



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA

JULIANA ROSA DA COSTA

**TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM CRIANÇAS COM
PARALISIA CEREBRAL: AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS
EM UMA CLÍNICA ESCOLA EM GOIÂNIA**

GOIÂNIA

2022

JULIANA ROSA DA COSTA

**TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM CRIANÇAS COM
PARALISIA CEREBRAL: AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS
EM UMA CLÍNICA ESCOLA EM GOIÂNIA**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Pontifícia Universidade Católica de Goiás como parte dos requisitos necessários para obtenção do Bacharelado em Fisioterapia.

Orientadora: Prof.^a Me. Cristiane Leal de M. e Silva Ferraz

GOIÂNIA

2022

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

**Título do trabalho: TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM CRIANÇAS
COM PARALISIA CEREBRAL: AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS
OBTIDOS EM UMA CLÍNICA ESCOLA EM GOIÂNIA**

Acadêmico (a): Juliana Rosa da Costa

Orientador (a): Prof. Me. Cristiane Leal de M. Silva Ferraz.

Data: ____/____/____

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	
Média (Total/10)		

Assinatura do examinador: _____

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA

FICHA DE AVALIAÇÃO DA APRESENTAÇÃO ORAL

ITENS PARA AVALIAÇÃO	VALOR	NOTA
Quanto aos Recursos		
1. Estética	1,5	
2. Legibilidade	1,0	
3. Estrutura e Sequência do Trabalho	1,5	
Quanto ao Apresentador:		
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	
Total		

Avaliador: _____

Data: ____/____/____

SUMÁRIO

RESUMO	7
1 INTRODUÇÃO	9
2 MÉTODOS	11
3 RESULTADOS	12
4 DISCUSSÃO	16
5 CONCLUSÃO	19
REFERÊNCIAS	21
ANEXOS	
NORMAS DA REVISTA MOVIMENTA	25

**TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM CRIANÇAS COM
PARALISIA CEREBRAL: AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS
EM UMA CLÍNICA ESCOLA EM GOIÂNIA**

*Physiotherapeutic Treatment In Children With Cerebral Palsy: Evaluation Of Results
Obtained In A School Clinic In Goiânia*

Juliana Rosa da Costa¹, Cristiane Leal de Morais Silva Ferraz²

¹Discente do Curso de Fisioterapia, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia,

Goiás, Brasil

²Mestre em Ciências da Saúde, Docente do Curso de Fisioterapia da Pontifícia Universidade

Católica de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil

RESUMO:

Objetivo: Avaliar os resultados obtidos com o tratamento fisioterapêutico em crianças com paralisia cerebral atendidas em uma clínica escola de Goiânia. **Método:** Realizou-se um estudo quantitativo e retrospectivo, por meio de análise documental, em uma clínica escola, situada na cidade de Goiânia – GO, no período de setembro a novembro de 2021. Foram avaliados os prontuários de 2010 a 2020 de pacientes com diagnóstico de paralisia cerebral com idade de 0 a 12 e que receberam alta da instituição. A avaliação antes e após a intervenção foi realizada aplicando-se o Teste do Qui-quadrado de *Pearson/Posthoc*. Em todas as análises foi adotado um nível de significância de 5% ($p < 0,05$). **Resultados:** verificou-se que a avaliação de força muscular de membros superiores antes da intervenção fisioterapêutica tinha uma prevalência do grau 2 de força muscular (25,9%), e após a intervenção se obteve um aumento significativo do grau 5 de força muscular (37,0%), o mesmo aconteceu com os membros inferiores. Houve ganho significativo após o tratamento do controle de cervical e do controle de tronco. **Conclusão:** O desfecho dessa pesquisa permite concluir que os resultados obtidos com o tratamento fisioterapêutico realizado na clínica escola foram efetivos no ganho de força muscular de membros superiores e de membros inferiores, na aquisição de controle de cervical e de controle de tronco.

Palavras-chave: Paralisia cerebral, fisioterapia, crianças, tratamento

ABSTRACT:

Objective: To evaluate the results obtained with the physical therapy treatment in children with cerebral palsy treated at a school clinic in Goiânia. **Method:** A quantitative and retrospective study was carried out, through document analysis, in a school clinic, located in the city of Goiânia - GO, from September to November 2021. The medical records from 2010 to 2020 of patients with diagnosed with cerebral palsy aged 0 to 12 and discharged from the institution. The evaluation before and after the intervention was performed using the Pearson/Posthoc Chi-square Test. In all analyses, a significance level of 5% ($p < 0.05$) was adopted. **Results:** it was found that the assessment of muscle strength of upper limbs before the physical therapy intervention had a prevalence of degree 2 of muscle strength (25.9%→), and after the intervention there was a significant increase of degree 5 of muscle strength (37.0%), the same happened with the lower limbs. There was a significant gain after the treatment of neck control and trunk control. **Conclusion:** The outcome of this research allows us to conclude that the results obtained with the physical therapy treatment performed at the school clinic were effective in gaining muscle strength in upper and lower limbs, in acquiring cervical and trunk control.

Keywords: *Cerebral palsy, physical therapy, children, treatment*

1 INTRODUÇÃO

Paralisia cerebral é caracterizada por uma lesão no SNC ainda em fase de desenvolvimento, é uma lesão não progressiva que leva a limitações funcionais. As causas da PC são multifatoriais e ocorrem nas fases pré, peri ou pós-natal, até o segundo ano de vida da criança¹.

A grande diversidade nos tipos, momentos de agressão e extensão das lesões cerebrais que levam à PC produzem uma grande variedade nos tipos clínicos e magnitudes de alterações observadas, sendo a paralisia cerebral a responsável pela maior causa de incapacidade motora na infância².

A PC é a forma mais comum de deficiência na infância, com taxas de prevalência de 2,0 a 2,5 por 1.000 nascidos vivos em países desenvolvidos. Em países subdesenvolvidos, a incidência é maior estimando-se cerca de 7 por 1.000 nascidos, essa diferença pode ser atribuída às más condições de saúde pré-natais e ao cuidado primário deficitário às gestantes^{3,4}.

A Paralisia cerebral pode ser classificada de acordo com a região acometida no cérebro, segundo seu grau de acometimento, pela distribuição topográfica da lesão e ainda pelas aquisições da função motora grossa. Em relação ao tipo clínico a PC pode ser classificada em: atáxica, espástica, hipotônica e mista, e pela sua distribuição topográfica é classificada em hemiplegia, diplegia e quadriplegia⁵.

A classificação do comprometimento motor é feita pela escala GMFCS, de acordo com cinco níveis. O nível I corresponde à deambulação independente com limitação; nível II limitações na marcha em ambiente externo e nas atividades como correr e pular; nível III necessitam de aparelhos auxiliares de locomoção e órteses para caminhar; nível IV a independência é limitada, são transportadas; nível V a mobilidade é gravemente limitada, não há controle postural antigravitacional⁵.

Por ser uma doença crônica, os pacientes com PC necessitam de acompanhamento multidisciplinar, intensivo e coordenado, com a finalidade de recuperar funções motoras ou ao menos adaptar a funcionalidade do indivíduo de forma independente, dentre esses tratamentos estão o tratamento cirúrgico e o conservador, este último abrangendo a fisioterapia⁶.

A fisioterapia disponibiliza de diversos recursos para o tratamento de pacientes com PC, sempre buscando respostas positivas e promovendo uma melhor qualidade de vida para o paciente⁷. Dentre os recursos utilizados no tratamento da paralisia cerebral, destacam-se o

conceito neuroevolutivo Bobath, a facilitação neuromuscular proprioceptiva e a integração sensorial⁸. Outras formas de tratamento citadas na literatura são cinesioterapia, mobilização passiva, alongamento, fortalecimento, coordenação, equilíbrio, dessensibilização, eletroterapia, hidroterapia, uso de órteses, treino de marcha, exercícios lúdicos e exercícios respiratórios⁹.

Em regra, não há diretrizes e protocolos específicos para o acompanhamento de pacientes com PC. A seleção de condutas é realizada de forma individualizada, com o objetivo de promover o potencial funcional máximo da criança para aquisição de etapas do desenvolvimento motor e possibilidades de interação com o meio¹⁰.

Assim, avaliar os resultados obtidos com o tratamento fisioterapêutico auxilia o fisioterapeuta na elegibilidade das melhores técnicas a serem utilizadas em crianças com paralisia cerebral.

2 MÉTODOS

A pesquisa desenvolveu-se respeitando as questões éticas e legais, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da PUC Goiás (CAAE 48209221.0.0000.0037).

Realizou-se um estudo quantitativo e retrospectivo, por meio de análise documental, em uma clínica escola, situada na cidade de Goiânia – GO, no período de setembro a novembro de 2021. Foram avaliados os prontuários de 2010 a 2020 de pacientes com diagnóstico de paralisia cerebral com idade de 0 a 12 e que receberam alta da instituição. Os critérios de exclusão estabelecidos foram: prontuários que não foram preenchidos corretamente, incompletos ou que apresentavam informações ilegíveis. Com base nos critérios estabelecidos, foram identificados 40 prontuários, sendo que, destes, 13 foram excluídos por estarem incompletos.

Para melhor organização dos dados foi utilizado um instrumento de coleta de dados, elaborado pelas próprias pesquisadoras contendo informações sobre o paciente: (dados pessoais: idade, gênero, responsável), e dados clínicos: (tipo de PC, classificação do GMFCS, tônus, trofismo, força muscular, se realiza transferências, se apresenta controle cervical e controle de tronco, função manual, AVDs, participação social, deambulação, tempo de tratamento, e as técnicas fisioterapêuticas que foram utilizadas). Os dados foram coletados dos prontuários dos pacientes antes e após a intervenção fisioterapêutica sendo analisada a primeira e a última ficha de avaliação fisioterapêutica, fazendo uma comparação entre esses dados para mensurar se houve ganhos.

As análises estatísticas foram realizadas com o auxílio do SPSS (*Statistical Package for Social Science*) versão 26.0. A parametricidade dos dados foi verificada por meio do teste de Shapiro-Wilk. A caracterização do perfil da amostra foi realizada por meio de média, desvio padrão, frequência absoluta e frequência relativa. A avaliação antes e após a intervenção foi realizada aplicando-se o Teste do Qui-quadrado de *Pearson/Posthoc*. Em todas as análises foi adotado um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

3 RESULTADOS

A amostra foi constituída por 27 prontuários de pacientes com paralisia cerebral, com média de 5,59 anos ($\pm 3,75$).

De acordo com a tabela 1, a maioria dos participantes era do sexo masculino (63,0%), 96,3% eram acompanhados pela mãe e apenas 18,5% realizavam fisioterapia em outra instituição. Quanto aos tipos de PC, 33,3% dos pacientes apresentavam quadriparesia espástica e 11,1% hemiparesia a direita, hipertonia espástica cada. A maioria dos pacientes apresentou nível V na classificação do comprometimento motor (40,7%).

Tabela 1. Caracterização do perfil da amostra.

	n (%)	Média \pm DP
Idade (anos)		5,59 \pm 3,75
Sexo		
Feminino	10 (37,0)	37,0
Masculino	17 (63,0)	63,0
Responsável		
Avós	1 (3,7)	3,7
Mãe	26 (96,3)	96,3
Realiza fisioterapia em outro lugar		
Não	22 (81,5)	81,5
Sim	5 (18,5)	18,5
Tipos de PC		
Diparesia espática	2 (7,4)	7,4
Hemiparesia a direita	3 (11,1)	11,1
Hemiparesia espástica	1 (3,7)	3,7
Hemiparesia esquerda	2 (7,4)	7,4
Hemiplegia direita	2 (7,4)	7,4
Hipertonia espástica	3 (11,1)	11,1
Hipotonia	1 (3,7)	3,7
Mista	1 (3,7)	3,7
Quadriparesia espástica	8 (33,3)	33,3
Quadriplegia espástica	2 (7,4)	7,4
Tetraparesia	1 (3,7)	3,7
Classificação do GMFCS		
Nível I	10 (37,0)	37,0
Nível II	2 (7,4)	7,4
Nível III	2 (7,4)	7,4
Nível IV	1 (3,7)	3,7
Nível V	11 (40,7)	40,7
Não informado	1 (3,7)	3,7

A tabela 2 apresenta o tempo de tratamento fisioterapêutico e as técnicas que foram utilizadas. O tempo de tratamento mais longo foi de 24 meses e o menor de 4 meses, sendo a média obtida de 9,81 meses. Os tratamentos fisioterapêuticos mais utilizados foram alongamentos (10,00±5,43), Conceito neuroevolutivo Bobath (8,85±6,56) e cinesioterapia (6,74±5,95).

Tabela 2. Técnicas Fisioterapêuticas empregadas

	Média ± DP	Mediana (Mínimo - Máximo)
Tempo de tratamento (meses)	9,81 4,81	9,00 (4,00 - 24,00)
Eletroterapia	0,00 0,00	0,00 (0,00 - 0,00)
Alongamentos	10,00 5,43	10,00 (0,00 - 20,00)
Uso de órteses	0,07 0,38	0,00 (0,00 - 2,00)
Kabat	1,04 2,49	0,00 (0,00 - 10,00)
Cinesioterapia	6,74 5,95	6,00 (0,00 - 18,00)
Hidroterapia	0,59 1,28	0,00 (0,00 - 5,00)
Conceito Bobath	8,85 6,56	9,00 (0,00 - 20,00)
Treino de marcha	3,22 4,91	0,00 (0,00 - 19,00)
Treino de equilíbrio	2,89 3,51	0,00 (0,00 - 12,00)
Treino proprioceptivo	2,89 3,88	2,00 (0,00 - 16,00)
Mobilização articular	2,48 4,52	0,00 (0,00 - 18,00)
Integração sensorial	3,59 4,21	2,00 (0,00 - 16,00)
Treino de transferências	2,78 4,12	0,00 (0,00 - 14,00)
Treino de função manual	5,11 6,77	0,00 (0,00 - 19,00)

A tabela 3 apresenta o resultado da comparação da avaliação fisioterapêutica antes e após o tratamento. A avaliação de força muscular de membros superiores antes da intervenção fisioterapêutica tinha uma prevalência do grau 2 de força muscular (25,9%), e após a intervenção se obteve um aumento significativo do grau 5 de força muscular (37,0%). Da mesma forma, a avaliação de força muscular de membros inferiores antes da intervenção fisioterapêutica tinha uma prevalência do grau 2 de força muscular (25,9%), e após a intervenção se obteve aumento significativo do grau 5 de força muscular (37,0%). Ambos os resultados apresentaram $p < 0,04$.

Conforme a tabela 4 verificou-se que o controle cervical ausente teve uma prevalência de (22,2%) antes da intervenção fisioterapêutica e após o tratamento se obteve um aumento significativo do controle de cervical presente (96,3%), o controle de tronco ausente antes da intervenção era de (55,6%), e após o tratamento houve um aumento significativo do controle de tronco presente (81,5%). Ambos os resultados apresentaram $p < 0,04$.

Tabela 4. Resultado da comparação da avaliação () antes e após a intervenção.

	Avaliação		p*
	Antes n (%)	Depois n (%)	
Controle de cervical			
Ausente	6 (22,2)†	1 (3,7)	0,04
Diminuído	1 (3,7)	0 (0,0)	
Presente	20 (74,1)	26 (96,3)†	
Controle de tronco			
Ausente	15 (55,6)†	5 (18,5)	<0,01
Diminuído	1 (3,7)	0 (0,0)	
Presente	11 (40,7)	22 (81,5)†	
Função manual			
Ausente	13 (48,1)	7 (25,9)	0,12
Dependente	0 (0,0)	1 (3,7)	
Dificuldade	4 (14,8)	2 (7,4)	
Presente	10 (37,0)	17 (63,0)	
AVD- Banho			
Dependente	19 (70,4)	18 (66,7)	0,72
Independente	6 (22,2)	8 (29,6)	
Semi-dependente	2 (7,4)	1 (3,7)	
AVD- Vestuário			
Dependente	20 (74,1)	16 (59,3)	0,17
Independente	7 (25,9)	8 (29,6)	
Semi-dependente	0 (0,0)	3 (11,1)	
AVD- Alimentação			
Dependente	17 (63,0)	14 (51,9)	0,64
Independente	6 (22,2)	9 (33,3)	
Semi-dependente	4 (14,8)	4 (14,8)	
Frequenta a escola			
Não	15 (55,6)	14 (51,9)	0,78
Sim	12 (44,4)	13 (48,1)	
Tem convívio com outras crianças			
Não	3 (11,1)	2 (7,4)	0,69
Sim	24 (88,9)	25 (92,6)	
Tem momentos de lazer em família			
Não	1 (3,7)	1 (3,7)	0,63
Sim	25 (96,3)	26 (96,3)	
Faz o uso de órtese/prótese			
Não	19 (70,4)	19 (70,4)	1,00
Sim	8 (29,6)	8 (29,6)	
Deambulação			
Auxílio-locomoção	1 (3,7)	1 (3,7)	0,99
Cadeira de rodas	8 (29,6)	8 (29,6)	
Carrinho	1 (3,7)	1 (3,7)	
Colo	7 (25,9)	6 (22,2)	

*Qui-quadrado; †Posthoc; n = frequência absoluta; % = frequência relativa

4 DISSCUSSÃO

No presente estudo, a média de idade dos pacientes com paralisia cerebral foi de 5,59 anos ($\pm 3,75$), com prevalência de participantes do sexo masculino (63,0%). Estudos epidemiológicos sobre Paralisia cerebral demonstram que existe uma prevalência maior de pacientes do sexo masculino sobre o feminino^{11,12}, corroborando assim com o resultado encontrado no presente estudo.

Dos participantes da pesquisa 96,3% eram acompanhados pelas mães durante a terapia. Este dado é relevante, especialmente se considerarmos que, a qualidade de vida da cuidadora está diretamente relacionada à qualidade de vida da criança com paralisia cerebral. Segundo Cavalcante et al¹³ e Ribeiro¹⁴, o tempo e a atenção dedicados pelas mulheres para atender as necessidades especiais dos filhos com paralisia cerebral faz com que o papel de mãe seja expandido, em detrimento de outras áreas da vida. A sobrecarga física e emocional associada ao cuidado de crianças com patologias crônicas pode ocasionar prejuízos na vida cotidiana e profissional das mães, além de reforçar condições de vulnerabilidade para essas mulheres, como a dependência financeira e o adoecimento físico e mental.

Quanto aos tipos de PC, 33,3% dos pacientes apresentavam quadriparesia espástica e 11,1% hemiparesia a direita. Houve um equívoco na hora de traçar o diagnóstico desses pacientes, alguns prontuários só apresentaram a classificação topográfica da lesão e outros somente a alteração de tônus, dificultando assim nosso estudo. E entre as formas apresentadas, a espástica é a mais comum, ocorrendo em cerca de 70% dos casos, e, nessa condição, o paciente apresenta sinais que refletem lesão do motoneurônio superior¹⁵. A respeito do comprometimento motor, a maioria dos participantes dessa pesquisa (40,7%) apresentaram nível V na escala do GMFCS, resultado semelhante ao encontrado no estudo de Vasconcelos et al¹⁶, onde se observou-se que 65,7% dos participantes foram classificados nos níveis IV/V, fato que demonstra predominância de crianças com desempenho funcional inferior.

O comprometimento motor grave reflete de forma negativa no desempenho das atividades do cotidiano e na independência funcional da criança, tal fato reforça a necessidade de se considerar a variabilidade desses pacientes e suas particularidades na prática clínica¹⁶

Dentre os tratamentos fisioterapêuticos, as técnicas mais utilizadas foram: alongamentos (Média/DP:10,00 \pm 5,43), Conceito neuroevolutivo Bobath (Média/DP:8,85 \pm 6,56) e cinesioterapia (Média/DP:6,74 \pm 5,95). Segundo Franco et al¹⁷, entre as modalidades

fisioterapêuticas, a cinesioterapia é adotada com grande frequência na reabilitação de crianças com PC, assim como o alongamento muscular passivo, sendo de grande importância para a redução da hipertonía e contribuindo para a diminuição da dor, aumento da mobilidade articular e prevenção de contraturas musculares e deformidades, sendo um método acessível e de fácil aplicabilidade. O alongamento precisa ser diário, para produzir ganhos expressivos na ADM, para se obter uma melhora na mobilidade pode-se associar atividades funcionais em diagonal.

A hidrocinesioterapia é citada com frequência na literatura, como forma de reduzir a espasticidade em pacientes com PC. Devido aos princípios físicos da água, esse recurso promove o alívio do espasmo muscular, manutenção ou até mesmo aumento da amplitude de movimento das articulações, fortalecimento muscular e aumento a tolerância aos exercícios¹⁸. Apesar da evidência dos benefícios desse recurso, ele não foi utilizado com frequência no presente estudo.

Já conceito Neuroevolutivo Bobath é historicamente o mais aplicado em crianças com PC e têm a finalidade de preparar a criança para manter ou aprimorar uma função, atuando sempre de forma a adequar a espasticidade. O manuseio empregado por essa técnica influencia o tônus muscular através dos pontos chaves de controle, reduzindo as disfunções tônicas, o que conseqüentemente facilita o controle postural e o desempenho das atividades funcionais¹⁹. Atua também sobre os componentes, reflexos, padrões de movimentos anormais, sensação, percepção e memória cinestésica²⁰.

A criança espástica apresenta deficiência do controle motor pela diminuição da mobilidade. Assim, é de extrema importância a aplicação de técnicas efetivas para a redução da hipertonía. Segundo Oliveira e Golin²¹, a técnica para redução do tônus muscular de Bobath, juntamente com o alongamento muscular passivo mostra-se efetivo na redução da espasticidade e no aumento da ADM de crianças espásticas.

Além das alterações tônicas as crianças com PC apresentam uma alteração de força, provocada muitas vezes pelo desuso, ou por má utilização do corpo e membros devido à gravidade do comprometimento ou ao mau posicionamento, podendo apresentar hipotrofia muscular, localizada ou generalizada, que gera impacto nas habilidades funcionais da criança²².

No presente estudo, antes da intervenção fisioterapêutica os participantes, tinham uma prevalência do grau 2 de força muscular de membros superiores (25,9%), e após a intervenção se obteve um aumento significativo para o grau 5 de força muscular (37,0%), o mesmo ocorreu com a força muscular de membros inferiores. O grau de força muscular está intimamente

relacionado com as habilidades funcionais da criança, dessa forma é essencial incluir o fortalecimento muscular no tratamento desses pacientes com PC.

Antes da intervenção fisioterapêutica os participantes dessa pesquisa tinham uma prevalência de controle cervical ausente (22,2%) e após o tratamento se obteve um aumento significativo do controle de cervical presente (96,3%). O controle cervical é uma das primeiras aquisições motoras voluntárias da criança, a disfunção motora na PC pode ocasionar atraso no desenvolvimento desse controle, além da fixação de padrões posturais patológicos. O controle cefálico deve ser priorizado no tratamento da criança com PC, já que ele é um precursor necessário para outras aquisições motoras e posturais, como sentar, ficar de quatro apoios ou em pé²³.

Outra aquisição observada nos participantes do estudo foi o controle de tronco. Antes da intervenção a maioria dos participantes da pesquisa tinha uma prevalência de controle de tronco ausente (55,6%), e após o tratamento houve um aumento significativo do controle de tronco presente (81,5%). Em geral, as crianças com PC não dispõem de um bom controle de tronco principalmente as que apresentam quadriplégica espástica devido às mudanças encontradas no mecanismo neural. Nessas crianças, a musculatura é afetada e a ativação inadequada desta altera o controle e equilíbrio corporal, sendo a ativação dos músculos do tronco essencial para proporcionar um melhor alinhamento postural²⁴.

Foi observada uma melhora na independência das atividades de vida diária após a intervenção fisioterapêutica nos participantes dessa pesquisa, porém, não de forma expressiva como o ganho de força muscular de membros, o que evidencia que o movimento mecânico é priorizado nos pacientes neurológicos visando o ganho de força muscular e não necessariamente a reeducação do movimento. Esta constatação traz uma reflexão importante acerca dos objetivos a serem alcançados com pacientes neurológicos, uma vez que, apenas o ganho de força muscular não traz melhoras na função, essa sim, a principal meta a ser alcançada por esses pacientes.

Nesse sentido, em estudo realizado por Brianeze et al²⁵, onde o objetivo era verificar o efeito de um programa de fisioterapia funcional para crianças com paralisia cerebral foi observado que esse modelo de fisioterapia proporciona a aquisição de novas habilidades funcionais e o aumento das estratégias motoras por meio da prática e da experiência, proporcionando mudanças na capacidade de movimentação. Isso ocorreu pela melhora do desempenho motor global, por desenvolver ações funcionais de movimentos ativos que requerem que a criança atenda ao objetivo da tarefa e aperfeiçoe suas habilidades.

Os recursos fisioterapêuticos utilizados nos participantes dessa pesquisa mostraram-se positivo no que diz respeito a força muscular, controle de cervical e controle de tronco, dentre esses recursos o conceito neuruevolutivo do Bobath foi o mais citado na literatura como forma de tratamento para crianças com paralisia cerebral, devido esse conceito incentivar e aumentar a habilidade da criança promovendo respostas motoras automáticas e resultando em um controle funcional mais efetivo²⁵.

5 CONCLUSÃO

Os resultados encontrados no presente estudo permitiram avaliar o perfil sociodemográfico, o tipo de paralisia cerebral, o grau de comprometimento motor, as técnicas fisioterapêuticas empregadas e os ganhos obtidos pelos pacientes atendidos na clínica escola, alcançando assim o objetivo proposto. O desfecho dessa pesquisa permite concluir que os resultados obtidos com o tratamento fisioterapêutico realizado na clínica escola foram efetivos no ganho de força muscular de membros superiores e de membros inferiores, na aquisição de controle de cervical e de controle de tronco, fato que impacta positivamente a funcionalidade dessas crianças. As técnicas fisioterapêuticas mais utilizadas foram: alongamentos cinesioterapia e conceito neuroevolutivo do Bobath, vale ressaltar que não existe um protocolo e a seleção de condutas tem que ser de forma individualizada e de acordo com as necessidades de cada paciente.

REFERÊNCIAS

1. Herther DS, Gerzson LR, Almeida CS. Fase da lesão cerebral e o diagnóstico cinético-funcional de sujeitos com paralisia cerebral. *Conscientiae Saúde* 2019 jul/set.: 18(3):352-365. <https://doi.org/10.5585/ConsSaude.v18n314176>.
2. Zaninni G, Cemin NF, Peralles SN. Paralisia cerebral: causas e prevalências. *Fisioter. Mov.* Curitiba 2009; 22(3):375-381.
3. Felice TMN, Santos JLF, Pfeifer LI. Estudo retrospectivo de fatores de risco materno, pré e perinatal para paralisia cerebral na rede pública de saúde. *Medicina. Ribeirão Preto* 2019, 52(3): 179-191. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v52i3.p179-191>.
4. Zonta MB, Júnior AM, Santos LHC. Avaliação funcional na paralisia cerebral. *Acta Pediatr Port* 2011;42(1):27-32.
5. Ries LGK, Schmidt KC, Briesemeister M, Shivinski CIS. Associação da atividade mastigatória com a função motora ampla, espasticidade e classificação topográfica na paralisia cerebral. *Rev. CEFAC* 2013; 15(6):1533-1539.
6. Pereira HV. Paralisia cerebral. *Resid Pediatr.* Rio de Janeiro 2018; 8(1):49-55.
7. Oliveira LB, Dantas ACLM, Paiva JC et al. Recursos fisioterapêuticos na paralisia cerebral pediátrica. *Rev. Científica.* 2013; 2(2): 25-37.
8. Oliveira AIA, Prazeres LS. O desenvolvimento da roupa biocinética. *Cad. Ter. Ocup. São Carlo* 2013, 21 (1): 3-9.
9. Duarte PL, Rabello LM. Conceito Neuroevolutivo Bobath e a Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva como forma de tratamento para crianças com encefalopatia crônica não progressiva da infância. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente*, 2015, 6(1): 14-26.
10. Gomes CO, Golin MO. Tratamento fisioterapêutico na paralisia cerebral tetraparesia espástica, segundo o conceito Bobath. *Rev Neurocienc, São Paulo* 2013; 21(2): 278-285.
11. Pfeifer LI, Silva DBR, Funayama CAR, Santos JL. Classificação da paralisia cerebral: associação entre gênero, idade, tipo motor, topografia, e função motora grossa. *Revista Neuro-Psiquiatr* 2009, 67(4):1057-1061.

12. Binha AMP, Maciel SC, Bezerra CCA. Perfil epidemiológico dos pacientes com paralisia cerebral atendidos na AACD- São Paulo. *Revista Acta Fisiatr. São Paulo* 2018, 25 (1): 1-6.
13. CavalcanteI VMV, MartinsII MC, OriáII MOB; XimenesI LB, Frota MA, Carvalho ZMF. Perfil epidemiológico das crianças com paralisia cerebral em atendimento ambulatorial. *Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro* 2017; 25(8780): 1-7.
14. Ribeiro MFM, Vandenberghe L, Prudente COM, Vila VSC, Porto CC. Comprometimento do filho modificam o estresse e o enfrentamento materno. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016, 21(10):3203-3212.
15. Gomes CO, Golin MO. Tratamento fisioterapêutico na paralisia cerebral tetraparesia espástica, segundo conceito Bobath. *Rev Neurocienc.* 2013;21(2):278-85.
16. Vasconcelos RLM, Moura TL, Campos TF, Lindquist ARR, Guerra RO. Avaliação do desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral de acordo com níveis de comprometimento motor. *Rev Bras Fisioter.* 2009;13(5):390-7
17. Franco CB, Pires LC, Pontes LS, Sousa EJ. Avaliação da amplitude articular do tornozelo em crianças com paralisia cerebral após a aplicação de toxina botulínica seguida de fisioterapia. *Rev Para Med.* 2006;20(3):43-9.
18. Navarro FM, Machado BBX, Néri AD, Ornelas E, Mazetto. A importância da hidrocinesioterapia na paralisia cerebral: relato de caso. *Rev Neurocienc* 2009;17(4):371-5
19. Peres LW, Ruedell AM, Diamante C. Influência do conceito neuroevolu-tivo bobath no tônus e força muscular e atividades funcionais estáticas e di-nâmicas em pacientes diparéticos espásticos após paralisia cerebral. *Saúde* 2009;35(1):28-33.
20. Gomes CO, Golin MO. Tratamento fisioterapêutico na paralisia cerebral tetraparesia espástica, segundo o Conceito Bobath. *Rev Neurocienc* 2013;21(2):278-285
21. Oliveira LS , Golin MO. Técnica para redução do tônus e alongamento muscular passivo: efeitos na amplitude de movimento de crianças com paralisia cerebral espástica. *ABCS Health Sci.* 2017; 42(1):27-33.
22. BRASILEIRO I. C.; MOREIRA, T. M. M. Prevalência de alterações corpóreas em crianças com paralisia cerebral. *Acta Fisiatr.* 2008; 15 (1): 37-41.

23. Martinello M, Levone BR, Piucco E, Ries LGK. Desenvolvimento do controle cervical em criança com encefalopatia crônica não-progressiva da infância. HU Revista, Juiz de Fora. 2010; 36(3): 209-2014.
24. Bigongiari A. Ajustes posturais em crianças portadoras de paralisia cerebral (Dissertação). São Paulo: Universidade São Judas Tadeu, 2006, 72p
25. Brianeze ACGM, Cunha AB, Peviani SM, Miranda VCR , Tognetti VBL, Rocha NACF6 , Tudella E. Efeito de um programa de fisioterapia funcional em crianças com paralisia cerebral associado a orientações aos cuidadores: estudo preliminar. Fisioterapia e Pesquisa, São Paulo, 2009, 16(1): 40-5.
26. Huseyinsinoglu BE, Ozdincler AR, Krespi Y. Bobath Concept versus constraint-induced movement therapy to improve arm functional recovery in stroke patients: a randomized controlled trial. Clin Rehabil. 2012;26(8):705-15

ANEXO

ANEXO I



NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

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

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, 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 Ensaio Clínico. 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 Ensaio Clínico validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE (por exemplo, www.clinicaltrials.gov, www.ISRCTN.org, www.umin.ac.jp/ctr/index.htm e www.trialregister.nl). No Brasil o registro poderá ser feito na página www.ensaioclinico.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/, 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). 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.