

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA-UnB
FACULDADE DE CEILÂNDIA-FCE

KLAUS PORTO AZEVEDO

**HÁ RELAÇÃO ENTRE DOR, FUNÇÃO
CAPACIDADE FUNCIONAL EM INDIVÍDUOS
COM OSTEORRITE DE JOELHO? UM
ESTUDO TRANSVERSAL**

BRASÍLIA

2019

KLAUS PORTO AZEVEDO

**HÁ RELAÇÃO ENTRE DOR, FUNÇÃO
CAPACIDADE FUNCIONAL EM INDIVÍDUOS
COM OSTEORRITE DE JOELHO? UM
ESTUDO TRANSVERSAL**

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. João Luiz
Quagliotti Durigan**
Coorientador (a): **Ms. Camila Cadena de
Almeida**

BRASÍLIA
2019

KLAUS PORTO AZEVEDO

**HÁ RELAÇÃO ENTRE DOR, FUNÇÃO
CAPACIDADE FUNCIONAL EM INDIVÍDUOS
COM OSTEORRITE DE JOELHO? UM
ESTUDO TRANSVERSAL**

Brasília, 28/06/2019

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. João Luiz Quagliotti Durigan
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB
Orientadora

Prof.^a Dr.^a. Patrícia Azevedo Garcia
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB

Prof.Dr. Pedro Ferreira Alves de Oliveira
Instituto Federal de Brasília

Dedicatória

Dedico este trabalho em primeiro lugar a minha família, que sempre me apoiou e esteve comigo nesta longa caminhada, em especial ao meu pai, que me ensinou que todas as batalhas dessa vida devem ser travadas com paciência e persistência dia após dia, e a minha namorada, Beatriz, que sempre me aconselhou me ouviu e apoiou.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me guiar para o caminho das decisões corretas durante toda a graduação, a minha família pelo incondicional apoio e amor durante este tempo, aos grandes amigos que fiz na faculdade e a Minha namorada, Beatriz, que sempre sonhou comigo e dividiu todas as angústias.

Aos meus professores minha eterna gratidão pela transmissão de tanto conhecimento, motivação e amor pela profissão, em especial aos líderes do meu grupo de pesquisa João Durigan e Rita Marqueti que foram mais que orientadores acadêmicos, foram orientadores da vida onde pude dividir momentos de amizade e momentos acadêmicos, além de terem me proporcionado oportunidades ímpares na graduação.

Agradeço também aos meus coorientadores da iniciação científica por toda ajuda e atenção durante todo o processo, em especial a Camila Cadena, que me coorientou neste trabalho e na minha última iniciação científica.

E por fim, agradeço ao CNPq e a UnB que durante estes 5 anos da graduação me proporcionou vivências maravilhosas dentro do mundo da pesquisa contribuindo com a Bolsa de IC.

“O trabalho duro ganha do talento quando o talento não trabalha duro. (Kevin Durant).”

RESUMO

Introdução: a Osteoartrite de joelho (OA) é caracterizada como um distúrbio inflamatório de degradação da cartilagem. Existem vários instrumentos para avaliar dor e função dos indivíduos com OA de Joelho, dentre eles a Escala Verbal Numérica (EVN) o Western Ontario McMaster Osteoarthritis index (WOMAC) e o Teste de caminhada de 6 minutos (TC6M). **Métodos:** foi realizado um estudo transversal que analisou a correlação da pontuação de três instrumentos de avaliação em 25 indivíduos idosos com OA de joelho. **Resultados:** o teste de correlação de Spearman demonstrou que o TC6M apresentou uma correlação moderada com a EVN e correlação forte com o WOMAC. **Discussão:** o TC6M é um teste adaptado para a população brasileira e traduzido para o português, assim como o WOMAC e a EVN. A correlação entre WOMAC e TC6M provavelmente se deve pelo fato do WOMAC avaliar outros domínios que não compreendem somente dor, visto que os dois avaliam também função do indivíduo avaliado. **Conclusão:** O TC6M se correlacionou mais com o WOMAC do que com a EVN.

Palavras-chave: TC6; Osteoartrite; EVN; WOMAC.

ABSTRACT

Introduction: Knee osteoarthritis (OA) characterizes an inflammatory disorder of cartilage degradation. There are several instruments to assess pain and function of individuals with Knee OA, among them VAS, WOMAC and 6MWT. Methods: A cross-sectional study to analyze the correlation of the score of three evaluation instruments in 25 elderly individuals with knee OA. Results: The correlation test showed that the 6MWT has a moderate correlation with the EVN and a strong correlation with the WOMAC. Discussion: TC6M is a test adapted for the Brazilian population and translated into Portuguese, as well as WOMAC and EVN. The correlation between WOMAC and TC6M is probably because WOMAC evaluates other domains that do not only comprise only pain, since the two also evaluate the assessed individual's function. Conclusion: The 6MWT correlated better with the WOMAC than with the EVN.

Keywords: 6MWT; Osteoarthritis; VAS; WOMAC.

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1. <i>Análise descritiva dos dados antropométricos da amostra.</i>	17
Gráfico 1. dispersão entre WOMAC e TC6M.....	18
Tabela 2. <i>Resultados do teste de correlação de Spearman</i>	18
Gráfico 2. dispersão entre WOMAC e EVN	19
Gráfico 3. dispersão entre TC6M e EVN	19

LISTA DE ABREVIATURAS

ACR – American College of Reumatology

AINE – Anti-inflamatório não-esteroidal

CNS – Conselho Nacional de Saúde

EVN – Escala Verbal Numérica

IBGE – Instituto brasileiro de Geografia e Estatística

OA – Osteoartrite

OARSI – Osteoarthritis Research Society International

TC6M – Teste de caminhada de 6 minutos

TCLE – Termo de consentimento livre esclarecido

WOMAC - Western Ontario and McMaster universities osteoarthritis index

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	13
2.1. REFERENCIAL TEÓRICO	14
3. METODOS	17
4. RESULTADOS	19
5. DISCUSSÃO	21
6. CONCLUSÃO	23
REFERÊNCIAS	24
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	28
ANEXO 1 – Mini-exame do estado mental	31
ANEXO 2 – WOMAC	33
ANEXO 3 – EVN	35
ANEXO 4 – Normas de submissão da Revista Brasileira de Fisioterapia	36
ANEXO 5 – Parecer do comitê de ética em pesquisa	43

1. INTRODUÇÃO

A osteoartrite (OA) se caracteriza por um distúrbio que é capaz de acometer toda e qualquer articulação, onde essas são expostas à degradação por sofrerem diversos tipos de lesões, desencadeando respostas pró-inflamatórias ¹.

De acordo com o IBGE em 2010 a população de idosos no Brasil, era superior a 20 milhões³⁰. E para maior relevância deste dado, a sociedade brasileira de reumatologia (SBM) mostra que a OA é responsável por 7,5% dos afastamentos totais do trabalho. De acordo também com a SBM a OA tem preferência por mulheres idosas e que os maiores acometimentos são nas mãos e nos joelhos.³¹

A OA de joelho tem como características o desgaste na cartilagem articular e no osso subcondral, ocorre também uma degradação associada às erosões e a diminuição gradual da espessura da cartilagem, acarretando maior impacto no osso subcondral em função da diminuição da distribuição da carga na cartilagem. Desta forma a matriz óssea se torna mais densa e forma osteófitos.⁷

Atualmente a Osteoarthritis Research Society International (OARSI) define como tratamentos apropriados para OA de joelho os exercícios em cadeia cinética fechada e intervenções biomecânicas mesmo que a OA seja associada com outras comorbidades. Já o tratamento com Duloxetina foi considerado apropriado apenas para casos que não tivessem comorbidades associadas a não a própria OA em outros segmentos. O uso de Anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), foi recomendado em casos de acometimento de apenas um segmento sendo este associado de comorbidades ou não.²

O WOMAC é um questionário de auto relato, projetado para avaliar os problemas experimentados pelos indivíduos com OA de membro inferior. A pontuação para os itens é expressa por meio de uma escala, onde a classificação gira em torno de: nenhum = 0, baixo = 1, moderada = 2, severa = 3 e muito severa = 4. A pontuação máxima em cada seção é expressa em porcentagem, com escores mais altos indicando maior dor, rigidez e disfunção física¹⁴ em que quanto maior a pontuação mais grave o grau de comprometimento do indivíduo em função da OA. Cada ponto corresponde a uma dimensão particular (dor, rigidez e a função física). Este questionário foi traduzido e validado para o idioma Português do Brasil⁸.

O teste de caminhada de 6 minutos (TC6M) tem como objetivo que o indivíduo caminhe a maior distância possível em um espaço delimitado por uma fita com 20 metros, indo e voltando durante 6 minutos. Este teste é bastante difundido e executado por ser um teste simples e de baixo custo que permite quantificar de forma objetiva a capacidade funcional do indivíduo, sendo ele saudável ou com alguma condição que agrave sua capacidade funcional.¹⁰

A Escala Verbal Numérica (EVN) tem como objetivo avaliar a percepção subjetiva de dor de indivíduos com diferentes acometimentos. Consiste no relato do indivíduo sobre a intensidade da sua dor de 0 a 10 em que 10 é a pior dor possível para este indivíduo e 0 nenhuma dor.

A realização deste estudo se justifica pelo fato de tanto o WOMAC como o TC6M serem medidas que podem evidenciar, além da dor, a capacidade funcional de indivíduos idosos com OA de joelho. A avaliação clínica das três medidas utilizadas neste estudo pode ser feita como forma de quantificação da avaliação clínica, assim como a capacidade funcional do paciente. Além disso as pontuações destes testes podem ser estabelecidas como metas para o tratamento do paciente.^{18,19}

A hipótese que se tem é que exista associação entre as três medidas compreendidas por este estudo, pois a dor pode ter influência direta na deambulação e na funcionalidade global destes indivíduos.^{10,13}

2.OBJETIVOS

Desta forma o objetivo deste estudo foi verificar se houve associação entre a dor, função e capacidade funcional de indivíduos com OA de joelho.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A OA é uma das maiores causas de dor e disfunção relatada em todo mundo ¹². Sendo definido pela OARSI como um distúrbio degenerativo capaz de acometer qualquer articulação móvel. Os mecanismos deste distúrbio ainda não são bem definidos na literatura, porém, sua incidência está relacionada com idade, obesidade, manipulações cirúrgicas e traumas ou lesões diretas na articulação.

O diagnóstico da OA de joelho, de acordo com o American College of Rheumatology (ACR), pode ser dado por meio da soma entre dor no joelho e no mínimo três seguintes achados clínicos:

- Idade superior a 50 anos;
- Menos de 30 minutos de rigidez matinal no joelho;
- Crepitação durante o movimento ativo
- Sensibilidade ao toque no joelho;
- Aumento ósseo;
- Ausência de calor palpável na articulação.

Dentro do quadro sintomatológico da doença, a dor é descrita como o principal sintoma relatado pelos indivíduos com OA, tendo seu aumento associado ao movimento. Ainda em associação a dor os seguintes sintomas podem estar relacionados⁷:

- Rigidez articular;
- Edema do segmento;
- Crepitações;
- Diminuição do grau de movimento;
- Fraqueza e perda de massa muscular;
- Dores durante a deambulação ou ao subir e descer escadas.

Em 1982 no Canadá, foi iniciado o processo de criação de um questionário que tinha como objetivo criar um instrumento que avaliasse a qualidade de vida e pudesse melhorar a avaliação de indivíduos com OA de membros inferiores. Mais tarde em 1988, o WOMAC foi apresentado em sua primeira versão. ^{8,21,22}

Com o desenvolvimento do questionário WOMAC definiu-se o grau de comprometimento funcional decorrente da OA de joelho de acordo com a sua pontuação da seguinte forma.⁹:

- 0 a 5: OA leve;
- 3 e 13: OA moderada;
- 13 e 20: OA Grave.

A princípio o WOMAC compreendia cinco domínios de avaliação que foram retirados de outros índices utilizados em outros estudos em pacientes com OA de joelho.^{8,21,22} O domínio de dor foi correlacionado com o índice simplificado de Doyle, de 1981 e com o domínio de dor do índice de Lequesne, de 1980. O domínio de rigidez articular do WOMAC foi correlacionado com o domínio de rigidez articular do índice de Lequesne. O domínio de atividade física foi correlacionado com domínio de atividade física também do índice de Lequesne.^{8,21,22}

Nesta primeira versão foram incluídos outros dois domínios: estado emocional, que foi correlacionado com o índice de bem-estar de Bradburn, de 1969 e o domínio de Atividade social foi correlacionado com o componente social do MHIQ de 1980. Porém, estes dois domínios não demonstraram correlação com seus respectivos instrumentos e foram retirados da versão final do WOMAC. Os outros três domínios foram reprodutíveis e validados.⁸

Testes de caminhada, em geral, são utilizados na prática clínica desde a década de 60. A princípio o teste mais comum era o teste de caminhada de 12 minutos. Em 1976 o Teste de caminhada de 12 minutos foi definido como ferramenta para avaliação de pessoas com pneumopatias crônicas.^{25, 26, 27}

O Teste de caminhada de 12 minutos começou a apresentar algumas deficiências em sua aplicação na prática clínica, sendo na maioria das vezes relacionadas a sua duração, especialmente em casos de pacientes mais debilitados.²⁸

Com esta necessidade foi feito um estudo que correlacionou três durações diferentes de teste de caminhada: 2, 6 e 12 minutos. Com isso o teste de caminhada de 6 minutos se difundiu como método de avaliação do desempenho cardiopulmonar em indivíduos com pneumopatias crônicas.²⁸

O TC6M é um teste validado, que pode prever a capacidade funcional de indivíduos, sendo eles saudáveis ou não, alguns fatores podem influir na distância ao fim do teste:

- Doenças Cardiovasculares;
- O indivíduo avaliado ser do sexo feminino;

- Doenças pulmonares;
- Doenças musculoesqueléticas;
- Baixa estatura.

3. MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal que analisou a correlação entre três métodos de avaliação que podem ter relação com a função de indivíduos com OA de joelho.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde – CEP/FS da Universidade de Brasília – UnB (CAEE 62256516.2.0000.0030), de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A participação dos sujeitos na pesquisa ocorreu de forma voluntária mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os sujeitos foram informados a respeito dos objetivos da pesquisa, assim como dos benefícios, possíveis riscos e procedimentos contidos no estudo. Todos os dados obtidos no estudo foram mantidos sob a posse do pesquisador na Universidade de Brasília, os quais foram utilizados para fins científicos, resguardando a identidade de todos os sujeitos.

Critérios de Inclusão

- Pacientes que tiveram dor no joelho associada a pelo menos três dos achados descritos pelo ACR;
- Homens e mulheres com idade acima de 60 anos;
- Não ter realizado tratamento fisioterapêutico nos 3 meses anteriores ao projeto de pesquisa.
- Não ter realizado infiltração com corticosteroide no joelho (6 meses prévios)
- Não possuir restrição médica que os impossibilitem de participar das avaliações propostas (alterações cardiorrespiratórias, neurológicas e/ou musculoesqueléticas) e cirurgias prévias do joelho ou quadril.

Critérios de exclusão

- Obter pontuação menor que 18 pontos no Mini- exame do estado mental em caso de idosos declarados analfabeto, e inferior a 24 para os idosos com instrução escolar¹⁵

Escala verbal numérica (EVN)

A EVN é um instrumento bem reconhecido para medir a intensidade da dor crônica, que representa visualmente a intensidade de dor que o indivíduo acredita apresentar¹⁶. Foi perguntado ao indivíduo em repouso antes da realização de qualquer teste ou esforço físico: “Qual a sua dor de 0 a 10, sendo 0 a completa ausência de dor e 10, a pior dor possível?”¹⁷

Teste de Caminhada de 6 minutos (TC6M)

O Teste de caminhada de 6 minutos consiste no indivíduo caminhar a maior distância possível em 6 minutos, o indivíduo foi orientado a andar o mais rápido possível sem correr, o espaço delimitado de 30 metros foi marcado por dois cones, um na distância 0m e na distância 30m, onde o indivíduo ao chegar aos cones foi orientado a contorná-los pela margem externa. Durante o teste o indivíduo foi avisado na metade do tempo e no último minuto de teste e o teste foi realizado após a avaliação da EVN.

Todos os testes foram realizados no mesmo dia, um após o outro sem qualquer esforço físico prévio para que a avaliação não pudesse ser contaminada ou enviesada.

4. Resultados

Para análise descritiva dos dados antropométricos da população foi utilizado o Microsoft Excel®, para análise da distribuição normal da amostra foi feito teste de Shapiro-Wilk e para análise estatística dos dados da EVN foi feito correlação de Spearman utilizando o software SPSS versão 23.

Ao todo foram coletados dados de 25 indivíduos. Os dados antropométricos da amostra estão evidenciados na *tabela 2*.

Tabela 1: Análise descritiva dos dados antropométricos da amostra.

	N	Média± DP	Limite superior	Limite inferior
Idade (anos)	25	69,40 ± 6,23	58,00	82,00
Peso (Kg ¹)	25	72,81± 11,90	47,70	94,60
Altura (metros)	25	1,55± 0,09	1,41	1,73
IMC (Kg/m ²) ²	25	30,11± 4,74	21,41	41,38

¹ Kilogramas

²Kilogramas por metro quadrado

Na análise estatística foi feito o teste de correlação de Spearman que é utilizado para correlacionar variáveis quando uma amostra não apresenta uma distribuição normal. Além do nível de significância a correlação de Spearman fornece também um valor denominado R que varia de -1 a 1 em que quanto mais próximo este valor estiver de um, mais forte é a correlação e caso o valor seja negativo identifica que a correlação foi inversamente proporcional. A correlação de Spearman é descrita da seguinte forma: ³¹

- Fraca: < 0,4
- Moderada: ≥ 0,4; < 0,5
- Forte: ≥ 0,5

Tabela 2 Resultados do teste de correlação de Spearman

		EVN	TC6M	WOMAC
EVN	Coeficiente de Correlação	1,000	-0,418*	0,433*
	Significância (bicaudal)	<0,001	0,038	0,030
TC6M	Coeficiente de Correlação	-0,418*	1,000	-0,769**
	Significância (bicaudal)	0,038	<0,001	<0,001
WOMAC	Coeficiente de Correlação	0,433*	-0,769**	1,000
	Significância (bicaudal)	0,030	<0,001	<0,001

*Correlação significativa com $P \leq 0,05$

**Correlação significativa com $P \leq 0,01$

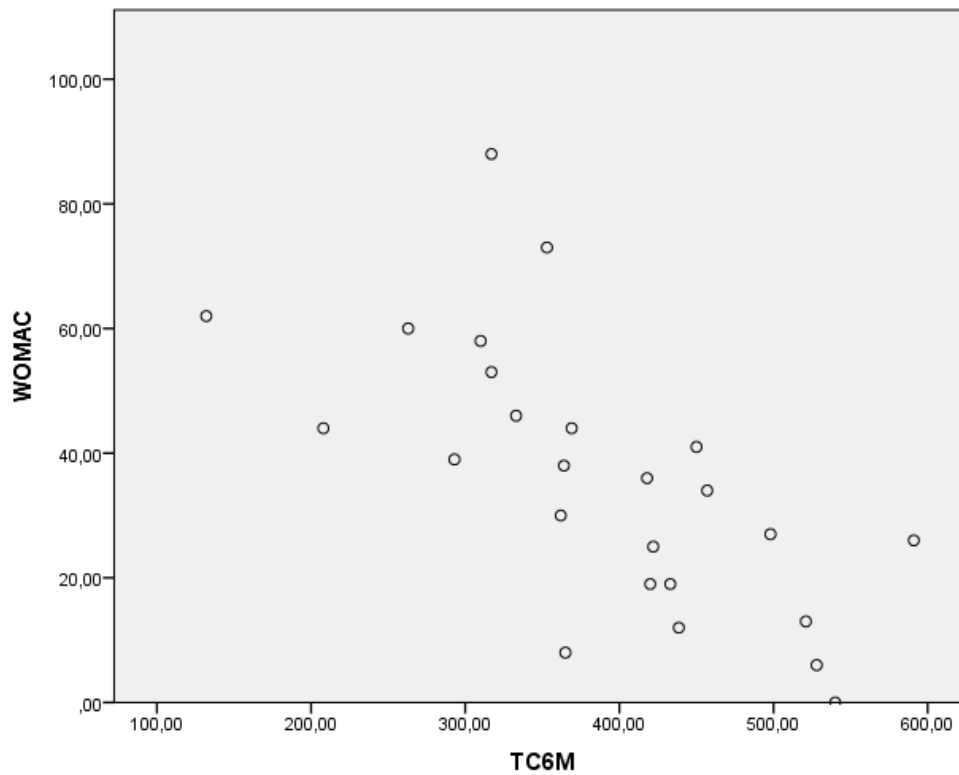


Gráfico 1: análise da dispersão entre WOMAC e TC6M

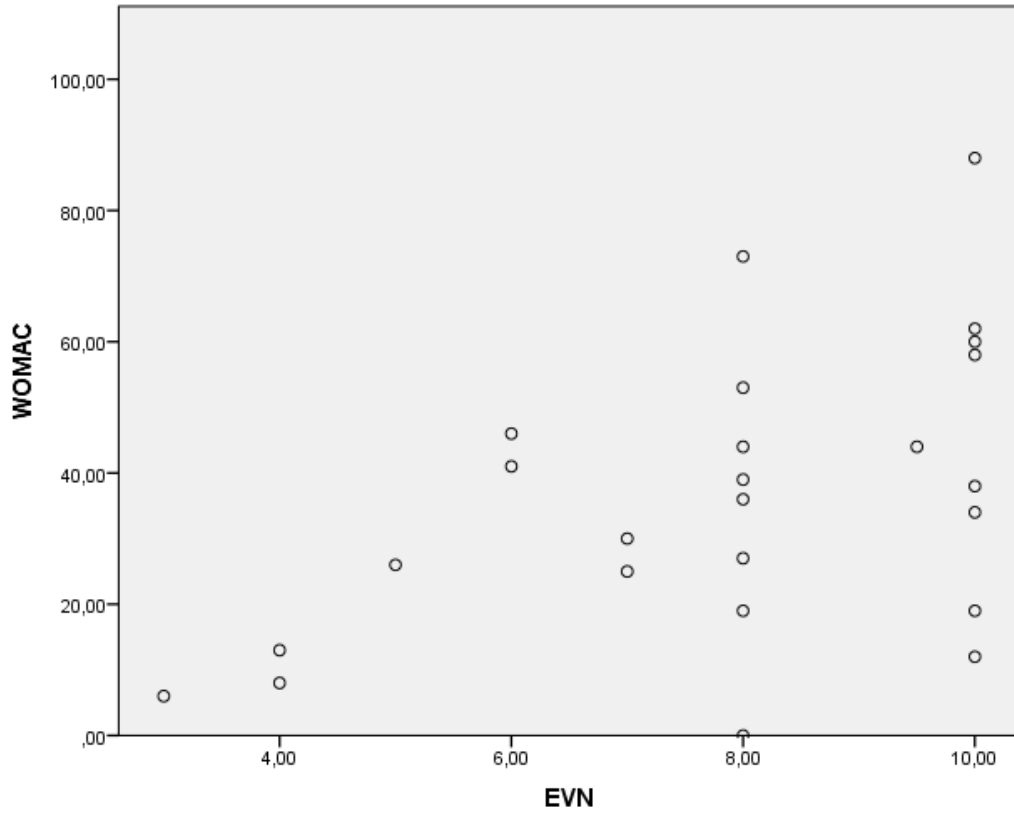


Gráfico 2: dispersão entre WOMAC e EVN

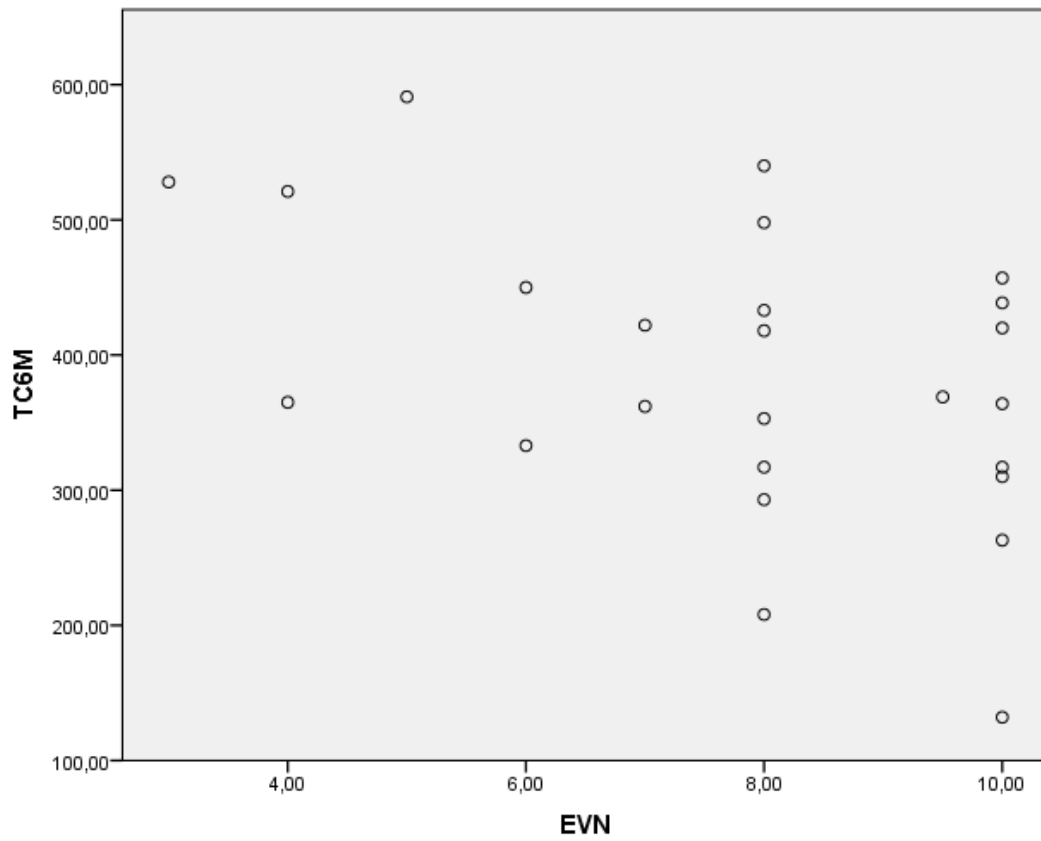


Gráfico 3: dispersão entre TC6M e EVN

Na tabela 2 e nos gráficos 1, 2 e 3 onde foram feitas as correlações de Pearson para as variáveis analisadas neste estudo foi mostrado que entre a EVN se relaciona em moderadamente com o TC6M de forma negativa, ou seja, de forma inversamente proporcional, então quanto menor for a distância final no TC6M maior será a EVN do indivíduo. Já com o WOMAC a relação foi positiva, ou seja, foram variáveis diretamente proporcionais, então quanto maior a pontuação da EVN, maior será a pontuação do WOMAC.

No WOMAC a correlação do TC6M foi de magnitude forte e negativa, mostrando também valores inversamente proporcionais, quanto maior a pontuação no WOMAC menor a distância final no TC6M.

5. DISCUSSÃO

Atualmente o WOMAC compreende 3 domínios de avaliação, sendo eles: dor, rigidez articular e atividade física.^{8,21,22}

O Womac é considerado um instrumento de avaliação extremamente versátil, tendo versões validadas para auto-aplicação, aplicação via telefone e até mesmo via e-mail. Outro ponto que se pode considerar superior no WOMAC é sua capacidade de obter resultados significantes em pequenas amostras.^{8,21,22}

Metsavaht, e colaboradores em 2011, concluíram que o WOMAC era o melhor questionário para avaliar as limitações relacionadas aos componentes físicos e as capacidades funcionais de indivíduos com OA de joelho.³³ Estes achados estão relacionados com hipótese descrita neste estudo, pois podem justificar a relação entre WOMAC e TC6M, visto que o TC6M prediz a capacidade funcional destes indivíduos e o WOMAC avalia as limitações relacionadas aos componentes físicos.

Alves e Bassit, em 2013, não encontraram diferença significativa na correlação entre um questionário que avaliou qualidade de vida (World Health Organization Quality of Life Questionnaire-OLD (WHOQOL-OLD)) e o WOMAC em indivíduos com OA de joelho. Estes achados permitem diferenciar capacidade funcional e qualidade de vida, pois ao comparar um teste de capacidade funcional e um questionário que aborda dor, rigidez articular e atividade física foi observada forte correlação.

O TC6M além de predizer a capacidade funcional pode ser utilizado também como preditor de mortalidade e morbidade, assim como pode ser empregado como método avaliativo para comparações pré e pós de intervenções cirúrgicas, como a artroplastia de joelho, por exemplo.^{25, 26,27}

Ko e colaboradores, em 2013 concluíram que o TC6M é um excelente preditor de capacidade funcional para avaliação de indivíduos que passaram por artroplastia total de joelho. Estes achados corroboram com a hipótese defendida por este estudo de que o TC6M é um preditor de capacidade funcional do indivíduo com OA de joelho e pode se correlacionar com outras medidas de avaliação para esta população.²⁶

AATEEF, et al em 2016 analisaram a confiabilidade teste-reteste do TC6M e sua correlação com o Knee Osteoarthritis Outcome Score (KOOS), que é um outro índice para avaliação específica da OA de joelho.²⁷ Este achado também corrobora com os resultados aqui encontrados, visto que o KOOS é

um índice que se correlaciona, é confiável e tão sensível quanto o WOMAC segundo o estudo de ROOS et al de 2013.³²

O TC6M é aplicado, validado e mostrou correlação com outras escalas capazes de avaliar a capacidade com outros índices que avaliam capacidade funcional de indivíduos com OA de joelho, este fato se deve ao fato do joelho estar diretamente envolvido no processo de deambulação e o acometimento por OA neste segmento articular influir diretamente na mobilidade deste tipo de paciente e consequentemente na distância registrada ao fim do teste.^{11, 27, 28}

O WOMAC e o TC6M são medidas já conhecidas e aplicadas na prática clínica, para avaliação de indivíduos com disfunções ortopédicas como a OA de joelho. Até o momento da realização deste estudo ainda não é evidenciada nenhuma forma correlação entre ambas na avaliação da OA de joelho.

A correlação forte observada entre WOMAC e TC6M é bastante relevante, pois ambas as medidas permitem ao profissional avaliar a capacidade funcional assim como a mobilidade do indivíduo com OA de joelho.

O TC6M ao avaliar a distância percorrida por um indivíduo mostra sua capacidade funcional e sua capacidade de mobilidade. Enquanto isso o WOMAC avalia além de aspectos de mobilidade, a dor e o nível de atividade física do indivíduo. Estas medidas se mostram complementares, permitindo assim uma avaliação quantificada, e mais detalhada do estado de saúde do paciente.

Os resultados observados neste estudo demonstraram que o TC6M teve uma correlação Forte com o WOMAC ($R = -0,769$), o que significa que essa correlação aconteceu de forma inversamente proporcional, ou seja, quanto menor a distância registrada no TC6M, maior a pontuação no WOMAC e vice-versa, esta correlação ainda teve alta significância estatística ($P < 0,01$). A EVN apresentou correlação moderada com o TC6M e com o WOMAC com um Valor de $P < 0,05$.

Os resultados encontrados na análise estatística permitem inferir que WOMAC e TC6M estão fortemente correlacionados por conta de avaliarem itens relacionados à mobilidade e função de indivíduos com OA de joelho em que dor, rigidez articular e atividade física, que são domínios observados no WOMAC podem interferir diretamente na distância caminhada ao final de seis minutos, que consiste no TC6M.

6. CONCLUSÃO

Função e capacidade funcional tiveram forte correlação, o que permite que sejam empregados de forma associada num processo mais amplo de avaliação do paciente. Porém estudos com maiores amostras são necessários para melhor validação dos achados aqui descritos.

REFERÊNCIAS

1. KRAUS, V.b. et al. Call for standardized definitions of osteoarthritis and risk stratification for clinical trials and clinical use. **Osteoarthritis And Cartilage**, [s.l.], v. 23, n. 8, p.1233-1241, ago. 2015. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.joca.2015.03.036>.
2. MCALINDON, T.e. et al. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis. **Osteoarthritis And Cartilage**, [s.l.], v. 22, n. 3, p.363-388, mar. 2014. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.joca.2014.01.003>
3. MCALINDON, Timothy E. et al. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis. **Osteoarthritis and cartilage**, v. 22, n. 3, p. 363-388, 2014.
4. R. Altman et al. The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the knee. **Arthritis Rheum**, v, 29, p.1039-1049,1986.
5. Facci, L. M.; Marquetti, R.; Coelho K. C.;Fisioterapia aquática no tratamento da osteoartrite de joelho: série de casos, 2007. Artigo universidade de Maringá- PR, Curitiba.
6. NATIONAL HEALTH INSTITUTE (NHS). Reino Unido. Disponível em: <http://www.nhs.uk/Conditions/Osteoarthritis>. Acesso em maio/2016.
7. KELLGREN, J.H. Osteoarthritis in Patients and Populations. *Br Med Journal*, v. 2, p.1-6, 1979
8. Fernandes, Marcus Ivanovith.Tradução e validação do questionário de qualidade de vida específico para osteoartrose WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities) para a língua portuguesa/ Marcus Ivanovith Fernandes. -- São Paulo, 2001.
9. KAPSTAD, Heidi et al. Cutpoints for mild, moderate and severe pain in patients with osteoarthritis of the hip or knee ready for joint replacement surgery. *Bmc Musculoskeletal Disorders*, [s.l.], v. 9, n. 1, p.1-9, 21 abr. 2008. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2474-9-55>.
10. SOARES, Maria Raquel; PEREIRA, Carlos Alberto de Castro. Teste de caminhada de seis minutos: valores de referência para adultos saudáveis no Brasil. *J. bras. pneumol.*, São Paulo , v. 37, n. 5, p. 576-583, Oct. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-

37132011000500003&lng=en&nrm=iso>. access on 10 June 2019.

<http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132011000500003>.

11. Iwama AM, Andrade GN, Shima P, Tanni SE, Godoy I, Dourado VZ. The sixminute walk test and body weight-walk distance product in healthy Brazilian subjects. *Braz J Med Biol Res.* 2009; 42 (11): 1080-5.
12. DOBSON, Fiona et al. OARSI recommended performance-based tests to assess physical function in people diagnosed with hip or knee osteoarthritis. *Osteoarthritis and cartilage*, v. 21, n. 8, p. 1042-1052, 2013.
13. ASSI, L. et al. Relation of radiographic severity of knee osteoarthritis to clinical pain scores: results from the pain perception in osteoarthritis study. *Osteoarthritis and Cartilage*, v. 26, p. S223-S224, 2018.
14. Kirkwood RN, Resende RA, Magalhães CMB, Gomes HA, Mingoti SA, Sampaio RF. Application of principal component analysis on gait kinematics in elderly women with knee osteoarthritis. *Rev Bras Fisioter.* 2011; 15(1):52-8.
15. LOURENCO, Roberto A; VERAS, Renato P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Rev. Saúde Pública, São Paulo* , v. 40, n. 4, p. 712-719, Aug. 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000500023&lng=en&nrm=iso>. access on 10 June 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000500023>.
16. Bijur PE, Silver W, Gallagher EJ (2001) Reliability of the visual analog scale for measurement of acute pain. *Acad Emerg Med* 8(12):1153–1157.
17. Gillian A. Hawker, Samra Mian, Tetyana Kendzerska, and Melissa French; Measures of Adult Pain. *Arthritis Care & Research.* Vol. 63, No. S11, November 2011, pp S240–S252, 2011, American College of Rheumatology
18. BISWAS, D. et al. Habitual physical activity score as a predictor of the 6-min walk test distance in healthy adults. **Respiratory investigation**, v. 51, n. 4, p. 250–256, dez. 2013.
19. MCCONNELL, Sara; KOLOPACK, Pamela; DAVIS, Aileen M. The Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC): a review of its utility and measurement properties. *Arthritis Care & Research: Official Journal of the American College of Rheumatology*, v. 45, n. 5, p. 453-461, 2001.

20. SLEMENDA, Charles et al. Quadriceps weakness and osteoarthritis of the knee. *Annals of internal medicine*, v. 127, n. 2, p. 97-104, 1997.
21. Bellamy N, Buchanan WW., Goldsmith CH., Campbell J, Stitt LW. Validation study of WOMAC: A health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee. *J Rheumatol*, 1988; 15:1833-40,.
22. Bellamy N, Buchanan WW, Goldsmith CH, Campbell J, Stitt L. Validation study of WOMAC: A health status measure for measuring clinically important patient relevant outcomes following total hip or knee arthroplasty in osteoarthritis. *J Orthop Rheumatol*, 1988; 1:95-108.
23. SOLWAY, Sherra et al. A qualitative systematic overview of the measurement properties of functional walk tests used in the cardiorespiratory domain. **Chest**, v. 119, n. 1, p. 256-270, 2001.
24. BITTNER, Vera et al. Prediction of mortality and morbidity with a 6-minute walk test in patients with left ventricular dysfunction. **Jama**, v. 270, n. 14, p. 1702-1707, 1993.
25. CAHALIN, Lawrence P. et al. The six-minute walk test predicts peak oxygen uptake and survival in patients with advanced heart failure. **Chest**, v. 110, n. 2, p. 325-332, 1996.
26. KO, Victoria et al. The six-minute walk test is an excellent predictor of functional ambulation after total knee arthroplasty. **BMC musculoskeletal disorders**, v. 14, n. 1, p. 145, 2013.
27. ATEEF, Mahamed et al. Test–retest reliability and correlates of 6-minute walk test in patients with primary osteoarthritis of knees. **Indian Journal of Rheumatology**, v. 11, n. 4, p. 192, 2016.
28. BRITTO, Raquel Rodrigues; DE SOUSA, Lidiane Aparecida Pereira. Teste de caminhada de seis minutos uma normatização brasileira. **Fisioterapia em movimento**, v. 19, n. 4, 2017.
29. FIELD, Andy. **Descobrimo a estatística usando o SPSS-2**. Bookman Editora, 2009.
30. IBGE. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>. Acesso em maio/2016 às 15:23h.
31. ROSIS, Roberta Garcia de; MASSABKI, Paulo Sérgio; KAIRALLA, Maisa. Osteoartrite: avaliação clínica e epidemiológica de pacientes idosos em instituição de

longa permanência. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 2, n. 8, p.101-108, 2010.

32. ROOS, Ewa M.; TOKSVIG-LARSEN, Sören. Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS)–validation and comparison to the WOMAC in total knee replacement. **Health and quality of life outcomes**, v. 1, n. 1, p. 17, 2003.
33. METSAVAHT, Leonardo et al. Qual o melhor questionário para avaliar os aspectos físicos de pacientes com osteoartrite no joelho na população brasileira. **Rev Bras Ortop**, v. 46, n. 3, p. 256-61, 2011.
34. ALVES, Janice Chaim; BASSITT, Debora Pastore. Qualidade de vida e capacidade funcional de idosas com osteoartrite de joelho. **Einstein**, v. 11, n. 2, p. 209-15, 2013.

APÊNDICE 1 – TCLE



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa **O EFEITO DAS CORRENTES INTERFERENCIAL (IF), ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA TRANSCUTÂNEA (TENS) E CORRENTE AUSTRALIANA (AUSSIE) NO CONTROLE DA DOR, DA FUNÇÃO E DA QUALIDADE DE VIDA EM INDIVÍDUOS COM OSTEOARTRITE DE JOELHO - ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO**, sob a responsabilidade do pesquisador **Camila Cadena de Almeida**.

Correntes elétricas (eletroterapia) são bastante usadas no tratamento da osteoartrite, a nossa intenção é comparar três tipos diferentes, ver qual traz melhor resultado e se essa melhora permanece mesmo após o seu tratamento acabar.

O objetivo desta pesquisa é avaliar a sua condição física e se o tratamento usado pela fisioterapia está adequado e oferece benefícios a sua condição!

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 se dará por meio de três entrevistas, três avaliações com uma fisioterapeuta e um mês de tratamento com eletroterapia no local mais próximo a sua residência. Caso o senhor(a) more mais perto da saída norte a entrevista/avaliação/tratamento será oferecida no Campus Darcy Ribeiro- Faculdade de educação física- UnB e caso o senhor more mais próximo a saída sul, será oferecida na UnB- Faculdade de Ceilândia. Dessa forma:

- Primeiro encontro: Entrevista + avaliação
 - Como será a entrevista? Nessa fase, queremos saber se o senhor(a) pode ou não participar do nosso estudo. Aqui faremos algumas perguntas com relação a sua saúde e caso haja alguma pergunta que o senhor(a) não queira responder ou cause qualquer tipo de constrangimento a entrevista será interrompida. Caso possa, marcaremos uma avaliação. Tem duração de aproximadamente 30 minutos.
 - Mediremos o nível de dor através de uma escala numérica de 0 a 10, onde 0 indica ausência total de dor e 10 um dor muito intensa (máxima). Basta escolher o número que melhor representa a sua dor. Caso essa avaliação te ofereça algum constrangimento, a avaliação será interrompida.
- E a Avaliação? Tem duração de aproximadamente 1 hora e 30 minutos.
 1. Marcaremos com o uso de uma caneta própria para a pele 12 pontos no seu joelho que tem o diagnóstico de osteoartrite, caso sejam os 2, marcaremos ambos da mesma maneira. Em seguida, com um aparelho faremos pressão em cada um dos pontos a procura de pontos dolorosos. Aqui, o senhor(a) pode sentir dor, mas não se preocupe! O dispositivo para interrupção do teste fica com o senhor(a) e você pode interrompê-lo a qualquer momento.
 2. Com os mesmos pontos, o senhor(a) ficará sentado confortavelmente e uma câmera será posicionada a frente, ao lado e atrás do(s) seus(s) joelho(s) e duas fotos serão tiradas em cada posição. É necessário estar de bermudas acima do joelho, mas caso essa posição te ofereça algum mal estar ou constrangimento, a avaliação será interrompida.

3. Faremos um teste onde o senhor permanecerá sob um só pé durante o tempo máximo de 30 segundos. Aqui o senhor pode se desequilibrar, mas não se preocupe! Sempre haverá um membro da nossa equipe ao seu lado.
 4. Faremos um teste que consiste em pedir para o senhor(a) se levantar de uma cadeira, caminhar 3 metros, dar meia-volta, retornar e se sentar novamente na cadeira. Caso você sinta algum desconforto, mal estar, palpitações, falta de ar basta informar a equipe que interromperemos o teste e daremos a assistência adequada. Toda a equipe é treinada em técnicas de primeiros socorros.
 5. Faremos um teste onde o senhor(a) ficará sentado em uma cadeira apoiada contra uma parede e em seguida levantará e sentará 5 vezes o mais rápido que conseguir. Caso o senhor se desequilibre, não se preocupe! Sempre haverá um membro da nossa equipe ao seu lado.
 6. Faremos outro teste onde o senhor(a) ficará sentado em uma cadeira apoiada contra uma parede e em seguida levantará e sentará o maior número de vezes que conseguir durante 30 segundos. Caso o senhor(a) sinta algum desconforto, mal estar, palpitações, falta de ar basta informar a equipe que interromperemos o teste e daremos a assistência adequada. Toda a equipe é treinada em técnicas de primeiros socorros.
 7. Faremos um teste onde o senhor(a) ficará posicionado de frente para uma escadaria com 9 degraus. Em seguida, o senhor(a) deve subir e descer os degraus e retornar a posição inicial. Aqui o senhor (a) pode se desequilibrar, mas não se preocupe! Você poderá utilizar o corrimão a qualquer hora e sempre haverá um membro da nossa equipe ao seu lado.
 8. Faremos um teste em um corredor de 10 metros de comprimento. Aqui, o senhor(a) deverá caminhar o mais rápido possível. Nosso objetivo aqui é medir a sua velocidade de caminhada. Aqui o senhor (a) pode se desequilibrar, mas não se preocupe! Sempre haverá um membro da nossa equipe ao seu lado.
 9. Faremos um último teste. Aqui, o senhor(a) ficará de pé em uma plataforma que tentará desequilibrar o senhor(a) tanto para frente e para trás quanto para os lados, serão 3 tentativas de 30 segundos cada. Caso o senhor se desequilibre, não se preocupe! A plataforma dispõe de apoios para os braços e sempre haverá um membro da nossa equipe ao seu lado.
 10. Por último o senhor(a) responderá a três questionários: no primeiro, saberemos o seu nível de atividade física. No segundo e terceiro saberemos como a dor no joelho afeta suas atividades cotidianas e a sua qualidade de vida em geral. Caso haja alguma pergunta que o senhor(a) não queira responder ou cause qualquer tipo de constrangimento o preenchimento será interrompido.
- Tratamento: Serão 3 sessões por semana durante um mês com duração total de 30 minutos, essas datas serão combinadas na avaliação com o senhor(a) no dia da entrevista, assim como o local para tratamento. Aqui o senhor(a) ficará sobre uma maca na posição deitada de maneira confortável e o(s) joelho(s) com osteoartrite será(ão) colocado(s) em flexão apoiado(s) por uma almofada em forma de lápis. Em seguida, serão colocados 4 eletrodos com gel condutor ao redor do(s) joelho(s) e esses conectados através de fios a uma aparelho de eletroterapia. Após ligado, a intensidade da terapia será manualmente ajustada para o seu melhor conforto. A sensação deve ser forte, porém confortável. A eletroterapia é um tipo de tratamento bastante peculiar e nem todas as pessoas se adaptam a ela, podendo gerar maior

desconforto e incômodo do que alívio. Caso esse seja o seu caso, o tratamento será interrompido.

- Primeira reavaliação: O senhor(a) passará pelas mesmas etapas da avaliação inicial após o fim do tratamento.
- Segunda reavaliação: O senhor(a) passará pelas mesmas etapas da avaliação inicial após três meses do fim do tratamento.
- Terceira reavaliação: O senhor(a) passará pelas mesmas etapas da avaliação inicial após seis meses do fim do tratamento.

Se você aceitar participar, estará contribuindo para **aumentar o nosso conhecimento a respeito dos benefícios da eletroterapia e de qual a melhor corrente para aliviar as dores de pacientes como você!**

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão 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 e seu acompanhante, quando necessário estiverem relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão 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 **Universidade de Brasília- 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: **Camila Cadena de Almeida**, na **Universidade de Brasília- UnB** no telefone (61) 996794277, disponível inclusive para ligação a cobrar ou ainda pelo e-mail cadenacamila@gmail.com

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. 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 esclarecidos pelo 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. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado 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 _____.

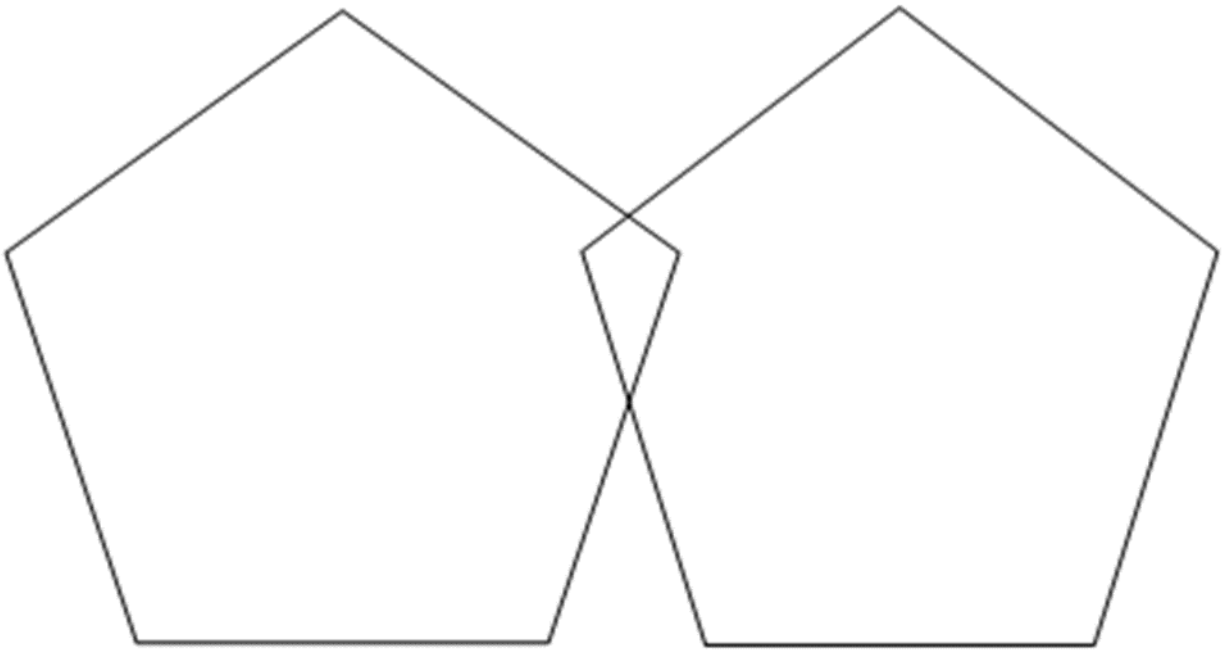
ANEXOS

ANEXO 1- MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL - DATA: ____/____/____

Instruções: Agora vou lhe fazer algumas perguntas que exigem atenção e um pouco de sua memória. Por favor, tente se concentrar para respondê-las.

		Certo	Errado
ORIENTAÇÃO NO TEMPO	1. Ano?		
	2. Mês?		
	3. Dia do Mês?		
	4. Dia da Semana?		
	5. Hora aproximada? (correto =variação de + ou - uma hora)		
ORIENTAÇÃO NO ESPAÇO	6. Andar/sala? (consultório)		
	7. Local? (HRC, ambulatório, centro de saúde)		
	8. Bairro?		
	9. Cidade?		
REGISTRO: Repetir	10. Estado?		
	11. GELO		
ATENÇÃO E CÁLCULO: Agora eu gostaria que o(a) Sr(a) me dissesse quanto é:	12. LEÃO		
	13. PLANTA		
	14. 100 – 7	{93}{O}	
	15. 93 – 7	{86}{D}	
	16. 86 – 7	{79}{N}	
	17. 79 – 7	{72}{U}	
MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO: Quais os três objetos perguntados anteriormente?	18. 72 – 7	{65}{M}	
	19. GELO		
	20. LEÃO		
LINGUAGEM: [Nomear objetos]	21. PLANTA		
	22. CANETA		
23. RELÓGIO			
24. REPETIR:	NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ. (Correto = repetição perfeita, sem dicas.)		
Agora apanhe esta folha de papel com a mão direita. Dobre-a ao meio e coloque-a no chão.	25. PEGAR COM A MÃO DIREITA		
	26. DOBRAR AO MEIO		
	27. COLOCAR NO CHÃO		
28. LER E EXECUTAR A FRASE ABAIXO: (ler e fazer o que está escrito)	FECHE OS OLHOS		
29. ESCREVER UMA FRASE			



Anexo 2: WOMAC

QUESTIONÁRIO WOMAC PARA OSTEOARTRITE – PORTUGÊS BRASIL

Nome: PRÉ INTERVENÇÃO

Data avaliação: ___/___/___

As perguntas a seguir se referem à INTENSIDADE DA DOR que você está atualmente sentindo devido a artrite de seu joelho. Para cada situação, por favor, coloque a intensidade da dor que sentiu nas últimas 72 horas (3 dias)

Pergunta: Qual a intensidade da sua dor?

1-Caminhando em um lugar plano.									
Nenhuma	<input type="checkbox"/>	Pouca	<input type="checkbox"/>	Moderada	<input type="checkbox"/>	Intensa	<input type="checkbox"/>	Muito intensa	<input type="checkbox"/>
2- Subindo ou descendo escadas.									
Nenhuma	<input type="checkbox"/>	Pouca	<input type="checkbox"/>	Moderada	<input type="checkbox"/>	Intensa	<input type="checkbox"/>	Muito intensa	<input type="checkbox"/>
3- A noite deitado na cama.									
Nenhuma	<input type="checkbox"/>	Pouca	<input type="checkbox"/>	Moderada	<input type="checkbox"/>	Intensa	<input type="checkbox"/>	Muito intensa	<input type="checkbox"/>
4-Sentando-se ou deitando-se.									
Nenhuma	<input type="checkbox"/>	Pouca	<input type="checkbox"/>	Moderada	<input type="checkbox"/>	Intensa	<input type="checkbox"/>	Muito intensa	<input type="checkbox"/>
5. Ficando em pé.									
Nenhuma	<input type="checkbox"/>	Pouca	<input type="checkbox"/>	Moderada	<input type="checkbox"/>	Intensa	<input type="checkbox"/>	Muito intensa	<input type="checkbox"/>

TOTAL: _____

As perguntas a seguir se referem a intensidade de RIGIDEZ nas juntas (não dor), que você está atualmente sentindo devido a artrite em seu joelho nas últimas 72 horas. Rigidez é uma sensação de restrição ou dificuldade para movimentar suas juntas.

1- Qual é a intensidade de sua rigidez logo após acordar de manhã?									
Nenhuma	<input type="checkbox"/>	Pouca	<input type="checkbox"/>	Moderada	<input type="checkbox"/>	Intensa	<input type="checkbox"/>	Muito intensa	<input type="checkbox"/>
2- Qual é a intensidade de sua rigidez após se sentar, se deitar ou repousar no decorrer do dia?									
Nenhuma	<input type="checkbox"/>	Pouca	<input type="checkbox"/>	Moderada	<input type="checkbox"/>	Intensa	<input type="checkbox"/>	Muito intensa	<input type="checkbox"/>

TOTAL: _____

As perguntas a seguir se referem a sua ATIVIDADE FÍSICA. Nós chamamos atividade física, sua capacidade de se movimentar e cuidar de você mesmo(a). Para cada uma das atividades a seguir, por favor, indique o grau de dificuldade que você está tendo devido à artrite em seu joelho durante as últimas 72 horas.

Pergunta: Qual o grau de dificuldade que você tem ao:

1 - Descer escadas.									
Nenhuma	<input type="checkbox"/>	Pouca	<input type="checkbox"/>	Moderada	<input type="checkbox"/>	Intensa	<input type="checkbox"/>	Muito intensa	<input type="checkbox"/>
2- Subir escadas.									
Nenhuma	<input type="checkbox"/>	Pouca	<input type="checkbox"/>	Moderada	<input type="checkbox"/>	Intensa	<input type="checkbox"/>	Muito intensa	<input type="checkbox"/>
3- Levantar-se estando sentada.									
Nenhuma	<input type="checkbox"/>	Pouca	<input type="checkbox"/>	Moderada	<input type="checkbox"/>	Intensa	<input type="checkbox"/>	Muito intensa	<input type="checkbox"/>
4- Ficar em pé.									
Nenhuma	<input type="checkbox"/>	Pouca	<input type="checkbox"/>	Moderada	<input type="checkbox"/>	Intensa	<input type="checkbox"/>	Muito intensa	<input type="checkbox"/>
5- Abaixar-se para pegar algo.									
Nenhuma	<input type="checkbox"/>	Pouca	<input type="checkbox"/>	Moderada	<input type="checkbox"/>	Intensa	<input type="checkbox"/>	Muito intensa	<input type="checkbox"/>
6- Andar no plano.									
Nenhuma	<input type="checkbox"/>	Pouca	<input type="checkbox"/>	Moderada	<input type="checkbox"/>	Intensa	<input type="checkbox"/>	Muito intensa	<input type="checkbox"/>
7- Entrar e sair do carro.									
Nenhuma	<input type="checkbox"/>	Pouca	<input type="checkbox"/>	Moderada	<input type="checkbox"/>	Intensa	<input type="checkbox"/>	Muito intensa	<input type="checkbox"/>
8- Ir fazer compras.									
Nenhuma	<input type="checkbox"/>	Pouca	<input type="checkbox"/>	Moderada	<input type="checkbox"/>	Intensa	<input type="checkbox"/>	Muito intensa	<input type="checkbox"/>
9- Colocar meias.									
Nenhuma	<input type="checkbox"/>	Pouca	<input type="checkbox"/>	Moderada	<input type="checkbox"/>	Intensa	<input type="checkbox"/>	Muito intensa	<input type="checkbox"/>
10- Levantar-se da cama.									
Nenhuma	<input type="checkbox"/>	Pouca	<input type="checkbox"/>	Moderada	<input type="checkbox"/>	Intensa	<input type="checkbox"/>	Muito intensa	<input type="checkbox"/>
11- Tirar as meias.									
Nenhuma	<input type="checkbox"/>	Pouca	<input type="checkbox"/>	Moderada	<input type="checkbox"/>	Intensa	<input type="checkbox"/>	Muito intensa	<input type="checkbox"/>
12- Ficar deitado na cama.									
Nenhuma	<input type="checkbox"/>	Pouca	<input type="checkbox"/>	Moderada	<input type="checkbox"/>	Intensa	<input type="checkbox"/>	Muito intensa	<input type="checkbox"/>
13- Entrar e sair do banho.									
Nenhuma	<input type="checkbox"/>	Pouca	<input type="checkbox"/>	Moderada	<input type="checkbox"/>	Intensa	<input type="checkbox"/>	Muito intensa	<input type="checkbox"/>
14 - Se sentar.									
Nenhuma	<input type="checkbox"/>	Pouca	<input type="checkbox"/>	Moderada	<input type="checkbox"/>	Intensa	<input type="checkbox"/>	Muito intensa	<input type="checkbox"/>
15- Sentar e levantar do vaso sanitário.									
Nenhuma	<input type="checkbox"/>	Pouca	<input type="checkbox"/>	Moderada	<input type="checkbox"/>	Intensa	<input type="checkbox"/>	Muito intensa	<input type="checkbox"/>
16- Fazer tarefas domésticas pesadas.									
Nenhuma	<input type="checkbox"/>	Pouca	<input type="checkbox"/>	Moderada	<input type="checkbox"/>	Intensa	<input type="checkbox"/>	Muito intensa	<input type="checkbox"/>
17- Fazer tarefas domésticas leves.									

Anexo 4 – Normas de Submissão da Revista Brasileira de Fisioterapia

15/05/2019

Rev. Bras. Fisioter. - Instruções aos autores



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

A **Revista Brasileira de Fisioterapia/Brazilian Journal of Physical Therapy (RBF/BJPT)** publica artigos originais de pesquisa 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 da **RBF/BJPT** se compromete a publicar investigação científica de excelência, de diferentes [áreas do conhecimento](#).

A **RBF/BJPT** publica os seguintes tipos de estudo, cujo conteúdo deve 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 áreas da RBF/BJPT. Estudos experimentais incluem estudos do tipo experimental de caso único, quasi-experimental e ensaio clínico.

A Organização Mundial de Saúde define ensaio clínico como "qualquer estudo que aloca prospectivamente participantes ou grupos de seres humanos em uma ou mais intervenções relacionadas à saúde para avaliar efeito(s) em desfecho(s) em saúde". Estudos do tipo ensaio clínico deverão obrigatoriamente seguir as recomendações do CONSORT, que estão disponíveis em: <http://www.consort-statement.org/consort-statement/overview0/>.

Neste site, o autor deve acessar o CONSORT 2010 *checklist*, o qual deve ser preenchido e encaminhado juntamente com o manuscrito. Todo manuscrito ainda deverá obrigatoriamente conter o CONSORT *Statement 2010 Flow Diagram* no item "Materiais e métodos". Todo processo de submissão de estudos experimentais deverá atender a essa recomendação.

b) **Estudos observacionais:** estudos que investigam relação(ões) entre variáveis de interesse relacionadas ao escopo e áreas da RBF/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, que inclui opiniões, atitudes, motivações e padrões de comportamento sem quantificação. Estudos qualitativos incluem pesquisa documental e estudo etnográfico.

d) **Estudos de revisão de literatura:** estudos que realizam análise e/ou síntese da literatura de tema relacionado ao escopo e áreas da RBF/BJPT. **Estudos de revisão crítica ou passiva só serão considerados quando solicitados a convite dos editores.** Manuscritos de revisão sistemática que incluem metanálise terão prioridade em relação aos demais estudos de revisão sistemática. Aqueles que apresentam quantidade insuficiente de artigos

selecionados e/ou artigos de baixa qualidade e que não apresentam conclusão assertiva e válida sobre o tema não serão considerados para a análise de revisão por pares.

e) Estudos metodológicos: estudos centrados no desenvolvimento e/ou avaliação das propriedades psicométricas e características clinimétricas de instrumentos de avaliação. Incluem também estudos que objetivam a tradução e/ou adaptação transcultural de questionários estrangeiros para o português do Brasil.

No endereço <http://www.equator-network.org/resource-centre/library-of-health-research-reporting>, pode ser encontrada a lista completa dos *guidelines* disponíveis para cada tipo de estudo, por exemplo, o STROBE para estudos observacionais, o COREQ para estudos qualitativos, o PRISMA para revisões sistemáticas e metanálises e o GRRAS para estudos de confiabilidade. Sugerimos que os autores verifiquem esses *guidelines* e atendam ao *checklist* correspondente antes de submeterem seus manuscritos.

Estudos que relatam resultados eletromiográficos devem seguir o *Standards for Reporting EMG Data*, recomendados pela ISEK (http://www.isek-online.org/standards_emg.html.)

Não serão consideradas as submissões de estudo-piloto, estudo de caso, estudo preliminar e diretrizes de prática. O conselho editorial poderá publicar trabalhos de modalidade não descrita acima, quando julgar pertinente.

Aspectos éticos e legais

A submissão do manuscrito à **RBF/BJPT** implica que o trabalho na íntegra ou parte(s) dele não tenha sido publicado em outra fonte ou veículo de comunicação e que não esteja sob consideração para publicação em outro periódico.

uso de iniciais, nomes ou números de registros hospitalares dos pacientes deve ser evitado. 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 e com o devido consentimento livre e esclarecido dos participantes conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (Brasil), que trata do Código de Ética para Pesquisa em Seres Humanos e, para autores fora do Brasil, devem estar de acordo com [Committee on Publication Ethics \(COPE\)](#).

Para os experimentos em animais, 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).

Para as pesquisas em humanos e em animais, deve-se incluir, no manuscrito, o número do parecer de aprovação pela Comissão de Ética em Pesquisa. O estudo deve ser devidamente registrado no Conselho Nacional de Saúde do Hospital ou Universidade ou no mais próximo de sua região.

Reserva-se à **RBF/BJPT** o direito de não publicar trabalhos que não obedeçam às normas legais e éticas para pesquisas em seres humanos e para os experimentos em animais.

Para os ensaios clínicos, serão aceitos qualquer registro que satisfaça o Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, ex. <http://www.actr.org.au>, (para autores não-brasileiros). No Brasil, os autores devem acessar o Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos-REBEC no endereço <http://www.ensaiosclnicos.gov.br/>. Os autores devem

fornecer o nome e o endereço do site do cadastro e o número de registro final.

A **RBF/BJPT** aceitará temporariamente o número do protocolo do registro na submissão do manuscrito, mas apenas ensaios clínicos com o registro finalizado serão publicados.

Critérios de autoria

A **RBF/BJPT** recebe, para submissão, manuscritos com até seis (6) autores. A política de autoria da **RBF/BJPT** pauta-se nas diretrizes para a autoria do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas exigidos 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 todas contempladas. Aquisição de financiamento, coleta de dados e/ou análise de dados ou supervisão geral do grupo de pesquisa, por si só, não justificam autoria e deverão ser reconhecidas nos agradecimentos. Os conceitos contidos nos manuscritos são de responsabilidade exclusiva dos autores. Todo material publicado torna-se propriedade da RBF/BJPT, que passa a reservar os direitos autorais. Portanto, nenhum material publicado na **RBF/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

A **RBF/BJPT** considera a submissão de manuscritos com até 3.500 palavras (excluindo-se página de título, resumo, referências, tabelas, figuras ou 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 avaliação do conteúdo do manuscrito, os autores serão informados.

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

- *American Journal Experts* (www.journalexerts.com)
- *Scribendi* (www.scribendi.com)
- *Elsevier* (www.elsevier.com/wps/find/authors/languagepolishing)
- *Nature Publishing Groups Language Editing* (languageediting.nature.com/editing.services)

O manuscrito deve incluir uma página de título e identificação, resumo/*abstract* e palavras-chave, corpo do texto, referências, tabelas e figuras.

Título e página de 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 na lista de palavras-chave. A página de identificação deve conter ainda os seguintes dados:

Título do manuscrito em português e em inglês, em letras maiúsculas;
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-chaves: 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, incluindo os seguintes itens, separadamente: Contextualização, Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusão e o Número do Registro de Ensaio Clínico, quando apropriado (ver recomendações para Ensaio Clínico em Escopo e Política e Aspectos Éticos e Legais).

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

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. 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 fluxograma CONSORT](#)).

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

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.

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 nos métodos e/ou nos resultados não devem ser repetidos. Limitações do estudo, implicações e aplicação clínica para as áreas de Fisioterapia e Ciências da 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 anexados 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 arábico, 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 online. Em relação à arte final, todas as figuras devem estar em alta resolução (300 DPI). Figuras de baixa qualidade 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.

Submissão eletrônica

A submissão dos manuscritos deverá ser efetuada por via eletrônica no site <http://www.scielo.br/rbfis>.

Os artigos submetidos e aceitos em português serão traduzidos para o inglês por tradutores da RBF/BJPT, e os artigos submetidos e aceitos em inglês, caso necessário, serão encaminhados aos revisores de inglês da **RBF/BJPT** para revisão final.

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 no sistema os dados dos autores e ainda inserir como documento(s) suplementar(es):

- 1) [Carta de encaminhamento](#) do material;
- 2) [Declaração de responsabilidade de conflitos de interesse](#);
- 3) [Declaração de transferência de direitos autorais](#) assinada por todos os autores, com o número de CPF.
- 4) Demais documentos, se apropriados (ex. permissão para publicar figuras, parte de material já publicado, *checklist* etc).

-Modalidade de Submissão Fast Track

A **RBF/BJPT** poderá receber e avaliar manuscritos na modalidade *Fast Track*. Nessa modalidade, os manuscritos deverão ter sido submetidos e recusados por outros periódicos indexados no JCR. Para tal, o manuscrito deve estar em conformidade com o [Escopo e Política Editorial da RBF/BJPT](#), estar de acordo com as instruções indicadas nas **Seções 2 e 3** e atender aos seguintes requisitos:

- O periódico internacional para o qual o manuscrito foi submetido anteriormente deve ter fator de impacto JCR superior a 0,60;
- O manuscrito deve ter passado por processo completo de revisão por pares no outro periódico. Não serão aceitos manuscritos recusados em revisão inicial dos editores;
- A submissão *Fast Track* deve incluir: a) manuscrito com alterações em destaque (*highlight*); b) respostas ponto a ponto sobre os comentários dos avaliadores; c) carta informando o nome e índice de impacto do periódico a que foi enviado anteriormente, apresentando argumentos para justificar a possível publicação na **RBF/BJPT** e explicitando, quando for o caso, os aspectos não atendidos referentes aos pareceres e/ou decisão editorial do periódico internacional; d) a resposta oficial do outro periódico (cartas dos avaliadores e do editor com a revisão detalhada) deve ser enviada por e-mail, SEM EDIÇÃO, ou seja, o e-mail de resposta deve ser *Forwarded* (encaminhado) para a **RBF/BJPT** (rbfisis-ti@ufscar.br) na íntegra, sem edição por parte dos autores; e) demais informações solicitadas pela RBF/BJPT;

-Taxa de publicação

Para os artigos aceitos para publicação, a **RBF/BJPT** cobrará do autor de correspondência ou pessoa por ele indicado uma taxa de publicação conforme valores definidos em reunião do seu conselho editorial, disponível em <http://www.rbf-bjpt.org.br/>. Os autores convidados serão isentos do pagamento de taxas.

Processo de revisão

Exceto para a modalidade *Fast Track*, os manuscritos submetidos que atenderem às normas estabelecidas e que se apresentarem em conformidade com a política editorial da **RBF/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 metodologia. 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, toda documentação referente ao processo de revisão será incinerada.

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. Avaliação e mensuração em Fisioterapia; 11. Ergonomia/Saúde no trabalho.

[\[Home\]](#) [\[Sobre esta revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)



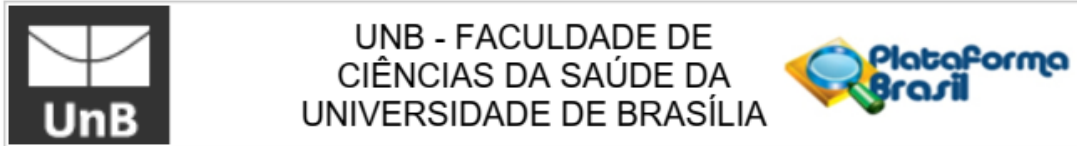
Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

Rod. Washington Luís, Km 235
13565-905, São Carlos, SP, Brasil
Tel./Fax: +55 16 3351 8755



contato@rbf-bjpt.org.br

Anexo 5 – Parecer do comitê de ética em pesquisa



Continuação do Parecer: 2.177.355

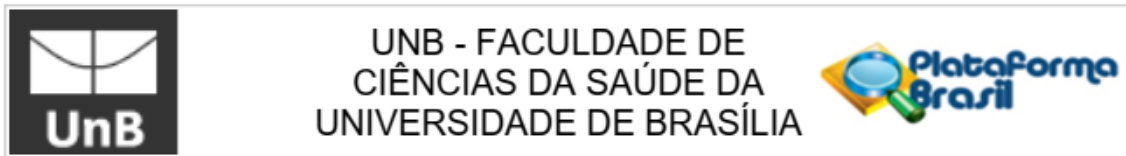
Considerações Finais a critério do CEP:

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_BASICAS_DO_PROJETO_767800.pdf	26/06/2017 09:02:12		Aceito
Outros	CartaRespPendencias_CEPFS_260617.doc	26/06/2017 08:58:40	Camila Cadena de Almeida	Aceito
Outros	Carta_encaminhamento.pdf	17/05/2017 21:48:33	Camila Cadena de Almeida	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_PlatBra170517.docx	17/05/2017 21:46:40	Camila Cadena de Almeida	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ModTCLE.doc	06/03/2017 20:41:28	Camila Cadena de Almeida	Aceito
Outros	cartaencaminhprojetoemassinatura.doc	20/11/2016 20:41:41	Camila Cadena de Almeida	Aceito
Outros	termoresponsabilidadesemassinatura.doc	06/11/2016 20:22:58	Camila Cadena de Almeida	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermoConcordsemassinaturaJake.doc	06/11/2016 20:19:33	Camila Cadena de Almeida	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermoConcordsemassinaturaDIRAPS.doc	06/11/2016 20:19:22	Camila Cadena de Almeida	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermoConcordsemassinaturaDiana.doc	06/11/2016 20:19:14	Camila Cadena de Almeida	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermoConcordsemassinaturaAREAS.doc	06/11/2016 20:19:00	Camila Cadena de Almeida	Aceito
Outros	termoresponsabilidade.doc	06/11/2016 20:08:22	Camila Cadena de Almeida	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_Jake.pdf	18/10/2016 11:34:13	Camila Cadena de Almeida	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	tconcord_Jake.doc	11/10/2016 10:34:17	Camila Cadena de Almeida	Aceito

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



Continuação do Parecer: 2.177.355

Declaração de Instituição e Infraestrutura	tconcord_DIRAPS.doc	11/10/2016 10:33:53	Camila Cadena de Almeida	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	tconcord_Diana.doc	11/10/2016 10:33:23	Camila Cadena de Almeida	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	tconcord_Areas_programaticas.doc	11/10/2016 10:32:53	Camila Cadena de Almeida	Aceito
Outros	Curriculo_Paticia_Azevedo_Garcia.doc	11/10/2016 10:23:02	Camila Cadena de Almeida	Aceito
Outros	Curriculo_Joao_Luiz_Quagliotti_Durigan.doc	11/10/2016 10:22:08	Camila Cadena de Almeida	Aceito
Outros	Curriculo.docx	11/10/2016 10:18:57	Camila Cadena de Almeida	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 18 de Julho de 2017

Assinado por:
Keila Elizabeth Fontana
 (Coordenador)