



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

RAQUEL COSTA DE ALENCAR

A INFLUÊNCIA DO TREINO ORIENTADO À TAREFA EM INDIVÍDUOS COM AVC AGUDO

BRASÍLIA
2018

RAQUEL COSTA DE ALENCAR

A INFLUÊNCIA DO TREINO ORIENTADO À TAREFA EM INDIVÍDUOS COM AVC AGUDO

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): Prof. Dr. Sérgio Ricardo Menezes Mateus

Coorientador (a): M^a. Thaís Gontijo Ribeiro

BRASÍLIA
2018

RAQUEL COSTA DE ALENCAR

A INFLUÊNCIA DO TREINO ORIENTADO À
TAREFA EM INDIVÍDUOS COM AVC AGUDO

Brasília, 04/07/2018

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Dr. Sérgio Ricardo Menezes Mateus

Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB

Orientador

Prof.^a Dr.^a Aline Araújo do Carmo

Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB

Prof. Me. Paulo Henrique Barbosa

Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB

RESUMO

ALENCAR, Raquel Costa; Influência do treino orientado à tarefa em indivíduos com AVC. Monografia (Graduação) - Universidade de Brasília, Graduação em Fisioterapia, Faculdade de Ceilândia. Brasília, 2018.

Introdução: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma doença que, quando não leva ao óbito, pode levar à incapacidade funcional importante, tendo impacto diretamente em suas atividades de vida diária (AVD's). O objetivo foi avaliar a influência do treino orientado à tarefa em indivíduos com AVC agudo, durante a internação hospitalar, comparado à fisioterapia convencional. **Métodos:** Realizado um ensaio clínico não randomizado, em um hospital público do Distrito Federal em 2017. Foram incluídos indivíduos admitidos pela equipe de fisioterapia; de ambos os sexos; admitidos por um único evento de AVC; entre 36 e 87 anos; lesão na artéria cerebral média comprovada por exame de imagem ou confirmada pela equipe médica; tempo de internação entre 4 e 16 dias; avaliação inicial da escala *ICU Mobility Scale* (IMS) de 1 a 3. Os indivíduos com dados insuficientes no prontuário, desistência ou óbito foram excluídos. **Resultados:** Foram selecionados 23 indivíduos, dos quais 11 foram alocados no grupo que realizou treino orientado à tarefa, e 12 alocados no grupo que realizou fisioterapia convencional. Ambos os grupos foram submetidos às sessões de fisioterapia durante o período de internação, com até 50 minutos cada. Foram avaliados na admissão e na alta hospitalar a força muscular pela escala Medical Research Council (MRC), e a mobilidade pela IMS. Os indivíduos que realizaram o treino orientado à tarefa também foram avaliados pela escala Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM). **Conclusão:** O treino orientado à tarefa foi superior à fisioterapia convencional em relação à força muscular e à mobilidade em indivíduos com AVC agudo.

Palavras-chave: Modalidades De Fisioterapia, Acidente Vascular Cerebral, Força Muscular, Limitação da Mobilidade, Reabilitação do Acidente Vascular Cerebral.

ABSTRACT

ALENCAR, Raquel Costa; Influence of task-oriented training in individuals with acute stroke. Monography (University Graduation) - University of Brasília, Graduation in Physiotherapy, Faculty of Ceilândia. Brasília, 2018.

Introduction: Stroke is a disease that, when it does not lead to death, can lead to important functional disability, impacting directly on its activities of daily living (ADLs). This study aimed to evaluate the influence of task-oriented training in individuals with acute stroke during hospitalization. It was compared to conventional physiotherapy. **Methods:** A non-randomized clinical trial was conducted at a public hospital in the Federal District during the year 2017. Individuals admitted by the physiotherapy team were included; of both sexes; admitted by a single stroke event; age between 36 and 87 years; lesion in the middle cerebral artery proven by imaging examination or confirmed by the medical team; length of stay between 4 and 16 days; initial assessment of the ICU Mobility Scale (IMS) scale from 1 to 3. Individuals with insufficient data on patient records, withdrawal or death were excluded. **Results:** Twenty-three individuals were selected, of whom 11 were assigned to the task-oriented group, and 12 were assigned to the group that underwent conventional physiotherapy. Both groups were submitted to physical therapy sessions during the hospitalization period, with up to 50 minutes each. Pre-admission and hospital admission of muscle strength by the Medical Research Council (MRC) scale, and mobility by IMS (ICU Mobility Scale) were assessed. Individuals who completed task-oriented training were also rated by the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) scale. **Conclusion:** The task-oriented training was superior to conventional physiotherapy in relation to muscle strength and mobility in individuals with acute stroke.

Key words: Physical Therapy Modalities, Stroke, Muscle strength, Mobility limitation, Stroke rehabilitation.

SUMÁRIO

1. Introdução	10
2. Objetivos	11
2.1 Objetivos Gerais	11
2.2 Objetivo Específico	12
3. Métodos	12
3.1 Tipo de Estudo	12
3.2 Amostra	12
3.4 Instrumentos de avaliação	13
3.4.1 Medical Research Council (MRC)	13
3.4.2 ICU mobility scale (IMS)	14
3.4.3 Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM)	14
3.5 Tipos de intervenções	15
3.5.1 Fisioterapia Convencional	15
3.5.2 Treino Orientado à Tarefa	15
3.6 Análise dos dados	16
4. Resultados	16
5. Discussão	21
6. Conclusão	24
7. Referências	25
8. Anexos	29

8.1	ANEXO A - Normas da Revista Científica.....	29
8.2	ANEXO B – Escalas MRC e IMS.....	40
8.3	ANEXO C – Escala COPM	41
9.0	Apêndices.....	43
9.1	APÊNDICE A – Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa	43
9.2	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	50

LISTA DE ABREVIATURAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD's – Atividades De Vida Diária

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

HBDF – Hospital de Base do Distrito Federal

CEP/FS – Comitê de Ética em Pesquisa/ Faculdade de Saúde

G1 – Grupo 1

G2 – Grupo 2

IMS – *ICU Mobility Scale*

MRC – *Medical Research Council*

COPM – Medida Canadense de Desempenho Ocupacional

SNC – Sistema Nervoso Central

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Figura 1. Fluxograma do estudo.

Tabela 1. Caracterização da amostra (n=23).

Tabela 2. Fatores de risco associados ao Acidente Vascular Cerebral da amostra (n=23).

Tabela 3. Análise estatística das medianas das escalas MRC e IMS.

Tabela 4. Média, valores máximos e mínimos da pontuação da escala COPM dos indivíduos que realizaram o treino orientado à tarefa.

1. Introdução

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um evento de origem vascular com sinais e sintomas súbitos, promovendo déficits cognitivo e/ou sensório-motor, com duração igual ou superior a 24 horas. Este evento é causado pela obstrução do fluxo sanguíneo cerebral, e pode ser classificado em: isquêmico, quando ocorre a obstrução de um vaso sanguíneo, e hemorrágico, quando ocorre a ruptura de um vaso sanguíneo e consequente extravasamento sanguíneo intraparenquimatoso ou subaracnóideo.¹

O AVC representa a segunda maior causa de morte no mundo e a principal causa de incapacidade funcional em adultos no Brasil. Esta é uma doença bastante dispendiosa, pois seus agravos podem levar à morte súbita e/ou grande incapacidade. Os principais fatores de risco do AVC dividem-se em três grupos, sendo eles modificáveis (HAS, tabagismo, diabetes mellitus), não modificáveis (Idade, gênero, raça) e grupo de risco potencial tais como sedentarismo, obesidade, alcoolismo.²

A incapacidade funcional varia de acordo com a gravidade, localização da lesão, fatores ambientais, dentre outros fatores, podem levar à alterações sensitivas, motoras e/ou cognitivas, gerando prejuízos nas atividades funcionais, limitação das atividades de vida diária (AVD's), possível presença de déficits de linguagem, depressão e restrições a sua participação.^{2,3}

O sistema nervoso central (SNC) tem como uma de suas características a neuroplasticidade, que é a capacidade em se reorganizar e modificar estrutural e morfológicamente a partir de estímulos ambientais que recebe. Diante de lesões, o SNC utiliza dessa habilidade na tentativa de recuperar funções perdidas.⁴

Devido a isso, diferentes técnicas e métodos fisioterapêuticos em indivíduos com AVC têm sido estudadas, e alguns estudos demonstram a prevalência de seus benefícios nessa população, já que atuam na recuperação motora desses indivíduos, proporcionando relação com a melhora da incapacidade funcional, visando a neuroplasticidade como embasamento principal.^{5,6} O treinamento orientado à tarefa é uma delas, é um método focado em atividades funcionais específicas de acordo com as principais queixas do cotidiano do indivíduo.^{7,8} Por isso, deve-se considerar a recomendação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), onde considera que a reabilitação seja abrangente além da estrutura e função do corpo, mas também deve-se considerar a atividade e participação do indivíduo, bem como os fatores ambientais e pessoais.⁹

Já existem estudos que utilizaram o treino orientado à tarefa em pacientes com AVC crônico^{7,8}, entretanto não foram encontrados estudos que avaliaram a influência do treino orientado à tarefa em indivíduos com AVC agudo, durante sua internação hospitalar. Portanto, o objetivo deste estudo foi avaliar a influência do treino orientado à tarefa em indivíduos com AVC agudo, comparado à fisioterapia convencional.

2. Objetivos

2.1 Objetivos Gerais

Avaliar a influência do treino orientado à tarefa comparado à fisioterapia convencional em indivíduos com AVC agudo, durante a internação hospitalar.

2.2 Objetivo Específico

Comparar a funcionalidade de indivíduos que tiveram entre 4 e 16 dias de internação e realizaram sessões de treino orientado à tarefa em relação àqueles que realizaram fisioterapia convencional.

3. Métodos

3.1 Tipo de Estudo

Foi realizado um ensaio clínico não randomizado, no Pronto Socorro do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), durante o ano de 2017. Este estudo teve sua aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília (CAAE: 572037160.0000.0030). (Apêndice A)

3.2 Amostra

Foram selecionados 23 indivíduos, todos admitidos no Hospital de Base do Distrito Federal. Os indivíduos foram alocados em 2 grupos distintos: 12 foram alocados no grupo que realizou treinamento orientado à tarefa (Grupo 1) e 11 foram alocados no grupo que realizou fisioterapia convencional (Grupo 2). O grupo 1 foi selecionado por meio de um projeto de pesquisa e todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2). Já os indivíduos do grupo 2 foram selecionados por meio de prontuário eletrônico TrackCare, sistema eletrônico exclusivo da Secretaria de Estado de Saúde.

Os participantes tiveram os seguintes critérios de inclusão: indivíduos admitidos pela fisioterapia do hospital, de ambos os sexos; admitidos por um único evento de AVC; idade entre 36 e 87 anos; lesão na artéria cerebral média comprovada por exame de imagem; tempo de internação entre 4 e 16 dias; avaliação inicial da escala *ICU Mobility*

Scale (IMS) de 1 a 3. Foram excluídos os indivíduos com dados insuficientes no prontuário, desistência ou óbito.

3.3 Procedimentos

Posteriormente à admissão hospitalar, os indivíduos foram avaliados após 24 horas de evento, aqueles que apresentaram estabilidade hemodinâmica e neurológica foram admitidos na fisioterapia e realizaram as avaliações com as escalas IMS, referente à mobilidade, e Medical Research Council (MRC), referente à força muscular, sendo assim selecionados para a pesquisa.

Os indivíduos que fizeram parte do grupo 1 foram avaliados, além dessas escalas, pela escala Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM), pois realizaram treino orientado à tarefa. O grupo 2 realizou apenas a fisioterapia convencional.

3.4 Instrumentos de avaliação

As escalas *Medical Research Council* e *ICU mobility scale* foram aplicadas a todos os indivíduos de ambos os grupos. A escala *Canadian Occupational Performance Measure* foi aplicada apenas para os indivíduos que realizaram o treino orientado à tarefa. Todas as escalas foram aplicadas por profissionais previamente treinados, no momento da admissão do indivíduo para a fisioterapia e na alta hospitalar.

3.4.1 *Medical Research Council (MRC)*

A MRC é uma escala confiável e validada para indivíduos com doença pulmonar obstrutiva crônica, não é validada para indivíduos com AVC¹⁰, porém foi utilizada no estudo devido sua utilização corriqueira nessa população. É uma escala de fácil aplicação, que avalia a força de 6 grupos musculares, tanto dos membros superiores como dos

inferiores bilateralmente: abdutores de ombro, flexores de cotovelo, extensores de punho, flexores de quadril, extensores de joelho e dorsiflexores de tornozelo. Cada grupo muscular é avaliado pela escala de força muscular, graduada de 0 a 5, onde 0 é paralisia total e 5 a força muscular é considerada normal. A pontuação final ocorre com a soma dos valores dos grupos musculares, podendo variar entre 0 (tetraparesia completa) e 60 (força muscular normal)¹¹ (Anexo B).

3.4.2 *ICU mobility scale (IMS)*

A *ICU mobility scale* é uma escala traduzida e adaptada para o português, confiável e validada que avalia a mobilidade, comumente utilizada em indivíduos internados em hospitais de alta complexidade em diversas condições clínicas críticas. A IMS é uma escala com pontuação de 0 a 10, na qual 10 o indivíduo realiza a marcha de forma independente e sem dispositivo auxiliar, e 0 realiza todas as transferências no leito com auxílio.^{12,13}

O comprometimento funcional dos indivíduos foi dividido neste estudo em leve ($IMS \geq 3$), moderado ($IMS > 0$ e < 3) e grave ($IMS = 0$), e foram considerados de acordo com os objetivos deste estudo, apenas os indivíduos que apresentaram comprometimento leve e moderado. (Anexo B)

3.4.3 *Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM)*

A Medida Canadense de Desempenho Ocupacional é um instrumento padronizado, que visa mensurar o impacto de uma intervenção através da percepção do entrevistado. É capaz de avaliar o desempenho e a satisfação do indivíduo por meio de suas ocupações e expectativas de realizações das atividades. Esta escala foi criada em 1990 por Law et al, e traduzida em 2009 para o português. É considerada de boa aplicabilidade em indivíduos

com AVC. Em primeiro momento foram selecionadas 5 atividades principais em que o indivíduo havia interesse em treinar durante a intervenção. Foram avaliadas as atividades: autocuidado, trabalho e lazer, onde o indivíduo atribuiu a cada atividade sua respectiva importância, variando de 1 (não é importante de nenhuma forma) a 10 (extremamente importante) e seu desempenho em realizá-la, variando de 1 (incapaz de realizar) a 10 (extremamente capaz).¹⁴ (Anexo C)

3.5 Tipos de intervenções

As intervenções fisioterapêuticas foram realizadas uma vez ao dia, por três profissionais treinados, cada atendimento teve duração de até 50 minutos. Todos os indivíduos admitidos neste estudo realizaram fisioterapia durante a internação. O treino orientado à tarefa foi realizado pelo grupo 1 (G1), enquanto o grupo 2 (G2) realizou fisioterapia convencional.

3.5.1 Fisioterapia Convencional

As estratégias utilizadas nesse processo de intervenção basearam-se na cinesioterapia ativa ou passiva, a partir da avaliação do indivíduo, e incluiu o treino de sedestação, ortostase, transferências e posicionamentos com mudanças em intervalos regulares, controle de tronco, descarga de peso e orientações aos familiares.^{15,16}

3.5.2 Treino Orientado à Tarefa

A seleção das tarefas foi previamente rastreada por meio da escala COPM. A principal característica desta intervenção é a atividade repetida, com progressão de exercícios de acordo com as necessidades do indivíduo. Desse modo, o treino orientado à tarefa foi realizado de forma personalizada a partir das queixas e necessidades de cada indivíduo, com base em tarefas e movimentos funcionais, realizados de forma unilateral e

bilateralmente. O uso de objetos reais foi utilizado para simular suas atividades de vida diária e durante a execução das tarefas, foi realizado correções de possíveis compensações por meio do *feedback* verbal. O período de atividade foi intercalado com período de descanso, a depender da resposta motora do indivíduo.¹⁷

3.6 Análise dos dados

Para as análises descritivas foram realizadas médias e valores mínimos e máximos. Foi realizado o teste Shapiro-Wilk para avaliar a normalidade das variáveis, onde todas tiveram distribuição não-normal. Foi utilizado o teste de Friedman para analisar o antes e o depois de cada intervenção, entre grupos: treino orientada à tarefa e fisioterapia convencional. E o teste de Wilcoxon foi utilizado para analisar os momentos pré e pós de cada intervenção fisioterapêutica de forma pareada. Foi considerando $\alpha=5\%$. Foram utilizados os programas Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 2.3 e o Microsoft Office Excel 2013.

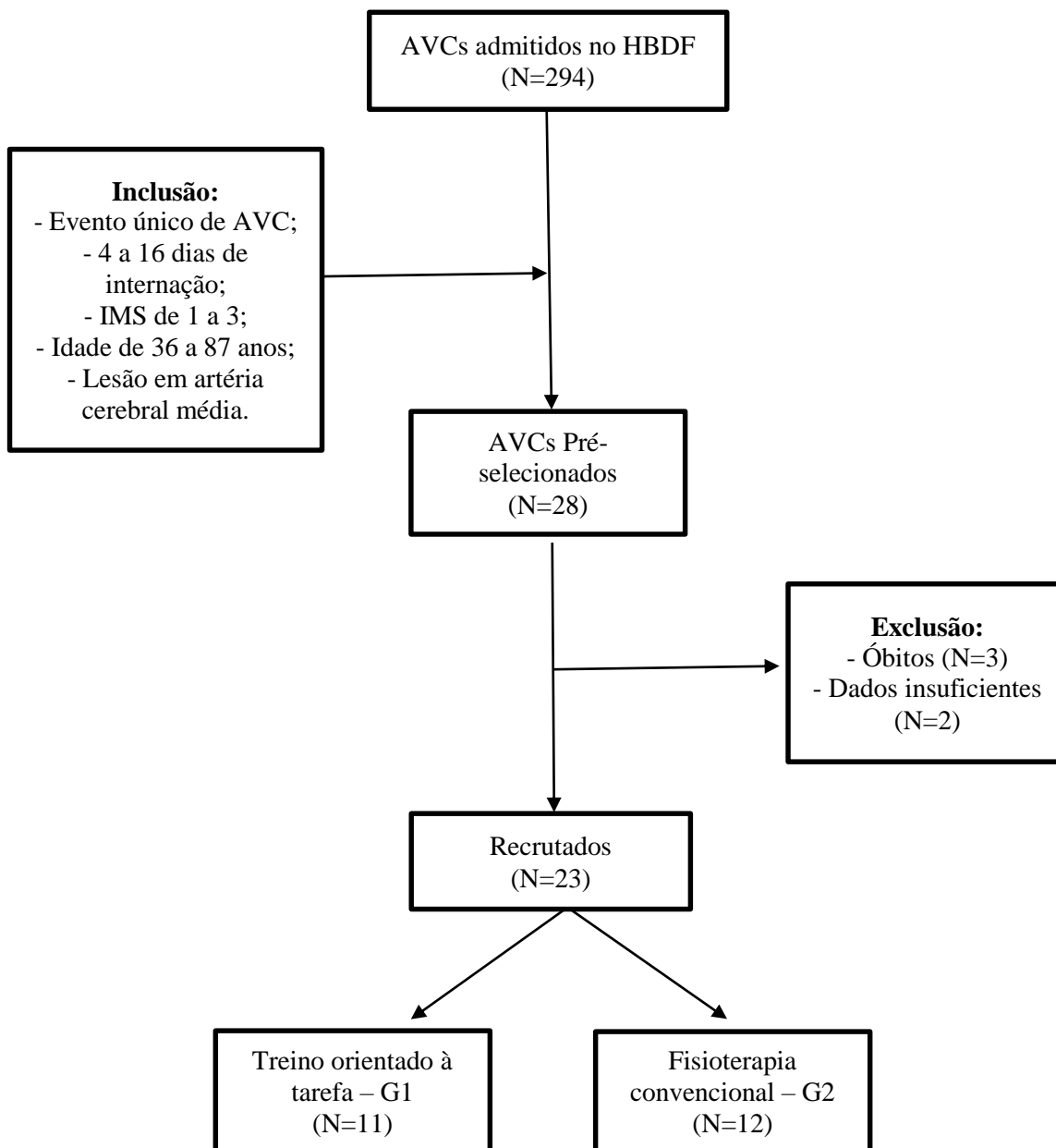
Para as análises das escalas IMS e MRC foram realizadas comparações antes e após a intervenção fisioterapêutica por meio de medianas. Para análise da escala IMS foi necessário referenciar a pontuação em porcentagem. Foram utilizados os programas Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 2.3 e o Microsoft Office Excel 2013.

4. Resultados

De 294 prontuários de indivíduos admitidos com AVC agudo no HBDF no ano de 2017, a partir dos critérios de inclusão demonstrados na Figura 1, 28 indivíduos foram inicialmente incluídos neste estudo, destes, 3 evoluíram à óbito e 2 não apresentaram dados suficientes no sistema TrackCare, totalizando 23 indivíduos para o estudo, dos

quais 11 realizaram prática orientada à tarefa (G1) e 12 realizaram fisioterapia convencional (G2).

Figura 1. Fluxograma do estudo.



AVC: Acidente Vascular Cerebral; HBDF: Hospital de Base do Distrito Federal; G1: grupo que realizou o treino orientado à tarefa, G2: grupo que realizou a fisioterapia convencional; IMS (ICU *Mobility Scale*).

A caracterização da amostra foi demonstrada na tabela 1, pode-se observar que os grupos são similares, exceto pela variável sexo. A média do tempo de internação foi o mesmo que da média do tempo de intervenção, pois, todos os indivíduos internados realizaram fisioterapia.

Tabela 1. Caracterização da amostra (n=23).

Variável	Frequência (G1)	Frequência (G2)
	(N= 11)	(N= 12)
Sexo, n masculino (%)	9 (81,8)	6 (50)
Idade (anos), média (variação)	58,45 (36-87)	64,33 (42-87)
Hemisfério acometido, n direito (%)	7 (63,6)	7 (58,3)
Dias de internação (dias), média (variação)	10 (4-16)	8,6 (5-12)

% = porcentagem; G1: grupo que realizou o treino orientado à tarefa, G2: grupo que realizou a fisioterapia convencional.

Dentre os principais fatores de risco associados ao AVC, dos 23 participantes desta pesquisa, destacam-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), o etilismo e o tabagismo, como observado na tabela 2.

Tabela 2. Fatores de risco associados ao Acidente Vascular Cerebral da amostra (n=23).

Fatores de risco	G1 (%) (N=11)	G2 (%) (N=12)	Total (N=23)
HAS	7 (63,63)	8 (66,66)	15 (65,21)
DM	2 (18,18)	3 (25)	5 (21,73)
Etilismo	3 (27,27)	3 (25)	6 (26,08)
Tabagismo	3 (27,27)	4 (33,3)	7 (30,43)
Doença pulmonar	0	2 (16,66)	2 (8,69)
Doença cardiológica	2 (18,18)	0	2 (8,69)
Doença vascular	1 (9,09)	3 (25)	4 (17,39)
Doença neurológica	1 (9,09)	1 (8,3)	2 (8,69)
Doença metabólica	1 (9,09)	1 (8,3)	2 (8,69)
Doença reumatológica	1 (9,09)	0	1 (4,34)
Doença renal	0	1 (8,3)	1 (4,34)
Outras doenças	1 (9,09)	4 (33,3)	5 (21,73)

% = porcentagem; Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS); Diabetes Mellitus (DM); G1: grupo treino orientado à tarefa;

G2: grupo fisioterapia convencional

Na análise entre os grupos treino orientado à tarefa e fisioterapia convencional, o teste de Friedman mostrou que as distribuições entre o pré e pós intervenção da escala IMS ($p < 0,001$) e da escala MRC ($p < 0,005$) foram diferentes. Seguindo com a análise do pré e pós de cada grupo, o teste de Wilcoxon evidenciou que no grupo treino orientado à tarefa (G1) houve diferença estatística tanto na escala MRC como na escala IMS. Já no grupo fisioterapia convencional (G2), não houve diferença estatística entre o pré e pós intervenção na MRC, apenas na escala IMS. Considerando que nos dois grupos houve diferença estatística em relação à escala IMS, pode-se observar que houve um efeito

maior no G1. A tabela 3 demonstra os valores das medianas, máximos e mínimos das escalas IMS e MRC, nos momentos pré e pós intervenção.

Tabela 3. Análise estatística das medianas das escalas MRC e IMS.

Grupos	MRC (Pré)	MRC (Pós)	P	IMS (Pré)	IMS (Pós)	P
G1	30 (30 - 37)	33	p= 0,011*	3 (1 - 3)	4 (1-7)	p= 0,011*
G2	30 (23 - 54)	31 (29 - 60)	p= 0,136	3 (1 - 3)	3 (1-10)	p= 0,027*

MRC (*Medical Research Council*); IMS (*ICU Mobility Scale*); considerando o nível de significância p= 0,05. Entre parênteses

valores mínimos e máximos. G1: grupo treino orientado à tarefa; G2: grupo fisioterapia convencional

Na análise da escala COPM, o teste de Wilcoxon demonstrou diferença estatística significativa no pré e pós intervenção do grupo que realizou treino orientado à tarefa, tanto no desempenho como na satisfação. A tabela 4 demonstra os valores das médias e os valores máximos e mínimos da escala tanto na admissão (pré) como na alta (pós).

Tabela 4. Média, valores máximos e mínimos da pontuação da escala COPM dos indivíduos que realizaram o treino orientado à tarefa.

	Pré		Pós		p
	Média	Varição	Média	Varição	
Desempenho	1,39	(1 - 4)	3,21	(1 - 4,8)	p=0,005*
Satisfação	1,47	(1 - 5)	3,48	(1- 5,6)	p=0,008*

COPM (*Canadian Occupational Performance Measure*); *Considerando o nível de significância p= 0,05.

5. Discussão

Os fatores de risco com maior prevalência deste estudo foram HAS, DM, etilismo, tabagismo. Dado parecido com um estudo que analisou a prevalência dos fatores de risco mais comuns em 688 indivíduos, o qual evidenciaram a prevalência de 75,1% de HAS, e 22,6% com diagnóstico de diabetes.¹⁸ Em relação à variável sexo, observou-se que o gênero masculino foi o predominante com 65,21% (n=15), corroborando com outro estudo que afirmou maior prevalência no episódio de doenças cerebrovasculares em indivíduos do sexo masculino¹⁹ e contrariando outros estudos que observaram maior prevalência em indivíduos do sexo feminino.^{20,21}

O AVC compromete mais comumente a população adulta, especialmente a partir da quinta e sexta década de vida, tais dados estão em consonância com a amostra desta pesquisa, a qual evidenciou média de idade de 61,52 anos (dp= 14,11). Outra variável verificada foi o hemisfério acometido, o acometimento do hemisfério direito teve maior prevalência com 60,86% (n=14) da amostra, bem como estudo prévio.²¹

O objetivo deste estudo foi avaliar a influência do treino orientado à tarefa sobre a funcionalidade em indivíduos com AVC agudo. A partir da análise dos resultados, observa-se que o treino orientado à tarefa teve maior efeito nos aspectos força muscular e mobilidade quando comparado à fisioterapia convencional. Não foram encontrados estudos específicos sobre este modelo de reabilitação para AVC agudo. Entretanto, há descrição de exercícios orientados à tarefa, dentro de um programa de reabilitação voltado a indivíduos com AVC crônico que apresentou resultado na otimização do aprendizado, favorecendo a transferência da reabilitação de componentes motores para outras tarefas funcionais da vida diária.²²

Na prática clínica, ainda é comum observar métodos de intervenção que visam a reabilitação compensatória, entretanto, uma transição está acontecendo porque a pesquisa neurocientífica mostrou que as alterações neuroplásticas no córtex cerebral e em outras partes do SNC estão necessariamente ligadas ao treinamento de habilidades motoras nos membros afetados. O treinamento orientado a tarefas que enfoca a prática do desempenho motor qualificado é o elo crítico para facilitar a reorganização neural e a "religação" no SNC. Portanto, sempre que possível, o treinamento orientado a tarefas em um nível intenso deve ser incorporado ao programa de reabilitação de qualquer paciente com déficits motores relacionados ao AVC.²³

Alguns métodos de intervenção em indivíduos com AVC agudo no ambiente hospitalar envolvem o treino de tronco precoce, a mobilização precoce e a cinesioterapia passiva e ativa. Em estudos que avaliaram o treino de tronco precoce associado à reabilitação convencional ou à tarefas de exploração espacial em indivíduos na fase aguda do AVC, observou-se que esse método não promoveu respostas significativas na recuperação funcional, entretanto demonstrou efeitos positivos na melhora da recuperação da hêmiparêse e equilíbrio ao sentar e levantar.¹⁶

Estudos demonstraram que fisioterapia por meio da mobilização precoce foi realizada ainda nas primeiras vinte e quatro horas após o evento, não apresentando risco para o indivíduo em relação à estabilidade clínica, mesmo em casos mais graves, e mostrou-se eficaz no ganho de independência nas atividades básicas de vida diária.¹⁵

As escalas escolhidas para a avaliação de força muscular e mobilidade foram selecionadas pela facilidade de aplicação e baixo custo para a aplicação^{13,14}, quesito importante a ser considerado pelos profissionais da saúde que precisam de medidas clínicas com essas características para a avaliação na prática clínica. Existem outros

métodos de avaliação da força muscular, como a dinamometria²⁴ e avaliação da ativação muscular, como a eletromiografia de superfície.²⁵ Entretanto, na literatura há uma escassez de estudos de avaliações relacionados à força muscular em indivíduos com AVC agudo, o que sugere a necessidade de validação de métodos de avaliação mais simples e com custos acessíveis.

A escala COPM pode favorecer a intervenção através da forma de rastreamento de atividades centradas no interesse do indivíduo, trabalhando com perspectivas e metas significantes para o indivíduo.¹⁴ Os resultados apontados neste estudo corroboraram com um estudo realizado anteriormente com 80 indivíduos com AVC agudo, com objetivo de investigar a aplicabilidade desta escala nessa população, demonstrando que o COPM pode ser um instrumento válido para atestar a eficácia de uma intervenção, partindo da perspectiva do indivíduo quanto a auto avaliação de desempenho e satisfação.²⁶

A descrição dos efeitos do treino orientado à tarefa em onze pacientes com AVC agudo torna-se importante pela escassez deste assunto na literatura, pela prevalência atual de casos, pelas características específicas destes indivíduos que dificultam a realização de atividades diárias e, conseqüentemente, ocasionam um declínio na funcionalidade, mas a descrição destes efeitos em apenas onze pacientes é uma limitação do estudo. Outra limitação deste estudo se deu na dificuldade em encontrar um local que aplique este método de intervenção.

Embora haja grande incidência de AVC agudo provocando considerável impacto socioeconômico, não é possível determinar quais são as melhores escolhas de abordagens para sua reabilitação, já que há uma falta de estudos com embasamento teórico que justifiquem as práticas clínicas e seus sucessos. Demonstra-se, portanto, a necessidade de

mais estudos com intervenção fisioterapêutica em indivíduos com AVC agudo e a necessidade da realização de ensaios clínicos aleatorizados.

6. Conclusão

Os achados do estudo sugerem que o treino orientado à tarefa realizado em indivíduos hospitalizados, na fase aguda do AVC, resultou em maiores ganhos relacionados à força muscular após a intervenção, quando comparado à fisioterapia convencional. Em relação à mobilidade, ambos tiveram ganhos, mas o grupo que realizou o treino orientado à tarefa obteve maior efeito. Em relação ao desempenho e satisfação, para os indivíduos que realizaram o treino orientado à tarefa observou-se melhora significativa em obtenção de metas individualizadas.

7. Referências

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. WHO STEPS stroke manual: the WHO STEPwise approach to stroke surveillance. 2005.
2. BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral. 2013.
3. FERRAZ, Inês; NORTON, Andreia; SILVEIRA, Celeste. Depressão e acidente vascular cerebral: Causa ou consequência?. *Arquivos de Medicina*, v. 27, n. 4, p. 148-153, 2013.
4. DE OLIVEIRA, Claudia Eunice Neves; SALINA, Maria Elisabete; ANNUNCIATO, Nelson Francisco. Fatores ambientais que influenciam a plasticidade do SNC. *Acta Fisiátrica*, v. 8, n. 1, p. 6-13, 2016.
5. BERNHARDT, Julie et al. A very early rehabilitation trial for stroke (AVERT): phase II safety and feasibility. *Stroke*, v. 39, n. 2, p. 390-396, 2008.
6. DENEHY, Linda et al. Exercise rehabilitation for patients with critical illness: a randomized controlled trial with 12 months of follow-up. *Critical Care*, v. 17, n. 4, p. R156, 2013.
7. JEON, Byoung-Jin; KIM, Won-Ho; PARK, Eun-Young. Effect of task-oriented training for people with stroke: a meta-analysis focused on repetitive or circuit training. *Topics in stroke rehabilitation*, v. 22, n. 1, p. 34-43, 2015.
8. KIM, Chang-Yong et al. Lower extremity muscle activation and function in progressive task-oriented training on the supplementary tilt table during stepping-like movements in patients with acute stroke hemiparesis. *Journal of Electromyography and Kinesiology*, v. 25, n. 3, p. 522-530, 2015.

9. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CIF: classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. 2003.
10. SALE, Patrizio et al. Recovery of hand function with robot-assisted therapy in acute stroke patients: a randomized-controlled trial. *International Journal of Rehabilitation Research*, v. 37, n. 3, p. 236-242, 2014.
11. FANG, Yannan et al. A study on additional early physiotherapy after stroke and factors affecting functional recovery. *Clinical rehabilitation*, v. 17, n. 6, p. 608-617, 2003.
12. HODGSON, Carol et al. Feasibility and inter-rater reliability of the ICU Mobility Scale. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, v. 43, n. 1, p. 19-24, 2014.
13. KAWAGUCHI, Yurika Maria Fogaça et al. Perme Intensive Care Unit Mobility Score and ICU Mobility Scale: translation into Portuguese and cross-cultural adaptation for use in Brazil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 42, n. 6, p. 429-434, 2016.
14. CARSWELL, Anne et al. The Canadian Occupational Performance Measure: a research and clinical literature review. *Canadian journal of occupational therapy*, v. 71, n. 4, p. 210-222, 2004.
15. SILVA, Diana Célia Santos; NASCIMENTO, Carla Ferreira; BRITO, Eliana Sales. Efeitos da Mobilização Precoce nas Complicações Clínicas Pós-AVC: Revisão da Literatura. *Rev Neurocienc*, v. 21, n. 4, p. 620-7, 2013.
16. VERHEYDEN, Geert et al. Additional exercises improve trunk performance after stroke: a pilot randomized controlled trial. *Neurorehabilitation and neural repair*, v. 23, n. 3, p. 281-286, 2009.

17. TIMMERMANS, Annick AA et al. Influence of task-oriented training content on skilled arm-hand performance in stroke: a systematic review. *Neurorehabilitation and neural repair*, v. 24, n. 9, p. 858-870, 2010.
18. MARRONE, Luiz Carlos Porcello et al. Risk factors among stroke subtypes in Brazil. *Journal of stroke and cerebrovascular diseases*, v. 22, n. 1, p. 32-35, 2013.
19. BOTELHO, T. S. et al. Epidemiologia do acidente vascular cerebral no Brasil. *Revista Temas em Saúde*, v. 16, n. 2, p. 361-77, 2016.
20. CARVALHO-PINTO, Bárbara PB; FARIA, Christina DCM. Health, function and disability in stroke patients in the community. *Brazilian journal of physical therapy*, v. 20, n. 4, p. 355-366, 2016.
21. ROSA Tábada, MORAES Anaelena, TREVISAN Maria Elaine. Clinical and demographic characteristics of hospitalized stroke patients. *Rev. Neurociências*. v. 23 n.3, p. 405–412, 2015.
22. LEVY, Charles E. et al. Functional MRI evidence of cortical reorganization in upper-limb stroke hemiplegia treated with constraint-induced movement therapy. *American Journal of physical medicine & rehabilitation*, v. 80, n. 1, p. 4-12, 2001.
23. HARVEY, Richard L. Improving poststroke recovery: neuroplasticity and task-oriented training. *Current treatment options in cardiovascular medicine*, v. 11, n. 3, p. 251-259, 2009.
24. GUCLUOVER, A. et al. Determination the validity of the new developed Sport Experts (R) hand grip dynamometer, measuring continuity of force, and comparison with current Takei and Baseline (R) dynamometers. *JOURNAL OF*

- SPORTS MEDICINE AND PHYSICAL FITNESS, v. 55, n. 11, p. 1318-1321, 2015.
25. BALL, Nick; SCURR, Joanna. Electromyography normalization methods for high-velocity muscle actions: review and recommendations. *Journal of applied biomechanics*, v. 29, n. 5, p. 600-608, 2013.
26. JANSA, Jelka et al. The use of Canadian Occupational Performance Measure (COPM) in clients with an acute stroke. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, v. 50, n. 1, p. 18-23, 2004.

8. Anexos

8.1 ANEXO A - Normas da Revista Científica



ISSN 1413-3555 versão
impressa  ISSN 1809-
9246 versão online

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Escopo e política](#)
- [Forma e apresentação do manuscrito](#)
- [Submissão eletrônica](#)
- [Processo de revisão](#)
- [Áreas do conhecimento](#)

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](#)).

A Revista adota o sistema IThenticate para verificação de indícios de plágio nos manuscritos submetidos.

Política de acesso aberto - O BJPT é publicado no modelo de acesso aberto e gratuito para leitura, download, cópia e disseminação, desde que seja por objetivos educacionais.

Nenhuma taxa será cobrada dos autores pela submissão e publicação dos artigos.

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 experimentais: estudos que investigam efeito(s) de uma ou mais intervenções em desfechos diretamente vinculados ao escopo e às áreas do BJPT.

A Organização Mundial de Saúde define ensaio clínico como "qualquer estudo que aloca prospectivamente participante ou grupos de seres humanos em uma ou mais intervenções

relacionadas à saúde para avaliar efeito(s) em desfecho(s) em saúde". Ensaios clínicos incluem estudos experimentais de caso único, séries de casos, ensaios controlados não aleatorizados e ensaios controlados aleatorizados. Estudos do tipo ensaio controlado aleatorizado (ECA) devem seguir as recomendações de formatação do CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials), que estão disponíveis em <http://www.consort-statement.org/consort-statement/overview0/>.

O CONSORT checklist e Statement Flow Diagram, disponíveis em <http://www.consortstatement.org/downloads/translations> deverão ser preenchidos e submetidos juntamente com o manuscrito.

Os ensaios clínicos deverão informar registro que satisfaça o Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, ex. <http://clinicaltrials.gov/> e/ou <http://anzctr.org.au/>. A lista completa de todos os registros de ensaios clínicos pode ser encontrada no seguinte endereço: <http://www.who.int/ictrp/network/primary/en/index.html>

Recomendamos que todos os ensaios clínicos sejam registrados prospectivamente no site www.clinicaltrials.gov

b) 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.

c) Estudos qualitativos: estudos cujo foco refere-se à compreensão das necessidades, motivações e comportamentos humanos. O objeto de um estudo qualitativo é pautado pela análise aprofundada de uma unidade ou temática, o que inclui opiniões, atitudes, motivações e padrões de comportamento sem quantificação. Estudos qualitativos incluem pesquisa documental e estudo etnográfico.

d) Estudos de revisão de sistemática: estudos que realizam análise e/ou síntese da literatura de tema relacionado ao escopo e às áreas do BJPT. Manuscritos de revisão sistemática que incluem metanálise terão prioridade em relação aos demais estudos de revisão sistemática. Aqueles manuscritos que apresentam quantidade insuficiente de artigos e/ou artigos de baixa qualidade selecionados na seção de método e que não apresentam conclusão assertiva e válida sobre o tema não serão considerados para a análise de revisão por pares. Os autores deverão utilizar o guideline PRISMA (Preferred

Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) para a formatação de Artigos de Revisão Sistemática. Esse guideline está disponível em: <http://prisma-statement.org/statement.htm> e deverá ser preenchido e submetido juntamente com o manuscrito. Sugere-se que potenciais autores consultem o artigo Mancini MC, Cardoso JR, Sampaio RF, Costa LCM, Cabral CMN, Costa LOP. Tutorial for writing systematic reviews for the Brazilian Journal of Physical Therapy (BJPT). Braz J Phys Ther. 2014 Nov-Dec; 18(6):471-480. <http://dx.doi.org/10.1590/bjpt-rbf.2014.0077>.

e) Estudos de tradução e adaptação transcultural de questionários ou roteiros de avaliação: estudos direcionados a traduzir e adaptar para línguas e culturas distintas a versão original de instrumentos de avaliação existentes. Os autores deverão utilizar o check-list (Anexo) para a formatação desse tipo de artigo, seguindo também as demais recomendações das normas do BJPT. Respostas ao check-list deverão ser submetidas juntamente com o manuscrito. É igualmente necessário que os autores incluam uma autorização dos autores do instrumento original, objeto da tradução e/ou adaptação transcultural na submissão.

f) Estudos metodológicos: estudos centrados no desenvolvimento e/ou avaliação das propriedades e características clinimétricas de instrumentos de avaliação. Aos autores, sugere-se utilizar os Guidelines for Reporting Reliability and Agreement Studies (GRRAS) para a formatação de artigos metodológicos, seguindo também as demais recomendações das normas do BJPT.

OBS: Estudos que relatam resultados eletromiográficos devem seguir também o Standards for Reporting EMG Data, recomendados pela ISEK - International Society of Electrophysiology and Kinesiology (<http://www.isek.org/wp-content/uploads/2015/05/Standards-for-Reporting-EMG-Data.pdf>).

g) Estudos de protocolos de ensaios clínicos: O BJPT aceita a publicação de protocolos de ensaios clínicos. Serão aceitos somente protocolos que forem consideravelmente financiados, tiverem aprovação de um comitê de ética e estiverem registrados de forma prospectiva. Os autores devem utilizar o SPIRIT statement para formatar seu manuscrito (<http://www.spirit-statement.org>).

h) 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.

Os tipos de estudo abaixo serão considerados de baixa prioridade de publicação: revisões narrativas; estudos de caso.

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 expresso, 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.

Crítérios de autoria

O BJPT recebe, para submissão, manuscritos com até seis (6) autores. A política de autoria do BJPT pauta-se nas diretrizes para a autoria do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, exigidas para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos (www.icmje.org), as quais afirmam que "a autoria deve ser baseada em 1) contribuições substanciais para a concepção e desenho ou aquisição de dados ou análise e interpretação dos dados; 2) redação do artigo ou revisão crítica do conteúdo intelectual e 3) aprovação final da versão a ser publicada." As condições 1, 2 e 3 deverão ser contempladas simultaneamente. Aquisição de financiamento, coleta de dados e/ou análise de dados ou supervisão geral do grupo de pesquisa, por si sós, não justificam autoria e deverão ser reconhecidas nos agradecimentos.

Os editores poderão analisar, em caso de excepcionalidade, solicitação para submissão de manuscrito que exceda seis (6) autores. Os critérios para a análise incluem o tipo de estudo, potencial para citação, qualidade e complexidade metodológica, entre outros. Nesses casos excepcionais, a contribuição de cada autor deve ser explicitada ao final do texto, após os agradecimentos e logo antes das referências, conforme orientações do "International Committee of Medical Journal Editors" e das "Diretrizes" para integridade na atividade científica, amplamente divulgadas pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (<http://www.cnpq.br/web/guest/diretrizes>).

Os conceitos contidos nos manuscritos são de responsabilidade exclusiva dos autores. Todo material publicado torna-se propriedade do BJPT, que passa a reservar os direitos autorais. Portanto, nenhum material publicado no BJPT poderá ser reproduzido sem a permissão, por escrito, dos editores. Todos os autores de artigos submetidos deverão assinar um termo de transferência de direitos autorais, que entrará em vigor a partir da data de aceite do trabalho.

Forma e apresentação do manuscrito

Manuscritos originais

A língua oficial do BJPT é o inglês. 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.**

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.

Os autores são fortemente encorajados a utilizar o Checklist EQUATOR network que é específico para cada tipo de estudo (por exemplo, CONSORT para ensaios clínicos, PRISMA para revisões sistemáticas ou STROBE para estudos observacionais).

Todos os checklists EQUATOR network são encontrados no seguinte link:

Submissão eletrônica

A submissão dos manuscritos, os quais devem ser em inglês e deverá ser efetuada por via eletrônica no site <http://www.scielo.br/rbfis>.

É de responsabilidade dos autores a eliminação de todas as informações (exceto na página do título e identificação) que possam identificar a origem ou autoria do artigo.

Ao submeter um manuscrito para publicação, os autores devem inserir como documento suplementar no sistema, além dos arquivos requeridos nas instruções acima, a Carta de encaminhamento do material, a Declaração de responsabilidade de conflitos de interesse e a Declaração de transferência de direitos autorais assinadas por todos os autores.

Processo de revisão

Os manuscritos submetidos que atenderem às normas estabelecidas e que se apresentarem em conformidade com a política editorial do BJPT serão encaminhados para os editores de área, que farão a avaliação inicial do manuscrito e enviarão ao editor chefe a recomendação ou não de encaminhamento para revisão por pares. Os critérios utilizados para análise inicial do editor de área incluem: originalidade, pertinência, relevância clínica e métodos. Os manuscritos que não apresentarem mérito ou não se enquadrarem na política editorial serão rejeitados na fase de pré-análise, mesmo quando o texto e a qualidade metodológica estiverem adequados. Dessa forma, o manuscrito poderá ser rejeitado com base apenas na recomendação do editor de área, sem necessidade de novas avaliações, não cabendo, nesses casos, recurso ou reconsideração. Os manuscritos selecionados na pré-análise serão submetidos à avaliação de especialistas, que trabalharão de forma independente. Os avaliadores permanecerão anônimos aos autores, assim como os autores não serão identificados pelos avaliadores. Os editores coordenarão as informações entre os autores e avaliadores, cabendo-lhes a decisão final sobre quais artigos serão publicados com base nas recomendações feitas pelos avaliadores e editores de área. Quando aceitos para publicação, os artigos estarão sujeitos a pequenas correções ou modificações que não alterem o estilo do autor. Quando recusados, os artigos serão acompanhados de justificativa do editor. Após publicação do artigo ou processo de revisão encerrado, os arquivos e documentação referentes ao processo de revisão serão eliminados.

Áreas do conhecimento

1. Fisiologia, Cinesiologia e Biomecânica; 2. Cinesioterapia/recursos terapêuticos; 3. Desenvolvimento, aprendizagem, controle e comportamento motor; 4. Ensino, Ética, Deontologia e História da Fisioterapia; 5. Avaliação, prevenção e tratamento das disfunções cardiovasculares e respiratórias; 6. Avaliação, prevenção e tratamento das disfunções do envelhecimento; 7. Avaliação, prevenção e tratamento das disfunções musculoesqueléticas; 8. Avaliação, prevenção e tratamento das disfunções neurológicas; 9. Avaliação, prevenção e tratamento nas condições da saúde da mulher; 10. Ergonomia/Saúde no trabalho.

8.2 ANEXO B – Escalas MRC e IMS

Classificação	Definição
0 Nada (deitado no leito)	Rolado passivamente ou exercitado passivamente pela equipe, mas não se movimentando ativamente
1 Sentado no leito, exercícios no leito	Qualquer atividade no leito, incluindo rolar, ponte, exercícios ativos, cicloergômetro e exercícios ativo assistidos; sem sair do leito ou sentado à beira do leito
2 Transferido passivamente para a cadeira (sem ortostatismo)	Transferência para cadeira por meio de guincho, elevador ou passante, sem ortostatismo ou sem sentar à beira do leito
3 Sentado à beira do leito	Pode ser auxiliado pela equipe, mas envolve sentar ativamente à beira do leito e com algum controle de tronco
4 Ortostatismo	Sustentação do peso sobre os pés na posição ortostática, com ou sem ajuda. Pode ser considerado o uso do guincho ou prancha ortostática.
5 Transferência do leito para cadeira	Ser capaz de dar passos ou arrastar os pés na posição em pé até a cadeira. Isto envolve transferir ativamente o peso de uma perna para outra para ir até a cadeira. Se o paciente já ficou em pé com auxílio de algum equipamento médico, ele deve ancorar até a cadeira (não aplicável se o paciente é levado por algum equipamento de elevação)
6 Marcha estacionária (à beira do leito)	Ser capaz de realizar marcha estacionária erguendo os pés de forma alternada (deve ser capaz de dar no mínimo 4 passos, dois em cada pé), com ou sem auxílio
7 Deambular com auxílio de 2 ou mais pessoas	O paciente consegue se distanciar pelo menos 5 metros do leito/ cadeira com auxílio de 2 ou mais pessoas
8 Deambular com auxílio de 1 pessoa	O paciente consegue se distanciar pelo menos 5 metros do leito/ cadeira com o auxílio de 1 pessoa
9 Deambulação independente com auxílio de um dispositivo de marcha	O paciente consegue se distanciar pelo menos 5 metros do leito/ cadeira com o uso de dispositivos de marcha, mas sem o auxílio de outra pessoa. Em indivíduos cadeirantes, este nível de atividade implica em se locomover com a cadeira de rodas de forma independente por 5 metros para longe do leito/ cadeira.
10 Deambulação independente sem auxílio de um dispositivo de marcha	O paciente consegue se distanciar pelo menos 5 metros do leito/ cadeira sem o uso de dispositivos de marcha ou o auxílio de outra pessoa.

*Traduzido com permissão de Hodgson et al.⁽¹⁾ e Elsevier.

FONTE: Kawaguchi et al, 2016.

Anexo 2. Escala Medical Research Council (MRC)

Movimentos avaliados

- Abdução do ombro
- Flexão do cotovelo
- Extensão do punho
- Flexão do quadril
- Extensão do joelho
- Dorsiflexão do tornozelo

Grau de força muscular

- 0 = Nenhuma contração visível
- 1 = Contração visível sem movimento do segmento
- 2 = Movimento ativo com eliminação da gravidade
- 3 = Movimento ativo contra a gravidade
- 4 = Movimento ativo contra a gravidade e resistência
- 5 = Força normal

Consiste em seis movimentos avaliados bilateralmente e grau de força muscular para cada movimento entre 0 (paralisia total) e 5 (força muscular normal). A pontuação total varia de 0 (retaparesia completa) a 60 (força muscular normal). Fonte: Adaptado de De Jonghe et al. (2005)⁽⁶⁾

FONTE: Pesquisa Google por escala MRC.

8.3 ANEXO C – Escala COPM

MEDIDA CANADENSE DE DESEMPENHO OCUPACIONAL (COPM)¹

Segunda Edição

Autores: Mary Law, Sue Baptiste, Anne Carroll, Mary Ann McCall, Helene Polatko, Nancy Pollack²

Nome do cliente: _____

Endereço: _____
Cidade/Estado

Telefone: _____

Clinica/Hospital: _____

Moto: _____

Registro nº: _____

Data de avaliação: _____

Data prevista para reavaliação: _____

Data de reavaliação: _____

PASSO 1: IDENTIFICAÇÃO DE QUESTÕES NO DESEMPENHO OCUPACIONAL

Para identificar problemas, preocupações e questões relativas ao desempenho ocupacional, entreviste o cliente questionando sobre as atividades da vida diária no que se refere às atividades produtivas, de autocuidado e de lazer. Solicite ao cliente que identifique as atividades do dia-a-dia que quer realizar, que necessita realizar ou que é esperado que ele realize, em qualquer e a partir de um dia típico. Em seguida, peça que identifique quais dessas atividades atualmente são difíceis de realizar, de forma satisfatória. Registre estas atividades problemáticas nos Passos 1A, 1B ou 1C.

PASSO 2: CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE IMPORTÂNCIA

Usando as pontuações de priorização, peça ao cliente que classifique, numa escala de 1 a 10, a importância de cada atividade. Coloque as pontuações em seus respectivos quadrados nos Passos 2A, 2B e 2C.

	Importância
A. Autocuidado	
Cuidados pessoais _____ (ex.: vestir-se, banho, alimentação, higiene)	<input type="text"/>
Mobilidade funcional _____ (ex.: transferências, mobilidade dentro e fora de casa)	<input type="text"/>
Independência fora de casa _____ (ex.: transporte, compras, finanças)	<input type="text"/>
B. Produtividade	
Trabalho (remunerado/não-remunerado) _____ (ex.: procurar/mantém um emprego, atividades voluntárias)	<input type="text"/>
Tarefas domésticas _____ (ex.: limpar, lavar a roupa, preparação da refeição)	<input type="text"/>
Escrição/Envio _____ (ex.: habilidade para ler, fazer o dever de casa)	<input type="text"/>
C. Lazer	
Recreação tranquila _____ (ex.: hobbies, leitura, artesanato)	<input type="text"/>
Recreação ativa _____ (ex.: esporte, passeios, viagens)	<input type="text"/>
SocIALIZAÇÃO _____ (ex.: visitas, refeições, festas, encontros)	<input type="text"/>

PASSO 3: PONTUAÇÃO – AVALIAÇÃO INICIAL

Confirme com o cliente as 5 práticas mais importantes e registre-as abaixo. Dando as pontuações de desempenho, peça ao cliente para classificar cada problema e que diz respeito ao Desempenho e Satisfação, depois calcule a pontuação total. Para calcular a pontuação total soma o pontuação do desempenho ocupacional ou do satisfação de todos os problemas e divide pelo número de problemas.

PASSO 4: REAVALIAÇÃO

No intervalo de tempo apropriado para reavaliação, o cliente classifica novamente cada problema, no que se refere ao Desempenho e à Satisfação.

Problemas de Desempenho Ocupacional	Avaliação Inicial		Reavaliação	
	Desempenho 1	Satisfação 1	Desempenho 2	Satisfação 2
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Problemas de Desempenho Ocupacional	Pontuação do Desempenho 1	Pontuação da Satisfação 1	Pontuação do Desempenho 2	Pontuação da Satisfação 2
Pontuação Total do Desempenho ou da Satisfação Pontuação Total = $\frac{\text{Pontuação Total do Desempenho ou da Satisfação}}{\text{Nº de Problemas}}$	___ / ___ = ___	___ / ___ = ___	___ / ___ = ___	___ / ___ = ___

PASSO 5: COMPUTANDO OS ESCORES DE MUDANÇA

Calcule as mudanças, subtraindo o pontuação obtida na reavaliação da pontuação da avaliação inicial.

Mudança no Desempenho = Pontuação do Desempenho 2 ___ – Pontuação do Desempenho 1 ___ = ___

Mudança na Satisfação = Pontuação da Satisfação 2 ___ – Pontuação da Satisfação 1 ___ = ___

ANOTAÇÕES ADICIONAIS E OBSERVAÇÕES

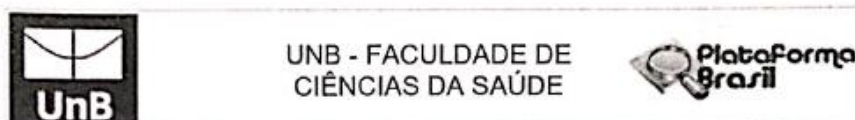
Avaliação inicial:

Reavaliação:

	Desempenho	Satisfação
COPM D0 - D10:	_____	_____
COPM D10-1M:	_____	_____
COPM 1M-3M:	_____	_____

9.0 Apêndices

9.1 APÊNDICE A – Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ADIÇÃO DA ELETROESTIMULAÇÃO TRANSCRANIANA POR CORRENTE CONTÍNUA À FISIOTERAPIA NA REABILITAÇÃO DE INDIVÍDUOS COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL AGUDO - ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

Pesquisador: clarissa cardoso dos santos couto paz

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57203716.0.0000.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ceilândia - FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.656.708

Apresentação do Projeto:

O acidente vascular cerebral (AVC) representa a primeira causa de morte e incapacidade funcional no Brasil. O retorno da função motora pós-AVC é frequentemente incompleto e os indivíduos são incapazes de desempenhar suas funções motoras, impactando na qualidade de vida. A estimulação transcraniana por corrente contínua (ETCC) altera a excitabilidade cortical e interfere no desempenho de diferentes funções, dentre elas a função motora, podendo levar à melhora da funcionalidade dos pacientes com AVC. METODOLOGIA: A atual pesquisa será um ensaio clínico controlado randomizado, triplo cego, sendo que estarão cegados os pesquisadores responsáveis pelas avaliações, os indivíduos participantes não terão conhecimento sobre o outro grupo e o pesquisador responsável pela análise estatística também não terá conhecimento sobre os grupos. Farão parte deste estudo, 14 indivíduos recrutados no Pronto Socorro do Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília, Brasil. A primeira etapa do procedimento, incluindo a seleção e recrutamento da amostra, a alocação aleatória em G1 e G2 e a aplicação da ETCC serão realizadas no Hospital de Base. A segunda etapa será realizada na Faculdade de Fisioterapia da UnB – Campus Ceilândia, Brasília, Brasil. A segunda etapa será o acompanhamento dos indivíduos ao longo de 1 mês, 3 meses, 6 meses e 1 ano da intervenção com ETCC, que será realizada na Faculdade de Fisioterapia da UnB – Campus Ceilândia. Após o recrutamento, os pesquisadores por meio de

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsub@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



Continuação do Parecer: 1.656.708

sorteio irá determinar em qual grupo o paciente será alocado, de forma randomizada para receberem o tratamento:

G1: Tratamento Convencional (CONV) - fisioterapia respiratória + fisioterapia motora + ETCC (placebo).

G2: Tratamento com ETCC (ETCC) - fisioterapia respiratória + fisioterapia motora + ETCC (aplicação catódica).

Além destes dois grupos, será formado um terceiro grupo (G3) composto por indivíduos que não quiserem realizar o processo de intervenção, porém serão atendidos pela fisioterapia. Este grupo não será aleatorizado devido a aspectos éticos relacionados a pesquisa com seres humanos e somente serão avaliados nos mesmos momentos descritos anteriormente. Antecipadamente, serão preparadas folhas de papel, cada qual identificada com um número e um dos grupos de estudo: G1 ou G2. Essas folhas de papel serão dobradas e armazenadas individualmente em um envelope pardo. Após o recrutamento, os autores irão sortear um envelope para determinar em qual grupo o paciente será alocado. A intervenção (ETCC) será realizada por um pesquisador, e os demais integrantes da equipe de fisioterapia serão cegados para que não tenham conhecimento sobre o protocolo sorteado. Os pacientes serão instruídos da mesma forma. Após isso, os pesquisadores seguirão os próximos passos do protocolo. Os participantes serão avaliados diariamente, por profissionais capacitados, sendo recrutados para o estudo aqueles que se encaixarem nos critérios de elegibilidade, após concordância e preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Todos os indivíduos incluídos no estudo serão submetidos a avaliação inicial após 24 horas de evento cerebral, consistindo em: desempenho funcional pela COPM; escala MAL para avaliação de membro superior; escala Fugl Meyer para avaliar comprometimento motor e sensorial; avaliação do padrão de movimento do membro superior durante atividade de alcance, que será avaliada pelo sensor inercial; eletromiografia para avaliar a força muscular do membro superior dominante; avaliação da mobilidade pelo teste Timed Get up and Go (TUG). Antes e logo após cada sessão de ETCC será mensurada a temperatura do membro superior para verificar a influência aguda do ETCC sobre o fluxo sanguíneo, por meio da termografia. Essas avaliações serão repetidas após a 5ª e a 10ª sessões de ETCC e posteriormente após 1 mês, 3 meses, 6 meses e 1 ano da intervenção. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO APRESENTADOS PELA PESQUISADORA:

- 1) Indivíduos adultos (>18 anos);
- 2) Internados no hospital por um único evento de AVC após 24 horas do evento; 3) Indivíduos Internados com um episódio de AVC a mais de 6 meses;
- 4) Lesão de artéria cerebral média identificada por exame de imagem (Tomografia)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA E-mail: ceptsunb@gmail.com
 Telefone: (61)3107-1947



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



Continuação do Parecer: 1.656.708

Computadorizada ou Ressonância magnética) e confirmada pela equipe médica; ausência de contração muscular visível no membro superior afetado;

5) Comprometimento do hemisfério dominante (a dominância do membro superior será definida a partir de auto-relato do indivíduo ou de familiares em relação ao uso do membro para escrever ou usar um utensílio).

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO APRESENTADOS PELA PESQUISADORA:

- 1) Indivíduos em uso de antidepressivos, antipsicóticos ou benzodiazepínicos; 2) Doença sistêmica avançada;
- 3) Presença prévia de alguma patologia limitante no membro superior avaliado; 4) Hipertensão intracraniana ou risco de evolução do quadro clínico;
- 5) Presença de marcapasso ou stent cardíaco ou qualquer implante metálico intracraniano;
- 6) Intervenção cirúrgica cerebral;
- 7) Afasia motora severa, sensitiva e mista;
- 8) Alteração cognitiva avaliada pelo Mini exame do estado mental (MEEM) considerando o escore de corte 13 para analfabetos, 18 para baixa e média Escolaridade e 26 para alta escolaridade - Anexo 1;
- 9) Presença de dor moderada ou grave em membro superior afetado > 5 (escala visual analógica - EVA).

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos apresentados pela pesquisadora foram:

"O objetivo geral é avaliar se o efeito da adição de ETCC catodal à fisioterapia favorece a recuperação motora em indivíduos com AVC agudo, enfatizando o membro superior, considerando os domínios da CIF (estrutura e função, atividade e participação, fatores contextuais).

Objetivo Secundário:

Os objetivos secundários são avaliar se este efeito permanece ao longo por 1 mês e 3 meses após a retirada da ETCC e continuação da fisioterapia; e comparar os efeitos dos pacientes na fase aguda e os na fase crônica (após 6 meses e 1 ano de evento)."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS APRESENTADOS PELA PESQUISADORA:

"A equipe que fará parte do projeto são profissionais formados, capacitados e treinados adequadamente para que todo e qualquer risco que possa ocorrer aos indivíduos deste estudo, possam ser controlados. Caso o indivíduo venha a sentir-se incomodado ou possa ter algum tipo

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



Continuação do Parecer: 1.658.708

de constrangimento desde o momento da seleção, essas e quaisquer situações serão solucionadas. O ETCC é de baixa frequência, aparelho utilizado funciona por meio de bateria, diminuindo o risco de eventual descarga elétrica. A estimulação utilizada é a catódica, não vista na literatura efeitos adversos importantes, como citado na parte introdutória do projeto. Caso ocorra alterações neurológicas, como convulsão, a equipe do setor estará a postos para intervenção e tratamento. Sendo necessário informar o Núcleo de Ensino e Pesquisa e o Comitê de Ética para avaliação da continuidade ou interrupção do projeto."

BENEFÍCIOS APRESENTADOS PELA PESQUISADORA:

"Além dos benefícios da fisioterapia já comprovados na literatura para este grupo de pacientes, os atendimentos serão de forma gratuita, primeiramente durante os primeiros 10 dias (5 dias, depois mais 5 dias consecutivos) e após 3 meses, será fornecido atendimento de qualidade 2 vezes na semana. Após os 3 meses, os pacientes receberão uma cartilha com fotos próprias do paciente para orientá-lo a como realizar em casa. Atualmente, há uma lista de espera para o atendimento destes pacientes nos Centros de reabilitação, porém os pacientes selecionados para o estudo se beneficiarão, pois serão atendidos sem que haja necessidade de espera. Há necessidade de frisar que não haverá interrupção de qualquer tratamento medicamentoso ou outro tratamento durante o atendimento dos indivíduos selecionados. Estes outros tratamentos serão utilizados de forma concomitante à utilização de ETCC."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de pesquisa da professora Clarissa Cardoso dos Santos Couto Paz, do curso de Fisioterapia da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília. A pesquisa será realizada com 30 participantes, e de acordo com o cronograma apresentado no projeto da plataforma Brasil, as atividades terão início a partir de 01/08/2016. Entretanto, a pesquisadora apresenta um outro arquivo com um cronograma diferente ao apresentado no projeto da Plataforma Brasil.

O mesmo se observa com o orçamento financeiro apresentado. No projeto da Plataforma Brasil consta um orçamento financeiro de R\$ 53.400,00, já no arquivo "orçamento" apresentado consta um valor de R\$ 120.000,00.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos para elaboração do parecer inicial:
1) "PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_689696.pdf", postado em 7/06/2016;

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



Continuação do Parecer: 1.626.708

- 2)*FOLHA DE ROSTO: Folha_de_rosto_com_CNPJ.pdf", postado em 7/06/2016;
- 3)*TERMO DE ANUENCIA: Termo_anuencia_frente_e_tras_HBDF.pdf", postado em 17/06/2016;
- 4)*TCLE: TCLE_grupo_G3.docx", postado em 17/06/2016;
- 5)*TCLE: TCLE_grupos_G1eG2.docx", postado em 17/06/2016;
- 6)*PROJETO DETALHADO: Projeto_ETCC_detalhado.doc", postado em 31/05/2016;
- 7)*CURRICULO: Curriculo_Thais.pdf", postado em 24/05/2016 ; Curriculo_Clarissa.pdf, postado em 24/05/2016;
- 8)*TERMO DE CONCORDANCIA:Termo_concordancia.pdf", postado em 11/05/2016;
- 9)*CARTA AO CEP: cartaencaminhprojeto.pdf", postado em 11/04/2016;
- 10)*ORCAMENTO: Orcamento.docx", postado em 11/04/2016;
- 11)*TERMO DE IMAGEM E SOM: TCLE_imagem_voz.doc", postado em 11/04/2016;
- 12)*TERMO DE RESPONSABILIDADE: TermoRespCompromPesq.pdf", postado em 11/04/2016;
- 13)*CRONOGRAMA: Cronograma.docx", postado em 11/04/2016.

Foram acrescidos os seguintes documentos como resposta às pendências emitidas pelo parecer consubstanciado no. 1.626.738:

- *PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO_689696.pdf" de 13/07/2016;
- *CartaRespPendenciasfinal.pdf" de 13/07/2016;
- *Orcamento_pos_parecer.docx" de 12/07/2016 e
- *Cronograma_pos_parecer.docx" de 12/07/2016.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Análise das respostas às pendências emitidas no parecer consubstanciado no. 1.626.738:

Solicita-se a uniformização das informações contidas no cronograma e no orçamento financeiro apresentados na Plataforma Brasil e nos arquivos encaminhados. As informações presentes no projeto da Plataforma Brasil estão diferentes dos arquivos encaminhados.

Análise: Foram apresentados documentos com as informações uniformizadas de orçamento e cronograma.
PENDÊNCIA ATENDIDA.

Conclusão: Todas as pendências foram atendidas. Não há óbices éticos para a realização deste

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cep@unb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



Continuação do Parecer. 1.656.708

projeto. Protocolo de pesquisa está em conformidade com a Resolução CNS 466/2012 e Complementares.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com a Resolução 466/12 CNS, Itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_689696.pdf	13/07/2016 11:41:18		Aceito
Outros	CartaRespPendenciasfinal.pdf	13/07/2016 11:40:56	Thais Gontijo Ribeiro	Aceito
Orçamento	Orcamento_pos_parecer.docx	12/07/2016 23:07:59	Thais Gontijo Ribeiro	Aceito
Cronograma	Cronograma_pos_parecer.docx	12/07/2016 22:29:02	Thais Gontijo Ribeiro	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_com_CNPJ.pdf	17/06/2016 17:59:56	Thais Gontijo Ribeiro	Aceito
Outros	Termo_anuencia_frente_e_tras_HBDF.pdf	17/06/2016 14:28:33	Thais Gontijo Ribeiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_grupo_G3.docx	17/06/2016 14:16:54	Thais Gontijo Ribeiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_grupos_G1eG2.docx	17/06/2016 14:16:37	Thais Gontijo Ribeiro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_ETCC_detalhado.doc	31/05/2016 11:50:40	Thais Gontijo Ribeiro	Aceito
Outros	Curriculo_Thais.pdf	24/05/2016 15:00:08	Thais Gontijo Ribeiro	Aceito
Outros	Curriculo_Clarissa.pdf	24/05/2016 14:59:35	Thais Gontijo Ribeiro	Aceito
Outros	Termo_concordancia.pdf	11/05/2016 22:53:10	Thais Gontijo Ribeiro	Aceito
Outros	cartaencaminhprojeto.pdf	11/04/2016 20:19:20	clarissa cardoso dos santos couto	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



Continuação do Parecer: 1.658.708

Outros	cartaencaminhprojeto.pdf	11/04/2016 20:19:20	paz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_imagem_voz.doc	11/04/2016 20:15:35	clarissa cardoso dos santos couto paz	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermoRespCompromPesq.pdf	11/04/2016 20:13:33	clarissa cardoso dos santos couto paz	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 01 de Agosto de 2016

Assinado por:
Keila Elizabeth Fontana
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com

9.2 APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade de Brasília Faculdade de Ceilândia – FCE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa intitulado: “ADIÇÃO DA ELETROESTIMULAÇÃO TRANSCRANIANA POR CORRENTE CONTÍNUA À FISIOTERAPIA NA REABILITAÇÃO DE INDIVÍDUOS COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL AGUDO – ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO”, sob a responsabilidade da pesquisadora Clarissa Cardoso dos Santos Couto Paz. O projeto inclui avaliações e intervenções da fisioterapia para pacientes com AVC agudo.

O objetivo desta pesquisa é avaliar se o efeito da adição de ETCC bihemisférica à fisioterapia favorece a recuperação motora em indivíduos com AVC agudo, e se este efeito permanece após 1 mês, 3 meses, 6 meses e 1 ano após a intervenção. Porém, o(a) senhor(a) fará parte de um grupo que não realizará intervenção com ETCC.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação será por meio de avaliações, com aplicação de questionários e testes para avaliar o uso do seu braço do dia a dia e da realização do movimento de alcançar um objeto colocado sobre a mesa, por 10 dias. Juntamente com a realização de fisioterapia. Totalizando 40 minutos de atendimento, aproximadamente. Após 10 dias, você será encaminhado para a fisioterapia na Universidade de Brasília, Campus Ceilândia ou no ambulatório do Hospital de Base, por 2 vezes na semana, também 40 minutos de sessão, durante 3 meses. Você será avaliado inicialmente antes do início da fisioterapia e também após 1 mês, 3 meses, 6 meses e 1 ano.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são mínimas, pois será realizado fisioterapia convencional, a partir de exercícios motores e respiratórios. Caso ocorra alguma alteração neurológica, como convulsão, a equipe estará de prontidão para intervenção e tratamento. A fim de evitar outros agravos o(a) senhor(a) será acompanhada todo o tempo por um profissional de saúde com experiência clínica na área da reabilitação e será monitorado durante todo o período de intervenção. Além

disso, os primeiros atendimentos serão realizados em ambiente hospitalar, onde há uma equipe multiprofissional preparada.

Como benefícios imediatos, o(a) senhor(a) estará sendo acompanhado por uma equipe de profissionais de saúde, com grande experiência na área a reabilitação, que estarão orientando-o e supervisionando-o nas sessões. Além disso, mesmo não fazendo parte da intervenção, estará contribuindo para o conhecimento deste estudo, na recuperação dos pacientes em AVC agudo.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a participar de qualquer procedimento que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que você tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (passagem para o local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) poderão, caso o senhor (a) tenha interesse, ser cobertas pelo pesquisador responsável.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Faculdade de Ceilândia da UnB podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Clarissa Cardoso dos Santos Couto Paz, na Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília no telefone (61) 3107-8418 ou (61) 8292-8472.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília (CAAE:57203716.0.0000.0030). O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira.

Este documento foi elaborado é composto por duas folhas, as quais deverão ser assinadas em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura

Brasília, ___ de _____ de _____.