



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA-UnB
FACULDADE DE CEILÂNDIA-FCE
CURSO DE FISIOTERAPIA

LAYSE DE MEDEIROS PARENTE

AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DOS PACIENTES EM TERAPIA INTENSIVA

BRASÍLIA
2015

LAYSE DE MEDEIROS PARENTE

AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DOS PACIENTES EM TERAPIA INTENSIVA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade de Brasília – UnB – Faculdade de Ceilândia como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Fisioterapia.
Orientador (a): Dr^a Graziella França Bernardelli Cipriano

BRASÍLIA
2015

LAYSE DE MEDEIROS PARENTE

AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DOS PACIENTES EM TERAPIA INTENSIVA

Brasília, ___/___/_____

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a. Graziella França B. Cipriano
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB
Orientadora

Prof.^a Dr.^a. Clarissa Cardoso dos Santos C. Paz
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB

Prof. Dr. Sergio Ricardo Menezes Mateus
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB

Dedicatória

Aos meus familiares pelo apoio e incentivo nessa jornada, aos meus amigos pelo companheirismo e incentivo. A todos os professores e preceptores pelos ensinamentos. E a todos os pacientes que participaram da pesquisa e aos profissionais que se dedicam aos cuidados nas Unidades de Terapia Intensiva.

AGRADECIMENTOS

Mais uma etapa que se finaliza e mais um sonho que se realiza, por isto sou grata a Deus, que me iluminou e me guiou para que em conseguisse chegar até aqui. Agradeço aos meus pais, Evaldo e Dinara, e a minha avó Benedita, que nunca mediram esforços para ver a minha felicidade e que acreditaram em mim, quando nem eu mesma acreditava mais. Obrigada pelo apoio, amor e incentivo dos senhores por todos estes anos, este trabalho e minha formação tem dedicação especial a vocês. E claro, que também não poderia deixar de agradecer ao meu irmão Ítalo, por me aguentar nos dias difíceis. E a todos os familiares. Amo vocês.

Ao meu namorado, Samuel, que sempre me incentiva e me ajuda. E que tornou está caminhada um pouco mais leve. Muito obrigada!

Gostaria de agradecer também aos amigos que pude conhecer durante estes anos e as companheiras de estágio (Liseane, Karen, Rafaella, Tissiane e Michelle), vocês tornaram está jornada mais divertida. As conversas, os estudos, as risadas e todos os outros momentos preciosos que tivemos, eu vou levar para vida. Muito obrigada!

À minha orientadora, Dr^a Graziella Cipriano, que me acolheu e me deu esta oportunidade, por sua orientação, suporte e pelos ensinamentos. Aproveito para agradecer os membros da equipe de pesquisa (Renato Valduga, Renata Nóbrega, Fernanda Maia, Samara Toledo, Gabriela Martins, Thaís Galvão, Arthur Bezerra e Laís Maia), vocês tornaram os dias de coleta mais leves. Aos pacientes, que tornaram este estudo possível.

À banca examinadora: Sergio Mateus, Clarissa Cardoso e Renato Valduga, por terem aceitado o convite e pela disponibilidade.

Aos meus professores e preceptores, profissionais excepcionais, que me ensinaram além da profissão, o respeito e cuidado com o próximo.

Agradeço também toda a equipe de profissionais da Unidade de Terapia Intensiva Adulto, do Hospital Regional de Ceilândia por abrirem as portas para que pudéssemos realizar a pesquisa. Bem como a Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal (FAPDF) por acreditar no projeto e apoiar financeiramente, possibilitando a concretização do trabalho.

“Eu aprendi que todos querem viver no topo da montanha, mas toda felicidade e crescimento ocorre quando você a está escalando (H. Jackson Brown Jr). ”

RESUMO

PARENTE, Layse de Medeiros. Avaliação da capacidade funcional dos pacientes em terapia intensiva. 2015, 44 f. Monografia (Graduação) – Universidade de Brasília, Graduação em Fisioterapia, Faculdade Ceilândia, Brasília, 2015.

Introdução: Os pacientes internados na UTI podem apresentar diminuição da funcionalidade decorrente do tempo de internação hospitalar, do uso prolongado de ventilação mecânica, do imobilismo no leito. **Objetivo:** avaliar a funcionalidade dos pacientes internados em UTI. **Métodos:** Trata-se de um estudo realizado na UTI adulto, por meio de três etapas, na primeira foi realizada uma avaliação geral, em que foram coletados alguns dados importantes por meio do TrakCare. Na segunda etapa foi realizada a avaliação das características gerais da ventilação mecânica, tempo de uso de tubo orotraqueal, tempo de traqueostomia, dias pré UTI, dias em UTI, dias pós UTI, tempo de internação hospitalar. Na terceira etapa foi realizada a caracterização da força muscular periférica por meio do *Medical Research Council Sum-Score* (MRC- SS) e a caracterização da capacidade funcional por meio do *Functional Status Score – Intensive Unit Care* (FSS-ICU) que foi realizada na admissão e na alta. **Resultados:** Foram incluídos no estudo 49 participantes admitidos na UTI do HRC, os mesmos foram divididos em dois grupos, o grupo cooperativo (GC) que respondeu aos critérios do MRC e do FSS-ICU e o grupo não cooperativo (GNC) que não atendeu aos critérios. A idade média do GC foi menor do que o GNC ($42,2 \pm 18,028$ vs $63,75 \pm 18,163$ anos $p= 0,804$), as medidas de MRC-SS e FSS-ICU entre os grupos não foram significativas. **Conclusão:** O estudo mostrou que os fatores clínicos e tempo de internação geram perda de força muscular e diminuição da funcionalidade.

Palavras-chave: Unidade de Terapia Intensiva; Fraqueza muscular; Fisioterapia; Paciente crítico.

ABSTRACT

PARENTE, Layse de Medeiros. Evaluation of the functional capacity of patients in intensive care. 2015, 45 f. Monograph (Graduation) - University of Brasilia, undergraduate course of Physiotherapy, Faculty of Ceilândia, Brasília, 2015.

Introduction: Patients in the ICU may have decreased of functionality due hospital stay, the prolonged use of mechanical ventilation, immobility in bed. **Objective:** To evaluate the functionality of the patients in the Intensive Care Unit. **Methods:** This is a study realized in adult ICU through three stages, in the first stage was made a general assessment which were collected some important data through the TrakCare in the second stage was carried out the assessment of general characteristics of mechanical ventilation, time of use of endotracheal tube, time spent with tracheostomy, day pre ICU, days in ICU, days after ICU, time stayed in hospital, in the third stage was realized the characterization of indirect muscle strength through the Medical Research Council Sum- Score (MRC SS) and the characterization of the functionality through the Functional Status Score - Intensive Care Unit (ICU-FSS) which was performed at admission and discharge. **Results:** The study included 49 patients admitted to the ICU of the HRC, they were divided into two groups, the cooperative group (CG) that responded to the MRC criteria and FSS-ICU and the non cooperative group (NCG), which did not answer the criteria. The average age of the CG was lower than the NCG (18.028 ± 42.2 vs 63.75 ± 18.163 years $p= 0,804$), measures of MRC-SS and FSS-ICU between the groups were not significant. **Conclusion:** The study showed that clinical factors and time stayed in hospital generate loss of muscle strength and decreased functionality.

Keywords: Intensive Care Unit; Muscle weakness; Physiotherapy; Critically ill patients

SUMÁRIO

1-LISTA DE ABREVIATURAS.....	10
2-LISTA DE TABELAS E FIGURAS.....	11
3-INTRODUÇÃO.....	12
4- MÉTODOS.....	13
5-RESULTADOS.....	16
6-DISCUSSÃO	25
7- CONCLUSÃO	27
8-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
9-ANEXOS	32
ANEXO A – NORMAS DA REVISTA CIENTÍFICA.....	32
ANEXO B- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	40
10-APÊNDICES.....	42
APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	42

1-LISTA DE ABREVIATURAS

UTI- Unidade de Terapia Intensiva

VMI- Ventilação Mecânica Invasiva

SIRS- Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica

CIF- Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

HRC- Hospital Regional de Ceilândia

VM- Ventilação Mecânica

APACHE II- Acute Physiology and Chronic Health Disease Classification System II

IOT- Intubação Orotraqueal

TQT- Traqueostomia

MRC- Medical Research Council Sum-Score

FSS-ICU- Functional Status Score – Intensive Unit Care

GC- Grupo Cooperativo

GNC- Grupo Não Cooperativo

SM- Salário Mínimo

2-LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1: Dados sociodemográficos e de estilo de vida dos pacientes internados na UTI adulto do HRC. Brasília (DF), 2015.

Tabela 2: Características clínicas dos pacientes internados na UTI adulto HRC. Brasília (DF), 2015.

Tabela 3: Dados gerais do Grupo Cooperativo x Grupo Não-cooperativo. Brasília (DF), 2015.

Tabela 4: Pontuação do estado funcional na escala FSS-ICU por categoria. Brasília (DF), 2015.

Tabela 5: Correlação das variáveis de internação. Brasília (DF), 2015.

3-INTRODUÇÃO

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) surgiram a partir da necessidade de aperfeiçoamento e concentração de recursos materiais e humanos para o atendimento a pacientes graves, em estado crítico, mas ainda como recuperáveis, além da necessidade de observação constante, assistência médica e de enfermagem contínua, centralizando os pacientes em um núcleo especializado ¹.

A sobrevida dos pacientes criticamente enfermos tem aumentado em consequência da evolução tecnológica, científica e da interação multidisciplinar. Contudo, as complicações relacionadas aos efeitos deletérios e a imobilidade na UTI contribui para o declínio funcional, aumento dos custos assistenciais, redução da qualidade de vida e sobrevida pós-alta ².

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), descreve a funcionalidade e a incapacidade relacionadas às condições de saúde, tendo em vista as funções dos órgãos ou sistemas e estruturas do corpo, assim como as limitações de atividades e da participação social no meio ambiente onde a pessoa vive ³.

Os pacientes internados na UTI podem apresentar diminuição da independência funcional recorrente do uso de bloqueadores neuromusculares e do uso prolongado de medicação do tipo corticoesteróides; entretanto, o fator de maior importância relacionado ao comprometimento da independência funcional é o tempo de internação na UTI, bem como o tempo de ventilação mecânica invasiva (VMI) a que o paciente é submetido ⁴.

A imobilidade no leito, desordens clínicas como a sepse e a síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS), déficit nutricional e exposição a agentes farmacológicos como bloqueadores neuromusculares e corticosteróides, traduzem alguns os fatores que

podem afetar adversamente a condição funcional e resultar em maior período de intubação orotraqueal e internação hospitalar ⁵.

Apesar das implicações da imobilidade serem relatadas pela literatura, existem poucos estudos que avaliaram a independência funcional durante o tempo de internação na UTI, utilizando escalas para esse ambiente ⁶.

Sabe-se o quanto que a internação na UTI pode impactar e causar alterações na força muscular periférica, respiratória e no declínio funcional do paciente. Sendo assim este estudo teve como objetivo avaliar a funcionalidade dos pacientes internados em UTI.

4-MÉTODOS

Desenho do estudo e as considerações éticas

Trata-se de um estudo de coorte prospectivo, realizado na UTI adulto do Hospital Regional de Ceilândia (HRC), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (parecer 643.727/2014), além de ter sido submetido à apreciação do CONEP (Resolução CNS 466/2012).

Recrutamento/Amostra

Foram incluídos no estudo 49 participantes internados na UTI adulto (HRC) no período de junho a outubro de 2015 que apresentaram os seguintes critérios de elegibilidade para execução do protocolo:

Critérios de inclusão: Pacientes internados na UTI Adulto do HRC; que apresentaram estabilidade cardiorrespiratória (pressão arterial sistólica – PAS \geq 90 mmHg e \leq 160 mmHg, frequência cardíaca – FC \geq 60 e \leq 140 bpm e frequência respiratória – FR \leq 35 rpm); apresentaram estabilidade neurológica (ausência de

hipertensão intracraniana – pressão intracraniana < 15 mmHg; ausência de padrão de decorticação ou descerebração; ausência de pupilas midriáticas). Critérios de exclusão foram: Apresentar instabilidade clínica (PAS < 90 ou > 160 mmHg, pressão arterial – PAD < 60 ou > 100 mmHg, pressão arterial média – PAM < 60 , FC > 140 , FR > 35 , Temperatura $\geq 37,8^{\circ}$ C); paciente em uso de sedação com Escala de Sedação e Agitação de Richmond (RASS) < -2 ou $>$ que $+ 1$; Escala de coma de Glasgow ≤ 8 (para os pacientes sem uso de sedação).

Os pacientes que apresentaram os critérios de elegibilidade foram recrutados e os responsáveis no momento da visita assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O estudo foi dividido em três etapas. Na primeira etapa foi realizada uma avaliação geral, com a leitura e coleta de alguns dados sobre as características clínicas relacionadas ao histórico do paciente, tais como motivo da admissão hospitalar, motivo da admissão na UTI, comorbidades prévias, *APACHE II* (Acute Physiology and Chronic Health Disease Classification System II), fatores de risco por meio do prontuário eletrônicos dos pacientes, que é disponível no sistema da Secretaria de Saúde do Distrito Federal – TrakCare e de entrevista com os familiares onde foram coletadas as características sócio-demográficas: idade, sexo, etnia, estado civil, nível de escolaridade, ocupação e renda pessoal. Essa etapa foi realizada na admissão.

Na segunda etapa, foi realizada a avaliação as características gerais da ventilação mecânica, por meio da leitura e análise do prontuário eletrônico, incluindo o tempo de uso de ventilação mecânica, tempo de uso de tubo orotraqueal, tempo de traqueostomia, dias de hospitalização pré UTI, dias em UTI, dias de hospitalização pós UTI, tempo de internação hospitalar.

Na terceira etapa, foi realizada a caracterização da força muscular periférica por meio do *Medical Research Council Sum-Score* (MRC-SS), e da capacidade funcional por meio da escala *Functional Status Score – Intensive Unit Care* (FSS-ICU).

Para a avaliação da força muscular indireta realizada por meio do MRC-SS, os participantes foram estimulados a responder aos seguintes comandos: “Abra e feche os olhos”; “Olhe para mim”; “Abra a boca e mostre a língua”; “Balance a cabeça”; e “Levante as sobrancelhas enquanto eu conto até 5”⁷, os participantes que responderam a estes comandos foram incluídos no Grupo Cooperativo (GC) e os que não respondiam aos comandos incluídos no Grupo Não Cooperativo (GNC).

O MRC-SS consiste em uma escala que avalia e gradua a força muscular bilateral dos seguintes grupos musculares: abdutores do ombro, flexores do cotovelo, extensores do punho, flexores do quadril, extensores do joelho e dorsiflexores, e ao final cada grupo muscular, recebe uma pontuação graduada de 0 – 5, sendo que 0 corresponde à ausência de contração muscular e 5 à força muscular normal⁸.

Neste contexto, o paciente poderia apresentar uma pontuação de 0 a 60, sendo que pacientes com pontuação igual a 60 possuíam grau de força normal, entre 59 - 48 fraqueza muscular leve, de 47 a 36 fraqueza muscular significativa e menor que 36 fraqueza muscular grave. Pode ser considerada uma ferramenta simples para avaliação de força muscular global na UTI, além de ter boa confiabilidade inter-examinador⁹.

Para avaliar a capacidade funcional dos participantes foi utilizada a escala FSS-ICU. Este instrumento inclui tarefas apropriadas para pacientes criticamente enfermos, tais como: (1) troca de decúbito, (2) transferência de deitado para sedestação, (3) controle de tronco em sedestação, (4) sentado para ortostatismo e (5) deambulação¹⁰.

Após a execução da avaliação pela MRC-SS, os participantes que responderam aos comandos, foram automaticamente submetidos à avaliação das tarefas do FSS-ICU,

sendo realizada uma avaliação inicial e posteriormente, um acompanhamento até alta da UTI. A fim de padronizar a análise de dados, optou-se por utilizar os valores da primeira e de alta da avaliação funcional pela FSS-ICU e MRC-SS.

As avaliações foram realizadas por uma equipe de pesquisa composta por quatro discentes de fisioterapia e três fisioterapeutas que faziam parte da equipe e que receberam treinamento prévio.

Análise estatística

Foi realizada uma análise descritiva que permitiu a caracterização da amostra por meio de frequências (f) e proporções (%) para as variáveis categóricas; e média e desvio padrão para as variáveis numéricas.

Para verificação da normalidade dos dados foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov. Os dados foram avaliados utilizando o software SPSS versão 21.0 e apresentados em tabelas. Foi realizado teste T-Student para os dados paramétricos.

Utilizou-se para verificação de associação entre dados contínuos da funcionalidade, força muscular e tempo de intubação orotraqueal (IOT) a análise de correlação linear de Pearson, para valores de concordância: > 0,75 excelentes, < 0,40 pobre e entre 0,40 e 0,75, moderada.

Foram considerados para todo o estudo risco Alfa menor ou igual a 5% e risco Beta menor ou igual a 20%.

5-RESULTADOS

Durante o período em que o estudo foi realizado, foram admitidos 49 pacientes na UTI adulto do HRC. Com isso, estes pacientes passaram a ser acompanhados durante o período de internação na UTI e foram divididos em dois grupos: Grupo Cooperativo

(GC), ou seja, que atenderam aos critérios da avaliação do MRC-SS e FSS – ICU e Grupo Não Cooperativo (GNC), que não atendeu aos critérios de elegibilidade para a realização das avaliações funcionais propostas.

Os pacientes apresentaram uma idade média de 54,77 anos ($\pm 20,885$) sendo 28 do sexo masculino (57,1%), 14 eram casados (28,6%). Em relação à escolaridade 34,7% possuíam o ensino fundamental e 34,7% recebiam até 2 salários mínimos. Quanto ao estilo de vida 32,7% tabagista e 24,5% ex-tabagista (Tabela 1).

Tabela 1: Dados sociodemográficos e de estilo de vida dos pacientes internados na UTI adulto do HRC. Brasília (DF), 2015.

Variáveis	n	%	Média	Dp
Idade			54,77	$\pm 20,885$
Sexo				
Masculino	28	51,1		
Feminino	21	52,9		
Estado Civil				
Casado	14	28,6		
Solteiro	12	24,5		
Outros	7	14,3		
Não informado	16	32,7		
Etnia				
Branco	6	12,2		
Negro	5	10,2		
Pardo	9	18,4		
Não informado	29	59,2		
Escolaridade				
Ens. fundamental	17	34,7		
Ens. médio	7	14,3		
Ens. superior	2	4,1		
Analfabeto	4	8,2		

Não informado	19	38,8
Ocupação		
Trabalha em comércio	5	10,1
Construção civil	2	4
Técnico	2	4
Dona de casa	2	4
Motorista	1	2
Empresário	1	2
Não informado	36	73,5
Renda		
Até 2 SM	17	34,7
3 a 5 SM	4	8,1
5 ou mais	2	4,1
Não informado	26	53,1
Reside com parentes	23	46,9
Fatores de risco		
Obesidade	9	18,4
Tabagista	16	32,7
Ex-Tabagista	12	24,5
Drogadício	2	4,1

SM- Salário Mínimo. Dados expressados em média \pm desvio padrão ou frequência (%). Dados categóricos representados em Número (Nº) de pacientes (% do total) e frequência.

Com os dados gerais da internação dos pacientes (Tabela 2), pode-se observar que 28,6 % eram de pacientes procedentes do Pronto Socorro (PS) do próprio HRC, sendo que as complicações respiratórias mais frequentes tanto na admissão hospitalar (30,5%), quanto diagnóstico de admissão na UTI (42,8%), sendo que 57,1% dos pacientes foram admitidos na UTI devido a insuficiência respiratória.

Em relação ao desfecho de alta da UTI, 46,9% tiveram alta para a enfermaria do próprio HRC e 28,6% evoluíram para óbito (Tabela 2).

Tabela 2: Características clínicas dos pacientes internados na UTI adulto HRC. Brasília (DF), 2015.

Variáveis	n	%
Procedência		
PS HRC	17	28,6
Enfermaria HRC	8	16,3
UPA Ceilândia	2	4,1
Outro hospital	8	16,2
Diagnóstico de admissão hospitalar		
Complicações respiratórias	24	30,5
Choque séptico	2	4,1
PCR	8	16,3
Rebaixamento do nível de consciência	3	6,1
Pancreatite aguda	2	4,1
Cirrose	1	2
Lesão da artéria renal	1	2
ICC descompensado	1	2
Complicações cirúrgicas	10	20,4
Causas externas	2	6,1
Diagnóstico admissão UTI		
PCR	2	4,1
Choque hemorrágico	1	2
Choque séptico	2	4,1
Sepse	9	18,4
AVE	1	2
Pneumonia	2	4
TEP	1	2
Complicações respiratórias	21	42,8
Complicações cirúrgicas	9	18,3
Complicações endócrino- metabólicas	1	2
Cormobidades prévias		
Cardiovasculares	23	46,9
Endócrino-metabólicas	13	26,5

Respiratórias	13	26,5
Neuropsiquiátricas	12	24,4
Admissão UTI por Insuf. Resp.	28	57,1
Desfecho hospitalar		
Casa	25	51
Enfermaria HRC	1	2
PS HRC	2	4,1
Óbito	5	10,2
Desconhecido	16	32,7
Desfecho UTI		
PS HRC	1	2
Enfermaria HRC	23	46,9
Outro hospital	6	12,2
Permanece na UTI	5	10,2
Óbito	14	28,6
Causas do óbito		
PCR	12	24,5
Desconhecida	37	75,5

HRC- Hospital Regional de Ceilândia. PS- Pronto Socorro. UPA- Unidade de Pronto Atendimento. PCR- Parada cardiorrespiratória. ICC- Insuficiência cardíaca. AVE- Acidente vascular encefálico. TEP- Tromboembolismo pulmonar. Dados expressados em média e frequência (%). Dados categóricos representados em Número (Nº) de pacientes (% do total) e frequência.

A idade média do GC foi menor do que o GNC ($42,2 \pm 18,028$ vs $63,75 \pm 18,163$ anos $p= 0,804$) mas sem diferença significativa, o mesmo ocorreu para o APACHE II ($12,25 \pm 8,717$ vs $27,55 \pm 21,692$ $p<0,26$ e para de IOT ($7,55 \pm 8,69$ vs, $30,41$ dias $\pm 40,083$, $p=0,77$).

Na análise do tempo de TQT, o GC apresentou um tempo médio significativamente menor quando comparado com o GNC ($25,25 \pm 38,41$ vs $10,55 \pm 20,99$ $p\leq 0,05$). Similarmente, o tempo de ventilação mecânica ($7,55 \pm 8,69$ vs $30,41 \pm 40,0083$

$p \leq 0,05$), tempo de internação pré UTI, tempo de internação na UTI, tempo de pós UTI e tempo de internação hospitalar apresentaram diferenças significativas.

Já na avaliação do MRC-SS, o GC apresentou na admissão um valor médio de $40,00 \pm 17,621$ e o GNC de $32,75 \pm 15,795$, e na alta o GC um valor médio de $51,13 \pm 9,538$, e o grupo não respondedor $42,22 \pm 13,37$ $p = 0,25$, sem diferença (Tabela 3).

Tabela 3: Dados gerais do Grupo Cooperativo x Grupo Não-Cooperativo. Brasília (DF), 2015.

Variáveis	Cooperativo (n= 20)	Não- Cooperativo (n= 29)
Idade	42,20 ± 18,02	63,75 ± 18,16
Apache II	12,25 ± 8,71	27,55 ± 21,69
Dias IOT	7,05 ± 5,91	9,59 ± 5,20
Dias de TQT	10,55 ± 20,99	25,25 ± 38,41*
Tempo em ventilação mecânica	7,55 ± 8,69	30,41 ± 40,08*
Dias de internação pré UTI (dias)	4,65 ± 6,81	16,1 ± 38,56*
Tempo de internação em UTI (dias)	13,35 ± 11,08	28,72 ± 22,83*
Tempo de internação pós UTI (dias)	12,70 ± 14,70	2,68 ± 7,07*
Tempo de internação hospitalar (dias)	27,85 ± 24,47	39,29 ± 51,79
MRC admissão	40,00 ± 17,62	32,75 ± 15,79
MRC alta	51,13 ± 9,53	42,22 ± 13,37

IOT- Intubação orotraqueal. TQT- Traqueostomia. UTI- Unidade de Terapia Intensiva. Dados paramétricos contínuos representados em Média ± Desvio padrão; Teste t pareado * $p < 0,05$.

Na avaliação do FSS- ICU, em relação à admissão e alta de UTI, pode-se observar que nos domínios A 1(1-2,5), 5(2-7), no B 1(1- 4), 5(2-7) e no E 1(1-1), 1(1-4) apresentaram diferença estatisticamente significativa, com $p = 0,026$, $p = 0,026$ e $p = 0,043$ respectivamente. E quando comparada à medida de admissão com a de alta, os valores foram significativamente maiores ($p = 0,008$). (Tabela 4).

Tabela 4: Pontuação do estado funcional na escala FSS-ICU por categoria. Brasília (DF), 2015.

FSS Categorias	Admissão	Alta	<i>p</i>
	Mediana n=17	Mediana n = 13	
Categoria A -Troca de decúbito	1 (1- 2,5)	5 (2 - 7)	0,026*
Categoria B - Deitado para sedestação	1 (1- 4)	5 (2 - 7)	0,026*
Categoria C - Controle de tronco em sedestação	1 (1- 7)	7 (3 - 7)	0,068
Categoria D - Sentado para ortostatismo	1 (1- 1)	1 (1 - 6)	0,066
Categoria E - Deambulação	1 (1- 1)	1 (1 - 4)	0,043*
Total	6 (5 - 15)	19 (8 - 26)	0,008

Teste de Wilcoxon foi utilizado para demonstrar uma alteração estatisticamente significativa no FSS-ICU, pontuação de admissão e alta. *Valores que obtiveram $p \leq 0,05$.

Na correlação das variáveis pode-se observar que quanto maior a idade maior o APACHE II (0,438 $p \leq 0,05$). Verificou-se que quanto mais de dias de internação hospitalar, mais dias de uso de TQT, com correlação de 0,886 $p \leq 0,05$.

Na primeira avaliação de MRC-SS quando correlacionada com a avaliação de alta, obtivemos uma excelente correlação 0,798 $p \leq 0,05$ e houve diferença significativa entre a primeira avaliação e a avaliação de alta (Tabela 5).

Tabela 5: Correlação das variáveis de internação. Brasília (DF), 2015.

Variáveis	Idade	APACHE	MRC admissão	MRC alta	Dias de IOT	Dias de TQT	Tempo de VM	Tempo pré UTI	Tempo em UTI	Tempo de internação hospitalar
Idade	_	0,438	-0,089	-0,182	0,395 *	0,317 *	0,352 *	0,321 *	0,313 *	-0,021
Apache	0,438 *	_	-0,303	-0,307	-0,17	0,191	0,231	0,375 *	0,179	-0,021
MRC admissão	-0,089	-0,303	_	0,798	0,05	0,211	0,246	0,255	-0,055	0,201
MRC alta	-0,182	-0,307	0,798	_	0,403	0,138	0,157	0,109	0,223	0,149
Dias de IOT	0,161	-0,017	0,05	0,403	_	0,433 *	0,457 *	0,209	0,451 *	0,505
Dias de TQT	0,317 *	0,191	0,211	0,138	0,433 *	_	0,894 *	0,615 *	0,539 *	0,886
Tempo de VM	0,352 *	0,231	0,246	0,157	0,457 *	0,894 *	_	0,648 8	0,52 *	0,838
Tempo de internação pré UTI	0,321 *	0,375	0,255	0,109	0,209	0,615 *	0,648 *	_	-0,094	0,64
Tempo de internação em UTI	0,313 *	0,179	-0,55	0,223	0,451	0,539 *	0,52 *	-0,094	_	0,398 *
Tempo de internação pós UTI	-0,116	-0,174	0,123	0,048	0,154	0,077	-0,134	-0,09	0,398 *	0,246
Tempo de internação hospitalar	0,288 *	-0,021	0,201	0,149	0,505	0,886 *	0,838 *	0,64 *	0,398 *	_

IOT- Intubação Orotraqueal. TQT- Traqueostomia. VM- Ventilação Mecânica. UTI- Unidade de Terapia Intensiva. Correlação linear de Person, onde se admitiu os valores de concordância: < 0,40 pobre, entre 0,40 e 0,75 moderada e > 0,75 excelente. *Valores que obtiveram $p \leq 0,05$.

6- DISCUSSÃO

O presente estudo demonstra, que os pacientes participantes do GC possuíam uma média de idade menor quando comparado com o GNC, mostrando que os indivíduos com uma idade mais avançada tiveram um prognóstico mais grave. O APACHE II, é calculado na admissão do paciente na UTI, e têm sido utilizado para determinar a gravidade, buscando identificar, junto a outros fatores, a gravidade e os preditores de mortalidade no sentido de direcionar a assistência dos profissionais de saúde ¹¹.

O tempo de permanência na UTI, de internação hospitalar e o uso prolongado de ventilação mecânica favorecem ao comprometimento tanto da estrutura como da função, e podem restringir a atividade e participação desses indivíduos muito além da UTI ¹². Em nosso estudo encontramos achados semelhantes, ao de Murakami e colaboradores ¹³, em que o grupo que não apresentou condição da avaliação funcional (GNC), permaneceu mais tempo de internação em UTI e hospitalar, quando comparado com os pacientes que responderam a avaliação da funcionalidade (GC) que permaneceram menos tempo de internação em UTI e hospitalar.

Dantas e colaboradores ¹⁴, mostraram que a disfunção muscular periférica, frequentemente encontrada em pacientes sob ventilação mecânica prolongada, associada à imobilização no leito, entre outros fatores, proporciona o desenvolvimento da fraqueza adquirida na UTI definida por meio da avaliação do escore do MRC-SS.

Na avaliação do MRC-SS de admissão observou-se uma pontuação inferior a 48, sugerindo o diagnóstico de fraqueza adquirida na UTI. Já na avaliação de alta foi encontrado um aumento da pontuação do MRC-SS, mostrando que houve uma melhora da força muscular indireta, o que pode ter contribuído para essa melhora é o fato de que os pacientes internados

na UTI do HRC tinham o acompanhamento de uma equipe de fisioterapia. E dados de ensaios clínicos existentes sugerem que as intervenções destinadas a incentivar a atividade e a mobilização precoce na UTI podem reduzir a duração da VM, o tempo de permanência na UTI e ao mesmo tempo melhorar a função física em sobreviventes ^{15,16}.

Na avaliação funcional pela escala FSS-ICU, verificou-se que houve diferença significativa nas categorias A (troca de decúbito), B (deitado para sedestação), e na E (deambulação), e na pontuação total, mostrando que os participantes melhoram a capacidade funcional até a alta da UTI, o que pode estar relacionado à melhora do quadro clínico. Trush e colaboradores ¹⁷, encontraram melhora significativa em todas as 5 categorias do FSS-ICU da admissão em UTI até a alta, com maiores melhoras nas seguintes categorias: categoria B (deambulação) e categoria E (transferência de deitado para sentado), corroborando com os achados do presente estudo.

A associação evidenciada com a idade e o APACHE II, pode ser justificada pelo fato de que tanto a idade mais avançada como o maior escore de APACHE II têm influência significativa sobre o sistema ostemioarticular, resultando em uma maior dificuldade na recuperação funcional, o que pode justificar o pior desfecho observado entre os pacientes com maior faixa etária ¹⁸. Isso pode ser observado na tabela 5, em que mostra a correlação da idade com o APACHE II,

A fraqueza muscular na UTI para os pacientes que sobrevivem à fase aguda da doença crítica é um problema frequente e grave, que está associado com o aumento do tempo de internação, mortalidade, e diminuição do estado funcional, mesmo anos depois da doença aguda, e que tem sido marcado legado de fraqueza muscular do doente crítico, que ocorre em quase metade dos pacientes de UTI com sepse, insuficiência de múltiplos órgãos ou ventilação mecânica prolongada ⁹.

Um dos fatores que pode modificar o desfecho funcional dos pacientes internados na UTI são os fatores ambientais e a realização de fisioterapia, a qual objetiva promover a recuperação e a preservação da funcionalidade, resultando na redução do tempo de desmame e ventilação mecânica, e de internação, aprimorando a funcionalidade e a qualidade de vida pós-alta ⁴.

O presente estudo teve como limitações a condição clínica dos pacientes, por ser uma UTI com um perfil crônico os pacientes permaneciam muito tempo internado limitando o tamanho da amostra e por ser uma UTI geral em que havia diferentes perfis de pacientes internados.

7- CONCLUSÃO

O tempo de internação hospitalar, o tempo prolongado em ventilação mecânica e o APACHE II são fatores que iram influenciar na capacidade funcional do indivíduo, levando a uma redução da força muscular indireta.

As escalas MRC-SS e FSS-ICU, mostrando-se como instrumentos adequados para a avaliação dos indivíduos internados em UTI, e são de grande importância para verificar e acompanhar as complicações funcionais e motoras no âmbito hospitalar.

8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Bezerra, Giulyanna Karlla Arruda. Unidade de Terapia Intensiva- Perfil das admissões: Hospital Regional de Guarabira, Paraíba, Brasil. *R Bras Ci Saúde*. 2012. 16(4):491-496.
- 2- França, Eduardo Ériko Tenório de; Ferrari, Francimar; Fernandes, Patrícia; Cavalcanti, Renata; Duarte, Antonio; Martinez, Bruno Prata; Aquim, Esperidião Elias; Damaceno, Marta Cristina Paulete. Fisioterapia em pacientes críticos adultos: recomendações do Departamento de Fisioterapia da Associação de Medicina Intensiva Brasileira. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2012; 24(1):6-22.
- 3- Farias, Norma; Buchalla, Cassia Maria. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8(2): 187-93.
- 4- Curzel, Juliane; Junior, Luiz Adalberto Forgiarini; Rieder, Marcelo de Melo. Avaliação da independência funcional após alta da unidade de terapia intensiva. *Rev. Bras. Ter. Intensiva*, 2013;25 (2):93-98.
- 5- Borges, Vanessa Marcos; Oliveira, Rogério Carvalho de; Peixoto, Elzo; Carvalho, Nilza Aparecida Almeida de. Fisioterapia motora em pacientes adultos em terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2009; 21(4):446-452.

- 6- Martinez, Bruno Prata; Bispo, Amanda Oliveira; Duarte, Antônio Carlos; Neto, Mansueto Gomes. Declínio funcional em uma unidade de terapia intensiva. *Rev. Inspirar*.2013.Volume 5- Número 1- Edição 23.
- 7- Jonghe, B. D.; Sharsshar, T.; Lefaucheur, J.; Authier, F.; Durant- Zaleski, I.; Boussarsar, M, et al. Paresis acquired in the intensive care unit: a prospective multicenter study. *JAMA*, vol. 288, n. 22, p. 2859-67, 2002.
- 8- Slunga, Tatjana Paternostro; Stieger, Martina Grim; Posch, Martin; Schuhfried, Othmar; Vacariu, Gerda; Mittermaier, Christian; Bittner, Christian; Moser, Veronika Fialka. Reliability and validity of the Medical Research Council (MRC) scale and a modified scale for testing muscle strength in patients with radial palsy. *J Rehabil Med* 2008; 40: 665–671.
- 9- Hermans, G.; Clerckx, b.; Van Hullerbusch, T, et al. Interobserver agreement of Medical Research Council Sum-score and handgrip strength in the intensive care unit. *Muscle & Nerve*. 2012. 18-25.
- 10- Christakou, Anna; Papadopoulos, Emmanuel; Patsaki, Irini; Sidiras, Giorgos; Nanas, Serafeim. Functional Assessment Scales in a General Intensive Care Unit. A Review. *HOSPITAL CHRONICLES*. 2013. 8(4): 164–170.

- 11- Freitas, RFSF. Perfil e gravidade dos pacientes das unidades de terapia intensiva: aplicação prospectiva do escore APACHE II. *Rev Latino-Am Enferm.* 2010. 18(3):20–6.
- 12- Ntoumenopoulos, George. Rehabilitation during mechanical ventilation: Review of the recent literature. *Intensive and Critical Care Nursing*, 2015. 31, 125—132.
- 13- Murakami, Fernanda Murata et al. Evolução funcional de pacientes graves submetidos a um protocolo de reabilitação precoce. *Rev. bras. ter. intensiva [online]*. 2015. vol.27, n.2, pp. 161-169. ISSN 1982-4335.
- 14- Dantas, Camila; Figueiredo, Priscila; Siqueira, Fabio; Pinto, Rodrigo; Matias, Simone; Marciel, Caroline; Oliveira, Marcia; Albuquerque, Cláudio; Andrade, Flávio; Ramos, Francimar; França, Eduardo. Influência da mobilização precoce na força muscular periférica e respiratória em pacientes críticos. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2012; 24(2):173-178.
- 15- Connolly, Bronwen A; Jones, Gareth D; Curtis, Alexandra A; Murphy, Patric B; Douiri, Abdel; Hopkinson, Nicholas S; Polkey, Michael I; Moxham, John; Hart, Nicholas. Clinical predictive value of manual muscle strength testing during critical illness: an observational cohort study. *Critical Care* 2013, 17: R229

- 16- Tipping CJ; Young PJ, et al. A systematic review of measurements of physical function in critically ill adults. *Crit Care Resusc* 2012; 14: 302–311.
- 17- Thrush, Aaron; Rozek, Melanie; Dekerlegand, Jennifer. The Clinical Utility of the Functional Status Score for the Intensive Care Unit (FSS-ICU) at a Long Term Acute Care Hospital: A Prospective Cohort Study. *Physical Therapy* Volume 92 Número 12. 2012.
- 18- Feliciano V; Albuquerque CG; Andrade, FM; Danta CM; Lopez A; Ramos FF, et al. A influência da mobilização precoce no tempo de internamento em unidade de terapia intensiva. *ASSOBRAFIR Ciênc.* 2012;3(2):31-42

9– ANEXOS

ANEXO A – NORMAS DA REVISTA BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA

Escopo e política

O Brazilian Journal of Physical Therapy (BJPT) publica artigos originais de pesquisa, revisões e comunicações breves, cujo objeto básico de estudo refere-se ao campo de atuação profissional da Fisioterapia e Reabilitação, veiculando estudos clínicos, básicos ou aplicados sobre avaliação, prevenção e tratamento das disfunções de movimento.

O conselho editorial do BJPT compromete-se a publicar investigação científica de excelência, de diferentes áreas do conhecimento.

O BJPT segue os princípios da ética na publicação contidos no código de conduta do Committee on Publication Ethics (COPE).

O BJPT publica os seguintes tipos de estudo, cujos conteúdos devem manter vinculação direta com o escopo e com as áreas descritas pela revista:

a) Estudos observacionais: estudos que investigam relação(ões) entre variáveis de interesse relacionadas ao escopo e às áreas do BJPT, sem manipulação direta (ex: intervenção). Estudos observacionais incluem estudos transversais, de coorte e caso-controle.

Aspectos éticos e legais

A submissão do manuscrito ao BJPT implica que o trabalho não tenha sido submetido simultaneamente a outro periódico. Os artigos publicados no BJPT são de acesso aberto e distribuídos sob os termos do Creative Commons Attribution Non-

Commercial License (http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/deed.pt_BR), que permite livre uso não comercial, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a obra original esteja devidamente mantida. A reprodução de parte(s) de um manuscrito, mesmo que parcial, incluindo tradução para outro idioma, necessitará de autorização prévia do editor.

Os autores devem citar os créditos correspondentes. Ideias, dados ou frases de outros autores, sem as devidas citações e que sugiram indícios de plágio, estarão sujeitas às sanções conforme código de conduta do COPE.

Quando parte do material tiver sido apresentada em uma comunicação preliminar, em simpósio, congresso etc., deve ser citada a referência da apresentação como nota de rodapé na página de título.

O uso de iniciais, nomes ou números de registros hospitalares dos pacientes devem ser evitados. Um paciente não poderá ser identificado por fotografias, exceto com consentimento expreso, por escrito, acompanhando o trabalho original no momento da submissão.

Estudos realizados em humanos devem estar de acordo com os padrões éticos estabelecidos pelo Committee on Publication Ethics (COPE) e aprovados por um Comitê de Ética Institucional. Para os experimentos em animais, devem-se considerar as diretrizes internacionais (por exemplo, a do Committee for Research and Ethical Issues of the International Association for the Study of Pain, publicada em PAIN, 16:109-110, 1983).

Reserva-se ao BJPT o direito de não publicar trabalhos que não obedeçam às normas legais e éticas estabelecidas para pesquisas em seres humanos e experimentos em animais.

Forma e apresentação do manuscrito

Manuscritos originais

O BJPT considera a submissão de manuscritos originais com até 3.500 palavras (excluindo-se página de título, resumo, referências, tabelas, figuras e legendas). Informações contidas em anexo(s) serão computadas no número de palavras permitidas.

O manuscrito deve ser escrito preferencialmente em inglês. Quando a qualidade da redação em inglês comprometer a análise e a avaliação do conteúdo do manuscrito, os autores serão informados.

Recomenda-se que os manuscritos submetidos/traduzidos para o inglês venham acompanhados de certificação de revisão por serviço profissional de editing and proofreading. Tal certificação deverá ser anexada à submissão. Sugerem-se os seguintes serviços abaixo, não excluindo outros:

- American Journal Experts (<http://www.journalexperts.com>);
- Scribendi (www.scribendi.com);
- Nature Publishing Groups Language Editing (<https://languageediting.nature.com/login>).

Antes do corpo do texto do manuscrito (i.e., antes da introdução), deve-se incluir uma página de título e identificação, palavras-chave, o abstract/resumo e citar os pontos-chave do estudo. No final do manuscrito, devem-se inserir as referências, tabelas, figuras e anexos (se houver).

Título e identificação

O título do manuscrito não deve ultrapassar 25 palavras e deve apresentar o máximo de informações sobre o trabalho. Preferencialmente, os termos utilizados no título não devem constar da lista de palavras-chave.

A página de identificação do manuscrito deve conter os seguintes dados: Título completo e título resumido: com até 45 caracteres, para fins de legenda nas páginas impressas;

Autores: nome e sobrenome de cada autor em letras maiúsculas, sem titulação, seguidos por número sobrescrito (expoente), identificando a afiliação institucional/vínculo (unidade/instituição/cidade/ estado/ país). Para mais de um autor, separar por vírgula;

Autor de correspondência: indicar o nome, endereço completo, e-mail e telefone do autor de correspondência, o qual está autorizado a aprovar as revisões editoriais e complementar demais informações necessárias ao processo;

Palavras-chave: termos de indexação ou palavras-chave (máximo seis) em português e em inglês.

Abstract/Resumo

Uma exposição concisa, que não exceda 250 palavras em um único parágrafo, em português (resumo) e em inglês (abstract), deve ser escrita e colocada logo após a página de título. Referências, notas de rodapé e abreviações não definidas não devem ser usadas no resumo/abstract. O resumo e o abstract devem ser apresentados em formato estruturado.

Pontos-chave (Bullet points)

Em uma folha separada, o manuscrito deve identificar de três a cinco frases que capturem a essência do tema investigado e as principais conclusões do artigo. Cada ponto-chave deve ser redigido de forma resumida e deve informar as principais contribuições do estudo para a literatura atual, bem como as suas implicações clínicas (i.e., como os resultados podem impactar a prática clínica ou investigação científica na área de Fisioterapia e Reabilitação). Esses pontos deverão ser apresentados em uma caixa de texto

(i.e., box) no início do artigo, após o abstract. Cada um dos pontos-chave deve ter, no máximo, 80 caracteres, incluindo espaços, por itens.

Introdução

Deve-se informar sobre o objeto investigado devidamente problematizado, explicitar as relações com outros estudos da área e apresentar justificativa que sustente a necessidade do desenvolvimento do estudo, além de especificar o(s) objetivo(s) do estudo e hipótese(s), caso se aplique.

Método

Consiste em descrever o desenho metodológico do estudo e apresentar uma descrição clara e detalhada dos participantes do estudo, dos procedimentos de coleta, transformação/redução e análise dos dados de forma a possibilitar reprodutibilidade do estudo. Para ensaios clínicos, o processo de seleção e alocação dos participantes do estudo deverá estar organizado em fluxograma, contendo o número de participantes em cada etapa, bem como as características principais (ver modelo do fluxograma CONSORT).

Quando pertinente ao tipo de estudo, deve-se apresentar o cálculo amostral utilizado para investigação do(s) efeito(s). Todas as informações necessárias para a justificativa do tamanho amostral utilizado no estudo devem constar do texto de forma clara.

Devem ser descritas as variáveis dependentes e independentes; deve-se informar se os pressupostos paramétricos foram atendidos; especificar o programa computacional usado na análise dos dados e o nível de significância adotado no estudo e especificar os testes estatísticos aplicados e sua finalidade.

Resultados

Devem ser apresentados de forma breve e concisa. Resultados pertinentes devem ser reportados utilizando texto e/ou tabelas e/ou figuras. Não se devem duplicar os dados constantes em tabelas e figuras no texto do manuscrito.

Os resultados devem ser apresentados por meio de medidas de tendência e variabilidade (por ex: média (DP), evitar média±DP) em gráficos ou tabelas autoexplicativas; apresentar medidas da magnitude (por ex: tamanho do efeito) e/ou precisão das estimativas (por ex: intervalos de confiança); relatar o poder de testes estatísticos não significantes.

Discussão

O objetivo da discussão é interpretar os resultados e relacioná-los aos conhecimentos já existentes e disponíveis na literatura, principalmente àqueles que foram indicados na introdução. Novas descobertas devem ser enfatizadas com a devida cautela. Os dados apresentados no método e/ou nos resultados não devem ser repetidos. Limitações do estudo, implicações e aplicação clínica para as áreas de Fisioterapia e Reabilitação deverão ser explicitadas.

Referências

O número recomendado é de 30 referências, exceto para estudos de revisão da literatura. Deve-se evitar que sejam utilizadas referências que não sejam acessíveis internacionalmente, como teses e monografias, resultados e trabalhos não publicados e comunicação pessoal. As referências devem ser organizadas em sequência 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, elaborados pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas – ICMJE.

Os títulos de periódicos devem ser escritos de forma abreviada, de acordo com a List of Journals do Index Medicus. As citações das referências devem ser mencionadas

no texto em números sobrescritos (expoente), sem datas. A exatidão das informações das referências constantes no manuscrito e sua correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es).

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

Tabelas, Figuras e Anexos.

As tabelas e figuras são limitadas a cinco (5) no total. Os anexos serão computados no número de palavras permitidas no manuscrito. Em caso de tabelas, figuras e anexos já publicados, os autores deverão apresentar documento de permissão assinado pelo autor ou editores no momento da submissão.

Para artigos submetidos em língua portuguesa, a(s) versão(ões) em inglês da(s) tabela(s), figura(s) e anexo(s) e suas respectivas legendas deverão ser anexadas no sistema como documento suplementar.

- **Tabelas:** devem incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas (máximo permitido: uma página, tamanho A4, em espaçamento duplo), devem ser numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos e apresentadas no final do texto. Não se recomendam tabelas pequenas que possam ser descritas no texto. Alguns resultados simples são mais bem apresentados em uma frase e não em uma tabela.

- **Figuras:** devem ser citadas e numeradas, consecutivamente, em algarismos arábicos na ordem em que aparecem no texto. Informações constantes nas figuras não devem repetir dados descritos em tabela(s) ou no texto do manuscrito. O título e a(s) legenda(s) devem tornar as tabelas e figuras compreensíveis, sem necessidade de consulta ao texto. Todas as legendas devem ser digitadas em espaço duplo, e todos os símbolos e abreviações devem ser

explicados. Letras em caixa-alta (A, B, C etc.) devem ser usadas 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 não dificulte a análise dos dados. As figuras coloridas serão publicadas apenas na versão on-line. Em relação à arte final, todas as figuras devem estar em alta resolução ou em sua versão original. Figuras de baixa qualidade não serão aceitas e podem resultar em atrasos no processo de revisão e publicação.

- **Agradecimentos:** devem incluir declarações de contribuições importantes, especificando sua natureza. Os autores são responsáveis pela obtenção da autorização das pessoas/instituições nomeadas nos agradecimentos.

Comunicações breves ou short communication: O BJPT publicará um short communication por número (até seis por ano), e a sua formatação é semelhante à do artigo original, com 1200 palavras, até duas figuras, uma tabela e dez referências bibliográficas.



COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA - FEPECS/SES-DF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise do perfil funcional dos idosos internados na Unidade de Terapia Intensiva Adulto do Hospital Regional de Ceilândia.

Pesquisador: Renato Valduga

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 30442514.7.0000.5553

Instituição Proponente: Hospital Regional de Ceilândia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 643.727

Data da Relatoria: 12/05/2014

Apresentação do Projeto:

Sem alterações.

Objetivo da Pesquisa:

Sem alterações.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem alterações.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem alterações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador atendeu as pendências.

Recomendações:

Apresentar Relatório de acordo com o desenvolvimento do projeto, através da Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 643.727

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASILIA, 12 de Maio de 2014

Assinador por:
luiz fernando galvão salinas
(Coordenador)

10 – APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Pesquisadora responsável: Prof.^a Dr.^a Graziella França Bernardelli Cipriano

paciente internado na

- Unidade de Terapia Intensiva Adulto – HRC;
- Pronto Socorro – HRC;
- Unidade de Terapia Intensiva Adulto – HuB.

Está sendo convidado (a) a participar do projeto: “Análise do perfil de funcional dos adultos e idosos internados na Unidade de Terapia Intensiva Adulto de Hospitais Públicos do Distrito Federal.”

O objetivo geral desta pesquisa é analisar o perfil de funcionalidade dos pacientes idosos internados na Unidade de Terapia Intensiva Adulto de Hospitais Públicos do Distrito Federal.

Inicialmente, o paciente passará por uma avaliação geral composta por características sócio-demográficas, características clínicas, características gerais e avaliação clínica. Posteriormente a análise do Perfil, Força Muscular Indireta, Força Muscular Periférica, Função Pulmonar, Avaliação do Equilíbrio Corporal e da qualidade de vida.

O (a) Senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que os nomes em questão não aparecerão, sendo

mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-los (as). Os dados coletados não serão analisados e divulgados individualmente, mas em conjunto com os dados dos demais participantes desta pesquisa.

Informamos que o (a) Senhor (a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) Senhor (a).

A participação é voluntária, isto é, não há pagamento pela colaboração.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda dos pesquisadores.

Espera-se como principais resultados dessa pesquisa conhecer o perfil de funcionalidade dos adultos e idosos internados na UTI, PS do HRC e UTI do HuB, bem como da relação deste com os fatores contextuais do seu período de internação. A partir destas informações deseja-se que planos de ação, metas e estratégias de intervenção sejam traçados com o intuito de proporcionar maior qualidade de vida aos idosos internados na UTI, redução do tempo de internação hospitalar, das taxas de mortalidade e gastos públicos, melhorando a saúde funcional dos idosos internados nesta unidade.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para os pesquisadores, Renato Valduga- (61) 8158-9819, Profa Dra Graziella Cipriano (61) 8190-8111

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (parecer 643.727/2014), além de ser submetido à apreciação do CONEP (Resolução CNS 196/96).

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o (a) Senhor (a).

Ao assinar esse termo de consentimento e rubricar a primeira página, o (a) Senhor (a), como responsável pelo paciente em questão, está indicando que concorda em participar desse estudo.

Nome / assinatura

Prof.^a Dr.^a Graziella França Bernardelli Cipriano.

Brasília, _____ de _____ de _____.