realizado com 34 atletas do sexo feminino, idade de $12,74 \pm 1,16$ anos, praticantes de voleibol há no mínimo um ano. Aplicado um questionário referente a informações antropométricas e queixas referentes à dor e lesões das atletas, plantigrafia e testes funcionais: *Step Down Test*, *Star Excursion Balance Test*, *Balance Error Scoring System*. **Resultados:** A frequência de treinos é de 2 a 3 vezes por semana, tempo de prática fica entre 1 a 4 anos envolvendo 85,3% das atletas. Em relação ao índice do arco plantar a maioria apresentou normal. O valgismo de joelho prevaleceu em grande parte das avaliadas. O segmento corporal com mais queixa de dor foi o joelho e lesões o tornozelo. O período de treinamento teve mais lesões do que em competição. **Conclusão:** Em relação aos achados da avaliação, é considerada necessária a adoção de medidas de prevenção, evitando agravos musculoesqueléticos nas praticantes de voleibol.

Palavras-Chaves: Atletas. Fisioterapia. Avaliação

ABSTRACT

Introduction: Volleyball is one of the most practiced modalities in the world. Accompanied by sports practice is present the risk of musculoskeletal lesions, especially in the lower limbs. Such lesions can be caused by intrinsic or extrinsic factors. **Objective:** The proposal of this study was to analyze the intrinsic structural, static and dynamic constraints of the main sports injuries involved in the practice with volleyball athletes and the need to propose preventive actions of physiotherapy Sports. **Methods:** It is an observational study of the transversal type, carried out with 34 female athletes, age 12.74 ± 1.16 years, volleyball practitioners for at least one year. A questionnaire is applied for anthropometric information and complaints regarding pain and injury of athletes, plantigrific and functional tests: *Step Down test*, *Star Excursion balance test*, *Balance Error Scoring System*. **Results:** The training frequency is 2 to 3 times per week, practice time is between 1 to 4 years involving 85.3% of athletes. In relation to the index of the plantar arc most presented normal. The knee Valgus prevailed in large part of the evaluated. The body segment with the most pain complaint was the knee and ankle injuries. The training period had more injuries than in competition. **Conclusion:** In relation to the findings of the evaluation, the adoption of preventive measures is considered necessary, avoiding musculoskeletal grievances in the volleyball practitioners.

Keywords: Athletes; Physiotherapy; Evaluation.

RESUMEN

Introducción: El voleibol es una de las modalidades más practicadas en el mundo. Acompañado de la práctica deportiva está presente el riesgo de lesiones musculoesqueléticas, especialmente en los miembros inferiores. Estas lesiones pueden ser causadas por factores intrínsecos o extrínsecos. **Objetivo:** La propuesta de este estudio fue analizar las condicionantes intrínsecas estructurales, estáticas y dinámicas de las principales lesiones deportivas involucradas en la práctica junto a atletas de voleibol y la necesidad de proponer acciones preventivas de Fisioterapia Deportiva. **Métodos:** Se trata de un estudio observacional del tipo transversal, realizado con 34 atletas del sexo femenino, edad de $12,74 \pm 1,16$ años, practicantes de voleibol por lo menos un año. Se aplicó un cuestionario referente a informaciones antropométricas y quejas referentes al dolor y lesiones de las atletas, plantita y pruebas funcionales: Step Down Test, Star Excursion Balance Test, Balance Error Scoring System. **Resultados:** La frecuencia de entrenamientos es de 2 a 3 veces por semana, tiempo de práctica queda entre 1 a 4 años envolviendo el 85,3% de las atletas. En relación al índice del arco plantar la mayoría presentó normal. El valganismo de rodilla prevaleció en gran parte de las evaluadas. El segmento corporal con más queja de dolor fue la rodilla y las lesiones del tobillo. El período de entrenamiento tuvo más lesiones que en competición. **Conclusión:** En relación a los hallazgos de la evaluación, se considera necesaria la adopción de medidas de prevención, evitando agravios musculoesqueléticos en las practicantes de voleibol.

Descriptores: Atletas; Fisioterapia; Evaluación

Introdução

O voleibol é atualmente um dos esportes mais praticados em todo o mundo^{1,2}. O gesto esportivo da modalidade inclui saltos e aterrissagens repetitivas. Acompanhado da prática esportiva está presente o risco de lesões musculoesqueléticas³. Os atletas competitivos apresentam uma maior incidência de lesões comparando aos atletas amadores devido ao excesso de treinamento, a técnica esportiva praticada de maneira incorreta e a cobrança por resultados positivos⁴.

A entorse de tornozelo é uma das lesões musculoesqueléticas mais encontradas em jogadores de voleibol^{5,6,7}, tendo como mecanismo de trauma mais comum a inversão do tornozelo^{5,8}. A instabilidade do tornozelo é uma consequência de entorses, apresentando um desequilíbrio entre a força eversora e inversora do tornozelo, podendo ter uma predisposição maior para a recorrência de entorses^{9,7}.

As lesões esportivas podem ser causadas por fatores intrínsecos, sendo aqueles relacionados com as características individuais de cada atleta. E os fatores extrínsecos aqueles relacionados com o ambiente, equipamentos e treinamento do atleta⁴.

Lesões podem trazer prejuízos para carreira dos atletas, podendo ocorrer o abandono precoce do esporte devido à incapacidade da funcionalidade¹⁰. Pensando nas condições psicofisiológicas dos atletas, avaliações de funções posturais devem ser feitas periodicamente para analisar disfunções, facilitando a identificação precoce dos riscos de lesões, tornando mais fácil a implantação de protocolos terapêuticos como maneira preventiva¹¹.

Diante desse contexto, o presente estudo teve como objetivo analisar as condicionantes intrínsecas estruturais, estáticas e dinâmicas das principais lesões

esportivas envolvidas na prática junto a atletas de voleibol e a necessidade de propor ações preventivas de Fisioterapia Esportiva.

Materiais e Métodos

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, do tipo observacional com corte transversal, composta por 34 atletas de voleibol, todas do sexo feminino. Sendo aprovada em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as diretrizes e normas nacionais e internacionais pelo comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense, sob o parecer de número 2.399.857. Todas as participantes apresentaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelos pais ou algum responsável, por se tratarem de atletas menores de 18 anos.

Foram incluídas na pesquisa as atletas que praticam a modalidade há no mínimo um ano e possuem de 11 a 16 anos. Foram excluídas as que apresentaram histórico de lesão osteomuscular em membros inferiores num período prévio de duas semanas e aquelas que não estavam mais em treinamento frequente no clube.

Inicialmente as atletas preencheram um questionário com as características antropométricas e perguntas referente à carreira no voleibol. Após realizaram plantigrafia para análise do índice do arco plantar¹². Foram realizados testes dinâmicos, como o *Step Down Test* para a avaliação do valgo ou varo dinâmico, o ângulo verificado é o Ângulo de Projeção no Plano Frontal (APPF)¹³. O *Star Excursion Balance Test (SEBT)* para avaliação da instabilidade dos tornozelos, a mensuração foi registrada através da média em centímetros alcançados, após três repetições¹⁴. Finalizando com o *Balance Error Scoring System*, para avaliação do equilíbrio estático, em dois momentos, sendo o primeiro em uma superfície estável e

o segundo em uma superfície instável. As posições adotadas foram apoio unipodal direito e esquerdo e posição Tandem (pé não dominante atrás do pé dominante). A média de erros foi calculada adicionando-se um ponto para cada erro ou qualquer combinação de erros que ocorreram durante o teste¹⁵.

Os dados coletados foram armazenados e analisados com auxílio do software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0. Os testes estatísticos foram realizados com um nível de significância $\alpha = 0,05$ e, portanto, confiança de 95%. As variáveis quantitativas foram expressas por meio de frequência e porcentagem, média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartil.

Resultados

A média de idade das atletas é de 12,74 ($\pm 1,16$) anos, peso de 54,76 ($\pm 10,08$) Kg e altura de 1,62 ($\pm 0,07$) cm, Em relação ao membro de dominância 88,2% se posicionaram como destra e 11,8% como sinistra.

O clube analisado possui quatro categorias, sendo elas a Iniciante com nove participantes, Pré-mirim e Mirim com 15 participantes cada e Infantil com 14 participantes. Embora em número reduzido, algumas atletas participam de mais de uma das categorias. O tempo de prática esportiva das atletas foi de um a dois anos para 44,1% das mesmas, 41,2% de três a quatro anos, 11,8% de cinco a seis anos e 2,9% mais de seis anos. Com uma frequência de treinos entre duas e três vezes por semana.

A tabela 1 traz a porcentagem de dor musculoesquelética aguda e crônica, a incidência de lesões recorrentes a prática do voleibol e a relação de lesões com o treinamento e competições.

Tabela 1. Histórico de Dor Musculoesquelética e Lesão Relacionada ao Voleibol

Variáveis	n(%) n=34
Dor Aguda*	
Joelho	11 (61,1)
Ombro	9 (50,0)
Tornozelo	7 (38,8)
Região lombar	6 (33,3)
Região cervical	2 (11,1)
Região torácica	1 (5,5)
Não possui dor atual	16
Dor Crônica*	
Joelho	8 (38,0)
Região lombar	7 (33,3)
Ombro	6 (28,5)
Região cervical	2 (9,5)
Região torácica	1 (4,7)
Mão direita	1 (4,7)
Não apresentou dor	13
Já teve lesão relacionada ao voleibol*	
Tornozelo	11 (78,5)
Mão	7 (50,0)
Joelho	3 (21,4)
Não apresentou	20
Lesão durante treino*	
Tornozelo	7 (33,3)
Mão	6 (28,6)
Joelho	2 (9,6)

Lesão durante competição*

Tornozelo	4 (19,1)
Mão	1 (4,7)
Joelho	1 (4,7)

Fonte: Dados da Pesquisa (2018).

Legenda: *Aspectos abordados que foram de múltipla escolha.

A tabela 2 está descrita com as características encontradas nos testes dinâmicos de joelho e tornozelo, além da classificação do índice do arco plantar. A demonstração do resultado do *Balance Error Scoring System* está presente na Tabela 3.

Tabela 2. Características dos Membros Inferiores

Variáveis	Média ± desvio padrão, n (%)	
	Lateralidade	
	Esquerdo n=34	Direito n=34
Step Down Test		
Valgo	21 (61,8)	19 (55,9)
Normal	10 (29,4)	11 (32,4)
Varo	3 (8,8)	4 (11,8)
APPF (graus)		
Valgo	-12,26 ± 6,18	-11,42 ± 4,83
Varo	9,70 ± 2,91	7,28 ± 1,46
Índice do arco plantar		
Normal	15 (44,1)	14 (41,2)
Cavo	9 (26,5)	8 (23,5)
Plano	7 (20,6)	8 (23,5)
Intermediário	3 (8,8)	4 (11,8)

SEBT (cm)

Anterior	63,87 ± 7,37	63,52 ± 6,69
Anterolateral	61,93 ± 6,70	61,63 ± 7,08
Lateral	61,96 ± 8,03	60,22 ± 11,32
Pósterio-lateral	62,77 ± 8,61	61,97 ± 9,61
Posterior	65,41 ± 9,79	66,44 ± 9,47
Pósterio-medial	61,62 ± 9,28	63,54 ± 9,68
Medial	56,20 ± 9,06	56,61 ± 10,67
Ântero-medial	59,28 ± 6,85	59,57 ± 7,63

Fonte: Dados da Pesquisa (2018).

Legenda: APPF (ângulo de projeção no plano frontal); SEBT (*Star Excursion Balance Test*).

Tabela 3. Média de Erros do Equilíbrio Estático analisado pelo *Balance Error Scoring System*

Apoio	Mediana (AIQ*)	
	Superfície	
	Estável	Instável
Unipodal Direito	6,50 (4,00 – 11,50)	10,50 (7,00 – 15,00)
Unipodal Esquerdo	8,50 (6,00 – 13,00)	10,50 (7,75 – 15,00)
Tandem	5,50 (3,00 – 00)*	10,00 (6,75 – 4,00)*

Fonte: Dados da Pesquisa (2018).

Legenda: *Mediana e amplitude interquartil. Tandem (pé não dominante atrás do pé dominante).

Discussão

A queixa de dor musculoesquelética é comum entre as atletas. As dores crônicas apareceram em 61,7% das atletas, com predomínio na região do joelho, coluna lombar e ombro. Anza et al.¹⁶ relatam em uma pesquisa realizada com atletas de voleibol, de ambos os sexos com idade entre 14 e 17 anos, onde esses mesmo segmentos estiveram entre os mais citados em relação as dores crônicas, porém com uma incidência maior na parte inferior da coluna, seguida do ombro e joelho.

De acordo com Baldon et al.¹⁷ a dor nos joelhos aparenta ser multifatorial, mas em situações que não existe um trauma associado, pode ser manifestada por

um padrão de movimento alterado do quadril. As mulheres apresentam uma diminuição dos ângulos de flexão e um aumento dos ângulos de adução e rotação medial do quadril durante as atividades físicas. Além desse fator, a modalidade esportiva é submetida a saltos e aterrissagens repetitivas⁵, podendo exacerbar ainda mais o quadro álgico.

A lombalgia é uma queixa frequente entre jogadores de voleibol. Nas análises dos fatores de risco, o treinamento está como uma causa desencadeante da lombalgia, devido à fadiga muscular, causada pelo excesso de treinamento¹⁸. A dor no ombro é outra queixa encontrada entre as atletas, acredita-se que devido à prática do gesto esportivo praticado de maneira repetitiva, incluindo movimentos dos membros superiores ultrapassando os limites fisiológicos do mesmo¹⁹.

Em relação a dores agudas, aquelas apresentadas atualmente, estão presentes em 52,9% das atletas. O joelho esteve como o complexo anatômico mais citado, seguido pelo ombro e tornozelo. No estudo de Anza et al.¹⁶ a parte inferior da coluna esteve como a mais citada, seguida pelo joelho, ombro e tornozelo.

As lesões musculoesqueléticas ocorrem frequentemente entre atletas de competição. Com a análise dos resultados encontrados neste estudo, constatou-se que a articulação do tornozelo é a mais afetada, com 78,5% das lesões, sendo elas por entorse. De acordo com um estudo que envolveu jogadores de voleibol, com idade média de 14,96 ($\pm 1,67$) anos, o sítio anatômico mais afetado foi da mesma forma o complexo tornozelo/pé com 36,3% das lesões²⁰. Em pesquisa realizada com um time de voleibol feminino, tendo como objetivo identificar as características das lesões que ocorrem nas atletas, à entorse de tornozelo teve um predomínio de 72% das lesões relacionadas a modalidade²¹.

O voleibol é caracterizado por um esporte onde os gestos esportivos são comumente realizados por deslocamentos, saltos e movimentos repentinos, com isso apresenta maior incidência de entorses de tornozelo. Quase sempre ocorre na zona de rede, sendo durante o contato com algum companheiro ou adversário, ou então na aterrissagem⁵.

A instabilidade do tornozelo é um fator desencadeante para recorrentes lesões por entorse⁷. No estudo de Peres et al.⁵ 11 atletas de voleibol feminino, foram avaliadas pelo SEBT, submetidas a um protocolo de exercícios proprioceptivos durante um mês e reavaliadas. Ao final do tratamento os resultados se mostraram significativos na melhora da estabilidade articular do tornozelo. A propriocepção é fundamental para estabilidade articular do tornozelo, reduzindo as chances de lesões por entorse^{9,14}.

As atletas avaliadas são submetidas a uma rotina de treinamento de dois a três dias semanal, tendo 71,4% das lesões nesse período. O treinamento está entre um dos fatores causadores de lesão, devido o excesso do mesmo, força muscular insuficiente das atletas, preparação física inadequada e a técnica esportiva muitas vezes praticada de maneira incorreta⁴.

De acordo com o esperado, na realização do Step Down Test, obteve-se uma incidência maior de valgo dinâmico nas atletas, o membro inferior direito teve uma média de -11,42 (\pm 4,83) graus e o esquerdo -12,26 (\pm 6,18) graus. Em estudo envolvendo a avaliação funcional do joelho as mulheres obtiveram uma média de -10,25 (\pm 0,5) graus, diferente dos homens, que ficaram com uma média de -8,53 \pm (0,8) graus. Foi constatado desta forma um valgo estatisticamente maior nas mulheres em relação aos homens¹³. No estudo de Almeida et al.²² envolvendo mulheres que apresentavam a síndrome da dor femoropatelar observou-se o valgo

dinâmico com uma média de $-11,90 (\pm 5,9)$ graus. Uma das preocupações em relação ao valgo dinâmico excessivo é a predisposição a lesões de joelho²³.

Maia et al.²³ realizaram uma análise associativa do valgo dinâmico do joelho juntamente com o ângulo de rotação interna do quadril em atletas do sexo feminino, com média de idade de 15 anos. No mesmo estudo observou uma associação entre a diminuição da rotação medial do quadril com o aumento do valgo dinâmico do joelho.

O índice do arco plantar ficou de acordo com o esperado, tendo uma maior prevalência em pés normais, seguido de cavo, plano e intermediário. No estudo de Dorneles et al.²⁴ também foi encontrada essa prevalência.

Em relação ao equilíbrio estático das atletas quando submetidas ao solo estável, observou-se um aumento na média de erros no apoio unipodal do membro inferior esquerdo em relação ao membro inferior direito. O mesmo foi percebido na pesquisa de Kuhn et al.¹⁵ com jogadores de voleibol. No solo instável ouve um aumento na média de erros em relação aos dois membros. O que corrobora com o estudo de Azad et al.²⁵, encontrando escores mais baixos quando submetidos ao teste em uma superfície estável.

Recomendações do Estudo

As lesões musculoesqueléticas podem trazer prejuízos físicos e psicológicos para carreira dos atletas, podendo gerar o abandono prematuro do esporte devido a incapacidades e alterações da funcionalidade¹⁰. Frente a isto e aos achados deste estudo, sugere-se a implantação de avaliações posturais estáticas e dinâmicas com foco em membros inferiores, atenção aos aspectos envolvidos nos treinamentos envolvendo a periodização, dosagem de cargas físicas e as ações com

maior potencialidade para o risco de lesões musculoesqueléticas. Atenção aos aspectos que potencializam o risco de lesões como os equipamentos utilizados, a qualidade do piso e quadras, tanto de treinamento quanto em competições. Bem como, a implantação de protocolos de exercícios preventivos para evitar os posicionamentos errôneos de membros inferiores, seja de forma estática ou dinâmica.

Conclusão

As principais alterações encontradas nas atletas foram o valgismo de joelho, a instabilidade de tornozelo e uma média de erros elevada no teste avaliando o equilíbrio estático. As lesões ocorrem principalmente no período de treinamentos, sendo a entorse de tornozelo a lesão mais comum entre as atletas. A ausência de trabalhos preventivos e um esquema de treinamento no qual ocorre a maioria das lesões denotam a maior necessidade de atenção à adoção de medidas que levem à prevenção de agravos musculoesqueléticos nas praticantes de voleibol.

Referencias

1. Fédération Internationale de Volleyball (FIVB). <http://www.fivb.org/en/volleyball/index.asp>. Acessado em 6 de setembro de 2017.
2. Moreira TS, Mezzadri FM, Souza DL, Silva MM. O perfil da produção científica em língua portuguesa sobre o voleibol. *Rev Motrivivência*. 2017;51(29):119-35.
3. Rabello LM, Macedo CSG, Oliveira MR, Fregueto JH, Camargo MZ, Lopes LD, et al. Relação entre testes funcionais e plataforma de força nas medidas de equilíbrio em atletas. *Rev Bras Med Esporte*. 2014;20(3):219-22.
4. Saragiotto BT, Pierro CD, Lopes AD. Fatores de risco e prevenção de lesões em atletas de elite: estudo descritivo da opinião de fisioterapeutas, médicos e treinadores. *Braz J Phys Ther*. 2014;18(2):137-43.
5. Peres MM, Cecchini L, Pacheco I, Pacheco AM. Efeitos do treinamento proprioceptivo na estabilidade do tornozelo em atletas de voleibol. *Rev Bras Med Esporte*. 2014;20(2):146-50.
6. Hoch MC, Mckee PO. Peroneal reaction time after ankle sprain: A systematic review and meta-analysis. *Med Sci Sports Exerc*. 2014;46(3):546-56.
7. Milanezi FC, Marques NR, Cardozo AC, Gonçalves M. Comparação dos parâmetros de força e propriocepção entre indivíduos com e sem instabilidade funcional de tornozelo. *Fisioter Pesq*. 2015;22(1):23-28.
8. Pinto FRLG, Côrte-Real N, Consciência JAG. Entorse lateral do tornozelo: capacidade diagnóstica do exame objectivo e exames imagiológicos. *Rev Port Ortop Traum*. 2016;24(1): 37-50.
9. Prado MP, Fernandes TD, Camanho GL, Mendes AAM, Amodio DT. Instabilidade mecânica pós-lesão ligamentar aguda do tornozelo. Comparação prospectiva e randomizada de duas formas de tratamento conservador. *Rev Bras Ortop*. 2013;48(4):307-16.
10. Glazer DD. Development and Preliminary Validation of the Injury-Psychological Readiness to Return to Sport (I-PRRS) Scale. *J Athl Train*. 2009;44(2):185-89.
11. Reeser JC, Joy EA, Porucznik CA, Berg RL, Colliver EB, Willick SE. Risk factors for volleyball-related shoulder pain and dysfunction. *PM R*. 2010;2(1):27-36.
12. Pezzan PA, Sacco IC, João SM. Foot posture and classification of the plantar arch among adolescent wearers and non-wearers of high-heeled shoes. *Rev Bras Fisioter* 2009;13(5):398-04.
13. Fonseca HLP, Santos LHG. Avaliação comparativa do valgo dinâmico do joelho e os fatores que influenciam na capacidade funcional em praticantes de atividade física. *Revista Inspirar, movimento e saúde*. 2016;11(4):32-36.

14. Cristofoli EL, Peres, MM, Cecchini L, Pacheco I, Pacheco AM. Comparação do efeito do treinamento proprioceptivo no Tornozelo de não atletas e jogadores de voleibol. Rev Bras Med Esporte. 2016;6(22):450-54.
15. Kuhn B, Nazzi NB, Oliveira M, Moussalle MM, Soares MM. A estabilidade do tornozelo em atletas do voleibol masculino. Rev Conhecimento Online. 2017;1:59-64.
16. Anza R, Denis M, Silva MF. Analysis of physical fitness, anthropometry and prevalence of musculoskeletal symptoms in the youth volleyball category. Rev Bras Med Esporte. 2013;19(1):62-65.
17. Baldon RM, Lobato DFM, Carvalho LP, Wun PYL, Serrão FV. Diferenças biomecânicas entre os gêneros e sua importância nas lesões do joelho. 2011;24(1):157-66.
18. Triki M, Koubaa A, Masmoudi L, Fellmann N, Tabka Z, Libyan J. Med prevalence and risk factors of low back pain among undergraduate students of a sports and physical education institute in Tunisia. Libyan J Med. 2015;10(1):26802.
19. Pires LMT, Bini IC, Fernandes WVB, Setti JAP. Lesões no ombro e sua relação com a prática do voleibol – Revisão da Literatura. Revista Científica Internacional. 2009,2(10).
20. Vanderlei FM, Bastos FN, Tsutsumi GYC, LCM Vanderlei, Netto J, Pastre CM. Características e fatores contribuintes relacionados às lesões esportivas em jovens jogadores de voleibol. Notas de Pesquisa da BMC.2013;6:415.
21. Antônio VS, Santos MAGN. Prevalência de lesões em atletas de voleibol feminino e possíveis relações com treinamento inadequado e estresse. Ver Hórus. 2010;7(1):57-69.
22. Almeida GPL, Silva APMCC, França FJR, Magalhães MO, Burke TN, Marques AP. Ângulo-q na dor patelofemoral: relação com o valgo dinâmico de joelho, torque abdutor do quadril, dor e função. Ver Bras Ortp. 2016;51(2):181-86.
23. Maia MS, Carandina MHF, Santos M B, Cohen M. Associação do valgo dinâmico do joelho no teste de descida de degrau com a amplitude de rotação medial do quadril. Rev Bras Med Esporte. 2012;18(3):164-66.
24. Dorneles PP, Meereis ECW, Pranke GI, Mota CB. Relação do índice do arco plantar com o equilíbrio postural. R. Bras. Ci. e Mov. 2014; 22(2):115-20.
25. Azad AM, Al Juma S, Bhatti JA, Delaney JS. Modified Balance Error Scoring System (M-BESS) test scores in athletes wearing protective equipment and cleats. BMJ Open Sport Exerc. Med. 2016;2(1), e000117.

ANEXO

Normas para Submissão da Revista Brasileira de Medicina do Esporte

Instruções aos Autores

A Revista Brasileira de Medicina do Esporte - RBME (Brazilian Journal of Sports Medicine), órgão oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Exercício e do Esporte (SBMEE), é publicada bimestralmente em seis edições ao ano (jan/fev, mar/abr, maio/jun, jul/ago, set/out e nov/dez), com versões em português e inglês. A RBME é indexada nas seguintes bases bibliográficas: SciELO, Web of Science, Excerpta Medica-EMBASE, Physical Education Index, LILACS, SIRC-Sportdiscus, e Scopus.

A publicação segue integralmente o padrão internacional do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), ou Convenção de Vancouver, e seus requisitos de uniformização [<http://www.icmje.org/>].

Taxa de Publicação: Para possibilitar a sustentabilidade e continuidade da RBME, informamos aos autores que a partir de janeiro de 2014 foi instituída uma taxa de publicação de artigos. Os autores são responsáveis pelo pagamento da taxa dos trabalhos aceitos para publicação, que será cobrada do autor correspondente quando o trabalho for aprovado. Após a aceitação do manuscrito comunicada pelo editor-chefe, os autores deverão efetuar um depósito bancário em nome da Associação Brasileira de Medicina do Esporte, CNPJ 30.504.005-0001-12, Banco Bradesco, agência 0449, Conta 0001353-6. O comprovante de depósito deve ser enviado para o e-mail atharbme@uol.com.br mencionando o número de protocolo do trabalho (RBME-0000), o título do artigo e o nome do autor correspondente. Caso não ocorra o envio do artigo nos idiomas português e inglês, será cobrada uma taxa para tradução.

Valores: Para os associados da Sociedade Brasileira de Medicina e do Exercício e do Esporte (SBMEE) o valor corresponde a R\$ 1.250,00 (US\$ 430) e para não sócios, R\$ 1.450,00 (US\$ 530). Por ocasião da submissão do manuscrito, após completar o cadastro, o autor deve ler e concordar com os termos de originalidade, relevância e qualidade, bem como sobre a cobrança da taxa. Ao indicar ciência destas normas, o manuscrito será registrado no sistema para avaliação.

Instruções para envio de manuscritos: Todos os artigos deverão ser submetidos diretamente no site <http://submission.scielo.br/index.php/rbme>. Na submissão eletrônica do artigo, os autores deverão anexar como documentos suplementares: (1) Termo de Divulgação de Potencial Conflito de Interesses; (2) Termo de Transferência de Direitos Autorais; (3) Declaração de Contribuição dos Autores, com o número do ORCID (*Open Researcher and Contributor ID*) de cada autor. Não serão aceitas submissões por e-mail, correios ou quaisquer outras vias que não a submissão eletrônica no site mencionado.

Dupla submissão: Os artigos submetidos à RBME serão considerados para publicação somente com a condição de que não tenham sido publicados ou não estejam em processo de avaliação para publicação em outro periódico, seja na sua versão integral ou em parte. A RBME não considerará para publicação artigos cujos dados tenham sido disponibilizados na Internet para acesso público. Se houver, no artigo submetido, algum material em figuras ou tabelas já publicados em outro local,

a submissão do artigo deverá ser acompanhada de cópia do material original e da permissão por escrito para reprodução do material.

Conflito de interesses: Os autores deverão explicitar qualquer potencial conflito de interesses relacionado ao artigo submetido, conforme determinação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (RDC 102/ 2000) e do Conselho Federal de Medicina (Resolução nº 1.595/2000). Esta exigência visa informar aos editores, revisores e leitores sobre relações profissionais e/ou financeiras (como patrocínios e participação societária) com agentes financeiros relacionados a produtos farmacêuticos ou equipamentos envolvidos no trabalho, os quais podem, teoricamente, influenciar as interpretações e conclusões do mesmo. A declaração de conflito de interesses será publicada ao final de todos os artigos.

Bioética de experimentos com seres humanos: A realização de experimentos envolvendo seres humanos deve seguir a resolução específica do Conselho Nacional de Saúde (nº 196/96) disponível em <http://www.conselho.saude.gov.br>, incluindo a assinatura de um Termo de Consentimento Informado e a proteção da privacidade dos voluntários.

Bioética de experimentos com animais: A realização de experimentos envolvendo animais deve seguir resoluções específicas (Lei nº 6.638, de 08 de maio de 1979; e Decreto nº 24.645 de 10 de julho de 1934).

Ensaio clínico: A RBME apoia a políticas de registro de ensaios clínicos da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância destas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaio Clínico validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE [<http://www.icmje.org/about-icmje/faqs/clinical-trials-registration/>], cujos endereços eletrônicos estão disponíveis na página do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado no texto do artigo.

Revisão por pares (Peer-review): Todos os artigos submetidos serão avaliados, por pareceristas (na modalidade duplo-cego) com experiência e competência profissional na respectiva área do trabalho e emitirão pareceres que serão utilizados pelos editores para decidir sobre a aceitação do mesmo. Os critérios de avaliação dos artigos incluem: originalidade, contribuição relevante para a área, metodologia adequada, clareza e atualidade. Considerando o crescente número de submissões à RBME, artigos serão também avaliados quanto à sua relevância e contribuição para o conhecimento específico na área. Assim, artigos com metodologia adequada e resultados condizentes poderão não ser aceitos para publicação se julgados como sendo de baixa relevância pelos editores. Tal decisão de recusa não estará sujeita a recurso ou contestação por parte dos autores. Os artigos aceitos para publicação poderão sofrer revisões editoriais para facilitar sua clareza e entendimento sem, contudo, alterar o conteúdo.

Correção de provas gráficas: Logo que prontas, as provas gráficas em formato eletrônico serão enviadas por e-mail para o autor correspondente. Os autores deverão devolver, também por e-mail, a prova gráfica com as devidas correções em,

no máximo, 48h após o seu recebimento. A medida visa agilizar o processo de revisão e publicação do artigo.

Direitos autorais: Todas as declarações publicadas nos artigos são de inteira responsabilidade dos autores. Entretanto, todo material publicado torna-se propriedade da editora, que passa a reservar os direitos autorais. Portanto, nenhum material publicado na RBME poderá ser comercializado sem a permissão por escrito da editora. Todos os autores de artigos submetidos à RBME deverão redigir e assinar um Termo de Transferência de Direitos Autorais, que entrará em vigor a partir da data de aceite do trabalho.

Preparação de manuscritos: O periódico RBME recebe os seguintes tipos de manuscritos: artigo original, artigo de revisão, revisão sistemática, atualização, meta-análise, relato de caso e artigo comentado. Os artigos submetidos devem ser digitados em espaço duplo, fonte Arial 12 em página tamanho A4, sem numerar linhas ou parágrafos. Figuras e tabelas devem ser apresentados ao final do artigo em páginas separadas. No corpo do texto deve-se informar os locais para inserção das tabelas ou figuras. Números menores que 10 são escritos por extenso, enquanto que números maiores ou igual a 10 são expressos em algarismos arábicos. Os manuscritos que não estiverem de acordo com as instruções aos autores em relação a estilo e formato serão devolvidos sem revisão pelo Conselho Editorial. As medidas deverão ser expressas no Sistema Internacional (Système International, SI), disponível em <http://physics.nist.gov/cuu/Units> e unidades padrão, quando aplicável. Recomenda-se aos autores não usar abreviações no título e limitar a sua utilização no resumo e ao longo do texto. Os nomes genéricos devem ser usados para todas as drogas. Os fármacos podem ser referidos pelo nome comercial, porém, deve constar o nome, cidade e país ou endereço eletrônico do fabricante entre parênteses na seção Materiais e Métodos.

Abreviaturas: O uso de abreviaturas deve ser minimizado. As abreviaturas deverão ser definidas por ocasião de sua primeira utilização no resumo e também no texto. Abreviaturas não padronizadas não devem ser utilizadas, a menos que essas apareçam pelo menos três vezes no texto. Unidades de medida (3 ml ou 3 mL, e não 3 mililitros) ou símbolos científicos padrão (elementos químicos, por exemplo, Na, e não sódio) não são consideradas abreviaturas, e portanto, não devem ser definidos. Abreviar nomes longos ou substâncias químicas e termos utilizados para combinações terapêuticas. Abreviaturas em figuras e tabelas podem ser utilizadas por razões de espaço, porém devem ser definidas na legenda, mesmo que tenham sido definidas no texto do artigo.

Identificação dos autores: O número do ORCID (*Open Research and Contributor ID*, <http://orcid.org/>) de cada um dos autores deve ser informado na declaração de contribuição dos autores, conforme modelo abaixo.

Declaração de contribuição de autores: A declaração da contribuição dos autores deverá ser incluída ao final do artigo com utilização de dois critérios mínimos de autoria, entre eles:

- Contribuição substancial na concepção ou desenho do trabalho, ou aquisição, análise ou interpretação dos dados para o trabalho;
- Redação do trabalho ou revisão crítica do seu conteúdo intelectual;
- Aprovação final da versão do manuscrito a ser publicado;
- Estar de acordo em ser responsabilizado por todos os aspectos do trabalho, no sentido de garantir que qualquer questão relacionada à integridade ou exatidão de qualquer de suas partes sejam devidamente investigadas e resolvidas.

Todos os artigos deverão incluir a descrição da contribuição dos autores, conforme modelo:

“Cada autor contribuiu individual e significativamente para o desenvolvimento do manuscrito. MJ (0000-0000-0000-0000)*: redação, revisão e realização das cirurgias; CPV (0000-0000-0000-0000)*: cirurgias, análise dos dados e redação. JVC (0000-0000-0000-0000)*: análise estatística, cirurgias e revisão. OMA (0000-0000-0000-0000)*: análise das lâminas e revisão. MASP (0000-0000-0000-0000)*: redação e revisão e conceito intelectual. ACA (0000-0000-0000-0000)*: cirurgia, redação, análise estatística, conceito intelectual e confecção de todo o projeto de pesquisa. *ORCID (*Open Researcher and Contributor ID*).”

Formato dos arquivos: Usar editor de texto Microsoft Word para Windows ou equivalente. Arquivos em formato PDF não serão aceitos. As tabelas e quadros deverão estar em seus arquivos originais (Excel, Access, Powerpoint, etc.) As figuras deverão estar nos formatos jpg ou tif em alta resolução (300 dpis). As figuras deverão estar incluídas no arquivo Word, mas também devem ser enviadas separadamente (anexadas durante a submissão do artigo como documento suplementar em seus arquivos originais).

Página de rosto: A página de rosto deve conter (1) a categoria do artigo; (2) o título do artigo em português, inglês e espanhol com até 80 caracteres cada, e deve ser objetivo e informativo; (3) os nomes completos dos autores; instituição; formação acadêmica de origem (a mais relevante); cidade, estado e país; (4) nome do autor correspondente, com endereço completo, telefone e e-mail. A titulação dos autores não deve ser incluída. O nome completo de cada autor (sem abreviações); e sua afiliação institucional (nota: as unidades hierárquicas devem ser apresentadas em ordem decrescente, por exemplo, universidade, faculdade ou instituto e departamento) devem ser informados. Os nomes das instituições e programas deverão ser apresentados preferencialmente por extenso e na língua original da instituição ou na versão em inglês quando a escrita não é latina (p.ex. árabe, mandarim ou grego);

Resumo: O resumo em português, inglês e espanhol deve ser incluído no manuscrito. Em cada um dos idiomas não deve conter mais do que 300 palavras. A versão estruturada é obrigatória nos artigos originais, e inclui introdução, objetivos, métodos, resultados e conclusão. Artigos de revisão não requerem resumo estruturado.

Resumos Gráficos (*graphical abstract*) serão aceitos. A informação deverá ser composta de imagem concisa, pictórica e visual das principais conclusões do artigo. Pode ser tanto a figura de conclusão do artigo ou uma figura que é especialmente concebida para este fim, que capta o conteúdo do artigo para os leitores em um único olhar. As figuras incluem todas as ilustrações, tais como fotografias, desenhos, mapas, gráficos, etc, e deve ser identificado com o nome do artigo.

O envio de resumo gráfico (*graphical abstract*) é opcional e deve ser encaminhado em arquivo separado e identificado. O arquivo deve ter extensão.tif e/ou jpg. Também são aceitos arquivos com extensão.xls (Excel);.eps;.psd para ilustrações em curva (gráficos, desenhos e esquemas). Ademais no resumo deve ser incluídos o Nível de Evidência e o Tipo de Estudo, conforme tabela de classificação anexada ao final deste texto.

Palavras-chave: O artigo deve incluir no mínimo três e no máximo seis descritores nas versões português, inglês e espanhol, baseados nos Descritores de Ciências da Saúde (DeCS) <http://decs.bvs.br/> ou no Medical Subject Headings (MeSH) da National Library of Medicine, disponível em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html> ou baseados no Medical Subject-Heading (MeSH), do Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/>).

Introdução: A introdução deve conter (1) justificativa objetiva para o estudo, com referências pertinentes ao assunto, sem realizar uma revisão extensa; (2) objetivo do artigo.

Materiais e Métodos: Esta seção deve descrever os experimentos (quantitativa e qualitativamente) e os procedimentos em detalhes suficientes que permitam que outros pesquisadores reproduzam os resultados ou deem continuidade ao estudo e deverá conter: (1) a descrição clara da amostra utilizada; (2) termo de consentimento livre e esclarecido, para estudos experimentais envolvendo seres humanos; (3) identificação dos métodos, aparelhos (nome do fabricante e endereço, cidade e país devem ser mencionados entre parênteses) e procedimentos utilizados; (4) descrição breve e referências de métodos publicados, mas não amplamente conhecidos; (5) descrição detalhada de métodos novos ou modificados; (6) quando pertinente, incluir a análise estatística e os programas utilizados. Importante: Ao relatar experimentos com seres humanos ou animais, indicar se os procedimentos seguiram as normas do Comitê Ético sobre Experiências Humanas da instituição na qual a pesquisa foi realizada, e se os procedimentos estão de acordo com a declaração de Helsinki de 1995 e a Animal Experimentation Ethics, respectivamente. Os autores devem incluir uma declaração indicando que o protocolo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição (instituição de afiliação de pelo menos um dos autores), com o respectivo número de identificação. Também deve incluir que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado por todos os participantes.

Resultados: Apresentar os resultados em sequência lógica no texto, usando tabelas e figuras. Evitar repetição excessiva de dados no texto, em tabelas ou figuras, porém, enfatizar somente as descobertas mais importantes.

Discussão: Enfatizar os aspectos originais e importantes do estudo e as conclusões que decorrem deste, evitando, porém, repetir dados já apresentados em outras partes do manuscrito. Em estudos experimentais, ressaltar a relevância e limitações dos resultados, confrontando com os dados da literatura e incluindo implicações para estudos futuros.

Conclusões: A conclusão deve ser clara e concisa, baseada nos resultados obtidos, estabelecendo ligação com implicações clínicas evitando, porém, excessiva

generalização). A mesma ênfase deve ser dada a estudos com resultados negativos ou positivos. Recomendações podem ser incluídas, quando relevantes.

Agradecimentos: Quando pertinente, incluir agradecimento ou reconhecimento a pessoas que tenham contribuído para o desenvolvimento do trabalho, porém não se qualificam como coautores. Fontes de financiamento como auxílio a pesquisa e bolsas de estudo devem ser reconhecidos nesta seção. Os autores deverão obter permissão por escrito para mencionar nomes e instituições de todos os que receberam agradecimentos nominais.

Referências: As referências devem ser numeradas na sequência em que aparecem no texto, em formato sobrescrito. As referências citadas somente em legendas de tabelas ou figuras devem ser numeradas de acordo com sequência estabelecida pela primeira menção da tabela ou da figura no texto. O estilo das referências bibliográficas deve seguir as regras do Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (International Committee of Medical Journal Editors disponível em *Ann Intern Med.* 1997;126(1):36-47 <http://www.icmje.org>). Alguns exemplos são mostrados a seguir. Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o Index Medicus (List of Journals Indexed disponível em: <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>). Se o periódico não constar dessa lista, deve-se utilizar a abreviatura sugerida pelo próprio periódico. Deve-se evitar utilizar “comunicações pessoais” ou “observações não publicadas” como referências. Resumos de trabalhos apresentados em eventos devem ser utilizados somente se for a única fonte de informação. Todas as referências do ano atual ou dos cinco anos anteriores devem estar em negro.

Exemplos:

1) Artigo padrão em periódico

Deve-se listar todos os autores até seis. Se existirem mais, citar os seis primeiros autores, seguidos por *et al.*

Exemplo: Autor(es). Título do artigo. Título do periódico. Ano;volume(número da edição):página inicial-final.

Goate AM, Haynes AR, Owen MJ, Farrall M, James LA, Lai LY, et al. Predisposing locus for Alzheimer's disease on chromosome 21. *Lancet.* 1989;1(8634):352-5.

2) Autor institucional

The Royal Marsden Hospital Bone-Marrow Transplantation Team. Failure of syngeneic bone-marrow graft without preconditioning in post-hepatitis marrow aplasia. *Lancet.* 1977;2(8041):742-4.

3) Livro com autor(es) responsável (is) por todo o conteúdo

Armour WJ, Colson JH. Sports injuries and their treatment. 2nd ed. London: Academic Press; 1976.

4) Livro com editor(es) como autor(es)

Diener HC, Wilkinson M, editors. Drug-induced headache. New York: Springer-Verlag; 1988.

5) Capítulo de livro

Weinstein L, Swartz MN. Pathologic properties of invading microorganisms. In: Sodeman WA Jr, Sodeman WA, editors. Pathologic physiology: mechanisms of disease. Philadelphia: Saunders; 1974. p.457-72.

6) Material eletrônico

Autor (es). Título do artigo. Título do periódico abreviado [suporte]. Data de publicação [data de acesso com a expressão “acesso em”]; volume

(número):páginas inicial-final ou [número de páginas aproximado]. Endereço eletrônico com a expressão “Disponível em:” Exemplo: Pavezi N, Flores D, Perez CB. Proposição de um conjunto de metadados para descrição de arquivos fotográficos considerando a Nobrade e a Sepiades. *Transinf.* [Internet]. 2009 [acesso em 2010 nov 8]; 21(3):197-205. Disponível em: <http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/transinfo/article/view/501>

Tabelas: As tabelas devem ser elaboradas em espaço 1,5 devendo ser planejadas para ter como largura uma (8,7cm) ou duas colunas (18 cm). Cada tabela deve possuir um título sucinto. Notas explicativas serão incluídas em notas de rodapé. A tabela deve conter médias e medidas de dispersão (Desvio Padrão, Erro Padrão da Média, etc.), não devendo conter casas decimais irrelevantes. As abreviaturas devem estar de acordo com aquelas utilizadas no texto e nas figuras. Os códigos de identificação de itens da tabela devem estar listados na ordem de surgimento no sentido horizontal e devem ser identificados pelos símbolos padrão. Os quadros e tabelas deverão ser enviados através dos arquivos originais editáveis (Word, Excel) e não como imagens.

Figuras: Na versão impressa da RBME serão aceitas figuras em preto-e-branco. Imagens coloridas poderão ser publicadas quando forem essenciais para o conteúdo científico do artigo. Nestes casos, o custo será repassado aos autores. Figuras coloridas poderão ser incluídas na versão eletrônica do artigo sem custo adicional aos autores. Os desenhos e figuras devem ser consistentes e tão simples quanto possível, porém informativos. Tons de cinza não devem ser utilizados. Todas as linhas devem ser sólidas. Para gráficos de barra, por exemplo, utilizar barras brancas, pretas, com linhas diagonais nas duas direções, linhas em xadrez, linhas horizontais e verticais. A RBME desaconselha fortemente o uso de fotografias de equipamentos e animais de experimentação. As figuras devem ser impressas com bom contraste e ter a largura de uma coluna (8,7cm). Quando a figura representar uma radiografia ou fotografia, sugerimos incluir a escala de tamanho, quando pertinente.

Por favor, note que é de responsabilidade dos autores obter permissão do detentor dos direitos autorais para reproduzir figuras (ou tabelas) que tenham sido previamente publicados em outras fontes. De acordo com os princípios do acesso aberto, os autores devem ter permissão do detentor dos direitos, caso desejem incluir imagens que tenham sido publicados em outros periódicos de acesso não aberto. A permissão deve ser indicada na legenda da figura, e a fonte original deve ser incluída na lista de referências.

Vídeos

O envio de vídeo é opcional, e irá acompanhar a versão *online* do artigo. Deve ser encaminhado junto com o artigo em arquivo separado e acompanhado de legenda. Os vídeos devem ser enviados em formato digital MP4.

Tipos de artigos

Artigo original: A RBME aceita todo tipo de pesquisa original nas áreas de Medicina e Ciências do Exercício e do Esporte, incluindo pesquisas com seres humanos e pesquisa experimental. O artigo deve conter os seguintes itens: Resumo estruturado, Palavras-chave, Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão, e Conclusões.

Artigos de revisão: Artigos de revisão são usualmente encomendados pelo editor a autores com experiência comprovada na área. Estes expressam a experiência do

autor e não devem refletir apenas uma revisão da literatura. Artigos de revisão deverão abordar temas específicos com o objetivo de atualizar os leitores com temas, tópicos ou questões específicas nas áreas de Medicina e Ciências do Exercício e do Esporte. O Conselho Editorial avaliará a qualidade do artigo, a relevância do tema escolhido e o comprovado destaque dos autores na área específica abordada. A inadequação de qualquer um dos itens acima acarretará na recusa do artigo pelos editores, sem passar por revisão por pares.

Revisão sistemática/atualização/meta-análise: A RBME encoraja os autores a submeter artigos de revisão sistemática da literatura nas áreas de Medicina e Ciências do Exercício e do Esporte. O Conselho Editorial avaliará a qualidade do artigo, a relevância do tema escolhido, o procedimento de busca bibliográfica, os critérios para inclusão dos artigos e o tratamento estatístico utilizado. A inadequação de qualquer um dos itens acima acarretará na recusa do artigo pelos editores, sem passar por revisão por pares.

Submissão de artigos: Desde janeiro de 2008 a RBME adota o Sistema SciELO de Publicação e Submissão online disponível em <http://submission.scielo.br/index.php/aob/index>. Os autores deverão seguir as instruções de cadastro e incluir os artigos no próprio sistema. Recomendações para artigos submetidos à Revista Brasileira de Medicina do Esporte.

Tipo de Artigo	Resumo	Número de palavras**	Referências	Figuras	Tabelas
Original	Estruturado o máximo 300 palavras	2.500	30	10	6
Revisão*/Revisão Sistemática/ Meta-análise	Não estruturado o máximo 300 palavras	4.000	60	3	2
Atualização	Não estruturado o máximo 300 palavras	4.000	60	3	2

*a convite dos Editores; ** excluindo resumo, referências, tabelas e figuras.