

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE

CURSO DE FISIOTERAPIA

ISADORA TAVARES ALMEIDA

**EVOLUÇÃO FUNCIONAL DE PACIENTES COM LESÃO  
ENCEFÁLICA ADQUIRIDA INTERNADOS PARA REABILITAÇÃO**

Goiânia

2020

ISADORA TAVARES ALMEIDA

**EVOLUÇÃO FUNCIONAL DE PACIENTES COM LESÃO  
ENCEFÁLICA ADQUIRIDA INTERNADOS PARA REABILITAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso elaborado  
ao curso de Graduação em Fisioterapia da  
Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Cejane Oliveira  
Martins Prudente.

Goiânia  
2020

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS**  
**ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E SAÚDE**  
**CURSO DE FISIOTERAPIA**  
**AVALIAÇÃO ESCRITA**

**Título do trabalho:** Evolução funcional de pacientes com lesão encefálica adquirida internados para reabilitação

**Acadêmica:** Isadora Tavares Almeida

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Cejane Oliveira Martins Prudente

**Data:** \_\_/12/2020

AVALIAÇÃO ESCRITA (0 – 10)		
Item		
1.	Título do trabalho – Deve expressar de forma clara o conteúdo do trabalho.	
2.	Introdução – Considerações sobre a importância do tema, justificativa, conceituação, a partir de informações da literatura devidamente referenciadas.	
3.	Objetivos – Descrição do que se pretendeu realizar com o trabalho, devendo haver metodologia, resultados e conclusão para cada objetivo proposto	
4.	Metodologia* – Descrição detalhada dos materiais, métodos e técnicas utilizados na pesquisa, bem como da casuística e aspectos éticos, quando necessário	
5.	Resultados – Descrição do que se obteve como resultado da aplicação da metodologia, pode estar junto com a discussão.	
6.	Discussão** – Interpretação e análise dos dados encontrados, comparando-os com a literatura científica.	
7.	Conclusão – Síntese do trabalho, devendo responder a cada objetivo proposto. Pode apresentar sugestões, mas nunca aspectos que não foram estudados.	
8.	Referência bibliográfica – Deve ser apresentada de acordo com as normas do curso.	
9.	Apresentação do trabalho escrito – formatação segundo normas apresentadas no Manual de Normas do TCC	
10.	Redação do trabalho – Deve ser clara e obedecer às normas da língua portuguesa	
Total		
Média (Total/10)		

Assinatura do examinador:

---

Critérios para trabalhos de revisão:

\*Metodologia: descrever o método utilizado para realizar a revisão bibliográfica: sistemática adotada na seleção dos artigos, palavras chaves e base de dados utilizadas, intervalo temporal abrangido, definição de eixos estruturantes norteadores da revisão.

\*\*Discussão: a discussão do que foi encontrado na literatura é o próprio desenvolvimento do trabalho, o qual pode ser organizado por capítulo

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS**  
**ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E SAÚDE**  
**CURSO DE FISIOTERAPIA**  
**FICHA DE AVALIAÇÃO DA APRESENTAÇÃO ORAL**

**Título do trabalho:** Evolução funcional de pacientes com lesão encefálica adquirida internados para reabilitação

**Acadêmica:** Isadora Tavares Almeida

**Orientadora:** Prof<sup>á</sup>. Dr<sup>á</sup>. Cejane Oliveira Martins Prudente

**Data:** \_\_/12/2020

<b>ITENS PARA AVALIAÇÃO</b>	<b>VALOR</b>	<b>NOTA</b>
<b>Quanto aos Recursos</b>		
1. Estética	1,5	
2. Legibilidade	1,0	
3. Estrutura e Sequência do Trabalho	1,5	
<b>Quanto ao Apresentador:</b>		
4. Capacidade de Exposição	1,5	
5. Clareza e objetividade na comunicação	1,0	
6. Postura na Apresentação	1,0	
7. Domínio do assunto	1,5	
8. Utilização do tempo	1,0	
	<b>Total</b>	

Avaliador: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/12/2020

## DEDICATORIA

Dedico este estudo aos meus pais, avós e noivo, meus maiores incentivadores e que sempre estiveram ao meu lado nos momentos mais difíceis da minha vida e da minha graduação, aos professores incríveis que tive e que me ajudaram a desenvolver novos olhares em relação à vida humana. Todos fazem parte dessa conquista.

## AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me guiado até aqui, me dando forças para superar todas as dificuldades que apareceram no decorrer desses quatro anos e meio, e por conseguir concluir essa graduação.

Aos meus pais, avós e noivo que nunca desistiram do meu sonho e caminharam sempre ao meu lado, procurando me fortalecer todos os dias. A minha tia e meus primos que estavam sempre presentes nos momentos mais difíceis, me confortando com uma palavra de incentivo. Sou grata por ter vocês na minha vida, obrigada por tudo.

Agradeço a Profa. Dra. Cejane Oliveira Martins Prudente, por ter aceitado me conduzir durante esse período de um ano e meio, com toda paciência e compreensão, assim como por todos os conhecimentos compartilhados.

As minhas amigas do curso de graduação que vivenciaram inúmeros desafios junto comigo, colaborando para que todos os obstáculos fossem vencidos.

Também quero agradecer a todo corpo docente do meu curso pelo comprometimento e elevada qualidade de ensino oferecido.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>RESUMO</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>ABSTRACT</b>	<b>8</b>
<b>3</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>4</b>	<b>MÉTODOS</b>	<b>10</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>12</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	<b>17</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	<b>19</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>20</b>
	<b>ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIA DO CEP</b>	<b>23</b>
	<b>ANEXO B - NORMAS DA REVISTA</b>	<b>28</b>
	<b>ANEXO C - MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL</b>	<b>38</b>
	<b>APÊNDICE A - FICHA DE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO – AVC</b>	<b>40</b>
	<b>APÊNDICE B - FICHA DE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO – TCE</b>	<b>42</b>

## **EVOLUÇÃO FUNCIONAL DE PACIENTES COM LESÃO ENCEFÁLICA ADQUIRIDA INTERNADOS PARA REABILITAÇÃO**

### ***FUNCTIONAL EVOLUTION OF PATIENTS WITH BRAIN INJURY ACQUIRED ACHIEVED FOR REHABILITATION***

**Isadora Tavares Almeida<sup>1</sup>, Juliana Araújo de Moraes<sup>1</sup>, Francielle Sales de Oliveira Perdigão<sup>2</sup>, Monise Santos de Farias Barrozo<sup>2</sup>, Francine Aguilera Rodrigues da Silva<sup>3</sup>, Cejane Oliveira Martins Prudente<sup>4</sup>.**

<sup>1</sup>Discente do curso de Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás).

<sup>2</sup>Fisioterapeuta pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás).

<sup>3</sup>Fisioterapeuta, Mestre, docente do curso de Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás).

<sup>4</sup>Fisioterapeuta, Doutora, docente do curso de Fisioterapia da Universidade Estadual de Goiás (UEG) e Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás).

E-mail: isadoratares@gmail.com.

#### **RESUMO**

Objetivo: analisar a evolução da independência funcional de pacientes com lesão encefálica adquirida, internados para reabilitação. Método: Estudo quantitativo, retrospectivo e longitudinal. A amostra foi composta por 189 prontuários de pacientes internados para reabilitação, com lesão encefálica adquirida, sendo 125 com sequela de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e 64 de Traumatismo Cranioencefálico (TCE). Os instrumentos utilizados foram duas fichas de perfil sociodemográfico e clínico e a escala de Medida de Independência Funcional (MIF). A comparação da MIF na admissão e alta foi realizada por meio do teste de Wilcoxon e Qui-quadrado Posthoc. Resultados: Tanto a amostra total, quanto os grupos de pacientes com AVC e TCE apresentaram melhora significativa em todas as atividades, nos domínios motor e cognitivo, e no escore total da MIF após internação para reabilitação ( $p < 0,001$ ). Ao considerar a classificação da MIF da amostra total, houve diminuição do número de pacientes com dependência completa ( $p = 0,04$ ) e modificada ( $p = 0,02$ ) e aumento do número de pacientes com independência completa após internação para reabilitação ( $p = 0,001$ ). Conclusão: A internação para reabilitação é uma modalidade terapêutica eficaz na recuperação funcional de pacientes com lesão encefálica adquirida, principalmente, naquelas que se encontram na fase subaguda.

**Palavras-chave:** Acidente Cerebrovascular. Traumatismos Cerebrais. Reabilitação.

Plasticidade Neuronal.

### **ABSTRACT**

**Objective:** to analyze the evolution of functional independence of patients with acquired brain injury, hospitalized for rehabilitation. **Method:** Quantitative, retrospective and longitudinal study. The sample consisted of 189 medical records of patients hospitalized for rehabilitation, with acquired brain injury, 125 with sequelae of cerebrovascular accident (CVA) and 64 of traumatic brain injury (TBI). The instruments used were two forms of sociodemographic and clinical profile and the Functional Independence Measure Scale (FIM). The comparison of FIM at admission and discharge was performed using the Wilcoxon and Chi-square Posthoc test. **Results:** Both the total sample and the groups of patients with stroke and TBI showed significant improvement in all activities, domains (motor and cognitive) and total FIM score after hospitalization for rehabilitation ( $p < 0.001$ ). When considering the FIM classification of the total sample, there was a decrease in the number of patients with complete dependence ( $p = 0.04$ ) and modified ( $p = 0.02$ ); and increase in the number of patients with complete independence after hospitalization for rehabilitation ( $p = < 0.001$ ). **Conclusion:** Hospitalization for rehabilitation is an effective therapeutic modality in the functional recovery of patients with acquired brain injury who are mainly in the subacute phase.

**Keywords:** Cerebrovascular accident. Brain injuries. Rehabilitation. Neuronal Plasticity

## INTRODUÇÃO

A lesão encefálica adquirida caracteriza-se por uma lesão no encéfalo que ocorre em qualquer fase da vida, sendo a causa mais comum de incapacidade e mortalidade em adultos. Dentre as alterações mais frequentes estão o Acidente Vascular Cerebral (AVC) e o Traumatismo Cranioencefálico (TCE)<sup>1</sup>. Em 2016, no mundo, 80 milhões de pessoas tiveram AVC<sup>2</sup>. Já no Brasil, em pesquisa realizada em 2013, estimou-se 2.231 milhões de casos<sup>3</sup>. Quanto ao TCE, estima-se que 80%, 240.000 casos ao ano, são por acidente automobilístico<sup>4</sup>. No Brasil, a incidência é de 65,7 admissões hospitalares a cada 100 mil habitantes por ano e de 9.715 mortes por ano<sup>5</sup>.

Os pacientes com lesões encefálicas adquiridas podem ter algumas complicações, como dificuldades cognitivas, físicas e psicossociais<sup>6</sup>. Pacientes com sequela de AVC podem apresentar alterações do tônus, do controle motor, fraqueza muscular, frouxidão ligamentar e contratura muscular, interferindo na execução de tarefas como apreensão, manuseio e alcance de objetos<sup>7</sup>. No TCE as lesões podem causar déficit físico, como plegia, alterações do tônus, ataxia, distúrbios sensoriais e controle postural deficiente, além de distúrbios da fala, déficit cognitivo, no comportamento e dependência<sup>8</sup>.

A reabilitação em regime de internação possibilita ao paciente uma recuperação precoce, antes que as sequelas se tornem definitivas e as deformidades estruturadas. Portanto, a reabilitação precoce é essencial, visa a redução de deficiências e capacita o paciente a atingir o grau máximo de funcionalidade, dentro dos limites impostos por suas funções cognitivas, neurológicas e motoras; otimizando a recuperação funcional, reduzindo o tempo de internação e a duração do processo de reabilitação<sup>6</sup>.

A plasticidade neural é um fator importante para a recuperação desses pacientes. Refere-se a capacidade essencial do cérebro de modificar sua estrutura e função em resposta a mudanças na atividade e demanda neural, auxiliando a alcançar novas capacidades para aprendizagem e memória ou recuperação da funcionalidade após lesões<sup>9</sup>. A reabilitação pode modificar e aumentar os processos de plasticidade neural, trazendo assim melhorias na função motora dos pacientes pós lesão<sup>10</sup>.

Há muitos estudos na literatura que analisam o processo de reabilitação de pacientes com sequela de AVC e TCE na fase aguda, em internação, e na fase crônica em atendimento

ambulatorial. Porém, pouco foi pesquisado sobre a internação para a reabilitação na fase subaguda de pacientes com lesão encefálica adquirida. Os resultados deste estudo irão direcionar o processo de reabilitação dos pacientes, com foco nas principais necessidades observadas nesta fase de recuperação, assim como direcionar os protocolos institucionais e implementar novos serviços de internação para reabilitação no país. Dessa forma, o objetivo do estudo foi analisar a evolução da independência funcional de pacientes com lesão encefálica adquirida internados para reabilitação.

## **MÉTODOS**

Estudo quantitativo, retrospectivo e longitudinal. A amostra foi composta por pacientes com sequela de AVC e TCE que foram internados para reabilitação em um Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação, localizado em Goiânia-GO, e que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão do estudo.

Foram incluídos prontuários de pacientes com diagnóstico clínico de AVC ou TCE, internados no posto três da instituição, destinado à reabilitação, entre julho de 2016 e julho de 2018, e que tivessem a MIF preenchida corretamente no primeiro e último dia de internação. Foram excluídos os prontuários de pacientes com outras doenças neurológicas associadas ou doença incapacitante prévia.

A instituição onde os dados foram coletados é um centro de reabilitação reconhecido pelo Ministério da Saúde como Centro Especializado em Reabilitação (CER) IV. É composta por uma equipe multiprofissional (fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e psicólogos) que atendem pessoas com deficiência física, auditiva, visual e intelectual. Quanto ao tratamento multiprofissional, o paciente internado para reabilitação faz duas sessões diárias com os diferentes integrantes da equipe multiprofissional, com duração de 30 minutos, 5 vezes por semana, realizados no ginásio de reabilitação da instituição de forma individualizada; e aos finais de semana são realizadas apenas uma sessão ao dia, com cada profissional, assim como orientações e palestras educativas aos cuidadores.

Os instrumentos utilizados neste estudo foram duas fichas de perfil sociodemográfico e clínico, uma para pacientes com AVC e outra para aqueles com TCE, que foram elaboradas pelas pesquisadoras, e a escala de Medida de Independência Funcional (MIF).

A MIF é uma ferramenta de avaliação da incapacidade dos pacientes com restrições funcionais. Tem como finalidade avaliar quantitativamente as necessidades solicitadas por uma pessoa nas suas atividades de vidas diária (AVD's). É realizada através de entrevistas direcionadas ao paciente ou cuidador, sendo avaliadas as seguintes atividades: autocuidados, transferências, locomoção, controle esfinteriano, comunicação e cognição social, que inclui memória, interação social e resolução de problemas. Os itens podem ser pontuados de 1 (completa dependência) a 7 (independência completa). Cada uma das atividades avaliadas é pontuada pela soma dos itens que a compõem. A pontuação total da MIF é realizada pela soma de cada atividade, podendo ser de 18 a 126 pontos. Os níveis de dependência são classificados de acordo com a pontuação total da MIF: 18 pontos: dependência completa; 19-60 pontos: dependência moderada (assistência em até 50% de tarefas); 61-103 pontos: dependência moderada (assistência em até 25% de tarefas); e 104-126 pontos: completa independência<sup>11</sup>.

Foi fornecido pela instituição onde os dados foram coletados uma lista com todos os pacientes internados de julho de 2016 a julho de 2018. O acesso aos prontuários foi de forma eletrônica e eles foram selecionados e analisados segundo os critérios de inclusão e exclusão. Foram preenchidas as fichas de perfil sociodemográfico e clínico; e transcritos os valores da MIF. Foram analisados 603 prontuários, dos quais 94 tinham diagnóstico de TCE e 189 de AVC. Dos prontuários de pacientes com TCE analisados, 30 foram excluídos (12 não apresentaram a MIF corretamente e 18 tinham doenças incapacitantes prévias ou outras alterações neurológicas). Dos prontuários de pacientes com AVC, 64 foram excluídos (11 possuíam outras doenças neurológicas associadas, 32 tiveram AVC recorrente, dois tinham dados clínicos incompletos e 19 apresentaram a MIF incompleta). Assim, a amostra final foi de 64 prontuários de pacientes com diagnóstico de TCE e 125 de AVC.

Foi solicitado e aceita a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para o Comitê de Ética em Pesquisa. A pesquisa seguiu todas as normas estabelecidas pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás) com parecer número 2.966.161.

Os dados foram analisados com o programa do *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 26,0. A normalidade dos dados foi testada por meio do Teste de Shapiro-Wilk. A caracterização do perfil sociodemográfico, perfil clínico e sequelas dos pacientes com AVC

e TCE foi realizado por meio de frequência absoluta (n) e frequência relativa (%) para as variáveis categóricas e média e desvio padrão para as variáveis contínuas. A distribuição do perfil dos pacientes entre os grupos foi analisada aplicando-se os testes do Qui-quadrado de Pearson/Posthoc e teste t de Student. A comparação da MIF na admissão e alta foi realizada por meio do teste de Wilcoxon e Qui-quadrado Posthoc. Em todas as análises o nível de significância adotado foi de 5% ( $p < 0,05$ ).

## **RESULTADOS**

A amostra foi composta por prontuários de 189 pacientes internados para reabilitação, sendo 125 com sequela de AVC e 64 de TCE. A média de idade dos pacientes de forma geral foi de  $48,68 \pm 19,89$  anos,; já a dos com sequela de AVC foi  $58,22 \pm 15,76$  e com TCE foi  $30,08 \pm 12,64$  ( $p < 0,001$ ).

A maior parte dos pacientes do estudo era do sexo masculino, casado ou solteiro, com renda de até três salários mínimos e com ensino fundamental ou médio. Houve maior porcentagem de pacientes do sexo masculino, solteiros e com ensino médio no grupo com sequela de TCE, em relação ao AVC (Tabela 1).

**Tabela 1.** Comparação do perfil sociodemográfico dos pacientes com AVC e TCE.

	Grupos		Total n (%)	p*
	AVC n (%)	TCE n (%)		
<b>Sexo</b>				
Feminino	53 (42,4)	12 (18,8)	65 (34,4)	<b>0,001</b>
Masculino	72 (57,6)	52 (81,3)	124 (65,6)	
<b>Estado Civil</b>				
Casado	<b>60 (48,0)†</b>	12 (18,8)	72 (38,1)	<b>&lt;0,001</b>
Divorciado	15 (12,0)	3 (4,7)	18 (9,5)	
Solteiro	25 (20,0)	<b>42 (65,6)†</b>	67 (35,4)	
União estável	9 (7,2)	3 (4,7)	12 (6,3)	
Viúvo	16 (12,8)	0 (0,0)	16 (8,5)	
Não informado	0 (0,0)	4 (6,3)	4 (2,1)	
<b>Renda mensal em S.M.</b>				
1 salário mínimo	47 (37,6)	22 (34,4)	69 (36,5)	0,12
2 a 3 salários mínimos	38 (30,4)	23 (35,9)	61 (32,3)	
≥ 4 salários mínimos	22 (17,6)	4 (6,3)	26 (13,8)	
Não informado	18 (14,4)	15 (23,4)	33 (17,5)	
<b>Escolaridade</b>				
Ensino fundamental	53 (42,4)	18 (28,1)	71 (37,6)	<b>0,001</b>
Ensino médio	20 (16,0)	<b>30 (46,9)†</b>	50 (26,5)	
Ensino superior	25 (20,0)	6 (9,4)	31 (16,4)	
Não alfabetizado	13 (10,4)	2 (3,1)	15 (7,9)	
Não informado	14 (11,2)	8 (12,5)	22 (11,6)	

\*Qui-quadrado; †*Posthoc*; n = frequência absoluta; % frequência relativa; AVC = Acidente Vascular Cerebral; TCE = Traumatismo cranioencefálico; S.M. = salário mínimo

Ao analisar a amostra total, a maioria tinha hemiplegia espástica. Ao comparar os grupos, houve maior frequência de hemiplegia e tônus normal no AVC e tetraplegia e tônus espástico no TCE. Os pacientes com sequela de TCE foram mais submetidos a procedimento cirúrgico; e a presença de hipertensão arterial, diabetes e doença cardíaca foi mais frequente nos pacientes com AVC (Tabela 2).

**Tabela 2.** Comparação do perfil clínico dos pacientes com AVC e TCE.

	Grupos		Total n (%)	p*
	AVC n (%)	TCE n (%)		
<b>Diagnóstico funcional</b>				
Hemiplegia	<b>114 (91,2)†</b>	16 (25,0)	130 (68,8)	<b>&lt;0,001</b>
Paraplegia	0 (0,0)	1 (1,6)	1 (0,5)	
Tetraplegia	11 (8,8)	<b>43 (67,2)†</b>	54 (28,6)	
Não informado	0 (0,0)	4 (6,3)	4 (2,1)	
<b>Tônus</b>				
Espástico	54 (43,2)	<b>49 (76,6)†</b>	103 (54,5)	<b>&lt;0,001</b>
Flácido	3 (2,4)	1 (1,6)	4 (2,1)	
Normal	<b>45 (36,0)†</b>	4 (6,3)	49 (25,9)	
Não informado	23 (18,4)	10 (15,6)	33 (17,5)	
<b>Cirurgia</b>				
Não	85 (68,0)	24 (37,5)	109 (57,7)	<b>0,001</b>
Sim	40 (32,0)	40 (62,5)	80 (42,3)	
<b>HAS</b>				
Não	13 (10,4)	41 (64,1)	54 (28,6)	<b>&lt;0,001</b>
Sim	77 (61,6)	5 (7,8)	82 (43,4)	
Não informado	35 (28,0)	18 (28,1)	53 (28,0)	
<b>Diabetes</b>				
Não	27 (21,6)	44 (68,8)	71 (37,6)	<b>&lt;0,001</b>
Sim	36 (28,8)	0 (0,0)	36 (19,0)	
Não informado	62 (49,6)	20 (31,3)	82 (43,4)	
<b>Doença cardíaca</b>				
Não	24 (19,2)	38 (59,4)	62 (32,8)	<b>&lt;0,001</b>
Sim	32 (25,6)	0 (0,0)	32 (16,9)	
Não informado	69 (55,2)	26 (40,6)	95 (50,3)	

\*Qui-quadrado; †*Posthoc*; n = frequência absoluta; % frequência relativa; AVC = Acidente Vascular Cerebral; TCE = Traumatismo crânioencefálico; HAS = Hipertensão Arterial Sistêmica

Nos pacientes com sequela de AVC, o tipo isquêmico foi o mais prevalente (71,2%); e nos com TCE, o acidente motociclístico foi a etiologia mais frequente (53,1%), seguido do automobilístico (20,3%).

Quanto às sequelas descritas nos prontuários dos pacientes, as mais prevalentes foram disfagia, incontinência urinária e afasia. Ao comparar os grupos, pacientes com sequela de AVC apresentaram maior porcentagem de ataxia e dor; enquanto o grupo com TCE, mais disfagia, incontinência fecal e déficit cognitivo (Tabela 3). A maioria dos pacientes não deambulava (20,6%) e utilizava cadeiras de rodas (87,3%), sem diferença significativa entre os grupos.

**Tabela 3.** Comparação das sequelas apresentadas pelos pacientes com AVC e TCE.

	Grupos		Total n (%)	p*
	AVC n (%)	TCE n (%)		
Ataxia	4 (3,2)	2 (3,1)	6 (3,2)	<b>0,01</b>
Equilíbrio comprometido	19 (15,2)	16 (25,0)	35 (18,5)	0,90
Alteração de sensibilidade	32 (25,6)	8 (12,5)	40 (21,2)	0,08
Dor	43 (34,4)	13 (20,3)	56 (29,6)	<b>0,001</b>
Afasia	51 (40,8)	27 (42,2)	78 (41,3)	0,85
Disartria	41 (32,8)	25 (39,1)	66 (34,9)	0,39
Disfagia	62 (49,6)	47 (73,4)	109 (57,7)	<b>0,002</b>
Incontinência fecal	27 (21,6)	35 (54,7)	62 (32,8)	<b>&lt;0,001</b>
Incontinência urinária	50 (40,0)	35 (54,7)	85 (45,0)	0,06
Déficit cognitivo	30 (24,0)	45 (70,3)	75 (39,7)	<b>&lt;0,001</b>
Perda da visão	5 (4,0)	7 (10,9)	12 (6,3)	0,29

\*Qui-quadrado de Pearson; n = frequência absoluta; % frequência relativa; AVC = Acidente Vascular Cerebral; TCE = Traumatismo cranioencefálico

A Tabela 4 compara as pontuações das atividades, domínios e escore total da MIF na admissão e alta. Observa-se que tanto a amostra total, quanto o grupo de pacientes com AVC e TCE apresentaram melhora significativa após internação para reabilitação em todos os domínios e no escore total.

**Tabela 4.** Comparação da MIF na admissão e alta dos pacientes com AVC, TCE e amostra total.

	Intervenção		Z	p*
	Admissão Média ± DP	Alta Média ± DP		
<b>Amostra Total</b>				
Autocuidado	14,84 ± 8,82	22,95 ± 11,51	10,07	<0,001
Controle de esfíncteres	7,21 ± 4,65	8,78 ± 4,88	6,45	<0,001
Mobilidade/Transferências	7,02 ± 4,49	10,87 ± 6,11	9,26	<0,001
Locomoção	3,07 ± 2,17	4,84 ± 3,35	8,43	<0,001
Comunicação	8,16 ± 4,00	9,59 ± 3,63	8,23	<0,001
Cognição social	9,56 ± 4,89	11,63 ± 5,33	8,57	<0,001
Domínio Motor	32,14 ± 17,90	47,44 ± 24,21	10,59	<0,001
Domínio Cognitivo	17,72 ± 8,66	21,23 ± 8,69	9,10	<0,001
Escore total	49,84 ± 25,04	68,75 ± 31,53	11,00	<0,001
<b>AVC</b>				
Autocuidado	16,18 ± 8,43	24,90 ± 10,50	8,80	<0,001
Controle de esfíncteres	8,18 ± 4,45	9,71 ± 4,64	4,99	<0,001
Mobilidade/Transferências	7,38 ± 4,29	11,70 ± 5,60	7,99	<0,001
Locomoção	3,01 ± 1,87	5,00 ± 3,22	7,17	<0,001
Comunicação	9,14 ± 3,65	10,29 ± 3,39	5,98	<0,001
Cognição social	10,82 ± 4,61	12,82 ± 5,11	6,56	<0,001
Domínio Motor	34,74 ± 16,48	51,30 ± 22,10	8,75	<0,001
Domínio Cognitivo	19,97 ± 7,98	23,11 ± 8,18	6,81	<0,001
Escore total	54,67 ± 22,70	74,42 ± 28,71	8,97	<0,001
<b>TCE</b>				
Autocuidado	12,23 ± 9,06	19,14 ± 12,51	5,71	<0,001
Controle de esfíncteres	5,31 ± 4,48	6,97 ± 4,87	4,12	<0,001
Mobilidade/Transferências	6,33 ± 4,81	9,25 ± 6,75	4,73	<0,001
Locomoção	3,19 ± 2,68	4,53 ± 3,59	4,47	<0,001
Comunicação	6,25 ± 3,97	8,23 ± 3,73	5,60	<0,001
Cognição social	7,09 ± 4,50	9,31 ± 5,01	5,59	<0,001
Domínio Motor	27,06 ± 19,54	39,89 ± 26,46	6,03	<0,001
Domínio Cognitivo	13,34 ± 8,29	17,55 ± 8,55	6,01	<0,001
Escore total	40,41 ± 26,84	57,69 ± 34,00	6,45	<0,001

\*Teste de Wilcoxon; DP: Desvio padrão; AVC = Acidente Vascular Cerebral; TCE = Traumatismo cranioencefálico

Ao considerar a classificação da MIF da amostra total, houve diminuição do número de pacientes com dependência completa ( $p=0,04$ ) e modificada ( $p=0,02$ ); e aumento do número de pacientes com independência completa após internação para reabilitação ( $p<0,001$ ) (Tabela 5).

**Tabela 5.** Comparação, segundo a classificação da MIF, dos pacientes com AVC e TCE, na admissão e alta.

	Intervenção		$\chi^2$	$p^*$
	Admissão n (%)	Alta n (%)		
<b>Amostra Total</b>				
Dependência completa	18 (9,5)	8 (4,2)	4,13	<b>0,04</b>
Dependência modificada	167 (88,4)	151 (79,9)	5,97	<b>0,02</b>
Independência completa	4 (2,1)	30 (15,9)	21,82	<b>&lt;0,001</b>

\*Qui-quadrado; n = frequência absoluta; % = frequência relativa; AVC = Acidente Vascular Cerebral; TCE = Traumatismo cranioencefálico

## DISCUSSÃO

O presente estudo mostrou que a amostra total e os grupos de pacientes com AVC e TCE apresentaram melhora significativa em todas as atividades, domínios motor e cognitivo, e escore total da MIF após internação para reabilitação ( $p < 0,001$ ). Ao considerar a classificação da MIF da amostra total, houve diminuição do número de pacientes com dependência completa ( $p = 0,04$ ) e modificada ( $p = 0,02$ ) e aumento do número de pacientes com independência completa após internação para reabilitação ( $p = 0,001$ ).

Segundo a OMS, a reabilitação é “um conjunto de medidas que ajudam pessoas com deficiências ou prestes a adquirir deficiências a terem e manterem uma funcionalidade ideal na interação com seu ambiente”. Pode ser definida também como uma estratégia para equalização de oportunidades e integração social de todas as pessoas com deficiência<sup>12</sup>.

Os pacientes com sequela de AVC tinham média de idade de 58,22 anos e a maior parte era do sexo masculino. Estes achados também foram encontrados em outros estudos, que tiveram idade aproximada, com predomínio no sexo masculino<sup>13,14</sup>. Já no grupo de pacientes com TCE, o perfil era de pacientes mais jovens (média de idade de 30,08 anos), a maior parte do sexo masculino e solteiro, o que condiz com outro estudo<sup>15</sup>.

Estudos anteriores também evidenciaram melhora funcional de pacientes com lesão encefálica adquirida após internação para reabilitação<sup>13,16-18</sup>. Uma amostra com 208 participantes com TCE foram divididos em dois grupos, o primeiro com 66 participantes que tinham acabado de chegar dos cuidados intensivos e o segundo com 142 de outros lugares. Ambos os grupos tiveram aumento da capacidade motora segundo a MIF. Para as subescalas da MIF total, motora e cognitiva, ambos os grupos experimentaram aumentos clinicamente significativos desde a

admissão até a alta. Os pacientes que chegaram dos cuidados intensivos foram tratados mais cedo, conseguiram ser reabilitados mais rápido e consequentemente tiveram alta precocemente<sup>16</sup>.

Estudo que mensurou a independência funcional após a reabilitação de 16.583 pacientes internados com TCE, mostrou que a reabilitação hospitalar após a lesão auxilia na recuperação da independência funcional, onde obtiveram uma melhora segundo a MIF de 88 a 91% no domínio cognitivo e de 34 a 93% no domínio motor, com resultados significativos da independência funcional<sup>17</sup>.

Foi realizado um estudo com 2.325 pacientes internados em enfermarias de reabilitação com diagnóstico de AVC, divididos em dois grupos, sendo terapia intensiva de reabilitação (IRT) e reabilitação usual (UR). Na pontuação da MIF motora na alta, o grupo IRT atingiu  $61,0 \pm 25,0$  e o grupo UR  $60,0 \pm 24,5$ . Referente à pontuação da MIF cognitiva na alta, o grupo IRT apresentou  $24,0 \pm 8,5$  e o grupo UR  $23,5 \pm 8,8$ . O grupo IRT mostrou ganho motor e cognitivo visivelmente maior, identificando que o tratamento precoce gera maior evolução<sup>13</sup>, corroborando com o presente estudo.

Uma pesquisa determinou o efeito da reabilitação durante a internação, adicionando atividades aos sábados. Os 996 pacientes foram divididos em dois grupos, um com reabilitação de segunda-feira a sábado ( $n = 496$ ); e outro de segunda a sexta ( $n = 500$ ), ambos com pacientes com AVC. Foi observado que ao adicionar um dia de reabilitação houve melhora, no momento da alta, na independência funcional e na qualidade de vida relacionada à saúde, o que pode ter reduzido o tempo de permanência dos pacientes em reabilitação hospitalar<sup>18</sup>.

Já em um estudo onde participaram 44 pacientes que tiveram AVC unilateral agudo, nenhuma diferença significativa foi encontrada na MIF motora e cognitiva. Os pacientes foram randomizados por sorteio para o grupo RS (autorregulação) ou reabilitação funcional (controle). Na admissão, o grupo controle teve pontuação motora de  $41,40 \pm 12,68$  e cognitiva de  $30,25 \pm 1,89$ ; e o grupo SR pontuação motora de  $41,75 \pm 16,30$  e cognitiva de  $30,38 \pm 2,99$ . Após a intervenção, o grupo controle atingiu pontuação motora de  $43,00 \pm 57,00$  e cognitiva de  $31,00 \pm 31,00$  e o grupo SR pontuação motora de  $45,00 \pm 68,00$  e cognitiva de  $32,00 \pm 32,00$ . Os escores da MIF indicaram que os pacientes que tiveram AVC unilateral agudo, necessitaram de assistência moderada no domínio motor, e independência no domínio cognitivo para tarefas de autocuidado após o AVC<sup>19</sup>.

Pesquisadores referem que o tratamento diário extensivo de terapia física e ocupacional

estão associados ao aumento da pontuação da MIF, com melhora da mobilidade e função cognitiva de pacientes que tiveram AVC e TCE<sup>20</sup>.

Em 1880, já existia uma proposta feita por Freud de que o cérebro possui capacidade para modificar sua própria organização em situações incomuns, entretanto atualmente neurocientistas procuram comprovações sobre o assunto, manifestando então a definição de plasticidade neural, que se justifica na habilidade do cérebro adulto em adaptar a sua anatomia em resposta a estímulos tanto externos quanto internos<sup>21</sup>.

Assim, o cérebro de uma pessoa adulta é capaz de reorganizar-se estrutural e funcionalmente após um AVC. Parte da recuperação ocorre espontaneamente, principalmente após o primeiro mês, mas acredita-se que intervenções com base na modulação dos mecanismos de neuroplasticidade garantirão maiores benefícios nestes pacientes<sup>22</sup>. Por meio da plasticidade neural as áreas não comprometidas podem suprir a funcionalidade das que foram lesadas<sup>23</sup>. Os mapas neurais no córtex sensorio-motor não são rígidos, são dinâmicos e mudam conforme a influência que recebem<sup>24</sup>.

## **CONCLUSÃO**

Os participantes do estudo, com lesão encefálica adquirida, eram a maior parte do sexo masculino, com renda de até três salários mínimos e com ensino fundamental ou médio e a maioria tinha hemiplegia espástica. Após internação para reabilitação, houve melhora na independência funcional referente ao aspecto cognitivo e motor, tanto dos pacientes com sequela de AVC quanto de TCE. Assim, os achados deste estudo demonstram a importância desta modalidade terapêutica na recuperação funcional de pacientes com lesão encefálica que se encontram principalmente na fase subaguda.

## REFERÊNCIAS

1. Feigin VL, Barker CS, Krishnamurthi R, Theadom A, Starkey N. Epidemiology of ischaemic stroke and traumatic brain injury. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2010; 24(4): 485–94.
2. Johnson CO, Feigin VL. Global, regional, and national burden of stroke, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol.* 2019; 18: 439–58.
3. Bensenor IM, Goulart AC, Szwarcwald CL, Vieira MLFP, Malta DC, Lotufo PA. Prevalence of stroke and associated disability in Brazil: National Health Survey – 2013. *Arq. Neuropsiquiatr.* 2015; 73(9):746-50.
4. Scott LR. Epidemiology of concussion and mild traumatic brain injury. *PM&R.* 2011; 3(10, S2): S354–8.
5. Magalhães ALG, et al. Epidemiologia do traumatismo cranioencefálico no Brasil. *Rev Bras Neurol.* 2017; 53(2):15-22.
6. Wong V, Cheuk DK, Lee S, Chu V. Acupuncture for acute management and rehabilitation of traumatic brain injury. *Cochrane Database Syst Ver.* 2011; (5):CD007700.
7. Bleyenheuft Y, Gordon A M. Precision grip in congenital and acquired hemiparesis: similarities in impairments and implications for neurorehabilitation. *Front Hum Neurosci.* 2014;8:459.
8. Parikh D, Samir MD, Koch H, Marcela MD, Narayan D, Raj KMD. Traumatic brain injury. *International Anesthesiology Clinics* 2007;45(3):119–35.
9. Bernhardt RV, Bernhardt LE, Eugénín E. What Is Neural Plasticity? *Adv Exp Med Biol.* 2017; 1015:1-15.
10. Hara Y. Brain plasticity and rehabilitation in stroke patients. *J Nippon Med Sch.* 2015;82(1):4-13.
11. Assis CS, Batista LC, Wolosker N, Zerati AE, Silva RCG. Medidas de independência funcional em pacientes com claudicação intermitente. *Rev Esc Enferm USP.* 2015;49(5):756-61.
12. OMS. World Report on Disability (Relatório mundial sobre a deficiência). *The World Bank.* 2011.
13. Kamo T, Momosaki R, Suzuki K, Asahi R, Azami M, Ogihara H, Nishida Y.

Effectiveness of Intensive Rehabilitation Therapy on Functional Outcomes After Stroke: A Propensity Score Analysis Based on Japan Rehabilitation Database. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 2019;28( 9): 2537-542.

14. Fillipo TRM, et al. Modelo de reabilitação hospitalar após acidente vascular cerebral em país em desenvolvimento. *Acta Fisiátrica*. 2017;24(1):44-47.
15. O'Connor KD, Ketchum JM, Cuthbert JP, Corrigan JD, Hammond FM, Krupa JH, Kowalski GR, Miller AC. Functional Outcome Trajectories Following Inpatient Rehabilitation for TBI in the United States: A NIDILRR TBIMS and CDC Interagency Collaboration. *J Head Trauma Rehabil*. 2020; 35(2):127-39.
16. Qannan H, Mahmoud H, Mortenson B. Traumatic brain injury rehabilitation in Riyadh Saudi Arabia: Time to rehabilitation admission, length of stay and functional outcome. *Brain Inj*. 2017; 31(5):702-08.
17. Howrey BT, et al. Trajectories of functional change after inpatient rehabilitation for traumatic brain injury. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2017;98(8):1606-613.
18. Peiris CL, Shields N, Brusco NK, Watts JJ, Taylor NF. Additional Saturday rehabilitation improves functional independence and quality of life and reduces length of stay: a randomized controlled trial. *BMC Med*. 2013; 10 11:198.
19. Liu KPY, Chan CCH. Pilot randomized controlled trial of self-regulation in promoting function in acute poststroke patients. *Arch Phys Med Rehabil* 2014; 95 (7):1262-7.
20. Jette DU, Warren RL, Wirtalla C. The relation between therapy intensity and outcomes of rehabilitation in skilled nursing facilities. *Arch Phys Med Rehabil*. 2005; 86(3):373-79.
21. Scorza FA, Cavalheiro EA. Psicanálise e seu papel na plasticidade cerebral: muito mais que um simples blá, blá, blá. *Rev. psiquiatr. clín*. 2013;40(3):122-23.
22. Nudo RJ. Neural bases of recovery after brain injury. *J. Commun. Disord*. 2011;44(5):515-20.
23. Souza PA. Esportoterapia como indutora da neuroplasticidade na paralisia cerebral. Paralisia cerebral: neurologia, ortopedia, reabilitação. *Guanabara Koogan*. 2004:241-30.
24. Mulder T, Hochstenbach J. Adaptability and flexibility of the human motor system: implications for neurological rehabilitation. *Neural Plast*. 2001;8(1-2):131-40.

## ANEXO A

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E EVOLUÇÃO DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DE PACIENTES COM SEQUELA NEUROLÓGICA

**Pesquisador:** Cejane Oliveira Martins Prudente

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 99070718.5.0000.0037

**Instituição Proponente:** Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goias

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.966.161

**Apresentação do Projeto:**

Redação das Pesquisadoras: Lesões do sistema nervoso podem levar a incapacidades e limitações funcionais e/ou cognitivas nos indivíduos acometidos, tornando-os dependentes de algum tipo de assistência. O objetivo geral deste estudo é analisar o perfil epidemiológico e a evolução da independência funcional de pacientes com sequela neurológica internados para reabilitação. Trata-se de um estudo do tipo quantitativo, retrospectivo e longitudinal. Serão

incluídos prontuários de pacientes com diagnóstico clínico de AVC, TCE e LM, que foram internados no posto três do CRER, entre julho de 2016 a julho de 2018, que tenham a Medida de Independência Funcional (MIF) preenchida corretamente no primeiro e último dia de internação hospitalar.

Os instrumentos utilizados neste estudo serão fichas de perfil sociodemográfico e clínico (pacientes com sequela de AVC, TCE e LM), Escala de

Medida de Independência Funcional (MIF) e Escala Rancho Los Amigos (RLOS). Espera-se verificar a independência funcional na admissão e após

o processo de reabilitação destes pacientes, com a finalidade de direcionar os protocolos de reabilitação das instituições, para que o paciente seja

internado no momento certo e permaneça o tempo necessário, a fim de obter melhor recuperação funcional possível. Além disso, será possível

nortear as condutas terapêuticas da equipe multiprofissional, dando enfoque no que o paciente

**Endereço:** Av. Universitária, N.º 1.069

**Bairro:** Setor Universitário

**CEP:** 74.605-010

**UF:** GO

**Município:** GOIANIA

**Telefone:** (62)3946-1512

**Fax:** (62)3946-1070

**E-mail:** cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 2.906.161

mais necessita, visando melhor independência funcional. Este estudo contribuirá para orientar os profissionais da saúde, órgãos públicos, centros de reabilitação e qualquer pessoa que busque informações relacionadas ao tema.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Redação das pesquisadoras:

"Objetivo Geral:

Analisar o perfil epidemiológico e a evolução da independência funcional de pacientes com seqüela neurológica internados para reabilitação.

Objetivos Específicos:

- Descrever o perfil sociodemográfico, clínico e funcional de pacientes com seqüela de AVC, TCE e LM internados para reabilitação no Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER);
- Descrever o perfil cognitivo de pacientes com seqüela de TCE internados para reabilitação no CRER;
- Analisar a independência funcional de pacientes com seqüela de AVC, TCE e LM no início e no final da internação para readaptação;
- Analisar a evolução cognitiva dos pacientes com seqüela de TCE no início e no final da internação para readaptação;
- Analisar a evolução da independência funcional de pacientes com seqüela de AVC segundo o tipo de AVC (isquêmico e hemorrágico), hemicorpo acometido (direito e esquerdo), idade, sexo, tempo de início da reabilitação e tempo de internação;
- Analisar a evolução da independência funcional de pacientes com seqüela de TCE, segundo idade, sexo, problemas associados, alteração cognitiva, etiologia do trauma, tempo de início da reabilitação e tempo de internação;
- Analisar a evolução da independência funcional de pacientes com seqüela de LM segundo idade, sexo, nível neurológico, ASIA, tempo de início da reabilitação e tempo de internação;
- Comparar a evolução da independência funcional de pacientes com seqüela de AVC com pacientes com seqüela de TCE. "

**Endereço:** Av. Universitária, N.º 1.069

**Bairro:** Setor Universitário

**CEP:** 74.605-010

**UF:** GO

**Município:** GOIÂNIA

**Telefone:** (62) 3946-1512

**Fax:** (62) 3946-1070

**E-mail:** cep@pucgoias.edu.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DE GOIÁS -  
PUC/GOIÁS



Continuação do Parecer: 2.906.161

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Redação das pesquisadoras:

"RISCOS: "Os riscos relacionados a esta pesquisa são mínimos, uma vez que será realizada apenas com prontuários e não com abordagem direta com pacientes. Os riscos prováveis deste estudo são exposição das informações pessoais, levando a problemas emocionais, como constrangimento dos participantes. As pesquisadoras garantirão a privacidade e confidencialidade dos pacientes, não revelando a identidade dos mesmos. Para isso os nomes serão codificados, utilizando apenas as iniciais para preenchimento dos instrumentos de coleta de dados. Estes instrumentos serão manipulados apenas pelas pesquisadoras. Outro provável risco refere-se a danos no sistema eletrônico da instituição. Para isso os pesquisadores manusearão os computadores com cuidado, sem utilização de pen drive ou HD externo e não serão consumidos alimentos durante a coleta de dados."

**BENEFÍCIOS:**

Este estudo possui como benefícios o conhecimento do perfil de pacientes que sofreram AVC, TCE e LM, o que constitui uma importante ferramenta para o estabelecimento de medidas preventivas e educativas, que poderão contribuir para a redução do número de casos destas patologias no estado de Goiás. Além disso, este estudo possibilitará a elaboração de estratégias mais eficazes de tratamento e inclusive alterações nos protocolos de tratamento das instituições de reabilitação."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

NÃO HÁ.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O projeto apresenta todos os termos de apresentação obrigatória: folha de rosto; currículo das pesquisadoras; declaração de instituição coparticipante; solicitação de dispensa de TCLE; declaração para manuseio de prontuário.

**Recomendações:**

NÃO HÁ.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

NÃO HÁ.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

INFORMAÇÕES AO PESQUISADOR REFERENTE À APROVAÇÃO DO REFERIDO PROTOCOLO:

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069

Bairro: Setor Universitário

CEP: 74.605-010

UF: GO

Município: GOIÂNIA

Telefone: (62)3946-1512

Fax: (62)3946-1070

E-mail: cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 2.900.161

1. A aprovação deste, conferida pelo CEP PUC Goiás, não isenta o Pesquisador de prestar satisfação sobre sua pesquisa em casos de alterações metodológicas, principalmente no que se refere à população de estudo ou centros participantes/coparticipantes.
2. O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP PUC Goiás, via Plataforma Brasil, relatórios semestrais do andamento do protocolo aprovado, quando do encerramento, as conclusões e publicações. O não cumprimento deste poderá acarretar em suspensão do estudo.
3. O CEP PUC Goiás poderá realizar escolha aleatória de protocolo de pesquisa aprovado para verificação do cumprimento das resoluções pertinentes.
4. Cabe ao pesquisador cumprir com o preconizado pelas Resoluções pertinentes à proposta de pesquisa aprovada, garantindo seguimento fiel ao protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1211521.pdf	20/09/2018 14:38:50		Aceito
Folha de Rosto	Folhad rostero008.pdf	17/09/2018 19:03:24	Cejane Oliveira Martins Prudente	Aceito
Dedaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracaomanuseioprontuario007.pdf	16/09/2018 16:14:14	Cejane Oliveira Martins Prudente	Aceito
Dedaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracaocoparticipante006.pdf	16/09/2018 16:13:43	Cejane Oliveira Martins Prudente	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	05/09/2018 11:46:56	Cejane Oliveira Martins Prudente	Aceito
Outros	Curriculo_Amanda.pdf	05/09/2018 11:41:01	Cejane Oliveira Martins Prudente	Aceito
Outros	Curriculo_Jessica.pdf	05/09/2018 11:40:34	Cejane Oliveira Martins Prudente	Aceito
Outros	Curriculo_Fernanda.pdf	05/09/2018 11:39:29	Cejane Oliveira Martins Prudente	Aceito
Outros	Curriculo_Francyelle.pdf	05/09/2018 11:37:32	Cejane Oliveira Martins Prudente	Aceito
Outros	Curriculo_Monise.pdf	05/09/2018 11:36:54	Cejane Oliveira Martins Prudente	Aceito
Outros	Curriculo_Maysa.pdf	05/09/2018 11:36:19	Cejane Oliveira Martins Prudente	Aceito

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069

Bairro: Setor Universitário

CEP: 74.605-010

UF: GO

Município: GOIÂNIA

Telefone: (62)3946-1512

Fax: (62)3946-1070

E-mail: cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 2.900.161

Outros	Curriculo_Francine.pdf	05/09/2018 11:34:33	Cejane Oliveira Martins Prudente	Aceito
Outros	Curriculo_Cejane.pdf	05/09/2018 11:30:24	Cejane Oliveira Martins Prudente	Aceito
Dedaração de Pesquisadores	dispensaTCLE.pdf	05/09/2018 11:28:02	Cejane Oliveira Martins Prudente	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoDoencaneurologicaVersaoCEP.pdf	05/09/2018 11:27:12	Cejane Oliveira Martins Prudente	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

GOIANIA, 17 de Outubro de 2018

---

**Assinado por:**  
**ROGÉRIO JOSÉ DE ALMEIDA**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Av. Universitária, N.º 1.069

**Bairro:** Setor Universitário

**CEP:** 74.605-010

**UF:** GO

**Município:** GOIANIA

**Telefone:** (62)3946-1512

**Fax:** (62)3946-1070

**E-mail:** cep@pucgoias.edu.br

## ANEXO B

### NORMAS DA REVISTA



#### **Normas Editoriais da Movimenta**

A revista *Movimenta* (ISSN 1984-4298), editada pela Universidade Estadual de Goiás (UEG), é um periódico científico quadrimestral que publica artigos relacionadas com a temática da Saúde e suas relações com o ambiente e a sociedade. A revista possui caráter multi e interdisciplinar e publica artigos de revisão sistemática da literatura, artigos originais, relatos de caso ou de experiência e anais de eventos científicos.

A submissão dos manuscritos deverá ser efetuada pelo site da revista (<http://www.revista.ueg.br/index.php/movimenta>) e implica que o trabalho não tenha sido publicado e não esteja sob consideração para publicação em outro periódico. Quando parte do material já tiver sido apresentada em uma comunicação preliminar, em Simpósio, Congresso, etc., deve ser citada como nota de rodapé na página de título e uma cópia do trabalho apresentado deve acompanhar a submissão do manuscrito.

As contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original que possa ser replicada e generalizada, têm prioridade para publicação. São também publicadas outras contribuições de caráter descritivo e interpretativo, baseados na literatura recente, tais como Artigos de Revisão, Relato de Caso ou de Experiência, Análise crítica de uma obra, Resumos de Teses e Dissertações, Resumos de Eventos Científicos na Área da Saúde e cartas ao editor. Estudos envolvendo seres humanos ou animais devem vir acompanhados de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. As contribuições devem ser apresentadas em português, contendo um resumo em inglês, e os Resumos de Teses e Dissertações devem ser apresentados em português e em inglês.

Os artigos submetidos são analisados pelos editores e por avaliadores de acordo com a área de conhecimento.

#### **Processo de julgamento**

Os manuscritos recebidos são examinados pelo Conselho Editorial, para

consideração de sua adequação às normas e à política editorial da revista. Aqueles que não estiverem de acordo com as normas abaixo serão devolvidos aos autores para revisão antes de serem submetidos à apreciação dos avaliadores.

Os textos enviados à Revista serão submetidos à apreciação de dois avaliadores, os quais trabalham de maneira independente e fazem parte da comunidade acadêmico-científica, sendo especialistas em suas respectivas áreas de conhecimento. Uma vez que aceitos para a publicação, poderão ser devolvidos aos autores para ajustes. Os avaliadores permanecerão anônimos aos autores, assim como os autores não serão identificados pelos avaliadores por recomendação expressa dos editores.

Os editores coordenam as informações entre os autores e os avaliadores, cabendo-lhes a decisão final sobre quais artigos serão publicados com base nas recomendações feitas pelos avaliadores. Quando aceitos para publicação, os artigos estarão sujeitos a pequenas correções ou modificações que não alterem o estilo do autor. Quando recusados, os artigos são acompanhados por justificativa do editor.

Todo o processo de submissão, avaliação e publicação dos artigos será realizado pelo sistema de editoração eletrônica da *Movimenta* (<http://www.revista.ueg.br/index.php/movimenta>). Para tanto, os autores deverão acessar o sistema e se cadastrar, atentando para todos os passos de submissão e acompanhamento do trabalho. Nenhum artigo ou documento deverá ser submetido à revista em via impressa ou por e-mail, apenas pelo sistema eletrônico.

## INSTRUÇÕES GERAIS AOS AUTORES

(Clique aqui e baixe no seu computador o arquivo com as [Normas de Submissão de Artigos](#))

### **Responsabilidade e ética**

O conteúdo e as opiniões expressas são de inteira responsabilidade de seus autores. Estudos envolvendo sujeitos humanos devem estar de acordo com os padrões éticos e indicar o devido consentimento livre e esclarecido dos participantes, de acordo com Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Estudos envolvendo animais devem estar de acordo com a Resolução 897/2008 do Conselho Federal de Medicina Veterinária. O estudo envolvendo seres humanos ou animais deve vir acompanhado pela carta de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição responsável.

É também de responsabilidade dos autores o conteúdo e opinião emitido em seus artigos, assim como responsabilidade quanto a citações de referências de estudos já publicados. Por questões de ética editorial, a revista *Movimenta* reserva-se o direito de utilizar recursos de detecção de plágio nos textos recebidos antes do envio dos artigos para os avaliadores. Essa medida se torna importante tendo em vista inúmeras notícias e casos de plágio detectados no meio acadêmico e científico.

A menção a instrumentos, materiais ou substâncias de propriedade privada deve ser acompanhada da indicação de seus fabricantes. A reprodução de imagens ou outros elementos de autoria de terceiros, que já tiverem sido publicados, deve vir acompanhada da indicação de permissão pelos detentores dos direitos autorais; se não acompanhados dessa indicação, tais elementos serão considerados originais do autor do manuscrito. Todas as informações contidas no artigo são de responsabilidade do(s) autor (es).

Em caso de utilização de fotografias de pessoas/pacientes, estas não podem ser identificáveis ou as fotografias devem estar acompanhadas de permissão escrita para uso e divulgação das imagens.

### **Autoria**

Deve ser feita explícita distinção entre autor/es e colaborador/es. O crédito de autoria deve ser atribuído a quem preencher os três requisitos: (1) deu contribuição substantiva à concepção, desenho ou coleta de dados da pesquisa, ou à análise e interpretação dos dados; (2) redigiu ou procedeu à revisão crítica do conteúdo intelectual; e 3) deu sua aprovação final à versão a ser publicada.

No caso de trabalho realizado por um grupo ou em vários centros, devem ser identificados os indivíduos que assumem inteira responsabilidade pelo manuscrito (que devem preencher os três critérios acima e serão considerados autores). Os nomes dos demais integrantes do grupo serão listados como colaboradores ou listados nos agradecimentos. A ordem de indicação de autoria é decisão conjunta dos co-autores e deve estar correta no momento da submissão do manuscrito. Em qualquer caso, deve ser indicado o endereço para correspondência do autor principal. A carta que acompanha o envio dos manuscritos deve ser assinada por todos os autores, tal como acima definidos.

### **FORMA E PREPARAÇÃO DOS ARTIGOS**

### **Formato do Texto**

O texto deve ser digitado em processador de texto Word (arquivo com extensão *.doc* ou *.docx*) e deve ser digitados em espaço 1,5 entre linhas, tamanho 12, fonte *Times New Roman* com amplas margens (superior e inferior = 3 cm, laterais = 2,5 cm), não ultrapassando o limite de 20 (vinte) páginas (incluindo página de rosto, resumos, referências, figuras, tabelas, anexos). *Relatos de Caso ou de Experiência* não devem ultrapassar 10 (dez) páginas digitadas em sua extensão total, incluindo referências, figuras, tabelas e anexos.

### **Página de rosto (1ª página)**

Deve conter: a) título do trabalho (preciso e conciso) e sua versão para o inglês; b) nome completo dos autores com indicação da titulação acadêmica e inserção institucional, descrevendo o nome da instituição, departamento, curso e laboratório a que pertence dentro desta instituição, endereço da instituição, cidade, estado e país; c) título condensado do trabalho (máximo de 50 caracteres); d) endereços para correspondência e eletrônico do autor principal; e) indicação de órgão financiador de parte ou todo o projeto de estudo, se for o caso.

### **Resumos (2ª página)**

A segunda página deve conter os resumos do conteúdo em português e inglês. Quanto à extensão, o resumo deve conter no máximo 1.500 caracteres com espaços (cerca de 250 palavras), em um único parágrafo. Quanto ao conteúdo, seguindo a estrutura formal do texto, ou seja, indicando objetivo, procedimentos básicos, resultados mais importantes e principais conclusões. Quanto à redação, buscar o máximo de precisão e concisão, evitando adjetivos e expressões como "o autor descreve". O resumo e o abstract devem ser seguidos, respectivamente, da lista de até cinco palavras-chaves e keywords (sugere-se a consulta aos DeCS - Descritores em Ciências da Saúde do LILACS (<http://decs.bvp.br>) para fins de padronização de palavras-chaves.

### **Corpo do Texto**

Introdução - deve informar sobre o objeto investigado e conter os objetivos da

investigação, suas relações com outros trabalhos da área e os motivos que levaram o(s) autor (es) a empreender a pesquisa;

Materiais e Métodos - descrever 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. Recomenda-se fortemente que estudos de intervenção apresentem grupo controle e, quando possível, aleatorização da amostra.

Resultados - devem ser apresentados de forma breve e concisa. Tabelas, Figuras e Anexos podem ser incluídos quando necessários (indicar onde devem ser incluídos e anexar no final) para garantir melhor e mais efetiva compreensão dos dados, desde que não ultrapassem o número de páginas permitido.

Discussão - o objetivo da discussão é 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 (na Introdução, Materiais e Métodos e Resultados) podem ser citadas, mas não devem ser repetidas em detalhes na discussão.

Conclusão – deve ser apresentada de forma objetiva a (as) conclusão (ões) do trabalho, sem necessidade de citação de referências bibliográficas.

Obs.: Quando se tratar de pesquisas originais com paradigma qualitativo não é obrigatório seguir rigidamente esta estrutura do corpo do texto. A revista recomenda manter os seguintes itens para este tipo de artigo: Introdução, Objeto de Estudo, Caminho Metodológico, Considerações Finais.

### **Tabelas e figuras**

Só serão apreciados manuscritos contendo no máximo 5 (cinco) desses elementos. Recomenda-se especial cuidado em sua seleção e pertinência, bem como rigor e precisão nos títulos. Todas as tabelas e títulos de figuras e tabelas devem ser digitados com fonte *Times New Roman*, tamanho 10. As figuras ou tabelas não devem ultrapassar as margens do texto. No caso de figuras, recomenda-se não ultrapassar 50% de uma página. Casos especiais serão analisados pelo corpo editorial da revista.

Tabelas. Todas as tabelas devem ser citadas no texto em ordem numérica. Cada tabela deve ser digitada em espaço simples e colocadas na ordem de seu aparecimento no

texto. As tabelas devem ser numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos e inseridas no final. Um título descritivo e legendas devem tornar as tabelas compreensíveis, sem necessidade de consulta ao texto do artigo. Os títulos devem ser colocados acima das tabelas.

As tabelas não devem ser formatadas com marcadores horizontais nem verticais, apenas necessitam de linhas horizontais para a separação de suas sessões principais. Usar parágrafos ou recuos e espaços verticais e horizontais para agrupar os dados.

Figuras. Todos os elementos que não são tabelas, tais como gráfico de colunas, linhas, ou qualquer outro tipo de gráfico ou ilustração é reconhecido pela denominação “Figura”. Portanto, os termos usados com denominação de Gráfico (ex: Gráfico 1, Gráfico 2) devem ser substituídos pelo termo Figura (ex: Figura 1, Figura 2).

Digitar todas as legendas das figuras em espaço duplo. Explicar todos os símbolos e abreviações. As legendas devem tornar as figuras compreensíveis, sem necessidade de consulta ao texto. Todas as figuras devem ser citadas no texto, em ordem numérica e identificadas. Os títulos devem ser colocados abaixo das figuras.

Figuras - Arte Final. Todas as figuras devem ter aparência profissional. Figuras de baixa qualidade podem resultar em atrasos na aceitação e publicação do artigo.

Usar letras em caixa-alta (A, B, C, etc.) para identificar as partes individuais de figuras múltiplas. Se possível, todos os símbolos devem aparecer nas legendas. Entretanto, símbolos para identificação de curvas em um gráfico podem ser incluídos no corpo de uma figura, desde que isso não dificulte a análise dos dados.

Cada figura deve estar claramente identificada. As figuras devem ser numeradas, consecutivamente, em arábico, na ordem em que aparecem no texto. Não agrupar diferentes figuras em uma única página. Em caso de fotografias, recomenda-se o formato digital de alta definição (300 dpi ou pontos por polegadas).

Unidades. Usar o Sistema Internacional (SI) de unidades métricas para as medidas e abreviações das unidades.

### **Citações e referências bibliográficas**

A revista adota a norma de Vancouver para apresentação das citações no texto e referências bibliográficas. As referências bibliográficas devem ser organizadas em seqüência numérica, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez

no texto, seguindo os Requisitos Uniformizados para Manuscritos Submetidos a Jornais Biomédicos, elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE – <http://www.icmje.org/index.html>).

Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com a *List of Journals* do *Index Medicus* (<http://www.index-medicus.com>). As revistas não indexadas não deverão ter seus nomes abreviados.

As citações devem ser mencionadas no texto em números sobrescritos (expoente), sem datas. A exatidão das referências bibliográficas constantes no manuscrito e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor (es) do manuscrito.

A revista recomenda que os autores realizem a conferência de todas as citações do texto e as referências listadas no final do artigo. Em caso de dificuldades para a formatação das referências de acordo com as normas de Vancouver sugere-se consultar o link: <http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html> (Como formatar referências bibliográficas no estilo Vancouver).

### **Agradecimentos**

Quando pertinentes, serão dirigidos às pessoas ou instituições que contribuíram para a elaboração do trabalho, são apresentados ao final das referências.

### **Envio dos Artigos**

Os textos devem ser encaminhados à Revista na forma de acordo com formulário eletrônico no site <http://www.revista.ueg.br/index.php/movimenta>.

Ao submeter um manuscrito para publicação, os autores devem enviar apenas dois arquivos no sistema da revista:

- 1) O arquivo do trabalho, em documento word;
- 2) Carta de encaminhamento do trabalho, segundo modelo adotado na revista (Clique aqui para baixar o [Modelo da Carta de Submissão](#)), no item “documentos suplementares”. A carta deve ser preenchida, impressa, assinada, escaneada e salva em arquivo PDF. Na referida carta os autores devem declarar a existência ou não de eventuais conflitos de interesse (profissionais, financeiros e benefícios diretos e indiretos) que possam influenciar os resultados da pesquisa;

Se o artigo for encaminhado aos autores para revisão e não retornar à *Revista Movimenta* dentro do prazo estabelecido, o processo de revisão será considerado encerrado. Caso o mesmo artigo seja reencaminhado, um novo processo será iniciado, com data atualizada. A data do aceite será registrada quando os autores retornarem o manuscrito, após a correção final aceita pelos Editores.

As provas finais serão enviadas por e-mail aos autores somente para correção de possíveis erros de impressão, não sendo permitidas quaisquer outras alterações. Manuscritos em prova final não devolvidos no prazo solicitado terão sua publicação postergada para um próximo número da revista.

A versão corrigida, após o aceite dos editores, deve ser enviada usando o programa Word (arquivo doc ou docx.), padrão PC. As figuras, tabelas e anexos devem ser colocadas em folhas separadas no final do texto do arquivo do trabalho.

#### REQUISITOS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS

*Artigo de Pesquisa Original.* São trabalhos resultantes de pesquisa científica apresentando dados originais de investigação baseada em dados empíricos ou teóricos, utilizando metodologia científica, de descobertas com relação a aspectos experimentais ou observacionais da saúde humana, de característica clínica, bioquímica, fisiológica, psicológica e/ou social. Devem incluir análise descritiva e/ou inferências de dados próprios, com interpretação e discussão dos resultados. A estrutura dos artigos deverá compreender as seguintes partes: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão.

*Registro de Ensaios Clínicos.* A *Movimenta* apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do ICMJE, reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e a divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. De acordo com essa recomendação, artigos de pesquisas clínicas devem ser registrados em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE (por exemplo, [www.clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov), [www.ISRCTN.org](http://www.ISRCTN.org), [www.umin.ac.jp/ctr/index.htm](http://www.umin.ac.jp/ctr/index.htm) e [www.trialregister.nl](http://www.trialregister.nl)). No Brasil o registro poderá ser feito na página [www.ensaiosclinicos.gov.br](http://www.ensaiosclinicos.gov.br). Para tal, deve-se antes de mais nada obter um número de registro do trabalho, denominado UTN (Universal Trial Number), no link

[http://www.who.int/ictrp/unambiguous\\_identification/utn/en/](http://www.who.int/ictrp/unambiguous_identification/utn/en/), e também importar arquivo xml do estudo protocolado na Plataforma Brasil. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo. Todos os artigos resultantes de ensaios clínicos randomizados devem ter recebido um número de identificação nesses registros

*Artigos de Revisão.* são revisões da literatura, constituindo revisões integrativas ou sistemáticas, sobre assunto de interesse científico da área da Saúde e afins, desde que tragam novos esclarecimentos sobre o tema, apontem falhas do conhecimento acerca do assunto, despertem novas discussões ou indiquem caminhos a serem pesquisados, preferencialmente a convite dos editores. Sua estrutura formal deve apresentar os tópicos: Introdução que justifique o tema de revisão incluindo o objetivo; Métodos quanto à estratégia de busca utilizada (base de dados, referências de outros artigos, etc), e detalhamento sobre critério de seleção da literatura pesquisada e critério de análise da qualidade dos artigos; Resultados com tabelas descritivas; Discussão dos achados encontrados na revisão; Conclusão e Referências.

*Relato de Caso.* Devem ser restritos a condições de saúde ou métodos/procedimentos incomuns, sobre os quais o desenvolvimento de artigo científico seja impraticável. Dessa forma, os relatos de casos clínicos não precisam necessariamente seguir a estrutura canônica dos artigos de pesquisa original, mas devem apresentar um delineamento metodológico que permita a reprodutibilidade das intervenções ou procedimentos relatados. Estes trabalhos apresentam as características principais do(s) indivíduo(s) estudado(s), com indicação de sexo, idade etc. As pesquisas podem ter sido realizadas em humanos ou animais. Recomenda-se muito cuidado ao propor generalizações de resultados a partir desses estudos. Desenhos experimentais de caso único serão tratados como artigos de pesquisa original e devem seguir as normas estabelecidas pela revista *Movimenta*.

*Relato de Experiência.* São artigos que descrevem condições de implantação de serviços, experiência dos autores em determinado campo de atuação. Os relatos de experiência não necessitam seguir a estrutura dos artigos de pesquisa original. Deverão conter dados descritivos, análise de implicações conceituais, descrição de procedimentos ou estratégias de intervenção, apoiados em evidência metodologicamente apropriada de avaliação de eficácia. Recomenda-se muito cuidado ao propor generalizações de resultados a partir desses estudos.

*Cartas ao Editor.* Críticas a matérias publicadas, de maneira construtiva, objetiva e educativa, consultas às situações clínicas e discussões de assuntos específicos da área da Saúde serão publicados a critério dos editores. Quando a carta se referir a comentários técnicos (réplicas) aos artigos publicados na Revista, esta será publicada junto com a tréplica dos autores do artigo objeto de análise e/ou crítica.

*Resumos de Dissertações e Teses.* Esta seção publica resumos de Dissertações de Mestrado e Teses de Doutorado, defendidas e aprovadas em quaisquer Programas de Pós-Graduação reconhecidos pela CAPES, cujos temas estão relacionados ao escopo da *Movimenta*.

*Resumos de Eventos Científicos.* Esta seção publica resumos de Eventos Científicos da Área da Saúde. Para tanto, é necessário inicialmente o envio de uma carta de solicitação para publicação pelo e-mail da editora chefe da revista (Profa. Dra. Cibelle Formiga [cibellekayenne@gmail.com](mailto:cibellekayenne@gmail.com)). Após anuência, o organizador do evento deve submeter o arquivo conforme orientações do Conselho Editorial.

#### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Toda a documentação referente ao artigo e documentos suplementares (declarações) deverá ser enviada pelo sistema de editoração eletrônica da revista (<http://www.revista.ueg.br/index.php/movimenta>). Não serão aceitos artigos e documentos enviados pelo correio.

É de responsabilidade do(s) autor (es) o acompanhamento de todo o processo de submissão do artigo até a decisão final da Revista.

Estas normas entram em vigor a partir de 01 de Fevereiro de 2020.

Os Editores.

**ANEXO C**  
**MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL**

Sigla-Nome do paciente: \_\_\_\_\_

N Í V E I S	Independente 7 - Independência completa (Tempo, Segurança) 6 - Independência modificada (Tecnologia Assistiva)	SEM ASSISTÊNCIA	
	Dependência Modificada 5- Supervisão 4 - Assistência Mínima (Sujeito = 75%+) 3 - Assistência Moderada (Sujeito = 50%+) Completa Dependência 2 - Assistência Máxima (Sujeito = 25%+) 1 - Assistência Total (Sujeito= 0%+)	COM ASSISTÊNCIA	
	<b>Atividades</b>	<b>1° Av.</b>	<b>2° Av.</b>
	<b>Cuidados pessoais</b> <span style="float: right;">Data</span>	/ /	/ /
A.	Alimentação		
B.	Higiene pessoal: Cuidado de apresentação e aparência		
C.	Banho: Limpeza do corpo		
D.	Vestir a metade superior do corpo		
E.	Vestir a metade inferior do corpo		
F.	Uso do vaso sanitário		
	<b>Controle Esfíncteriano</b>		
G.	Controle da urina (controle da Bexiga - frequência de incontinência)		
H.	Controle das fezes		
	<b>Mobilidade</b>		
I.	Transferências: Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas		
J.	Transferências: Vaso Sanitário		
K.	Transferências: Banheira ou Chuveiros		
	<b>Locomoção</b>		
L.	Marcha/Cadeira de Rodas	M     CR	M     CR
M.	Escadas		
	<b>Comunicação</b>		
N.	Compreensão	A     VI	A     VI
O.	Expressão	VO     NV	VO     NV
	<b>Conhecimento social</b>		

P.	Interação social		
Q.	Resolução de problemas		
R.	Memória Total		
Obs.: Não deixe nenhuma linha em branco, se não for possível testar marque 1 Medida de Independência Funcional (MIF). (copyright 1987, Fundação Nacional de Pesquisa–Universidade Estadual de New York). Abreviações: M=marcha, CR= cadeira de rodas, A= Auditiva, VI= Visual, VO= vocal e NV= não verbal.			

## APÊNDICE A - FICHA DE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO – AVC

Prontuário: \_\_\_\_\_

Data de coleta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Sigla-Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M

Estado Civil: ( ) solteiro ( ) casado ( ) divorciado ( ) união estável ( ) viúvo

( ) outro \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Renda mensal da família: \_\_\_\_\_

Data de Admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data da Alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### DADOS CLÍNICOS

Data de lesão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tempo de AVC: \_\_\_\_\_

Tipo de AVC: Hemorrágico ( ) Isquêmico ( )

Área acometida: \_\_\_\_\_

Realizou cirurgia: ( ) SIM ( ) NÃO. Qual? \_\_\_\_\_

### Patologias associadas:

Hipertensão Arterial ( ) sim ( ) não ( ) não relatado

Diabetes ( ) sim ( ) não ( ) não relatado

Doença cardíaca ( ) sim \_\_\_\_\_ ( ) não ( ) não relatado

Outras: \_\_\_\_\_

**Sequelas:**

Hemiplegia Esquerda ( ) Hemiplegia Direita ( ) Tetraplegia ( )

Tônus ( ) flácido ( ) espástico ( ) outro \_\_\_\_\_

Ataxia ( ) sim ( ) não ( ) não relatado

Equilíbrio comprometido ( ) sim ( ) não ( ) não relatado

Alteração de sensibilidade ( ) sim ( ) não ( ) não relatado

Dor ( ) sim \_\_\_\_\_ ( ) não ( ) não relatado

Afasia ( )

Disartria ( )

Disfagia ( )

Incontinência Fecal ( )

Incontinência urinária ( )

Déficit cognitivo ( ) sim ( ) não ( ) não relatado

Perda na visão ( ) sim ( ) não ( ) não relatado

Marcha ( ) sim ( ) não ( ) não informado

Marcha com auxílio de terceiros ( ) sim ( ) não ( ) não relatado

Marcha com auxílio de dispositivo ( ) sim ( ) não ( ) não relatado

Utiliza: Cadeiras de rodas ( ) Muleta auxiliar ( ) Muleta canadense ( )

Bengala ( ) Órteses suropodálicas ( )

Órtese de posicionamento de membro superior ( )

Outros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**APÊNDICE B - FICHA DE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO – TCE**

Prontuário: \_\_\_\_\_

Data de coleta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Sigla-Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M

Estado Civil: ( ) solteiro ( ) casado ( ) divorciado ( ) união estável ( ) viúvo  
( ) outro \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Renda mensal da família: \_\_\_\_\_

Data de Admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data da Alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DADOS CLÍNICOS**

Data de lesão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tempo de lesão: \_\_\_\_\_

Etiologia: \_\_\_\_\_

Área acometida: \_\_\_\_\_

Realizou cirurgia: ( ) SIM ( ) NÃO. Qual? \_\_\_\_\_

**Lesão associada**

( ) Fratura. Qual o tipo: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

( ) Lesão de órgãos. Qual: \_\_\_\_\_

( ) Ferida aberta.

Outra(s): \_\_\_\_\_

**Patologias associadas:**

Hipertensão Arterial ( )sim ( )não ( ) não relatado

Diabetes ( )sim ( )não ( ) não relatado

Doença cardíaca ( )sim \_\_\_\_\_ ( )não ( ) não relatado

Outras: \_\_\_\_\_

**Sequelas:**

Hemiplegia Esquerda ( ) Hemiplegia Direita ( ) Tetraplegia ( )

Tônus ( ) flácido ( ) espástico ( )outro \_\_\_\_\_

Ataxia ( )sim ( )não ( ) não relatado

Equilíbrio comprometido ( )sim ( )não ( ) não relatado

Alteração de sensibilidade ( )sim ( )não ( ) não relatado

Dor ( )sim \_\_\_\_\_ ( )não ( ) não relatado

Afasia ( )

Disartria ( )

Disfagia ( )

Incontinência Fecal ( )

Incontinência urinária ( )

Déficit cognitivo ( )sim ( )não ( ) não relatado

Perda na visão ( )sim ( )não ( ) não relatado

Marcha ( )sim ( )não ( ) não informado

Marcha com auxílio de terceiros ( )sim ( )não ( ) não relatado

Marcha com auxílio de dispositivo ( )sim ( )não ( ) não relatado

**Utiliza:** Cadeiras de rodas ( ) Muleta auxiliar ( ) Muleta canadense ( )

Bengala ( ) Órteses suropodálicas ( )

Órtese de posicionamento de membro superior ( )

Outros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_