

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

LAURA CRISTINA DE SOUZA MEIRA

**INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DE PACIENTES COM SÍNDROME DE
GUILLAIN- BARRÉ INTERNADOS PARA REABILITAÇÃO**

GOIÂNIA

2022

LAURA CRISTINA DE SOUZA MEIRA

**INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DE PACIENTES COM SÍNDROME DE
GUILLAIN- BARRÉ INTERNADOS PARA REABILITAÇÃO**

Artigo elaborado para fins de avaliação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II, do curso de Fisioterapia, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Orientadora: Prof.^a Dra. Cejane Oliveira Martins Prudente.

GOIÂNIA

2022

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo a minha família, amigos e especialmente ao meu filho que foi o maior motivo para levantar e persistir todos os dias de minha jornada acadêmica.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela minha vida e de todos ao meu redor, por ter me dado forças para passar pela graduação com excelência e com saúde mesmo frente a uma pandemia e por ter proporcionado todas as oportunidades que me foram apresentadas até o momento.

A minha família, minha mãe Cristina Maciel de Souza Ferreira que é e sempre será minha inspiração como acadêmica e profissional de saúde, meu pai Helder Meira Ferreira que me deu todas as possibilidades para fazer a graduação, meu irmão pela parceria a todo o momento. A minha segunda família, meu namorado Victor Patrick Wakugawa de Oliveira e minha sogra e sogro Vanessa Wakugawa e Fabio bem como meu cunhado Vinicius Wakugawa pelo constante apoio e carinho.

Aos meus amigos Barbara Chiodini, Gustavo Silva e Matheus Ribeiro pelo aprendizado mútuo, pelos momentos de alegria e parceria; ao Chico (xerox) pelo carinho e paciência.

Aos meus professores que fizeram parte dessa trajetória, que foram fundamentais para a construção da profissional que estou me tornando. E especialmente a minha orientadora Dr^a Cejane Oliveira Martins Prudente que desde o segundo período me acompanha, foram muitas orientações, risos, conselhos, sempre buscando a excelência. Sou grata pela atenção, carinho, incentivo e por sempre acreditar em mim.

Por fim, agradeço a todos que passaram pela minha vida durante esse percurso.

SUMÁRIO

| | | |
|---|---|----|
| 1 | RESUMO | 7 |
| 2 | INTRODUÇÃO | 8 |
| 3 | OBJETIVO | 9 |
| 4 | MÉTODOS | 9 |
| 5 | RESULTADOS | 10 |
| 6 | DISCUSSÃO | 15 |
| 7 | CONCLUSÃO | 18 |
| | REFERÊNCIAS | 19 |
| | ANEXO | 21 |
| | ANEXO A- MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL | 21 |
| | ANEXO B- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUC GOIÁS | 22 |
| | ANEXO C- APROVAÇÃO DO CENTRO DE EXCELÊNCIA EM ENSINO, PESQUISA E PROJETOS “LEIDE DAS NEVES FERREIRA” | 26 |
| | ANEXO D- NORMAS DA REVISTA (ACTA FISIÁTRICA) | |
| | APÊNDICE | 33 |
| | APÊNDICE A- AVALIAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO - SGB | 37 |

**INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DE PACIENTES COM SÍNDROME DE
GUILLAIN- BARRÉ INTERNADOS PARA REABILITAÇÃO**

**FUNCTIONAL INDEPENDENCE OF PATIENTS WITH GUILLAIN-BARRÉ
SYNDROME HOSPITALIZED FOR REHABILITATION**

**Laura Cristina de Souza Meira¹, Maria Eduarda Santos Magalhães², Francine Aguilera
Rodrigues da Silva^{1,3}, Cejane Oliveira Martins Prudente^{1,2}**

¹ Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), Goiânia (GO), Brasil.

² Universidade Estadual de Goiás (UEG), Goiânia (GO), Brasil.

³ Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER), Goiânia (GO), Brasil.

Correspondência

Laura Cristina de Souza Meira

E-mail: lauracristinameira@gmail.com

RESUMO

Objetivo: analisar a evolução da independência funcional de pacientes com Síndrome de Guillain-Barré (SGB) internados para reabilitação. **Métodos:** estudo retrospectivo e longitudinal. Foram analisados prontuários de pacientes com diagnóstico de SGB internados para reabilitação, de janeiro de 2015 a março de 2020, que possuíam a Medida de Independência Funcional (MIF) na admissão e alta hospitalar devidamente preenchida, sem distinção de idade. A comparação da MIF antes e depois da internação para reabilitação foi feita por meio do teste *t de Student e McNemar*. **Resultados:** a amostra foi composta por 26 pacientes, com média de idade de $41,96 \pm 19,67$ anos. Os participantes tinham em média $66,07 \pm 69,56$ dias entre os primeiros sintomas e a admissão para internação para reabilitação. O tempo médio de internação foi de $38,96 \pm 28,36$ dias. Houve diferença significativa entre as médias das pontuações, na admissão e alta, nos domínios motor (37,58-59,62; $p < 0,001$) e cognitivo (23,19- 33,35; $p < 0,001$) e escore total da MIF (60,77- 92,96; $p < 0,001$). Observou-se também aumento do número de pacientes com independência completa após internação para reabilitação (2- 15; $p < 0,001$). **Conclusão:** pacientes com SGB internados para reabilitação apresentam melhora da independência funcional. É importante acesso a esta modalidade terapêutica multiprofissional aos pacientes com SGB na fase subaguda.

Palavras-chave: Síndrome de Guillain- Barré, Unidades de internação, Reabilitação

ABSTRACT

Objective: to analyze the evolution of the functional independence of patients with Guillain-Barré Syndrome (GBS) hospitalized for rehabilitation. **Methods:** retrospective and longitudinal study. Medical records of patients with diagnosis of GBS hospitalized for rehabilitation were analyzed, from January 2015 to March 2020, who had the Functional Independence Measure (FIM) at admission and hospital discharge duly filled, regardless of age. The comparison of FIM before and after hospitalization for rehabilitation was performed using Student's t-test and McNemar's test. **Results:** the sample consisted of 26 patients, with a mean age of 41.96 ± 19.67 years. Participants had a mean of 66.07 ± 69.56 days between the first symptoms and hospital admission for rehabilitation. The mean length of stay was 38.96 ± 28.36 days. There was a significant difference between the mean scores, at admission and discharge, in the motor domain (37.58-59.62; $p < 0.001$) and cognitive domain (23.19-33.35; $p < 0.001$) and total FIM score (60.77-92.96; $p < 0.001$). There was also an increase in the number of patients with complete independence after hospitalization for rehabilitation (2-15; $p < 0.001$). **Conclusion:** patients with GBS hospitalized for rehabilitation show improved functional independence. Access to this multiprofessional therapeutic modality is important for patients with GBS in the subacute phase.

Keywords: Guillain-Barré Syndrome, Inpatient Care Units, Rehabilitation

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Guillain-Barré (SGB) é uma neuropatia aguda grave¹, caracterizada por fraqueza muscular nos membros, avançando durante quatro semanas até atingir seu ápice². Trata-se da causa mais comum de paralisia flácida aguda³, cuja incidência no mundo é de 0,81 a 1,89 casos/ 100.000 pessoas ao ano⁴. No Brasil, segundo uma pesquisa realizada no Distrito Federal, a frequência anual foi de 14,28 casos/ano e incidência de 0,54 casos/100.000 habitantes dos anos de 2013 a 2019, além da predominância em pacientes do sexo masculino⁵.

Há quatro subtipos de neuropatias periféricas agudas⁶: a forma clássica, polirradiculoneuropatia desmielinizante inflamatória aguda (AIDP) e outras variantes, neuropatia motora axonal aguda (AMAN), neuropatia sensorial axonal aguda (ASAN) e neuropatia motora-sensorial axonal aguda (AMSAN)⁷. Dentre os fatores predisponentes, destacam-se as afecções respiratórias e gastrointestinais^{5,7,8}. Entretanto, observa-se importante participação das arboviroses como dengue, zika e chikungunya⁵.

Além de fraqueza muscular, outras características clínicas podem ser observadas, tais como hiporreflexia, arreflexia, alteração da marcha⁹, alterações sensoriais e autonômicas, insuficiência respiratória, dor e comprometimento dos nervos cranianos⁸. Os aspectos clínicos também podem se apresentar de maneira ascendente e descendente, sendo a maioria ascendente⁹.

Dentre os tratamentos da síndrome, observa-se o uso da Imunoglobulina intravenosa e plasmaférese¹⁰. A abordagem multiprofissional tem mostrado respostas favoráveis em pacientes com esta síndrome. A reabilitação ambulatorial de alta intensidade em pacientes na fase crônica traz melhores resultados funcionais que a de baixa intensidade¹¹.

Na internação para reabilitação a terapia é intensiva e aborda além do gerenciamento sintomático da doença, as limitações nas atividades e as restrições nas participações. O tratamento inclui abordagens relevantes de acordo com as necessidades do paciente e o consenso da equipe¹¹.

A internação para a reabilitação tem demonstrado melhorias na independência funcional de pacientes com SGB, entretanto, foram encontrados poucos artigos relacionados ao tema¹²⁻¹⁶. Dentre eles, apenas um foi realizado no Brasil¹⁵. Sendo assim, se faz necessário novos estudos a respeito da evolução da independência funcional desses pacientes durante a internação para reabilitação, visando direcionar o processo de reabilitação, otimizando os ganhos funcionais.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi analisar a evolução da independência funcional de pacientes com Síndrome de Guillain-Barré internados para reabilitação.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo e longitudinal, cuja amostra foi composta por pacientes com SGB que foram internados em um centro estadual de reabilitação e readaptação em Goiânia-Goiás. Esta instituição é reconhecida pelo Ministério da Saúde como Centro Especializado em Reabilitação (CER) IV por atuar na reabilitação das deficiências físicas, auditivas, visuais e intelectuais.

A hospitalização na instituição abrange todos os procedimentos e atendimentos para obter ou complementar diagnóstico e as abordagens terapêuticas necessárias no âmbito hospitalar. Os pacientes são hospitalizados para reabilitação intensiva, principalmente em quadros subagudo ou crônico. Os atendimentos são realizados por uma equipe multiprofissional, que englobam médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos e nutricionistas. Durante a semana os atendimentos são realizados diariamente nos períodos matutino e vespertino e aos finais de semana ocorrem no período matutino no sábado e orientações aos domingos.

Foram incluídos prontuários de pacientes com diagnóstico clínico de SGB, internados para reabilitação no período de janeiro de 2015 a março de 2020, que tinham a Medida de Independência Funcional (MIF) devidamente preenchida na admissão e alta da internação hospitalar, sem distinção de faixa etária; e excluídos os prontuários dos pacientes com outras patologias neurológicas e doença incapacitante prévia; além de prontuários incompletos.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás) parecer nº 5.338.769 e pelo Centro de Excelência em Ensino, Pesquisa e Projetos “Leide das Neves Ferreira” parecer nº 5.403.519. Foi autorizada pelos Comitês de Ética a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por terem sido utilizados dados secundários dos pacientes (prontuários) e por eles já terem recebido alta da internação, dificultando a aplicação do TCLE.

Os instrumentos utilizados foram uma ficha de perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com a SGB e a MIF. A ficha de perfil sociodemográfico e clínico foi criada pelas pesquisadoras.

A MIF é um instrumento¹⁷ que avalia o nível de dependência por meio de seis dimensões (autocuidado, transferências, locomoção, controle esfíncteriano, cognição social e comunicação)¹⁸, dois domínios (motor e cognitivo)¹⁷, que englobam 18 categorias. A análise da dimensão é realizada a partir da pontuação de suas referentes categorias; quanto menor a pontuação, maior é a dependência. Cada categoria é pontuada de um a sete, correspondendo a dependência total e independência completa, podendo o escore total variar de 18 (mínimo) a 126 (máximo) pontos. Caracteriza-se o nível de dependência do paciente a partir dos subescores, sendo a pontuação 18 dependência completa; 19 a 60 dependência modificada (assistência de até 50% das tarefas); 61 a 103 dependência modificada (assistência de até 25% das tarefas); e 104 a 126 independência completa¹⁸.

A relação de todos os pacientes internados para reabilitação no período pré-selecionado foi fornecida pela instituição e os prontuários disponibilizados de forma eletrônica foram selecionados segundo os critérios de inclusão e exclusão. Foi realizado o preenchimento da ficha de perfil sociodemográfico e clínico e transferidos os valores da MIF para o respectivo instrumento.

Os dados foram analisados com o auxílio do *Statistical Package for Social Science*, versão 26,0. A caracterização do perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes foi realizada por meio de frequência absoluta, relativa, média e desvio padrão. A normalidade dos dados foi verificada por meio do teste de Shapiro-Wilk. A comparação da MIF antes e depois da internação para reabilitação foi feita por meio do teste *t* de *Student e McNemar*. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Foi fornecida pela instituição uma lista com 2285 pacientes internados de janeiro de 2015 a março de 2020. Destes, 54 foram pré-selecionados por apresentarem diagnóstico clínico de SGB. Seguindo os critérios de exclusão, 28 prontuários foram excluídos (22 por não possuírem a MIF de admissão e/ou alta preenchida e seis por apresentarem outras patologias associadas, como Polineuropatia periférica distal de origem alcoólica e Lúpus Eritematoso Sistêmico). Assim, a amostra final foi composta por 26 pacientes. Destaca-se que todos os prontuários analisados de pacientes internados em 2015 não tinham a MIF preenchida; sendo assim, a análise baseia-se nos dados obtidos dos prontuários de 2016 a março de 2020.

A média de idade foi de $41,96 \pm 19,67$ anos, com mínima de 6 e máxima de 85 anos. Como demonstrado na tabela 1, a maioria dos pacientes era do sexo masculino (61,5%), tinha companheiro (53,8%), residia em Goiânia ou Região metropolitana (57,7%), tinha ensino fundamental ou médio (57,7%) e possuía renda mensal de até 4,5 salários mínimos (61,5%).

Tabela 1. Descrição do perfil sociodemográfico dos pacientes com SGB

| | n | % |
|---|----------|----------|
| Sexo | | |
| Feminino | 10 | 38,5 |
| Masculino | 16 | 61,5 |
| Estado Civil | | |
| Com companheiro | 14 | 53,8 |
| Sem companheiro | 12 | 46,2 |
| Residência | | |
| Goiânia-Goiás/RM | 15 | 57,7 |
| Interior de Goiás | 7 | 26,9 |
| Outros | 4 | 15,4 |
| Escolaridade | | |
| Ensino Fundamental | 8 | 30,8 |
| Ensino médio | 7 | 26,9 |
| Ensino superior | 8 | 30,8 |
| Não informado | 3 | 11,5 |
| Renda mensal familiar/salário mínimo | | |
| 1 a 2 | 9 | 34,6 |
| 2.5 a 4.5 | 7 | 26,9 |
| ≥ 5 | 6 | 23,1 |
| Não informado | 4 | 15,4 |

Frequência absoluta (n); frequência relativa (%); Região Metropolitana (RM)

Os participantes tinham em média $66,07 \pm 69,56$ dias entre os primeiros sintomas e a admissão para internação para reabilitação. O tempo médio de internação foi de $38,96 \pm 28,36$ dias. A tabela 2 descreve o perfil clínico dos pacientes com SGB, sendo que a maior parte tinha o subtipo AMAN (42,3%), marcha dependente (84,6%), evolução clínica dos sintomas ascendente (46,2%) e tratamento médico apenas com Imunoglobulina intravenosa (76,9%). A maioria dos pacientes teve algum evento antecedente aos sintomas da SGB (73,1%), principalmente infecções gastrointestinais. Houve alta prevalência de fraqueza muscular em membros inferiores (96,2%) e membros superiores (92,3%) durante a internação para reabilitação.

Tabela 2. Descrição do perfil clínico dos pacientes com SGB

| | N | % |
|---|----------|----------|
| Subtipo da síndrome | | |
| AIDP | 2 | 7,7 |
| AMAN | 11 | 42,3 |
| AMSAN | 7 | 26,9 |
| Não informado | 6 | 23,1 |
| Marcha | | |
| Dependente | 22 | 84,6 |
| Independente | 4 | 15,4 |
| Evolução clínica | | |
| Ascendente | 12 | 46,2 |
| Descendente | 8 | 30,8 |
| Não informado | 6 | 23,1 |
| Tratamento Médico | | |
| Imunoglobulina intravenosa | 20 | 76,9 |
| Imunoglobulina intravenosa e plasmaférese | 3 | 11,5 |
| Não informado | 3 | 11,5 |
| Tempo de evolução da doença (dias) | | |
| ≤ 30 | 12 | 46,2 |
| > 30 | 14 | 53,8 |
| Tempo de internação (dias) | | |
| ≤ 30 | 12 | 46,2 |
| > 30 | 14 | 53,8 |
| <i>Prevalências</i> | | |
| Eventos antecedentes aos sintomas da SGB | 19 | 73,1 |
| Fraqueza muscular MMSS | 24 | 92,3 |
| Fraqueza muscular MMII | 25 | 96,2 |
| Fraqueza muscular facial | 3 | 11,5 |
| Alterações de reflexo | 13 | 50,0 |
| Alterações de sensibilidade | 11 | 42,3 |
| Disartria | 7 | 26,9 |
| Disfagia | 9 | 34,6 |
| Alterações autonômicas | 7 | 26,9 |
| Distúrbio respiratório | 4 | 15,4 |
| Dor | 11 | 42,3 |

Frequência absoluta (n); frequência relativa (%); Polirradiculoneuropatia desmielinizante inflamatória aguda (AIDP); Neuropatia motora axonal aguda (AMAN); Neuropatia motora-sensorial axonal aguda (AMSAN); Síndrome de Guillain-Barré (SGB); Membros superiores (MMSS); Membros inferiores (MMII)

A tabela 3 compara a pontuação média nos domínios motor e cognitivo, escore total e classificação da MIF entre a admissão e alta. Observa-se diferença significativa dos dois domínios e escore total; além de diminuição do número de pacientes com dependência modificada e aumento dos com independência completa.

Tabela 3. Comparação da pontuação média dos domínios motor e cognitivo, escore total e classificação da MIF entre a admissão e alta

| | Internação | | <i>t</i> | <i>p</i> |
|--------------------------|-------------------|---------------|----------|----------|
| | Antes | Depois | | |
| <i>Média DP</i> | | | | |
| Motor | 37,58 ± 22,50 | 59,62 ± 27,18 | 5,86 | <0,001* |
| Cognitivo | 23,19 ± 4,67 | 33,35 ± 1,87 | 11,65 | <0,001* |
| MIF total | 60,77 ± 25,26 | 92,96 ± 28,25 | 24,10 | <0,001* |
| <i>n (%)</i> | | | | |
| Classificação MIF | | | | |
| Dependência modificada | 24 (92,3) | 11 (42,3) | 14,73 | <0,001** |
| Independência completa | 2 (7,7) | 15 (57,7) | | |

*Teste *t* pareado; **McNemar; frequência absoluta (n); frequência relativa (%); desvio padrão (DP); Medida de Independência Funcional (MIF)

A tabela 4 compara a pontuação média dos domínios motor e cognitivo e escore total da MIF entre a admissão e alta, segundo o sexo, tempo de evolução da doença, tempo de internação e evolução clínica. Houve diferença significativa em todas as variáveis analisadas.

Tabela 4. Comparação da MIF de admissão e alta de acordo com o sexo, tempo de evolução da doença, tempo de internação e evolução clínica

| | Motor | | <i>t</i> | <i>p</i> | Cognitivo | | <i>t</i> | <i>p</i> | MIF total | | <i>t</i> | <i>p</i> |
|---|---------------|---------------|-------------|-------------|------------------|--------------|--------------|-----------------|------------------|----------------|-------------|-----------------|
| | Antes | Depois | | | Antes | Depois | | | Antes | Depois | | |
| Sexo | | | | | | | | | | | | |
| Feminino | 29,90 ± 19,73 | 54,30 ± 27,54 | 3,83 | 0,02 | 21,00 ± 6,38 | 32,50 ± 2,27 | 7,06 | <0,01 | 50,90 ± 24,08 | 86,80 ± 29,59 | 5,41 | <0,01 |
| Masculino | 42,38 ± 23,38 | 62,94 ± 27,31 | 4,32 | 0,01 | 24,56 ± 2,61 | 33,88 ± 1,41 | 16,61 | <0,01 | 66,94 ± 24,69 | 96,81 ± 27,64 | 5,50 | <0,01 |
| Tempo de evolução da doença (dias) | | | | | | | | | | | | |
| ≤ 30 | 35,00 ± 23,13 | 56,75 ± 29,12 | 4,90 | 0,01 | 21,92 ± 6,36 | 33,08 ± 2,35 | 8,61 | <0,01 | 56,92 ± 27,16 | 89,83 ± 30,41 | 5,31 | <0,01 |
| > 30 | 39,79 ± 22,58 | 62,07 ± 26,26 | 3,60 | 0,03 | 24,29 ± 2,23 | 33,57 ± 1,40 | 8,61 | <0,01 | 64,07 ± 24,02 | 95,64 ± 27,12 | 5,31 | <0,01 |
| Tempo de Internação (dias) | | | | | | | | | | | | |
| ≤ 30 | 51,92 ± 22,52 | 74,75 ± 19,31 | 4,25 | 0,01 | 25,08 ± 1,68 | 34,25 ± 1,29 | 21,06 | <0,01 | 77,00 ± 23,63 | 109,00 ± 20,31 | 6,08 | <0,01 |
| > 30 | 25,29 ± 13,86 | 46,64 ± 26,70 | 4,45 | 0,01 | 21,57 ± 5,79 | 32,57 ± 1,99 | 10,01 | <0,01 | 46,86 ± 17,40 | 79,21 ± 27,29 | 6,35 | <0,01 |
| Evolução clínica | | | | | | | | | | | | |
| Ascendente | 34,92 ± 18,72 | 54,58 ± 29,66 | 3,57 | 0,01 | 23,75 ± 4,18 | 33,25 ± 2,22 | 14,71 | <0,01 | 58,67 ± 20,91 | 87,83 ± 31,09 | 5,30 | <0,01 |
| Descendente | 41,13 ± 27,46 | 59,00 ± 27,76 | 2,78 | 0,04 | 21,50 ± 6,57 | 32,88 ± 1,64 | 5,28 | 0,01 | 62,63 ± 32,39 | 91,88 ± 28,22 | 3,85 | 0,02 |

p, Teste *t* pareado (média ± desvio padrão)

DISCUSSÃO

Os pacientes com SGB internados para reabilitação tiveram melhora significativa da independência funcional. Houve diferença na média do escore total no valor de 32,19 (admissão 60,77; alta 92,96), no domínio motor de 22,04 (admissão 37,58; alta 59,62) e no domínio cognitivo de 10,16 (admissão 23,19; alta 33,35). Além disso, notou-se diminuição do número de pacientes com dependência modificada e aumento dos com independência completa.

Pesquisa realizada com 30 pacientes com SGB também demonstrou mudança significativa na pontuação da MIF entre a admissão e alta na internação para reabilitação, com diferença na média do escore total de 44,5 (admissão 73,5; alta 118)¹⁴, resultado superior ao encontrado na presente pesquisa. Outro estudo realizado com 118 pacientes com a síndrome apresentou resultado aproximado quanto à diferença média do escore total da MIF, que foi de 31,6 (admissão 75,6; alta 107,2); entretanto os achados no domínio motor foram superiores, com diferença média de 30,2 (admissão 42,9; alta 73,1) e inferiores em relação ao domínio cognitivo, com diferença média de 1,2 (admissão 32,9; alta 34,1)¹³. Destaca-se que os pacientes foram admitidos com maior pontuação no domínio cognitivo. Vale ressaltar que o tempo médio de internação (86 e 79,8 dias) dos respectivos estudos foi superior ao presente (38,9 dias); além dos participantes terem sido admitidos com maior independência.

Foi encontrado na literatura outro estudo com pacientes com SGB e outras patologias internados para reabilitação, porém subdividiram a MIF em três domínios (autocuidado, motor e cognitivo). Observou-se grande mudança no escore total, com diferença média de 33,5 (admissão 60; alta 93,5)¹⁶, resultado próximo ao deste estudo. Em contrapartida, outra pesquisa realizada com oito pacientes com SGB demonstraram resultados inferiores aos demais estudos, com diferença média de 0,9 (admissão 32,5; alta 33,4) no domínio motor e 4,7 (admissão 28,1; alta 32,8) no cognitivo. Acredita-se que essa diferença tenha ocorrido pelo fato dos pacientes terem sido admitidos tardiamente, superior a um ano¹⁵. Já no presente estudo o tempo entre o início dos sintomas e a admissão foi de $66,07 \pm 69,56$ dias.

A internação para reabilitação tem demonstrado bons resultados para pacientes com SGB, tanto em fase aguda e subaguda, quanto em fase crônica. O melhor período para recuperação da doença ocorre no primeiro ano após o acometimento, depois o processo de recuperação se letifica. Entretanto, podem ocorrer mudanças mesmo que sutis, promovendo melhora na qualidade de vida desses pacientes¹⁴.

Outra pesquisa também demonstrou melhora significativa no nível de independência funcional de pacientes com SGB entre admissão e alta, além de boa recuperação a longo prazo, entretanto, utilizaram outros instrumentos de avaliação; dentre eles: Índice de Barthel Modificado (admissão 6,03; alta 12,22; um ano após 17,25), Escala Modificada de Rankin (admissão 3,91; alta 2,94; um ano após 1,85) e *Hughes Disability Scale* (admissão 3,71; alta 2,37; um ano após 1,65)¹².

O ambiente para regeneração de lesões do Sistema Nervoso Periférico (SNP) é mais propício em relação ao Sistema Nervoso Central (SNC), devido a influência de moléculas extracelulares e a intrínseca capacidade de crescimento neuronal¹⁹. Após a lesão, os axônios danificados geram um sinal de alerta que é detectada pelas células de Schwann e as quais respondem, passando por uma dinâmica reprogramação e assumindo uma diferenciação alternativa adequada a fim de atender as necessidades específicas decorrentes da lesão²⁰.

Chama a atenção a importante melhora observada no domínio cognitivo após o período de internação. Evolução neste domínio também foi referida em outros estudos^{13,15,16}. Os pesquisadores acreditam que embora esta síndrome seja uma polirradiculoneuropatia, não apresentando comprometimento no córtex cerebral, os pacientes têm alterações cognitivas, principalmente em relação à interação social. A evolução neste domínio provavelmente se dá pelo fato da melhora na mobilidade e autocuidado facilitarem a interação com a equipe¹⁶.

Mesmo diante a significativa melhora funcional observada, é importante destacar a grande quantidade de pacientes que permaneceram classificados com dependência modificada segundo a MIF (42,3%). Um estudo com pacientes com a síndrome internados para reabilitação hospitalar após um ano de acompanhamento, demonstrou que apesar dos pacientes apresentarem boa recuperação da funcionalidade, grande quantidade continuou com déficits motores e sensoriais, com necessidade de medidas de reabilitação em longo prazo para recuperação e independência funcional, visando não apenas os déficits funcionais e aspecto motor, mas também a dor que pode interferir em suas atividades. Uma boa intervenção pode ajudar o paciente no retorno às suas atividades, como por exemplo, o trabalho¹².

A evolução da independência funcional ocorreu independentemente do sexo, tempo de evolução da doença, tempo de internação e evolução clínica. Foi encontrado apenas um estudo que relacionou a evolução da MIF segundo algumas variáveis clínicas, mas a amostra era composta não só por pacientes com SGB, mas Esclerose Múltipla, Parkinson e Acidente Vascular Cerebral. Foi observado relação negativa entre presença de mais comorbidades e idade avançada com a MIF; maior funcionalidade na admissão com a MIF; além de menor

porcentagem de melhora nos domínios cognitivo e autocuidado e maior no domínio mobilidade no sexo masculino¹⁶.

Este estudo teve como limitação o pequeno número amostral, devido a grande quantidade de prontuários sem o preenchimento adequado da MIF.

CONCLUSÃO

Pacientes com SGB internados para reabilitação apresentaram melhora da independência funcional nos aspectos motor e cognitivo, independentemente do sexo, tempo de evolução da doença, tempo de internação e evolução clínica (ascendente ou descendente). Houve diminuição do número de pacientes com dependência modificada e aumento dos com independência completa.

É importante salientar os benefícios dessa intervenção intensiva em pacientes em fase aguda e subaguda, levando em consideração o período de melhor processo de restauração da lesão. Os achados deste estudo deixam claro a necessidade de garantir acesso à internação para reabilitação a esta população, centrada nas necessidades de cada indivíduo, visando maior independência funcional em um curto período. Tendo em vista a escassa quantidade de artigos relacionados ao tema, ressalta-se a necessidade de novos estudos, principalmente longitudinais prospectivos, que investiguem os aspectos clínicos associados a evolução funcional, direcionando assim a tomada de decisão da equipe multiprofissional.

REFERÊNCIAS

1. Willison HJ, Jacobs BC, van Doorn PA. Guillain-Barré syndrome. *Lancet*. 2016 Aug 13; 388(10045):717-27. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00339-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00339-1).
2. Hughes RAC, Rees JH. Clinical and Epidemiologic Features of Guillain-Barré Syndrome. *J Infect Dis*. 1997;176(Suppl 2):S92–8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1086/513793>.
3. Shahrizaila N, Lehmann HC, Kuwabara S. Guillain-Barré syndrome. *Lancet* 2021; 397: 1214–28. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00517-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00517-1).
4. Sejvar JJ, Baughman AL, Wise M, Morgan OW. Population incidence of Guillain-Barré syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Neuroepidemiology*. 2011;36(2):123-33. DOI: <http://dx.doi.org/10.1159/000324710>.
5. Oliveira DRCAB , Fernandez RNM, Grippe TC, Baião FS , Duarte RL, Fernandez DJ. Epidemiological and clinical aspects of Guillain-Barré syndrome and its variants. *Arq Neuropsiquiatr* 2021;79(6):497-503. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0004-282X-ANP-2020-0314>.
6. Hughes RA, Cornblath DR. Guillain-Barré syndrome. *Lancet*. 2005 Nov 5; 366(9497):1653-66. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67665-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67665-9).
7. Aragonès JM, Altimiras J, Alonso F, Celedón G, Alfonso S, Roura P, Moreira A. Incidence and clinical characteristics of Guillain-Barré syndrome in Osona (Barcelona, Spain), 2003-2016. *Neurologia (Engl Ed)*. 2021 Sep;36(7):525-530. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrleng.2018.03.020>.
8. Dourado ME, Félix RH, da Silva WK, Queiroz JW, Jeronimo SM. Clinical characteristics of Guillain-Barré syndrome in a tropical country: a Brazilian experience. *Acta Neurol Scand*. 2012 Jan;125(1):47-53. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0404.2011.01503.x>.
9. Burga- Bravo AF, Madalengoitia-Rangel SM. Características clínica y epidemiológicas de pacientes con diagnóstico síndrome de Guillain-Barré atendidos en el servicio de medicina física y rehabilitación, 2019. *Rev. Cuerpo Med. HNAAA [Internet]*. 2020 Ene [citado 2022 Nov 21] ; 13(1): 32-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2020.131.619>
10. Bondi M, Engel-Haber E, Wolff J, Grosman-Rimon L, Bloch A, Zeilig G. Functional outcomes following inpatient rehabilitation of Guillain-Barré syndrome patients: Intravenous immunoglobulins versus plasma exchange. *NeuroRehabilitation*. 2021;48(4):543-551. DOI: <http://dx.doi.org/10.3233/NRE-201640>.
11. Khan F, Pallant JF, Amatya B, Ng L, Gorelik A, Brand C. Outcomes of high- and low-intensity rehabilitation programme for persons in chronic phase after Guillain-Barré syndrome: a randomized controlled trial. *J Rehabil Med*. 2011 Jun;43(7):638-46. DOI: <http://dx.doi.org/10.2340/16501977-0826>.
12. Gupta A, Taly AB, Srivastava A, Murali T. Guillain-Barre Syndrome – rehabilitation outcome, residual deficits and requirement of lower limb orthosis for locomotion at 1 year

follow-up. *Disabil Rehabil.* 2010;32(23):1897-902. DOI:
<http://dx.doi.org/10.3109/09638281003734474>.

13. Alexandrescu R, Siegert RJ, Turner-Stokes L. Functional outcomes and efficiency of rehabilitation in a national cohort of patients with Guillain-Barré syndrome and other inflammatory polyneuropathies. *PLoS One.* 2014 Nov 17;9(11):e110532. DOI:
<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0110532>.

14. Anwar F, Adajay KA, Al-Khayer A. Long-term outcome in patients with Guillain-Barré Syndrome following inpatient rehabilitation. *Int J Ther Rehabil Res.* 2015;4(4):86-94. DOI:
<http://dx.doi.org/10.5455/ijtrr.00000072>.

15. Jorge LL, de Brito AM, Marchi FH, Hara AC, Battistella LR, Riberto M. New rehabilitation models for neurologic inpatients in Brazil. *Disabil Rehabil.* 2015;37(3):268-73. DOI: <http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2014.914585>.

16. Andrews AW, Middleton A. Improvement During Inpatient Rehabilitation Among Older Adults With Guillain-Barré Syndrome, Multiple Sclerosis, Parkinson Disease, and Stroke. *Am J Phys Med Rehabil.* 2018 Dec;97(12):879-884. DOI:
<http://dx.doi.org/10.1097/PHM.0000000000000991>.

17. Riberto M, Miyazaki MH, Jucá SSH, Sakamoto H, Pinto PPN, Battistella LR. Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiatr.* 2004;11(2):72-76. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0104-7795.20040003>.

18. Ricci NA, Kubota MT, Cordeiro RC. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. *Rev Saúde Publica.* 2005;39(4):655-62. DOI:
<https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000400021>

19. Huebner EA, Strittmatter SM. Axon regeneration in the peripheral and central nervous systems. *Results Probl Cell Differ.* 2009;48:339-51. DOI:
https://doi.org/10.1007/400_2009_19.

20. Nocera G, Jacob C. Mechanisms of Schwann cell plasticity involved in peripheral nerve repair after injury. *Cell Mol Life Sci.* 2020 Oct;77(20):3977-3989. DOI:
<https://doi.org/10.1007/s00018-020-03516-9>.

ANEXOS

ANEXO A- MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

| | | | |
|----------------------------|--|-----------------|---------------|
| 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 | |
| | Atividades | 1º Av. | 2º Av. |
| | Cuidados pessoais | Data | / / |
| 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 | | |
| | Controle Esfíncteriano | | |
| G. | Controle da urina (controle da Bexiga - frequência de incontinência) | | |
| H. | Controle das fezes | | |
| | Mobilidade | | |
| I. | Transferências: Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas | | |
| J. | Transferências: Vaso Sanitário | | |
| K. | Transferências: Banheira ou Chuveiros | | |
| | Locomoção | | |
| L. | Marcha/Cadeira de Rodas | M | M |
| | | CR | CR |
| M. | Escadas | | |
| | Comunicação | | |
| N. | Compreensão | A | A |
| | | VI | VI |
| O. | Expressão | VO | VO |
| | | NV | NV |
| | Conhecimento social | | |
| 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.

ANEXO B- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUC GOIÁS**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DE PACIENTES COM SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ INTERNADOS PARA REABILITAÇÃO

Pesquisador: Cejane Oliveira Martins Prudente

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57409322.9.0000.0037

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.338.769

Apresentação do Projeto:

A Síndrome de Guillain-Barré (GBS) é uma neuropatia aguda grave, caracterizada por fraqueza muscular nos membros, avançando durante quatro semanas até atingir seu ápice. Apresenta quatro subtipos de neuropatias periféricas agudas e possui como quadro clínico características como hiporreflexia, alteração da marcha, entre outras. Pacientes com esta síndrome têm demonstrado respostas favoráveis ao tratamento multidisciplinar. Por ser uma desordem pouco pesquisada, optou-se por esse tema na busca de um aprofundamento do conhecimento sobre a internação para reabilitação desses pacientes. O objetivo deste trabalho será analisar a evolução da independência funcional de pacientes com Síndrome de Guillain-Barré internados para reabilitação. Estudo quantitativo, retrospectivo e longitudinal. Serão incluídos prontuários de pacientes com diagnóstico clínico da Síndrome de Guillain-Barré, que foram internados para reabilitação no CRER entre janeiro de 2015 a março de 2020, que tenham a Medida de Independência Funcional (MIF) devidamente preenchida no primeiro e último dia de internação hospitalar, sem distinção de faixa etária. Os instrumentos utilizados serão uma Ficha de perfil sociodemográfico e clínico e a Escala MIF. Este estudo tem como perspectiva direcionar estratégias eficazes de tratamento no processo de reabilitação de pacientes com Síndrome de Guillain-Barré, bem como demonstrar fatores sociodemográficos e clínicos que podem estar relacionados ao processo de evolução do paciente, colaborando para uma análise mais crítica dos protocolos de atendimento já existentes.

Endereço: Avenida universitária, 1069, Área IV, Bloco D, Prédio da Reitoria, 1º andar, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e
Bairro: Setor Universitário **CEP:** 74.605-010
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 5.338.769

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a evolução da independência funcional de pacientes com Síndrome de Guillain-Barré internados para reabilitação.

Objetivos Secundários:

Descrever o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com Síndrome de Guillain-Barré internados para reabilitação no Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER); Comparar a independência funcional de pacientes com Síndrome de Guillain-Barré na admissão e na alta da internação para reabilitação; Relacionar aspectos sociodemográficos e clínicos com a evolução da independência funcional de pacientes com Síndrome de Guillain-Barré internados para reabilitação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

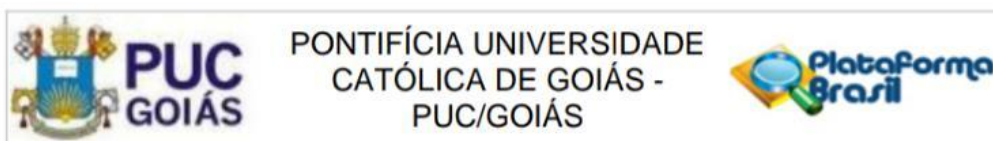
Riscos:

Os riscos para a pesquisa são pequenos tendo em vista que ocorrerá apenas a análise dos prontuários e não uma abordagem terapêutica. Os prováveis riscos são exposição de informações pessoais, podendo levar a constrangimento e problemas emocionais nos participantes e danos no sistema eletrônico da instituição. A privacidade e confidencialidade serão garantidas pelas pesquisadoras, não revelando a identidade dos integrantes. Sendo assim, para o preenchimento dos instrumentos da coleta de dados, os nomes serão codificados utilizando apenas as iniciais. Em relação aos possíveis danos ao sistema eletrônico, as pesquisadoras não irão consumir alimentos durante a coleta de dados e terão cuidado no manuseio dos computadores, sem utilização de HD externo ou pen drive.

Benefícios:

Dentre os benefícios, o presente estudo tem como perspectiva direcionar estratégias eficazes de tratamento no processo de reabilitação a pacientes com Síndrome de Guillain-Barré, bem como demonstrar fatores sociodemográficos que podem estar relacionados ao processo de evolução do paciente, colaborando para uma análise mais crítica dos protocolos de atendimento já existentes.

Endereço: Avenida universitária, 1069, Área IV, Bloco D, Prédio da Reitoria, 1º andar, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e
Bairro: Setor Universitário **CEP:** 74.605-010
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 5.338.769

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo quantitativo, retrospectivo e longitudinal.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estao presentes: projeto, Informacoes basicas do projeto, orçamento, cronograma folha de rosto assinada pela diretora da ECISS, 04 curriculos, solicitacao de dispensa de TCLE, termo de compromisso para utilização e manuseio de dados (TCUD), termo de compromisso ético dos pesquisadores, termo de compromisso de uso de dados e autorização para manuseio de dados/prontuários.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foi encontrado nenhum óbice ético no projeto, portanto considera-se APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

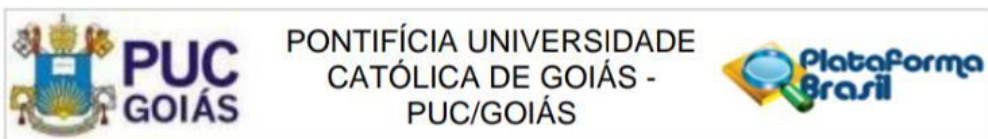
INFORMAÇÕES AO PESQUISADOR REFERENTE À APROVAÇÃO DO REFERIDO PROTOCOLO:

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 |
|----------------|---------|----------|-------|----------|
|----------------|---------|----------|-------|----------|

Endereço: Avenida universitária, 1069, Área IV, Bloco D, Prédio da Reitoria, 1º andar, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e
Bairro: Setor Universitário **CEP:** 74.605-010
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE GOIÁS -
PUC/GOIÁS

Continuação do Parecer: 5.338.769

| | | | | |
|--|---|------------------------|-------------------------------------|--------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1904134.pdf | 30/03/2022 18:24:27 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | projeto_guillain_barre.pdf | 30/03/2022 09:47:46 | Cejane Oliveira Martins Prudente | Aceito |
| Outros | lattes_mariaeduarda.pdf | 30/03/2022 09:47:19 | Cejane Oliveira Martins Prudente | Aceito |
| Outros | lattes_laura.pdf | 30/03/2022 09:46:48 | Cejane Oliveira Martins Prudente | Aceito |
| Outros | lattes_francine.pdf | 30/03/2022 09:46:30 | Cejane Oliveira Martins Prudente | Aceito |
| Outros | lattes_cejane.pdf | 30/03/2022 09:46:10 | Cejane Oliveira Martins Prudente | Aceito |
| Orçamento | orcamento.pdf | 30/03/2022 09:45:41 | Cejane Oliveira Martins Prudente | Aceito |
| Cronograma | cronograma.pdf | 30/03/2022 09:45:25 | Cejane Oliveira Martins Prudente | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | tcud.pdf | 30/03/2022 09:44:49 | Cejane Oliveira Martins Prudente | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | dispensa_tcle.pdf | 30/03/2022 09:44:34 | Cejane Oliveira Martins Prudente | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | compromisso_etico.pdf | 30/03/2022 09:44:20 | Cejane Oliveira Martins Prudente | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | documentos_crer.pdf | 30/03/2022 09:44:06 | Cejane Oliveira Martins Prudente | Aceito |
| Folha de Rosto | folha_de_rosto.pdf | 30/03/2022 09:43:47 | Cejane Oliveira Martins Prudente | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 07 de Abril de 2022

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

Endereço: Avenida universitária, 1069, Área IV, Bloco D, Prédio da Reitoria, 1º andar, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e
Bairro: Setor Universitário **CEP:** 74.605-010
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br

ANEXO C- APROVAÇÃO DO CENTRO DE EXCELÊNCIA EM ENSINO, PESQUISA E PROJETOS “LEIDE DAS NEVES FERREIRA”



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DE PACIENTES COM SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ INTERNADOS PARA REABILITAÇÃO

Pesquisador: Cejane Oliveira Martins Prudente

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57409322.9.3001.5082

Instituição Proponente: ASSOCIACAO GOIANA DE INTEGRALIZACAO E REABILITACAO - AGIR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.403.519

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1904134.pdf, gerado pela Plataforma Brasil em 30/03/2022).

RESUMO

A Síndrome de Guillain-Barré (GBS) é uma neuropatia aguda grave, caracterizada por fraqueza muscular nos membros, avançando durante quatro semanas até atingir seu ápice. Apresenta quatro subtipos de neuropatias periféricas agudas e possui como quadro clínico características como fraqueza muscular, hiporreflexia, alteração da marcha, entre outras. Dentre os fatores predisponentes destaca-se as afecções respiratórias e gastrointestinais (DOURADO et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2021; ARAGONÈS et al., 2021). Entretanto, observa-se importante participação das arboviroses como dengue, zika e chikungunya (OLIVEIRA et al., 2021). O tratamento multidisciplinar tem mostrado respostas favoráveis em pacientes com esta síndrome. Khan et al. (2011) avaliaram a eficácia de um tratamento multidisciplinar de reabilitação ambulatorial de alta e baixa intensidade e observaram melhora nos escores da escala MIF após reabilitação ambulatorial de alta intensidade em pacientes com GBS em fase crônica, comparada a reabilitação de baixa intensidade. Tendo em vista o atual cenário da pandemia de COVID- 19 e sua relação com esta

Endereço: Rua 26, n. 521, Sala 20

Bairro: Jardim Santo Antônio

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3201-3408

CEP: 74.853-070

E-mail: cep.cepp@gmail.com

Continuação do Parecer: 5.403.519

síndrome (CHAN etc. al., 2021) e por ser uma desordem pouco pesquisada, optou-se por esse tema na busca de um aprofundamento do conhecimento sobre a reabilitação desses pacientes e construção de uma visão mais crítica, baseada em evidências, que possa direcionar a prática clínica do fisioterapeuta.

PROBLEMA DE PESQUISA

> Qual a evolução da independência funcional de pacientes com Síndrome de Guillain-Barré internados para reabilitação?

> Quais aspectos sociodemográficos e clínicos influenciam a evolução da independência funcional desses pacientes?

HIPÓTESES

Acredita-se que pacientes com Síndrome de Guillain-Barré internados para a reabilitação terão evolução da independência funcional nos aspectos cuidados pessoais, mobilidade e locomoção. Além disso, características clínicas e sociodemográficas como idade (pacientes mais jovens), sexo (masculino), hospitalização precoce e forma desmielinizante da síndrome, influenciam na evolução da independência funcional.

DESENHO METODOLÓGICO

Estudo quantitativo, retrospectivo e longitudinal. A amostra será composta por pacientes com Síndrome de Guillain-Barré, que foram internados para reabilitação no Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER), que obedecerem aos critérios de inclusão e exclusão do estudo. Os instrumentos utilizados serão Ficha de perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com a Síndrome de Guillain-Barré e a Escala de Medida de Independência Funcional (MIF). A ficha de perfil sociodemográfico e clínico foi criada pelas pesquisadoras. O nível de dependência é analisado por meio de seis dimensões (autocuidado, transferências, locomoção, controle esfinteriano, cognição social e comunicação) (RICCI; KUBOTA; CORDEIRO, 2005), dois domínios (motor e cognitivo) (RIBERTO et al., 2004), que englobam 18 categorias. Cada categoria é pontuada de um a sete, correspondendo a dependência total e independência completa, podendo o escore total variar de 18 (mínimo) a 126 (máximo) pontos. A instituição irá fornecer a relação de todos os pacientes internados para reabilitação no CRER no período pré-selecionado. Os prontuários serão disponibilizados de forma eletrônica e selecionados segundo os critérios de

Endereço: Rua 26, n. 521, Sala 20

Bairro: Jardim Santo Antônio

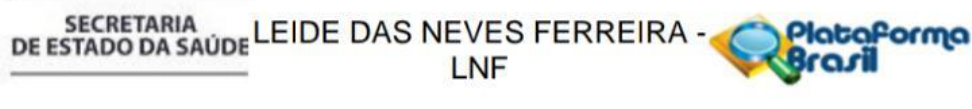
CEP: 74.853-070

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3201-3408

E-mail: cep.ceepp@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.403.519

inclusão e exclusão. Serão preenchidas as fichas de perfil sociodemográfico e clínico; e transferidos os valores da MIF para o respectivo instrumento, a partir dos dados do prontuário. Os dados coletados serão organizados em uma planilha eletrônica do Excel e transferido para uma planilha do Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 24.0, para a análise dos dados. Em todas as análises será adotado o nível de significância estatística de 5% ($p < 0,05$).

LOCAL E POPULAÇÃO DE ESTUDO

A coleta de dados será realizada no CRER. A amostra será composta por pacientes com Síndrome de Guillain- Barré, que foram internados (janeiro de 2015 a março de 2020) para reabilitação e que obedecerem aos critérios de inclusão e exclusão do estudo.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos prontuários de pacientes com diagnóstico clínico da Síndrome de Guillain- Barré, que foram internados no posto três do CRER entre janeiro de 2015 a março de 2020, que tenham a Medida de Independência Funcional (MIF) devidamente preenchida no primeiro e último dia de internação hospitalar, sem distinção de faixa etária.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos do estudo os prontuários dos pacientes com outras patologias neurológicas e doença incapacitante prévia; além de prontuários incompletos.

MÉTODO DE AMOSTRAGEM

Amostra de conveniência.

PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Os instrumentos utilizados serão Ficha de perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com a Síndrome de Guillain-Barré e a Escala de Medida de Independência Funcional (MIF). A ficha de perfil sociodemográfico e clínico foi criada pelas pesquisadoras. O nível de dependência é analisado por meio de seis dimensões (autocuidado, transferências, locomoção, controle esfíncteriano, cognição social e comunicação). Cada categoria é pontuada de um a sete, correspondendo a dependência total e independência completa, podendo o escore total variar de 18 (mínimo) a 126 (máximo) pontos. Caracteriza-se o nível de dependência do paciente a partir dos subescores, sendo a pontuação 18 dependência completa; 19 a 60 dependência modificada

Endereço: Rua 26, n. 521, Sala 20
Bairro: Jardim Santo Antônio
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3201-3408 **CEP:** 74.853-070
E-mail: cep.ceep@gmail.com

SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE

LEIDE DAS NEVES FERREIRA -
LNF



Continuação do Parecer: 5.403.519

(assistência de até 50% das tarefas); 61 a 103 dependência modificada (assistência de até 25% das tarefas); e 104 a 126 independência completa (RICCI; KUBOTA; CORDEIRO, 2005).

PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados coletados serão organizados em uma planilha eletrônica do Excel e transferido para uma planilha do Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 24.0, para a análise dos dados. Em todas as análises será adotado o nível de significância estatística de 5% (p0,05).

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO

Analisar a evolução da independência funcional de pacientes com Síndrome de Guillain-Barré internados para reabilitação.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- > Descrever o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com Síndrome de Guillain-Barré internados para reabilitação no Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER);
- > Comparar a independência funcional de pacientes com Síndrome de Guillain-Barré na admissão e na alta da internação para reabilitação;
- > Relacionar aspectos sociodemográficos e clínicos com a evolução da independência funcional de pacientes com Síndrome de Guillain-Barré internados para reabilitação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

Os riscos para a pesquisa são pequenos tendo em vista que ocorrerá apenas a análise dos prontuários e não uma abordagem terapêutica. Os prováveis riscos são exposição de informações pessoais, podendo levar a constrangimento e problemas emocionais nos participantes e danos no sistema eletrônico da instituição. A privacidade e confidencialidade serão garantidas pelas pesquisadoras, não revelando a identidade dos integrantes. Sendo assim, para o preenchimento dos instrumentos da coleta de dados, os nomes serão codificados utilizando apenas as iniciais. Em relação aos possíveis danos ao sistema eletrônico, as pesquisadoras não irão consumir alimentos durante a coleta de dados e terão cuidado no manuseio dos computadores, sem utilização de HD externo ou pen drive.

Endereço: Rua 26, n. 521, Sala 20

Bairro: Jardim Santo Antônio

UF: GO

Município: GOIANIA

CEP: 74.853-070

Telefone: (62)3201-3408

E-mail: cep.ceep@gmail.com

Continuação do Parecer: 5.403.519

BENEFÍCIOS

Dentre os benefícios, o presente estudo tem como perspectiva direcionar estratégias eficazes de tratamento no processo de reabilitação a pacientes com Síndrome de Guillain- Barré, bem como demonstrar fatores sociodemográficos que podem estar relacionados ao processo de evolução do paciente, colaborando para uma análise mais crítica dos protocolos de atendimento já existentes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa está metodologicamente adequado, pois apresenta:

1. Antecedentes científicos teóricos (e informações públicas) que justifiquem a pesquisa
2. Descrição clara e objetiva do problema de pesquisa e das hipóteses a serem testadas
3. Objetivos bem definidos e delineados, harmonizados com o problema e hipóteses, plausíveis de serem atingidos através do método proposto
4. Seção de materiais e métodos tem explicitação clara dos procedimentos de coleta de dados (avaliações, exames, testes e intervenções terapêuticas que serão realizadas, com a devida justificativa científica para cada um)
5. Seção de materiais e métodos tem descrição dos métodos de análise e interpretação dos dados e os mesmos são adequados
6. Descrição minuciosa do local e população de estudo
7. Descrição minuciosa de critérios de inclusão e de exclusão
8. Descrição do método de amostragem, tamanho da amostra e cálculo amostral
9. Descrição dos componentes da equipe de pesquisadores, com explicitação das responsabilidades de cada pesquisador na equipe de pesquisa (pesquisador principal e pesquisadores assistentes)
10. Orçamento discriminando fontes e aplicação de recursos, demonstrando viabilidade da pesquisa.

O projeto de pesquisa está eticamente adequado, pois apresenta todas as garantias éticas exigidas nos documentos obrigatórios que foram anexados (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e/ou Termo de Compromisso para Manuseio e Uso de Dados (TCUD) e Termo de Compromisso Ético dos Pesquisadores), conforme estabelece a Resolução CNS/MS Nº 466/2012.

Endereço: Rua 26, n. 521, Sala 20

Bairro: Jardim Santo Antônio

UF: GO

Município: GOIANIA

CEP: 74.853-070

Telefone: (62)3201-3408

E-mail: cep.cepp@gmail.com

Continuação do Parecer: 5.403.519

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram anexados e estão adequados, conforme estabelecem as diretrizes da Resolução CNS/MS nº 466/2012. São eles:

1. Folha de Rosto;
2. Termo de Anuência da Unidade Proponente;
3. Termo de Compromisso Ético dos Pesquisadores;
4. Termo de Compromisso para Manuseio e Uso de Dados (TCUD) e o Termo de Dispensa do TCLE;
5. Projeto de Pesquisa;
6. Currículos dos Pesquisadores;
7. Cronograma;
8. Orçamento.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, esse Comitê de Ética em Pesquisa "Leide das Neves Ferreira" (CEP-LNF), de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Os(as) pesquisadores(as) devem apresentar a este CEP-LNF os relatórios parciais, a cada seis meses, e relatório final da pesquisa, quando o trabalho científico estiver pronto e defendido junto à instituição proponente. O relatório deve seguir modelo próprio do CEP. Solicite o mesmo ao e-mail <cep.ceapp@gmail.com>.

O CEP-LNF pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento e executar monitoramento "in loco" para avaliação e verificação do cumprimento das normas éticas, a Resolução 466/12 e suas complementares.

Os(as) pesquisadores(as) devem cumprir o fluxo de pesquisas da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, instituído pela portaria 609/2020-SES-GO, disponível no link <<https://www.saude.go.gov.br/sesg/pesquisa-e-inovacao>>. Assim, devem obter uma autorização final da SES-GO para a pesquisa, emitida pela Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG).

Endereço: Rua 26, n. 521, Sala 20**Bairro:** Jardim Santo Antônio**UF:** GO**Município:** GOIANIA**CEP:** 74.853-070**Telefone:** (62)3201-3408**E-mail:** cep.ceapp@gmail.com

SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDELEIDE DAS NEVES FERREIRA -
LNF

Continuação do Parecer: 5.403.519

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|----------------------------|------------------------|-------------------------------------|----------|
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | projeto_guillain_barre.pdf | 30/03/2022 09:47:46 | Cejane Oliveira Martins Prudente | Aceito |
| Outros | lattes_mariaeduarda.pdf | 30/03/2022 09:47:19 | Cejane Oliveira Martins Prudente | Aceito |
| Outros | lattes_laura.pdf | 30/03/2022 09:46:48 | Cejane Oliveira Martins Prudente | Aceito |
| Outros | lattes_francine.pdf | 30/03/2022 09:46:30 | Cejane Oliveira Martins Prudente | Aceito |
| Outros | lattes_cejane.pdf | 30/03/2022 09:46:10 | Cejane Oliveira Martins Prudente | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 12 de Maio de 2022

Assinado por:
Vilma Aparecida da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Rua 26, n. 521, Sala 20**Bairro:** Jardim Santo Antônio**UF:** GO**Município:** GOIANIA**Telefone:** (62)3201-3408**CEP:** 74.853-070**E-mail:** cep.cepp@gmail.com

ANEXO D- NORMAS DA REVISTA (ACTA FISIÁTRICA)



SOBRE ▾ SUBMISSÕES ▾ ATUAL ARQUIVOS BUSCA AVANÇADA

INÍCIO / Diretrizes para Autores

Diretrizes para Autores

A submissão de manuscritos segue os requisitos recomendados pelo [International Committee of Medical Journal Editors \(ICMJE\)](#). São aceitos Artigos Originais, Relatos de Caso, Cartas ao Editor, Comunicação Breve, Tendências & Reflexões e Revisões Sistemáticas. Editorial e Artigos de Revisão narrativa de literatura somente serão aceitas mediante convite do Conselho Editorial.

A revista Acta Fisiátrica publica trabalhos inéditos que contribuam para o estudo e o desenvolvimento da Medicina Física e Reabilitação, nas seguintes categorias:

Artigo Original

Contribuições destinadas à divulgação de resultados de pesquisa inéditas tendo em vista a relevância do tema, o alcance e o conhecimento gerado para a área da pesquisa (limite: 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências; até cinco tabelas e/ou figuras). Artigos originais deverão seguir as recomendações do [Consolidated Standards of Reporting Trials \(CONSORT\)](#) ou do [Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology \(STROBE\)](#).

Responsabilidade dos Autores

Os autores são responsáveis pela veracidade e pelo ineditismo dos manuscritos, bem como pela devida permissão de uso de figuras ou tabelas publicadas em outras fontes. O manuscrito deve ser submetido acompanhado da [Declaração de Exclusividade, Conflito de Interesses e Responsabilidade](#) assinada por todos os autores, na qual afirmam que o estudo não foi publicado anteriormente, parcial ou integralmente, em meio impresso ou eletrônico, tampouco encaminhado para publicação em outros periódicos e que todos os autores participaram na elaboração intelectual de seu conteúdo.

Todos os autores no momento da submissão deverão concordar com o termo de transferência de direitos autorais (Termo de Copyright). Os manuscritos publicados passam a ser propriedade da revista Acta Fisiátrica, ficando sua reprodução, total ou parcial, sujeita à autorização expressa do Conselho Editorial.

Crítérios de Autoria

A Acta Fisiátrica recebe manuscritos com até oito (8) autores. Os créditos de autoria baseiam-se em: 1) contribuições significativas à concepção e delineamento, ou levantamento de dados, ou análise e interpretação de dados; 2) redação do artigo, ou revisão crítica substancial do seu conteúdo; e 3) aprovação final da versão a ser publicada. Autores são aqueles que atendem às condições 1, 2 e 3. Aqueles que não atendem aos critérios de autoria, devem ser apresentados em uma seção de Agradecimentos.

Os autores, ao assinarem a declaração de responsabilidade, afirmam a participação de todos na elaboração do manuscrito e assumem, publicamente, que são responsáveis por seu conteúdo. Ao final do texto do manuscrito, deve ser incluído um parágrafo com a informação sobre a contribuição de cada autor para sua elaboração.

Agradecimentos

Quando desejável e pertinente, recomenda-se a nomeação, ao final do manuscrito, das pessoas que colaboraram com o estudo, embora não tenham preenchido os critérios de autoria adotados por esta publicação. Os autores são os responsáveis pela obtenção da autorização dessas pessoas antes de nomeá-las em seus agradecimentos. Também podem constar agradecimentos às instituições, pelo apoio financeiro ou logístico à realização do estudo.

Fontes de Financiamento

Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, recebidos para a realização do estudo e citar o número dos respectivos processos. Essas informações devem constar, também na folha de rosto do manuscrito.

Conflito de Interesses

Conflitos de interesses, por parte dos autores, são situações em que estes possuem interesses, aparentes ou não, capazes de influir no processo de elaboração dos manuscritos. São conflitos de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira a que qualquer um pode estar sujeito, razão por que os autores devem reconhecê-los e revelá-los, quando presentes, na Declaração de Responsabilidade assinada, ao submeterem seu manuscrito para publicação.

Ética na Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

A observância dos preceitos éticos referentes à condução, bem como ao relato da pesquisa, é de inteira responsabilidade dos autores, respeitando-se as recomendações éticas contidas na Declaração de Helsínque (2000). Para pesquisas realizadas com seres humanos no Brasil, os autores devem observar, integralmente, as normas constantes nas Resoluções do [Conselho Nacional de Saúde \(CNS\)](#); Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016 e em resoluções complementares, para situações especiais. Os procedimentos éticos adotados na pesquisa devem ser descritos no último parágrafo da seção de Métodos e sempre que pertinente, deve ser informado o número do protocolo da aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa. No caso de ensaios clínicos, será necessária a indicação do número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela Organização Mundial da

Ética na Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

A observância dos preceitos éticos referentes à condução, bem como ao relato da pesquisa, é de inteira responsabilidade dos autores, respeitando-se as recomendações éticas contidas na Declaração de Helsinque (2000). Para pesquisas realizadas com seres humanos no Brasil, os autores devem observar, integralmente, as normas constantes nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS); Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016 e em resoluções complementares, para situações especiais. Os procedimentos éticos adotados na pesquisa devem ser descritos no último parágrafo da seção de Métodos e sempre que pertinente, deve ser informado o número do protocolo da aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa. No caso de ensaios clínicos, será necessária a indicação do número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo ICMJE. No caso de revisão sistemática, é desejável a indicação do número de registro do protocolo na base de registros [International Prospective Register of Systematic Reviews \(PROSPERO\)](#).

Direito de Reprodução

O conteúdo publicado na Acta Fisiátrica está licenciado sob uma Licença Creative Commons BY-NC-SA. Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais, desde que atribuam ao autor o devido crédito e que licenciem as novas criações sob termos idênticos.

Os autores no momento da submissão assinam um termo de transferência de direitos autorais (Termo de Copyright). Os manuscritos publicados passam a ser propriedade da revista Acta Fisiátrica, ficando sua reprodução, total ou parcial, sujeita à autorização expressa do Conselho Editorial.

Preservação Digital

A Acta Fisiátrica esta preservada por meio da [Rede de Preservação do PKP \(PKP PN\)](#) que providencia serviços gratuitos de preservação para qualquer revista OJS que cumpra um conjunto básico de critérios. O sistema CLOCKSS tem permissão para ingerir, preservar e servir esta unidade de arquivo.

Preparo dos Manuscritos para Submissão

A Acta Fisiátrica não cobra taxas de submissão, avaliação ou publicação de artigos. Aos autores caberá somente os encargos referentes as despesas com a editoração bilingue da revista. A tradução e forma de pagamento serão informadas pela equipe administrativa da revista após a definição do aceite para publicação. A submissão dos manuscritos e documentação suplementar deverá ser feita via Open Journal Systems (OJS). Caso os autores não recebam e-mail com a confirmação da submissão, deverão entrar em contato por meio do endereço eletrônico: actafisiatrica@hc.fm.usp.br

Como documento suplementar, os autores devem anexar a [Declaração de Exclusividade, Conflito de Interesses e Responsabilidade](#), assinada por todos, digitalizada em formato PDF.

Figuras, quadros e tabelas são aceitos, devendo ser assinalados no texto pelo seu número de ordem e local onde serão intercalados. Se as ilustrações enviadas já tiverem sido publicadas, mencionar a fonte. Trabalhos que tenham sido consultados e mencionados no texto são da responsabilidade do autor. Informação oriunda de comunicação pessoal, trabalhos em andamento e não publicados não devem ser incluídos na lista de referências.

Recomenda-se que a estrutura do manuscrito esteja em conformidade com as orientações constantes nos guias de redação científica, de acordo com o seu delineamento. Abaixo relacionamos os principais guias pertinentes ao escopo da Acta Fisiátrica.

- Ensaios clínicos: [Consolidated Standards of Reporting Trials \(CONSORT\)](#)
- Estudos observacionais: [Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology \(STROBE\)](#)
- Relatos de caso: [Consensus-based Clinical Case Reporting Guideline Development \(CARE\)](#)
- Revisões sistemáticas: [Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses \(PRISMA\)](#)

Formato dos Manuscritos

Serão analisados manuscritos redigidos, no Microsoft Word, em língua Portuguesa ou Inglesa. Os arquivos "Folha de Rosto" e "Texto Completo" deverão ser digitados em espaço simples, utilizando fonte Times New Roman 12, em folha de tamanho A4, com margens esquerda e superior 3cm, margens direita e inferior 2cm.

Folha de Rosto

O arquivo "Folha de Rosto" deverá apresentar, impreterivelmente, as seguintes seções, nesta ordem:

Título: Em português e inglês, claro, conciso e completo, indicando o conteúdo do trabalho. O título e subtítulo devem ser separados por dois pontos.

Resumo: Deverá ser redigido em parágrafo único, contendo até 250 palavras, estruturado com as seguintes seções: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão.

Palavras-chave: Deverão ser selecionadas no mínimo três e no máximo seis termos de indexação, extraídas do [Medical Subject Headings \(MESH\)](#) da National Library of Medicine ou [Descritores em Ciências da Saúde \(DeCS\)](#) da Bireme.

Abstract: Versão fidedigna do Resumo, redigida em inglês, contendo as seguintes seções: Objective, Methods, Results e Conclusion.

Keywords: Versão fidedigna das palavras-chave, redigidas em inglês, extraídas do [Medical Subject Headings \(MESH\)](#) da National Library of Medicine ou [Descritores em Ciências da Saúde \(DeCS\)](#) da Bireme.

- Nome completo, instituição de afiliação (somente uma instituição por autor), ORCID iD e e-mail dos autores;
- Nome do autor correspondente, endereço completo, e-mail e telefone;
- Créditos a órgãos financiadores da pesquisa, incluindo número do processo, se pertinente;

- Informação sobre a contribuição de cada autor para a elaboração manuscrito.

Texto Completo

O arquivo "Texto Completo" deverá apresentar, impreterivelmente, as seguintes seções, nesta ordem:

Título: Em português e inglês, claro, conciso e completo, indicando o conteúdo do trabalho. O título e subtítulo devem ser separados por dois pontos.

Resumo: Deverá ser redigido em parágrafo único, contendo até 250 palavras, estruturado com as seguintes seções: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão.

Palavras-chave: Deverão ser selecionadas no mínimo três e no máximo seis termos de indexação, extraídas do [Medical Subject Headings \(MESH\)](#) da National Library of Medicine ou [Descritores em Ciências da Saúde \(DeCS\)](#) da Bireme.

Abstract: Versão fidedigna do Resumo, redigida em inglês, contendo as seguintes seções: Objective, Methods, Results e Conclusion.

Keywords: Versão fidedigna das palavras-chave, redigidas em inglês, extraídas do [Medical Subject Headings \(MESH\)](#) da National Library of Medicine ou [Descritores em Ciências da Saúde \(DeCS\)](#) da Bireme.

Com exceção dos manuscritos apresentados como Editorial e Carta ao Editor os trabalhos deverão seguir o formato abaixo:

Introdução: Deve conter revisão de literatura atualizada e pertinente ao tema, adequada à apresentação do problema e que destaque sua relevância, não deve ser extensa, a não ser em manuscritos submetidos como Artigo de Revisão.

Objetivo: Estabelece o objetivo ou finalidade do trabalho, deve ser claro, preciso e coerente.

Métodos: Deve conter descrição clara e sucinta, incluindo: procedimentos adotados; universo e amostra; instrumentos de medida e, se aplicável, método de validação; tratamento estatístico.

Resultados: Sempre que possível, os resultados devem ser apresentados em tabelas ou figuras. Tabelas são formas não discursivas de apresentar informações, das quais o dado numérico se destaca como informação central. Elaboradas de forma a serem autoexplicativas e com análise estatística as tabelas devem ser limitadas e numeradas consecutivamente, com algarismos arábicos de acordo com a ordem de menção. Devendo vir em folhas individuais e separadas, com indicação de sua localização no texto. O título da tabela é colocado na sua parte superior, grafado com letras minúsculas, respeitando as regras gramaticais do idioma.

Quadros diferenciam-se das tabelas por apresentarem um teor esquemático e descritivo, e não estatístico. A apresentação dos quadros é semelhante à das tabelas, exceto pela colocação dos traços verticais em suas laterais e na separação das casas.

Figura é a denominação genérica atribuída aos gráficos, fotografias, gravuras, mapas, plantas, desenhos ou demais tipos ilustrativos. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos sob a denominação genérica de Figura, devendo apresentar legendas de forma clara, abaixo da moldura, indicando-se em ordem sequencial.

Discussão: Deve explorar adequadamente e objetivamente os resultados discutidos à luz de outras observações já registradas na literatura.

Conclusão: Apresentar conclusões relevantes, considerando os objetivos do trabalho, e indicar formas de continuidade do estudo. Se incluídas na seção Discussão, não devem ser repetidas.

Agradecimentos: Podem ser registrados agradecimentos em parágrafo não superior a três linhas, dirigidos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o trabalho.

Pesquisas envolvendo seres humanos: Resultados de pesquisas relacionadas a seres vivos devem ser acompanhados de cópia de parecer do Comitê de Ética da Instituição de origem, ou outro credenciado junto ao Conselho Nacional de Saúde. Além disso, deverá constar, no último parágrafo do item Métodos, uma clara afirmação do cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsincki (2000), além do atendimento a legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada. O número de identificação de pesquisas nos Registros de Ensaios Clínicos deverão ser apresentados após o resumo.

Citações no texto: Deverão ser colocadas em ordem numérica, em algarismos arábicos, meia linha acima e após a citação e devem constar da lista de referências. Se forem 2 (dois) autores, citam-se ambos ligados pelo "&", se forem acima de 2 (dois) autores, cita-se o primeiro autor seguido da expressão latina "et al".

Referências: Deverão ser numeradas consecutivamente, seguindo a ordem em que foram mencionadas a primeira vez no texto, baseadas no estilo Vancouver. Nas referências com 2 (dois) até o limite de 6 (seis) autores, citam-se todos os autores; acima de 6 (seis) autores, citam-se os 6 (seis) primeiros autores, seguido da expressão latina "et al". Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com "list of journals indexed in index medicus" da National Library of Medicine. Nas referências, o DOI do documento referenciado deve fornecer o link ativo e completo, ou seja, sempre precedido de <http://dx.doi.org/>. Desse modo, permitirá acesso ao texto completo em um único clique.

Exemplos | Norma Vancouver

Livros

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

Capítulos de livros

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

Dissertações e teses

Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertation]. Mount Pleasant (MD): Central Michigan University; 2002.

Artigos de periódicos

Bhutia ZA, Darmstadt GL, Hasan BS, Haws RA. Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: a review of the evidence. *Pediatrics*. 2005; 115 (2 Suppl):519-617. Doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2004-1441>

Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK, et al. Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. *Brain Res*. 2002;943(1):15-22. Doi: [https://doi.org/10.1016/s0006-8993\(02\)02471-x](https://doi.org/10.1016/s0006-8993(02)02471-x)

Outros Exemplos Consultar

http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Tabelas e Figuras

Os arquivos "Imagens" deverão, impreterivelmente, seguir as seguintes instruções:

Para Artigos Originais, Revisões Sistemáticas e Tendências & Reflexões (até cinco tabelas e/ou figuras) no total. Para Relatos de Caso (até três tabelas e/ou figuras) e para Comunicação Breve (até duas tabelas e/ou figuras) no total.

As tabelas e quadros devem ser colocadas ao final do manuscrito (quando possível) ou em arquivos separados, por ordem de citação no texto, sempre em formato editável (Microsoft Word, Microsoft Excel). Os títulos das tabelas e dos quadros devem ser concisos e evitar o uso de abreviaturas ou siglas; estas, quando indispensáveis, deverão ser descritas por extenso em legendas ao pé da própria tabela ou quadros. Tabelas e quadros podem ser elaborados em branco e preto ou coloridas.

Tabelas: São formas não discursivas de apresentar informações, das quais o dado numérico se destaca como informação central. Elaboradas de forma a serem autoexplicativas e com análise estatística as tabelas devem ser limitadas e numeradas consecutivamente, com algarismos arábicos de acordo com a ordem de menção. Devendo vir em folhas individuais e separadas, com indicação de sua localização no texto. O título da tabela é colocado na sua parte superior, grafado com letras minúsculas, respeitando as regras gramaticais do idioma.

Quadros: Diferenciam-se das tabelas por apresentarem um teor esquemático e descritivo, e não estatístico. A apresentação dos quadros é semelhante à das tabelas, exceto pela colocação dos traços verticais em suas laterais e na separação das casas.

Figuras: Denominação genérica atribuída aos gráficos, fotografias, gravuras, mapas, plantas, desenhos ou demais tipos ilustrativos. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos sob a denominação genérica de Figura, devendo apresentar legendas de forma clara, abaixo da moldura, indicando-se em ordem sequencial. Devem ser apresentadas em arquivos dos tipos: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada) e limite de tamanho do arquivo de 10Mb.

Parecer Consubstanciado

Pesquisas relacionadas a seres vivos devem ser acompanhadas do Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa/CEP da Instituição de origem, ou outro credenciado junto ao [Conselho Nacional de Saúde](#) (CNS).

Análise e Aceite de Manuscritos

A Acta Fisiátrica reserva o direito de não aceitar para avaliação os manuscritos que não preencham os critérios acima formulados e cuja temática se enquadre no escopo da revista. Uma análise preliminar verificará o atendimento aos requisitos de forma e redação científica para que o manuscrito atenda a todos os itens detalhados nas instruções aos autores da revista e esteja apto a ingressar no processo no processo editorial.

Os manuscritos aprovados serão arbitrados por pelo menos dois revisores pertencentes ao quadro de colaboradores da revista ou pareceristas "ad hoc" em procedimento de revisão "duplo cego". No processo de avaliação "duplo cego", as identidades dos avaliadores e dos autores são ocultadas de ambas as partes. Nessa etapa, espera-se que os revisores avaliem o mérito científico e o conteúdo dos manuscritos, fazendo críticas construtivas para seu aprimoramento. Os avaliadores observarão os critérios de originalidade, relevância, qualidade metodológica e científica.

Os resultados das avaliações podem ser:

Aceito: indica o mérito e atendimento às diretrizes, de forma que a submissão pode ir para a diagramação;

Correções Obrigatórias: a submissão tem méritos, mas precisa de ajustes para atender às diretrizes;

Rejeitado: a submissão não atende à revista.

Os resultados e considerações serão enviados aos autores com prazo definido para a devolução da versão reformulada do manuscrito. Recomenda-se aos autores atenção às comunicações que serão enviadas ao endereço de e-mail informado na submissão, assim como para a observação dos prazos para resposta. A não observação dos prazos para resposta, especialmente quando não justificada, poderá ser motivo para descontinuação do processo editorial do manuscrito.

A Acta Fisiátrica reserva o direito de não aceitar para avaliação os artigos que não preencham os critérios acima formulados. O direito de efetuar nos originais alterações de ordem normativa, ortográfica e gramatical, com vistas a manter a uniformização bibliográfica e o padrão culto da língua, respeitando, porém, o estilo dos autores. Os originais e as provas finais não serão enviados aos autores.

Em caso de dúvidas sobre quaisquer aspectos relativos a estas instruções, os autores devem entrar em contato com a Secretária da Acta Fisiátrica por meio do endereço eletrônico: actafisiatrica@hc.fm.usp.br

APÊNDICE**APÊNDICE A- AVALIAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO –
GBS**

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 _____ Cidade: _____

Profissão: _____ Escolaridade: _____

Renda mensal da família: _____

Data de Admissão: ____/____/____

Data da Alta: ____/____/____

DADOS CLÍNICOS

Subtipo da síndrome: _____

Infecções antecedentes: () sim _____ () não

Tempo de evolução da doença: _____

Tempo de internação: _____

Sintomas:

Fraqueza muscular:

MMSS () bilateral () unilateral _____

MMII () bilateral () unilateral _____

() proximal () distal () difusa

Alterações de reflexo: () arreflexia () hiporreflexia () não se aplica

Alterações de sensibilidade: () sim () não

Acometimento de nervo craniano: () sim _____ () não

Fraqueza facial: () sim () não

Disartria: () sim () não

Disfagia: () sim () não

Alterações autonômicas:

() urinária _____

() constipação

() pressão arterial _____

() reações vasomotoras da pele

() cardíacas _____

() outros _____

Insuficiência respiratória: () sim () não

Dor: () sim _____ () não

Marcha: () independente () dependente

Dispositivo auxiliar de marcha: _____

Outras órteses: _____

Evolução clínica: () ascendente () descendente

Tratamento médico:

() plasmaférese

() imunoglobulina intravenosa

() outros _____