



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

PEDRO HENRIQUE GONZAGA ALMEIDA

PARÂMETROS DO PLANEJAMENTO PARA A ASSISTÊNCIA NA HABILITAÇÃO E REABILITAÇÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA PARA O ESPORTE: UM ESTUDO LONGITUDINAL RETROSPECTIVO ORIENTADO PELA ESCALA DE OBTENÇÃO DE METAS

PEDRO HENRIQUE GONZAGA ALMEIDA

PARÂMETROS DO PLANEJAMENTO PARA A ASSISTÊNCIA NA HABILITAÇÃO E REABILITAÇÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA PARA O ESPORTE: UM ESTUDO LONGITUDINAL RETROSPECTIVO ORIENTADO PELA ESCALA DE OBTENÇÃO DE METAS

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: Prof. Dr. Emerson Fachin Martins

BRASÍLIA 2018

PEDRO HENRIQUE GONZAGA ALMEIDA

PARÂMETROS DO PLANEJAMENTO PARA A ASSISTÊNCIA NA HABILITAÇÃO E REABILITAÇÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA PARA O ESPORTE: UM ESTUDO LONGITUDINAL RETROSPECTIVO ORIENTADO PELA ESCALA DE OBTENÇÃO DE METAS

Brasília, 09/11/2018

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Emerson Fachin Martins Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília - UnB Orientador — Presidente

Profa. Dra. Kênnea Martins Almeida

Departamento de Fisioterapia – Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

Membro Externo – Efetivo

Prof. Dr. Hudson Azevedo Pinheiro Fundação Hospitalar do Distrito Federal – SESDF Membro Externo – Efetivo

Prof. Dr. Osmair Gomes de Macedo Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília - UnB Membro Interno — Suplente

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus pais, fonte de inspiração, lutas e sacrifícios realizados para que desfrutasse das melhores condições no decorrer da minha caminhada até aqui. A todos familiares e amigos que me apoiaram nessa jornada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meus pais pelo incentivo durante os anos de ensino e graduação, pelo investimento em mim realizado para que pudesse desfrutar das melhores condições possíveis para exercer e praticar o ensino superior, pelas orientações ao longo do processo acadêmico.

Agradeço a minha namorada, que me auxilia, orienta, incentiva em todos os momentos, exige o meu melhor em todas as atividades, e se fez presente não só nos momentos positivos, mas também em todas as dificuldades pelas quais passei.

Agradeço ao Professor Emerson Fachin Martins, por todas as oportunidades que me foram concedidas, sendo essas no projeto de extensão VIVETEC – Viver Sem Limites em Corpos que Interagem com Tecnologias, pelo período de atividade de tutoria, pelos ensinamentos em disciplinas durante a graduação, em estágio obrigatório, nas orientações durante a confecção deste trabalho, sempre buscando extrair e incentivar o melhor da minha performance.

Agradeço a Universidade de Brasília pela oportunidade em realizar atividades de ensino, pesquisa e extensão, pelo investimento para que pudesse me tornar um profissional capacitado e qualificado, podendo devolver em serviços para a sociedade.

Agradecemos ao Decanato de Ensino e Graduação pelo fomento em forma de bolsa em atividades de tutoria.

Agradecemos o fomento em termos de bolsa e suporte financeiro destinados ao NTAAI – Núcleo de Tecnologia Assistiva, Acessibilidade e Inovação pelas agências de fomento nacionais CAPES e CNPq, bem como pela agência distrital FAPDF.

RESUMO

ALMEIDA, Pedro Henrique Gonzaga. Parâmetros do planejamento para a assistência na habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência para o esporte: um estudo longitudinal retrospectivo orientado pela escala de obtenção de metas. 2018. Monografia (Graduação) – Universidade de Brasília, Graduação em Fisioterapia, Faculdade de Ceilândia. Brasília, 2018.

Objetivo: Explorar parâmetros de análise e os fatores associados à definição de metas assistenciais por estudantes em estágio obrigatório cuja assistência é focada na habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência que praticam esporte. Método: Trata-se de um estudo longitudinal retrospectivo, realizado a partir da análise de 44 prontuários de um Centro de Treinamento, durante os meses de março a junho de 2018, buscando extrair o escore por intermédio da Goal Attainment Scaling relacionado as metas estipuladas no plano de intervenção. Resultados: A amostra é constituída majoritariamente por jovens (34 anos), discreta maioria de homens (57%) e nível escolar superior (46%). Os prontuários não possuíam organização e informação suficiente para extrair o dimensionamento permitido pela escala de obtenção de metas. O escores passíveis de serem calculados pela GAS não apresentaram ganhos esperados para as metas propostas (GAS=50), em média alcançaram valores <50 pontos (superestimados). Conclusão: O registro em prontuários feito por estagiários de fisioterapia em serviço de habilitação e reabilitação para a prática do esporte por pessoas com deficiência mostrou-se frágil em descrever informações suficientes para analisar o cumprimento de metas de intervenção.

Palavras-chave: Pesquisa sobre Serviços de Saúde, Fisioterapia, Educação

ABSTRACT

ALMEIDA, Pedro Henrique Gonzaga. Planning parameters for assistance in the habilitation and rehabilitation of people with disabilities for sport: a retrospective longitudinal study guided by Goal Attainment Scaling. 2018. Monograph (Graduation) – University of Brasília, undergraduate course of Physicaltherapy, Faculty of Ceilândia. Brasília, 2018.

Objective: To explore parameters of analysis and factors associated with the definition of care goals by physical therapy students whose assistance is focused on the habilitation and rehabilitation of disabled people who practice sports. **Method**: This is a longitudinal retrospective study, based on the analysis of 44 medical records of a Training Center, from March to June 2018, seeking to extract the score through the Goal Attainment Scaling related to the goals stipulated in the intervention plan. **Results**: The sample consisted mainly of young people (34 years), discrete majority of men (57%) and college school level (46%). The charts did not have enough organization and information to extract the score through Goal Attainment Scaling. The goals that could be scored by GAS did not present expected gains for the proposed goals, presenting <50 points (overestimated). **Conclusion**: The registry in medical records by physical therapy students in the habilitation and rehabilitation service for the practice of sports by people with disabilities was fragile in describing enough information to analyze the fulfillment of intervention goals.

Keywords: Health Services Research, Physical Therapy, Education.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
MÉTODO	15
Delineamento metodológico	15
Cenário da Pesquisa	16
População-alvo e amostragem	16
Procedimentos Gerais	17
Desfecho principal e secundários	18
Preditores	19
Análise e processamento dos dados	19
RESULTADOS	21
DISCUSSÃO	30
CONCLUSÃO	33
LIMITAÇÕES	33
REFERENCIAL TEÓRICO	34
ANEXOS	40

LISTA DE ABREVIATURAS

CETEFE Associação de Centro de Treinamento de Educação Física

Especial

CID Classificação Internacional de Doenças

Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e

Saúde

ENAP Escola Nacional de Administração Pública

GAS Goal Attainment Scaling

TRM Trauma Raquimedular

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1	Caracterização da amostra de prontuários por assistência e disponíveis para análise e cálculo da Escala de Obtenção de Metas (GAS).	Pg. 24
Tabela 2	Caracterização da amostra de prontuários por classificação de acordo com os capítulos da CID-10.	Pg. 25
Figura 1	Gráfico de dispersão do quantitativo de metas dos prontuários pela densidade de atendimentos.	Pg. 26
Figura 2	Gráfico de distribuição cumulativa de metas e suas adequações para o cálculo do GAS.	Pg. 27
Tabela 3	Dificuldades encontradas durante a análise dos prontuários e verificação das metas estabelecidas.	Pg. 28
Figura 3	Gráfico em série temporal de duas medidas no tempo do escore da Escala de Obtenção de Metas (GAS).	Pg. 29

INTRODUÇÃO

A avaliação fisioterapêutica constitui um dos critérios desencadeador de todo o racional para a elaboração do plano de intervenção, mantendo em perspectiva que uma avaliação bem conduzida e completa evita a realização de técnicas desnecessárias e inapropriadas, diminuindo possíveis agravos ao paciente e possuindo maiores chances de alcançar os desfechos desejados (1).

Ainda, a avaliação busca definir corretamente a condição de saúde e suas influências no estado de saúde a ser modificado pela ação do fisioterapeuta. Desta forma, seria praticamente impossível se pensar em um plano de intervenção, sem a correta identificação dos determinantes que interferem no estado de saúde, buscando se estabelecer metas cujo cumprimento seja alcançado no tempo planejado (2–4).

Em particular, a intervenção fisioterapêutica para grandes incapacitados por doenças crônicas não transmissíveis (5–8) assumiu ao longo dos anos o estereótipo de ser uma intervenção ininterrupta a considerar a lógica da cronicidade da doença. Entretanto, os atuais modelos de intervenção focados no cumprimento de metas possibilitam se pensar em intervenções cuja finitude é prevista. Preconiza-se então que o terapeuta não planeje sua intervenção de forma prolongada e sem metas a serem alcançadas, pois o prolongamento da terapia provoca um quadro de desmotivação do paciente em relação à sua condição e estado de saúde (9).

As medidas de desfecho de intervenção se estabelecem tradicionalmente em ganhos na estrutura e função do corpo e seu registro é uma dificuldade recorrente na organização de serviços de saúde, em especial com intervenção fisioterapêutica, onde os registros de evolução do estado de saúde nem sempre fornecem informações para gestão dos serviços de forma útil. Assim, cuidados relacionados ao registro dessas informações, mesmo quando relacionado a uma estratégia de intervenção específica, são recomendadas pela *National Health Service* (10).

Um dos grandes desafios da avaliação e registro de desfechos de um plano de intervenção está na identificação de métodos que possam verificar o sucesso alcançado pelo planejamento inicial (11). Assim, o reconhecimento e instrumentalização de formas de acompanhamento do resultado são requisitos

dos serviços que permitem atestar se o resultado obtido foi positivo ou não. Uma vez acessado tais registo, temos contato com informação útil que possibilita reflexão contínua sobre propostas de intervenção, propósitos da intervenção, e custo-benefício dos recursos humanos e financeiros despendidos para a intervenção (12).

No plano da gestão de serviços de saúde, a escolha apropriada de ferramentas para avaliação, não só do levantamento de informações para direcionamento da intervenção, também favorece acompanhar o cumprimento do que foi planejado, aspecto premente para o racional fisioterapêutico, periodizado no tempo e referenciado para determinar políticas de saúde (11).

No decorrer das últimas décadas, o perfil da população brasileira vem sofrendo alterações em decorrência do avanço de discussões relacionadas as políticas de saúde, como a garantia constitucional que transformou a saúde em direito do cidadão e dever do Estado. Com a criação do Sistema Único de Saúde e a nova lógica de assistência, passou-se a priorizar a atenção básica em saúde, bem como a redução dos índices de mortalidade, da taxa de natalidade e aumento da expectativa de vida; metas focadas na promoção de saúde e não no tratamento específico de doenças (13–15).

O perfil demográfico da população transitou para um público mais caracterizado por pessoas cronicamente afetadas por incapacidades em idade ativa, porém sem a devida inserção no mercado de trabalho, o que contribui para oneração do sistema previdenciário, dentre outros fatores populacionais que se somaram as questões relacionadas ao envelhecimento e, consequentemente o aumento da demanda por atendimentos de intervenção em saúde (13,16,17).

O efeito transformador da transição do modelo assistencial privatista (saúde como bem de mercado) para o socialdemocrata (direito social) já começa a ser observado na queda no número de casos de internação pediátrica e obstétrica, contudo, prevalece ainda o excessivo número dos atendimentos ambulatoriais, nas clínicas médicas, clínicas cirúrgicas e de reabilitação ofertadas por serviços da saúde suplementar nos moldes da assistência das décadas anteriores à constituição de 1988. Tais ocorrência demonstram que a população ainda busca soluções antigas para novos enfrentamentos como as doenças crônicas degenerativas não transmissíveis e doenças mentais, além da presença de fatores externos como acidentes automobilísticos, quedas,

perfurações por arma de fogo e arma branca que aumentam progressivamente (13,18,19).

Todo o cenário mostra-se gerador de uma população brasileira em que predomina agravos crônicos de saúde, tratados de forma antiga e com vistas em intervenções sem metas realísticas a serem cumpridas. Nesse contexto é que o esporte aparece como uma alternativa para além da reabilitação tradicional e como proposta para reintegração social do indivíduo.

O esporte adaptado ou organizado para a pessoa com deficiência teve seu início no decorrer do processo de reabilitação dos militares ingleses envolvidos em guerra. No ano de 1944, Ludwig Guttmann, utilizou a atividade esportiva como componente do trabalho de reabilitação dos pacientes, na cidade de Stoke Mandeville, Inglaterra. Naquela oportunidade, foi-se utilizado o esporte como ferramenta para buscar a melhora na qualidade de vida e psicológica dos indivíduos, atuando como elemento motivador para a integração entre pacientes no ambiente hospitalar (20,21).

Desde então, a oferta de esporte para pessoas com deficiência evoluiu e ganhou popularidade até o ponto de se tornar o que conhecemos hoje por esporte paraolímpico, no qual o Brasil se encontra em um momento de bons resultados esportivos, evidenciado por suas recentes conquistas: sétimo lugar no quadro geral de medalhas nos Jogos Paraolímpicos de Londres 2012 e líder nas três últimas edições do quadro geral dos Jogos Para-Panamericanos (2007, 2011, 2015). Tais fatos credenciam o país como grande potência no cenário paraolímpico internacional (22).

Ao que parece, o esporte é capaz de promover diversas mudanças na vida dos atletas paraolímpicos, entretanto para se alcançar esse nível, a pessoa com deficiência precisa ser habilitada à prática do esporte em inúmeras propostas de intervenção com metas bem pensadas. O esporte para pessoas com deficiência ultrapassa seu significado inicial em constituir uma forma de reabilitar, passando a ser considerado uma atividade laboral para alguns deles que estariam fadados a viver de benefícios previdenciários. Esta realidade se torna desejada, passando a representar um fator determinante para a melhora na condição de vida de pessoas com deficiências e seu núcleo familiar (22).

O fisioterapeuta, assim como outros profissionais, oferta intervenções que irão atuar no processo de habilitação da pessoa com deficiência ao esporte, bem

como na reabilitação de lesões esportivas vividas por esse público, prestando assistência aos atletas com deficiência que praticam as modalidades paraolímpicas ou não, com repercussões no desempenho e rendimento do para atleta (21,23).

A Goal Attainment Scaling (GAS), Escala de Obtenção de Metas, ainda desconhecida por tais profissionais, configura-se como um instrumento bastante adequado para planejamento da intervenção no contexto apresentado. Embora a GAS tenha sido criada nos anos 60 para favorecer a intervenção em saúde mental, quando profissionais da saúde ainda empregavam práticas dissociadas de análise do cumprimento de metas; pouco se observa na evolução do uso e no emprego de uma estratégia que, aparentemente, poderia modificar o racional de intervenção para contextos em que a condição de saúde instalada é crônica (12).

No ato de sua criação, Kirusek e Sherman buscavam solucionar a falta de horizonte decorrente da tendência de atendimentos sem finitude, por meio de método de dimensionamento de metas específicas, mensuráveis, alcançáveis, realísticas e cronometradas que pudessem permitir se alcançar desfechos claros de uma intervenção previamente planejada (12,24).

Ainda, a GAS parece encorajar uma tomada de decisões acerca da eficácia do tratamento, com os recursos humanos e financeiros sendo utilizados de forma mais racional. Parece também ser útil para terapeutas inexperientes, dado ao fato de promover reflexão com maior foco em se cumprir metas prédeterminadas e de interesse real dos envolvidos no processo (10,25,26).

Para que ocorra a correta aplicação da GAS, existem alguns passos que devem ser seguidos, dentre eles destaca-se: (1) a definição de objetivos a serem alcançados durante o programa de intervenção, devendo estes serem os mais importantes para o paciente; (2) a descrição dos objetivos de forma clara e detalhada com foco na atividade e participação; (3) a ponderação, graduação da importância e dificuldade de cada meta estabelecida; (4) os níveis de pontuação das metas, em gradação de cinco pontos que consideram a possibilidade de subestimar ou superestimar a meta a ser alcançada; e (5) o cálculo da GAS, relativo ao escore alcançado pelo programa de intervenção junto ao paciente (27)

As metas estipuladas para a intervenção devem ser decididas em comum acordo com a família/indivíduo e o avaliador, sendo estas representativas, realistas, relevantes e podendo ter seu desfecho mensurado de forma clara e estruturada. Pela natureza dessa lógica de aplicação, a GAS pode ser empregada para avaliar o resultado de programas de intervenção, em diversas populações (população idosa, jovens, lesões nervosas, doentes crônicos) e em contextos complexos (cuidados da equipe de enfermagem, reabilitação física, terapia ocupacional) (12).

Dessa forma, o presente trabalho busca explorar parâmetros de análise e os fatores associados à definição de metas assistenciais por estudantes em estágio obrigatório cuja assistência é focada na habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência que praticam esporte.

Os objetivos específicos almejados ao realizar este trabalho são: Identificar se os estudantes possuem acurácia na definição de metas ou se estão subestimando e sobrestimando metas assistenciais; verificar se existem associações fortes entre diversos parâmetros colhidos na avaliação e o desfecho dimensionado na meta e; explorar parâmetros para a gestão da assistência ofertada para pessoas com deficiência que praticam esporte.

MÉTODO

Delineamento metodológico

Trata-se de um estudo observacional longitudinal retrospectivo, de abordagem quantitativa e qualitativa, que além de observar e descrever um fenômeno, busca-se investigar a complexidade de sua natureza e os fatores com quais está relacionado. Portanto, como pesquisa descritiva, o estudo permite realizar a análise, registro e a interpretação dos fatos sem, portanto, haver interferência do pesquisador na população estudada.

A presente pesquisa teve seu projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, CAEE: 82972117.7.0000.8093 e parecer número 2.686.889 (Anexo 2).

Cenário da Pesquisa

A pesquisa foi realizada na Associação de Centro de Treinamento de Educação Física Especial (CETEFE), localizada no Distrito Federal, no endereço SAIS Área 2ª Edifício Escola Nacional de Administração Pública (ENAP) Ginásio de Esportes. O CETEFE se configura em uma instituição que presta serviços gratuitos, contínuos e planejados às pessoas com deficiência e seu Núcleo Familiar, domiciliadas no Distrito Federal e na Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal. Realiza ainda Programas Sociais que abrangem todo território do Distrito Federal, com serviços oferecidos em Núcleos Regionais, situados nas Regiões Administrativas e pelo Núcleo Central, situado em Brasília.

O CETEFE desenvolve Programas Sociais que conta com a parceria da ENAP e do Governo do Distrito Federal, com apoio da Secretaria de Estado de Educação, na concessão de professores, e da Secretaria de Esporte, Turismo e Lazer do Distrito Federal, com apoio para o funcionamento dos Núcleos Regionais, situados nos Centros Olímpicos e Paraolímpicos das Regiões Administrativas de Samambaia, Santa Maria, São Sebastião, Gama, Ceilândia, Riacho Fundo I, Recanto das Emas, Estrutural, Brazlândia, Sobradinho e Planaltina.

População-alvo e amostragem

A amostra foi selecionada por conveniência dentre os usuários do serviço de assistência para habilitação e reabilitação para o esporte assistidos no período de março a junho de 2018. Além do público-alvo principal da assistência ofertada no CETEFE, embora não fosse o foco dessa pesquisa, também constituiu população alvo desse estudo pessoas que receberam assistência por meio do convênio do CETEFE com o ENAP, que abre a possibilidade de funcionários que necessitem de serviços de fisioterapia sejam assistidos neste setor.

Assim, nossa amostra foi constituída por um total de 44 prontuários, resultantes da avaliação de 44 beneficiários da assistência ofertada, que se enquadravam em programas de intervenção para: habilitação ou reabilitação

para o esporte, bem como para intervenção em condições de saúde distintas (convênio ENAP).

Foi adotado como critério de inclusão, os prontuários preenchidos pelos graduandos de Fisioterapia do Curso de Fisioterapia da Universidade de Brasília em exercício do Estágio Curricular Obrigatório que realizaram atendimento no período do estudo. Não houveram critérios de exclusão de prontuários.

Procedimentos Gerais

Foi realizada a análise inicial dos prontuários, verificando o preenchimento das informações pessoais dos pacientes, a correta adoção de parâmetros utilizados na avaliação, o estabelecimento de metas e objetivos para a terapia de forma clara, o preenchimento da área reservada a evolução do plano de intervenção e da evolução dos parâmetros adotados na avaliação inicial e, por último, a definição das condições de saúde relacionadas Classificação Internacional de Doenças, que podem ser obtidas através do prontuário elaborado pela instituição. Ao final, as dificuldades encontradas para o levantamento de informações geraram uma lista de resultados e desfechos que também permitiu se avaliar a adequação dos registros para o cálculo do escore da GAS.

Nessa etapa, foram classificadas tanto as metas estipuladas nos prontuários quanto os próprios prontuários buscando verificar quais estavam apropriados para se extrair dados para o cálculo do escore da GAS.

Após a análise inicial dos prontuários, foi verificado o estabelecimento de metas, métodos de avaliação, relatos da evolução dos quadros clínicos apresentados e objetivos propostos para cada indivíduo.

Os prontuários analisados contavam com o estabelecimento de uma a cinco metas de intervenção. As metas que apresentavam clareza na sua formulação, contavam com métodos específicos de avaliação e quantificação, e possuíam o valor específico que foi alcançado pelo paciente no período de tempo proposto, sendo verificado na reavaliação final no prontuário, foram definidas como: adequadas.

As metas que apresentavam clareza na formulação, contavam com avaliação e quantificação específica, porém que não apresentavam uma

reavaliação ao final do período de tratamento, mas ainda apresentavam um relato de valor específico para a meta inicialmente proposta no decorrer das evoluções explicitadas em prontuário, foram consideradas como: parcialmente adequadas.

As metas que não apresentavam clareza na sua formulação, não contavam com métodos específicos de avaliação e quantificação, nem possuíam o valor específico que foi alcançado pelo paciente no período de tempo proposto, portanto não permitindo reavaliação final ou relatada na evolução do prontuário, foram definidas como: inadequadas.

Os prontuários que contavam com todas as metas feitas de forma adequada, eram considerados prontuários adequados. Os prontuários que possuíam ao menos uma meta adequada ou parcialmente adequada e o restante das metas estabelecidas estavam inadequadas, foram classificados como parcialmente adequados. Enquanto que, os prontuários que somente possuíam metas classificadas como inadequadas foram definidos como inadequados. Notem que tanto as metas quanto os prontuários com um todo foram classificados.

Desfecho principal e secundários

A partir da classificação dos prontuários e suas respectivas metas em adequados, parcialmente adequados e inadequados, os prontuários que possuíam metas adequadas e parcialmente adequadas foram utilizados para o cálculo do escore da *Goal Attainment Scaling* (Como demonstrado no Anexo 3).

Os prontuários classificados como inadequados, não se encaixam nos parâmetros para extração do escore GAS e esses foram excluídos da análise. Por sua vez, os prontuários classificados como parcialmente adequados tiveram seu escore calculado com base nas metas que se encontravam adequadas e parcialmente adequadas, tendo as metas inadequadas sido excluídas deste cálculo.

Ainda, para o cálculo do escore relacionado ao GAS no sistema de ponderação, ou seja, o peso de cada meta no cálculo, foi considerado valor de 1 para os dados relacionados à importância e dificuldade. Em outras palavras, não consideramos a ponderação das metas.

O escore relacionado ao GAS foi calculado de acordo com a fórmula preconizada pelos autores e se encontra disponível em forma de planilha, do tipo Excel, disponível no website *King's College London*. Assim, tivemos como variável principal, não somente o escore gerado pelo cálculo da GAS, mas também a quantidade de metas adequadas para o cálculo do GAS (Como exemplificado no Anexo 4). Desfechos relacionados à caracterização da amostra foram considerados secundários.

Preditores

Por meio da análise dos prontuários, as condições de saúde registrada pelos estagiários que no período prestavam serviço de fisioterapia do CETEFE foram codificadas e distribuídas por frequência nos capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

O volume de atendimento identificado retrospectivamente também foi considerado um preditor do cumprimento de metas, considerando os atendimentos planejados e os efetivos (planejados subtraído das faltas). Dentro do período que compreendeu a primeira avaliação e o último registro no prontuário (período de atendimento), a quantidade de atendimentos efetivos foi utilizada para o cálculo da densidade de atendimentos no mês.

Análise e processamento dos dados

As variáveis geradas pela análise dos desfechos primários e secundários, bem como os preditores foram processadas por estatística descritiva e analítica. No processo de descrição das variáveis, as qualitativas foram expressas por distribuição de frequência absoluta (n) e relativa (%), enquanto as quantitativas por média e desvio padrão, quando paramétricas, ou mediana e intervalo de confiança de 95% quando não-paramétricas (identificadas pelo teste de normalidade D'Agostino & Pearson).

O tipo de tratamento oferecido (habilitação, reabilitação ou convênio), bem como a medida de desfecho principal (GAS) configuraram variável no presente que foram preditas pelas demais informações colhidas no início da avaliação pelos estudantes que avaliaram os seus respectivos pacientes e registradas em

formulário (preditores) em um modelo de estudo observacional, do tipo longitudinal retrospectivo, que permitiu se estabelecer causalidade por meio de diferenças detectadas pelo teste de Análise de Variância (ANOVA) ou Kruskal-Wallis, seguidos do teste de comparações múltiplas de Holm-Sidak ou de Dunn para as variáveis quantitativas que respectivamente mostraram padrão de distribuição Gaussiana ou não-Gaussiana.

Por sua vez, os preditores que configuraram variáveis qualitativas foram analisados pela distribuição de frequência relativa, cuja discrepância de proporção foi comparada pelo teste exato de Fisher para cada classe que, quando indicava proporções discrepantes, era seguido do cálculo da razão de chance (*odd ratio*) para identificar o quanto uma categoria tinha mais chance de ser influenciada pelo preditor.

Para a distribuição de frequência de modalidades esportivas por tipo de assistência prestada, as porcentagens mais e menos prevalentes foram destacadas. Da mesma forma, as condições de saúde por capítulos da CID10.

A associação entre densidade de atendimentos no período evoluído no prontuário e a quantidade de metas adequadas para cálculo e geração do escore GAS foram analisadas pelo teste de correlação de Spearman (devido à característica não-paramétrica da distribuição das variáveis) seguida de regressão linear para definição do tipo de causalidade.

RESULTADOS

A caracterização da amostra de prontuários foi organizada conforme os componentes do estado de saúde preconizados pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Dos fatores pessoais, observamos (Tabela 1) que nossa amostra foi constituída por indivíduos jovens, composta por homens e mulheres com maioria discreta de homens, com 46% destes apresentando nível superior incompleto ou completo.

No quesito fatores ambientas, dentre as modalidades esportivas praticadas pelos indivíduos que compõem a amostra, a natação adaptada apresentou predominância com 28% dos indivíduos. Em contrapartida, o halterofilismo e hipismo adaptado foram as modalidades com menos participantes, ambas com 3%. Em relação aos atendimentos realizados, obtivemos uma mediana de 7 sessões e um período de intervenção de 35 dias com o estabelecimento de 3 metas para cada paciente. Em relação a classificação adotada para cada prontuário, não houveram prontuários que estivessem totalmente corretos na elaboração de suas metas, enquanto 45% foram categorizados como parcialmente adequados e os demais como inadequados para o cálculo do escore da GAS.

Em relação aos diferentes grupos assistenciais nos quais a amostra está inserida, ressalta-se que, no subgrupo Habilitação, a população apresentou idade significativamente menor (média de 25,7 anos) do que em relação a amostra (média de 34,6 anos), estabelecendo uma relação de causa para a modalidade de assistência em questão. No que remete as modalidades praticadas por essa população, os praticantes de atletismo em cadeira de rodas também não receberam intervenção deste grupo assistencial.

No subgrupo assistencial Reabilitação, a única diferença em relação a amostra foi em relação as modalidades praticadas, sendo o parabadminton a modalidade cujos praticantes foram mais assistidos (sofreram mais lesões esportivas). Inversamente, a natação adaptada e bocha não necessitaram de assistência de reabilitação para o esporte.

No que se diz respeito à classificação da amostra relacionada a sua condição de saúde, de acordo com os capítulos expressos na CID (Tabela 2), podemos observar que houve a predominância de indivíduos com

comprometimentos do sistema nervoso, sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, representando 54% dos casos. O mesmo padrão se repetiu nos subgrupos habilitação e reabilitação, sendo este diferente no subgrupo convênio, o qual teve maioria de indivíduos enquadrados em doenças do sistema nervoso e má formações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas.

Ao analisar o quantitativo de metas elaboradas em cada prontuário e a densidade de atendimentos realizados por cada estagiário (Figura 1), pudemos destacar que não houveram associações ou correlações entre as medidas que predisseram o cumprimento de metas. Dessa forma, esperava-se que ao verificar o estabelecimento de um menor número de metas, a densidade de atendimentos seria menor, e que, por sua vez, o maior número de metas estabelecidas necessitasse de um maior número de atendimentos. Este padrão de causalidade não foi observado conforme evidenciado pela regressão linear.

Em relação a distribuição das classificações das metas adequadas, parcialmente adequadas e inadequadas em cada subgrupo assistencial (Figura 2), pudemos observar que houveram predominância das metas classificadas em parcialmente adequadas nos 3 subgrupos. Ainda assim, em Habilitação houveram uma quantidade menor de metas inadequadas em relação à Reabilitação.

No que diz respeito ao escore obtido pela GAS, em cada subgrupo assistencial (Figura 3), no momento da avaliação inicial e ao fim do período de intervenção, podemos verificar que os atendimentos realizados não alcançaram o objetivo proposto no início do tratamento para nenhum dos grupos, de maneira geral. Tal fato seria evidenciado ao atingirem o valor de escore 50, que delimita o valor a ser atingido quando a meta proposta é alcançada. Dessa maneira, é possível constatar que houve a superestimação na definição das metas de tratamento.

Por fim, na tabela 3, mostramos as principais dificuldades encontradas ao analisar os prontuários e avaliações elaboradas pelos estagiários no período de coletas estabelecido. Pudemos verificar que houveram dificuldades nas seguintes classes: 1) Estabelecimento de metas, onde diversos prontuários não apresentavam metas específicas ou claras em sua formulação; 2) Avaliação específica com mensuração, visto que os estagiários não avaliavam o que havia sido proposto para o tratamento; 3) Definição de parâmetros de cumprimento

das metas; onde a meta estabelecida não possuía um valor alvo ou parâmetro a ser alcançado no final do tratamento; 4) Reavaliação, não ocorrendo qualquer relato ou reavaliação final da meta estipulada.

Tabela 1. Caracterização da amostra de prontuários por tipo de assistência e disponíveis para análise e cálculo da Escala de Obtenção de Metas (GAS).

Valores	Conjunto de Dados por Componentes do Estado de Saúde			Amostra						
	Variáveis Qualitativas ou Quantitativas	Classes ou Unidades	Habilitação (n₁=17)		Reabilitação (n ₂ =13)		Convênio (n ₃ =14)		Total (n=44)	
·	Fatores Pesso	Fatores Pessoais								
	Idade	anos completos	25,7 ±	13,6	37,9 ±	9,3	42,5 ±	12,8	34,6 ±	14,0
	Sexo	masculino	10	23%	8	18%	7	16%	25	57%
	Sexu	feminino	7	16%	5	11%	7	16%	19	43%
		fundamental incompleto	2 2	5%	2	5%	0	0%	4	9%
		fundamental	2	5%	0	0%	2	5%	4	9%
	Escolaridade	médio incompleto	4	9%	0	0%	0	0%	4	9%
	Escolandade	médio	5	11%	5	11%	2	5%	12	27%
		superior incompleto	2	5%	1	2%	0	0%	3	7%
		superior	2	5%	5	11%	10	23%	17	39%
	Fatores Ambier	ntais								
		Natação adaptada	8	28%	0	0%	NA	NA	8	28%
		Parabadminton	2	7%	5	17%	NA	NA	7	24%
		Bocha adaptada	4	14%	0	0%	NA	NA	4	14%
		Tênis em cadeira de rodas	2	7%	2	7%	NA	NA	4	14%
	Modalidades esportivas	Atletismo em cadeira de rodas	0	0%	2	7%	NA	NA	2	7%
		Tiro com arco adaptado	1	3%	1	3%	NA	NA	2	7%
		Halterofilismo adaptado	0	0%	1	3%	NA	NA	1	3%
		Hipismo adaptado	0	0%	1	3%	NA	NA	1	3%
	Atendimentos planejados	número de sessões	8,0	[6,10]	9,0	[5,12]	8,5	[6,11]	8,0	[7,10]
	Atendimentos	número de sessões	7,0	[6,8]	8,0	[4,12]	8,0	[5,9]	7,0	[6,8]
	Faltas	número de faltas	0,0	[0,0]	1,0	[0,4]	0,0	[0,3]	0,0	[0,1]
	Período	dias	35,0	[28,42]	37,0	[16,43]	37,0	[28,44]	35,0	[29,42]
	Densidade de atendimentos	sessão/mês	6,8	[5,8]	7,1	[5,8]	6,7	[5,8]	6,8	[6,7]
	Metas traçadas	número de metas	4,0	[2,4]	3,0	[2,4]	3,5	[2,5]	3,0	[3,4]
		Adequado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Adequação para cálculo da GAS	Parcialmente adequado	6	14%	7	16%	7	16%	20	45%
		Inadequado	11	25%	6	14%	7	16%	24	55%
	Adequação para calculo da GAG		11							

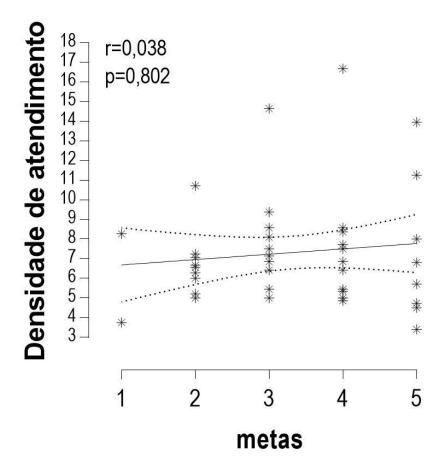
apresentados de acordo com o tipo de variável. As variáveis quantitativas foram apresentadas em média ± desvio padrão (quando possuíam distribuição Gaussiana) ou em mediana [mínimo, máximo] intervalo de confiança de 95% da mediana (quando não possuíam distribuição Gaussiana). Variáveis qualitativas foram apresentadas por distribuição de frequência absoluta (n) e relativa (%). Análise de Variância (ANOVA) de fator único (*one-way*) foi aplicada para identificar a diferença significativa (p<0,05, célula com borda tracejada) do tipo de assistência comparado ao total de prontuários. O teste de Kruskal-Wallis não apresentou qualquer diferença significativa para as variáveis quantitativas não-paramétricas (p>0,05). O teste exato de Fisher também não encontrou discrepâncias significativas (p:0,05) quando comparadas as proporções de distribuição de frequência do tipo de assistência com o total de prontuários. As maiores (células com bordas) e menores (células com bordas e preenchidas em cinza) prevalências de modalidades esportivas praticadas foram destacadas. O público assistido pelo convênio não constitui praticantes de esporte (NA – Não se aplica).

Tabela 2. Caracterização da amostra de prontuários por classificação de acordo com os capítulos da CID-10.

			Atendimentos				Amostra	
Capítulos da CID10	Habilitação		o Reabilitação		Convênio			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	0	0%	1	1%	0	0%	1	1%
Neoplasmas (tumores)	1	1%	1	1%	0	0%	2	3%
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	1	1%	0	0%	1	1%	2	3%
Transtornos mentais e comportamentais	1	1%	1	1%	1	1%	3	4%
Doenças do sistema nervoso	5	7%	10	14%	7	10%	22	31%
Doenças do olho e anexos	2	3%	3	4%	0	0%	5	7%
Doenças do ouvido e da apófise mastoide	0	0%	2	3%	0	0%	2	3%
Doenças do aparelho circulatório	1	1%	1	1%	1	1%	3	4%
Doenças do aparelho respiratório	2	3%	0	0%	0	0%	2	3%
Doenças do aparelho digestivo	0	0%	3	4%	0	0%	3	4%
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0%	1	1%	0	0%	1	1%
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	8	11%	5	7%	3	4%	16	23%
Doenças do aparelho geniturinário	0	0%	1	1%	0	0%	1	1%
Gravidez, parto e puerpério	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Algumas afecções originadas no período perinatal	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	0	0%	2	3%	4	6%	6	9%
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Causas externas de morbidade e de mortalidade	0	0%	1	1%	0	0%	1	1%
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Códigos para propósitos especiais	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Somatório das morbidades	21	30%	32	46%	17	24%	70	100%

Valores apresentados por distribuição de frequência absoluta (n) e relativa (%). Análise de Variância (ANOVA) de fator único (*one-way*) foi aplicada para identificar a diferença significativa (p<0,05, célula com borda tracejada) do tipo de assistência comparado ao total de prontuários.

Figura 1. Gráfico de dispersão do quantitativo de metas dos prontuários pela densidade de atendimentos.



Dispersão do quantitativo de metas identificadas em prontuário (eixo x) pela densidade de atendimentos calculada (eixo y). O teste de correlação de Spearman detectou que não existe correlação significativa entre as variáveis (p<0,05), com um coeficiente de correlação que confirma a inexistência de associação (r≈0). A regressão linear (reta) confirma um desvio de zero grau não significativo para associação entre a densidade de treinamento medida e as metas estabelecidas no passado (ocasião da avaliação).

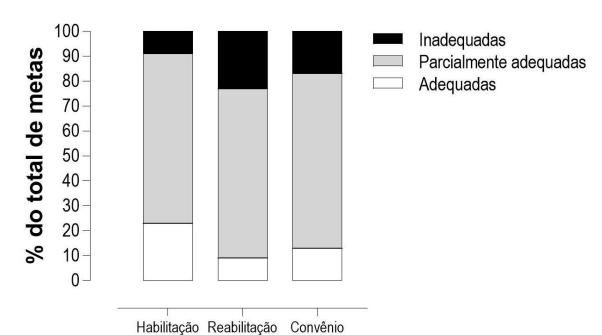


Figura 2. Gráfico de distribuição cumulativa de metas e suas adequações para o cálculo do GAS.

Gráfico de barras por distribuição cumulativa da porcentagem do total de metas traçadas no início do planejamento da assistência que foram inadequadas (preto), parcialmente adequadas (cinza) ou adequadas (branco) para o cálculo pela Escala de Obtenção de Metas (GAS) para cada tipo de assistência.

Figura 3. Gráfico em série temporal de duas medidas no tempo do escore da Escala de Obtenção de Metas (GAS).

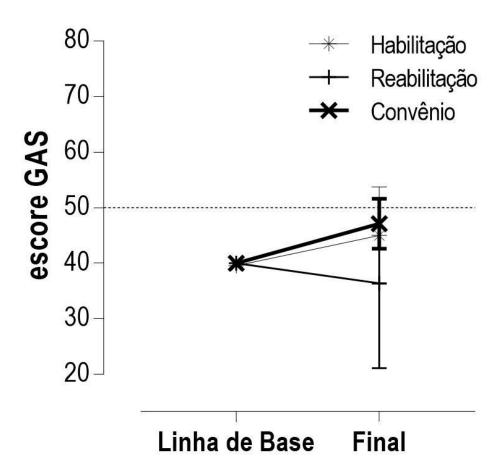


Gráfico em série temporal de duas medidas no tempo do escore da Escala de Obtenção de Metas (GAS). A primeira medida (linha de base) foi obtida no início do planejamento e a medida final no momento em que as metas parcialmente adequadas ou adequadas foram identificadas na evolução do prontuário. A Análise de Variância (ANOVA) com dois fatores (tipo de assistência e período do cálculo) não mostrou diferenças significativas do escore (p<0,05). Os valores médios sempre ficaram abaixo do valor que indica cumprimento de metas (GAS=50, linha tracejada).

Tabela 3. Dificuldades encontradas durante a análise dos prontuários e verificação das metas estabelecidas.

Classes	Dificuldade Encontrada	Exemplos Encontrados	Justificativa
	Não expressar com clareza qual o objetivo da intervenção.	"Reeducação do movimento e melhora do movimento"	Não especificou qual movimento necessita ser trabalhado
Definição de metas	Não especificar o objetivo	"Fortalecimento"	Não especificou qual grupo muscular deve ser fortalecido
	Estabelecimento de metas não usuais.	"Ganho de cadeia posterior"	Não especificou qual o ganho buscado em relação a cadeia posterior
Avaliação específica	Não apresentou avaliação específica/parâmetro para esta medida.	"Expansibilidade da caixa torácica"	Não realizou avaliação específica
		"Melhora da qualidade de vida"	Não realizou avaliação específica
		"Resistência durante o jogo"	Não realizou avaliação específica
		"Fortalecimento de ombro"	Não realizou avaliação específica
Definição de parâmetros para alcançar ou não a meta	Não estabeleceu parâmetros a serem alcançados.	"Redução do quadro álgico"	Não traçou um valor alvo a ser atingido durante o programa de intervenção
Reavaliação ou evolução do quadro	Não realizou nenhuma reavaliação formal, verificando os mesmos pontos abordados na avaliação inicial ou propostos como meta a serem atingidas.	"Fortalecimento de quadríceps, Grau 4"	Não apresentou nenhum relato direcionado a meta estabelecida
	Não relatou em nenhuma das evoluções algum valor referente a meta estipulada	"Dor em cotovelo direito, EVA 7"	Não apresentou nenhum relato direcionado a meta estabelecida

As dificuldades e exemplos encontrados foram categorizados nas quatro classes da primeira coluna, enquanto que a última coluno identificou as justificativas.

DISCUSSÃO

Este estudo teve em sua amostra a presença de 57% de homens, jovens com média de idade de 37 anos. Tais achados são similares no trabalho apresentado por Frison et. Al. (28) que verifica o perfil do trauma raquimedular (TRM), onde 63% dos indivíduos da amostra são do sexo masculino e possuíam média de idade de 47 anos. Em outro trabalho, realizado por Morais et. Al. (29) que analisou o perfil de TRM em um hospital, encontrou predominância de 72% do sexo masculino, com média de idade 42 anos, porém com maioria dos indivíduos com nível de escolaridade com predominância do ensino fundamental incompleto (57%), completo (17,8%) e nível superior completo (8,1%).

Esses dados referentes a predominância do sexo masculino, média de idade corroboram com os achados do nosso estudo, no entanto, o nível de escolaridade é distinto do apresentado pela nossa amostra, onde 46% dos indivíduos tem superior completo ou incompleto. Deve-se salientar ainda que a amostra da nossa pesquisa é composta por indivíduos com múltiplos acometimentos em condição de saúde, podendo estes possuírem o diagnóstico médico de lesados medulares, amputados, paralisia cerebral, acidente vascular encefálico, dentre outros, o que contribuí para a influência diferentes fatores na pesquisa.

No quesito modalidades praticadas, assim como os resultados apresentados no nosso estudo, Samulski e Noce (2002) (30) verificaram, em seu trabalho sobre o perfil psicológico de atletas paraolímpicos brasileiro, a predominância de atletas da modalidade esportiva de natação e apenas 4,7% da amostra composta por atletas de halterofilismo, resultado semelhante ao encontrado no nosso estudo. Outro dado interessante abordado pelos autores é o de início da prática esportiva em competições desses atletas por volta dos 17 anos de idade, o que também corrobora com os dados apresentados pelo subgrupo Habilitação do nosso estudo, que apresentou idade média inferior quando comparado ao restante da amostra.

Já no trabalho de Vital et. Al. (2007) (31), que abordou as lesões traumatoortopédicas em atletas paraolímpicos das modalidades de atletismo, halterofilismo, natação e tênis de mesa, a modalidade que mais apresentou lesões foi a natação com 45,1%, seguidas de tênis de mesa e atletismos, ambas com 23,2%. Estes resultados diferem dos encontrados no nosso estudo, uma vez que a modalidade que apresentou um maior número de indivíduos em Reabilitação, foi o parabadminton.

No trabalho conduzido por Jacobs e Matos (2005) (32), que explorava os atendimentos em unidades de emergência, constatou que o maior número de atendimentos estavam relacionados ao capítulo "sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratório não classificados em outra parte" com 28,5%, "doenças do aparelho respiratório" com 16,4%; e "lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas", 11%. No nosso trabalho houve a predominância dos casos analisados sendo enquadrados como "doenças do sistema nervoso" e "doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo".

No que se diz respeito ao número de sessões realizadas no nosso estudo, Rose (2007) (33) em seu trabalho sobre o treino de marcha, força e equilíbrio em recuperação pós-acidente vascular encefálico, concluiu que 24 sessões de reabilitação são capazes de melhorar significativamente o treino de marcha, força e equilíbrio. Tais achados constituem um parâmetro para buscar melhoras relacionadas ao plano de intervenção de pacientes e o número de sessões necessárias para alcançar resultados. Em nosso estudo, a densidade de atendimentos encontrada (durante um período de 30 dias) foi de 7 a 8, não importando a quantidade de metas estabelecidas em seu plano terapêutico.

A classificação das metas do nosso estudo em adequadas, parcialmente adequadas e inadequadas, proporcionou a análise da qualidade e elaboração de objetivos ao plano de intervenção fisioterapêutico estipulado. Dessa forma, a grande quantidade de metas classificadas como inadequadas, que não apresentaram coerência em sua formulação, não apresentaram critérios de avaliação ou quantificação e tão pouco seguimento durante o período de intervenção, assim como as metas parcialmente adequadas, que não apresentaram uma reavaliação conforme seria necessário, demonstram grande parte das dificuldades encontradas para extração do escore relacionado ao GAS e a baixa qualidade apresentada das avaliações realizadas pelos estagiários.

Ainda, ficou evidente a visão exercida pelos estagiários com o foco da terapia em componentes físicos (estrutura e função do corpo), ressaltando um modelo biomédico de pensar em intervenção, diversas vezes desconsiderando

os componentes psicossociais que envolvem o processo de cuidar e negligenciando a presença de facilitadores e barreiras, fatores ambientais, atividades e participação na sociedade.

Foi possível observar que, em sua maioria, as metas eram firmadas em padrões clássicos da intervenção, como no "alivio de dor" e "fortalecimento", deixando de lado as tarefas, atividades, participações, fatores ambientais e melhora da performance do atleta que poderiam ser abordadas na intervenção, em qualquer um dos subgrupos atendidos (habilitação para o esporte, reabilitação esportiva e indivíduos conveniados).

Dessa forma, entre os prontuários analisados, somente foram considerados os classificados como parcialmente adequados para o cálculo da GAS, pois não houveram prontuários adequados no estabelecimento das metas e os inadequados impossibilitavam o cálculo em qualquer uma das metas propostas no plano de intervenção.

Obtivemos assim, um valor baseline (escore GAS no momento da avaliação inicial) de 40 pontos e valor final, obtido na reavaliação do indivíduo ou no preenchimento da evolução do prontuário, menor que 50 pontos, evidenciando que não foram alcançadas as metas estipuladas no início do programa de intervenção em qualquer um dos subgrupos habilitação, reabilitação ou convênio. Entretanto, se bem utilizado, aplicado de forma estruturada e metodológica, a aplicação da GAS pode revelar o custo benefício de intervenções, ajudando a melhorar na alocação de recursos humanos e financeiros, como feito no trabalho de Chiarello (2016) (4), o qual buscou descrever os desfechos individuais de crianças que receberam fisioterapia escolar e se os objetivos propostos foram alcançados, constatou que os estudantes excederam as expectativas em relação as metas utilizando a GAS.

CONCLUSÃO

Assim, o presente estudo permite concluir que o GAS pode ser uma ferramenta importante para a definição de metas de um plano de intervenção, desde que contem com o estabelecimento de metas adequadas, específicas, que podem ser mensuradas, com um período de tempo determinado, podendo abranger diversos aspectos de um programa de intervenção no plano biopsicossocial. Há ainda a escassez de estudos que utilizem esta ferramenta em programas de intervenção com atletas, e que mostrem sua aplicação por indivíduos não treinados.

LIMITAÇÕES

Na elaboração deste estudo, nos deparamos com a presença de um cenário ainda pouco explorado na literatura, onde há a escassez de estudos que abordem a aplicação desta escala em uma população diversificada como a encontrada no CETEFE, com indivíduos com diversos diagnósticos (amputações, lesados medulares, paralisia cerebral e etc.) entre eles atletas de modalidades paraolímpicas e população comum, conveniados.

Ainda, a aplicação da escala por estudantes do curso de fisioterapia em período de estágio obrigatório pode constituir um fator limitante para a qualidade da avaliação realizada, afetando ainda assim na utilização correta da escala.

REFERENCIAL TEÓRICO

- PRESTO B, DAMAZIO L. Fisioterapia na UTI 2a Ed. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.
- Brown L, Burns YR, Watter P, Gray PH. Goal Attainment Scaling to Evaluate Intervention on Individual Gains for Children Born Extremely Preterm. Pediatr Phys Ther. 2017;29(3):215–21.
- Ghorbani N, Rassafiani M, Izadi-Najafabadi S, Yazdani F, Akbarfahimi N, Havaei N, et al. Effectiveness of cognitive orientation to (daily) occupational performance (CO-OP) on children with cerebral palsy: A mixed design. Res Dev Disabil. 2017;71(August 2016):24–34.
- Chiarello LA, Effgen SK, Jeffries L, McCoy SW, Bush H. Student outcomes of school-based physical therapy as measured by goal attainment scaling. Pediatr Phys Ther. 2016;28(3):277–84.
- Malta DC, Stopa SR, Szwarcwald CL, Gomes NL, Silva Júnior JB, Reis AAC dos. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2015;18(suppl 2):3–16. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000600003&Ing=pt&tIng=pt
- 6. Barbosa DD, Trojahn MR, Veber D, Porto G, Hentschke GS. Strength training protocols in hemiparetic individuals post stroke: a systematic review. Fisioter em Mov [Internet]. 2018;31:1–11. Available at: http://www.scielo.br/pdf/fm/v31/1980-5918-fm-31-e003127.pdf
- 7. Ferreira FR, Bexiga FP, Martins VV de M, Favero FM, Sartor CD, Artilheiro MC, et al. Independência funcional de crianças de um a quatro anos com

mielomeningocele. Fisioter e Pesqui [Internet]. 2018;25(2):196-201.

Available at:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502018000200196&Ing=pt&tIng=pt

- Gonçalves Junior E, Knabben RJ, Luz SCT da. Portraying the amputation of lower limbs: an approach using ICF. Fisioter em Mov [Internet].
 2017;30(1):97–106. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502017000100097&lng=en&tlng=en
- Sousa AMK, Garcia BM, Silva CL e, Ferreira JL, Vieira LCP, Vieira LRP, et al. Importância Da Anamnese Para Fisioterapia: Revisão Bibliográfica the Importance of Anamnesis for Physiotherapy: Bibliographic Review. Rev Educ em Saúde. 2016;4(1):114–9.
- Young A, Chesson R. Goal attainment scaling as a method of measuring clinical outcomes for children with learning disabilities. Gerontologist. 1997;60(3):111–4.
- 11. Mannion AF, Caporaso F, Pulkovski N, Sprott H. Goal attainment scaling as a measure of treatment success after physiotherapy for chronic low back pain. Rheumatology. 2010;49(9):1734–8.
- Sortero L, Relvas AP. Avaliação familiar: Funcionamento e Intervenção. In:
 Imprensa da Universidade de Coimbra, organizador. Avaliação familiar:
 funcionamento e intervenção. 2014.
- 13. Mendes A da CG, Sá DA de, Miranda GMD, Lyra TM, Tavares RAW. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. Cad Saude Publica [Internet].

at:

2012;28(5):955–64. Available

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2012000500014&lng=pt&tlng=pt

- 14. Gauer APM, Ferretti F, Teo CRPA. Professional training in physiotherapy: barriers to the diversification of practical learning scenarios and for teaching-service integration. Fisioter em Mov [Internet]. 2018;31(0):1–11. Available
 - http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502018000100220&lng=en&tlng=en
- 15. Carvalho MN de, Gil CRR, Costa EMOD, Sakai MH, Leite SN. Necessidade e dinâmica da força de trabalho na Atenção Básica de Saúde no Brasil. Cien Saude Colet [Internet]. 2018;23(1):295–302. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000100295&lng=pt&tlng=pt
- Dawalibi NW, Goulart RMM, Prearo LC. Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos em programas para a terceira idade. Cien Saude Colet [Internet]. 2014;19(8):3505–12. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803505&lng=pt&tlng=pt
- 17. Carmo RL do, Dagnino R de S, Johansen IC. Transição demográfica e transição do consumo urbano de água no Brasil. Rev Bras Estud Popul [Internet]. 2014;31(1):169–90. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982014000100010&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
- 18. Campos MF de, Ribeiro AT, Listik S, Pereira CA de B, Sobrinho J de A,

- Rapoport A. Epidemiologia do traumatismo da coluna vertebral. 2008;35(2):88–93.
- 19. Mandacarú PMP, Rabelo IVM, Silva MAA da, Tobias GC, Morais OL de. Óbitos e feridos graves por acidentes de trânsito em Goiânia, Brasil 2013: magnitude e fatores associados*. Epidemiol e Serviços Saúde [Internet]. 2018;27(2):1–13. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222018000200303&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- 20. Begossi TD, Mazo JZ. O processo de institucionalização do esporte para pessoas com deficiência no Brasil: uma análise legislativa federal. Cien Saude Colet [Internet]. 2016;21(10):2989–97. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27783772%0Ahttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001002989&lng=pt&tlng=pt
- 21. Silva A, Vital R, de Mello MT. Atuação da fisioterapia no esporte paralímpico. Rev Bras Med do Esporte. 2016;22(2):157–61.
- 22. Haiachi M de C, Cardoso VD, Reppold Filho AR, Gaya ACA. Reflexões sobre a carreira do atleta paraolímpico brasileiro. Cien Saude Colet [Internet]. 2016;21(10):2999–3006. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001002999&lng=pt&tlng=pt
- 23. Reynolds J, Bs MB, Uk M, Stirk A, Dip G, Ed P, et al. Paralympics Barcelona 1992. Br J Sports Med. 1994;28(1):14–8.
- 24. Doran G. There's a SMART way to write managements's goals and objectives [Internet]. Vol. 70, Management Review. 1981. p. 35–6.

Available at: http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:There's+a+S.M.A.R.T.+way+to+write+management+goals+and+objectives#0

- 25. Velasco MA, Raya R, Muzzioli L, Morelli D, Otero A, Iosa M, et al. Evaluation of cervical posture improvement of children with cerebral palsy after physical therapy based on head movements and serious games. Biomed Eng Online. 2017;16(s1):157–69.
- 26. Effgen SK, McCoy SW, Chiarello LA, Jeffries LM, Bush H. Physical Therapy-Related Child Outcomes in School: An Example of Practice-Based Evidence Methodology. Pediatr Phys Ther. 2016;28(1):47–56.
- 27. Turner-Stokes L. Goal Attainment Scaling (GAS) in Rehabilitation: A practical guide. 2009;44(0):1–14.
- 28. Frison VB, Teixeira G deO., Oliveira TF d., Resende T deL., Netto CA. Estudo do perfil do trauma raquimedular em Porto Alegre. Fisioter e Pesqui [Internet]. 2013;20(2):165–71. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S1809-29502013000200011&Ing=en&tIng=en%5CnC:%5CEMH%5CScannede artikler referanser%5CRefMan8051.pdf
- 29. Morais DF, Spotti AR, Cohen MI, Mussi SE, Neto JS de M, Tognola WA.

 Perfil epidemiológico de pacientes com traumatismo raquimedular atendidos em hospital terciário. Coluna/Columna. 2013;12(2):149–52.
- Samulski D, Noce F. Perfil psicológico de atletas paraolímpicos brasileiros.
 Rev Bras Med do Esporte. 2002;8:157–66.
- 31. Vital R, Da Silva HGPV, De Sousa RPA, Do Nascimento RB, Rocha EA,

 De Miranda HF, et al. Lesões traumato-ortopédicas nos atletas

- paraolímpicos. Rev Bras Med do Esporte. 2007;13(3):165-8.
- 32. Jacobs PC, Matos EP. Estudo exploratório dos atendimentos em unidades de emergência em Salvador Bahia. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2005;6(51):348–53. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302005000600019&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- 33. Rose DK, Nadeau SE, Wu SS, Tilson JK, Dobkin BH, Pei Q, et al. Locomotor Training and Strength and Balance Exercises for Walking Recovery Post Stroke: Response to Number of Training Sessions. Phys Ther [Internet]. 2017; Available at: http://academic.oup.com/ptj/article/doi/10.1093/ptj/pzx079/4082915/Locomotor-Training-and-Strength-and-Balance

ANEXO 1

CADERNOS DE EDUCAÇÃO, SAÚDE E FISIOTERAPIA

DIRETRIZES PARA AUTORES

A revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia acolhe manuscritos nos idiomas português, inglês e espanhol, relativos ao seu escopo, nas seguintes modalidades:

Artigos originais: Materiais inéditos, oriundos de resultado de pesquisa científica inserido em uma ou mais das diversas áreas temáticas do escopo da revista. O texto deve ser elaborado com, no máximo, 15 páginas e deve apresentar as seguintes seções: Introdução; Métodos; Resultados; Discussão; Conclusões; e Referências. O artigo pode conter até cinco ilustrações (gráficos, tabelas, figuras e anexos). São aceitos Estudos Observacionais, Estudos Experimentais e Estudos Oualitativos.

Forma e apresentação do manuscrito

O texto deve ser digitado em processador de texto Word ou compatível, em tamanho A4, com espaçamento de linhas 1,5, fonte Arial e tamanho 12. Não são aceitas notas de rodapé.

Em todos as seções, o texto deve ser estruturado a partir de títulos e subtítulos das seções, à esquerda, sem numeração. Os títulos deverão ser digitados em negrito e os subtítulos em itálico.

Cada manuscrito deverá conter, obrigatoriamente:

- Folha de rosto

A folha de rosto deve ser separada do corpo do texto e inserida no campo "docs. Suplementares" para garantir a avaliação cega entre os pares. A folha de rosto de conter:

- a) Modalidade do manuscrito
- b) Título do trabalho, em português e inglês;
- c) Título abreviado, com até 40 caracteres;
- d) Nome completo dos autores e informações sobre o vínculo institucional (curso, unidade setorial, instituição);
- e) Nome do autor correspondente, com endereço completo, e-mail e telefone.
- f) Informações sobre fonte de financiamento (incluindo número de processo, quando pertinente) e de bolsas concedidas;
- g) Informação sobre o trabalho acadêmico (trabalho de conclusão de curso, trabalho de conclusão de residência, monografia, dissertação ou tese) que originou o manuscrito, nomeando o autor, tipo, título do trabalho, ano de defesa e instituição, se pertinente.

- Corpo do texto

Título e identificação

O título deve ser preciso e conciso, em negrito e centralizado, fonte Arial, tamanho 12, maiúscula, logo abaixo deve constar a versão em inglês, não devendo ultrapassar o número máximo de 18 palavras.

Resumo

O resumo deverá ser redigido em paragrafo único, com no máximo 300 palavras, não devendo conter citações de autores, datas ou referências.

Os resumos de artigos originais deverão apresentar as seções: objetivo, métodos, resultados e conclusões. No relato de experiência o resumo deverá conter contextualização, descrição da experiência, impactos e considerações finais. Nas demais modalidades deverá conter introdução, desenvolvimento e considerações finais.

Palavras-chave

Deverão ser selecionadas de três a cinco palavras-chave, para fins de indexação do trabalho, a partir da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Deverão ser apresentadas com a primeira letra em maiúsculo e separadas por ponto e vírgula entre elas. Os DeCS podem ser consultados no seguinte endereço: http://decs.bvs.br).

Abstract

O resumo em inglês deverá ser apresentado logo após o resumo em português, seguindo as mesmas normas apontadas anteriormente. A versão em inglês do resumo deve ser fiel a versão em português.

Keywords

Deverá ser apresentada a versão em inglês das mesmas palavras-chaves pesquisadas nos DeCS.

Texto completo

O texto de manuscrito nas modalidades de artigo original e artigo de revisão deverão apresentar, impreterivelmente, as seguintes seções, nesta ordem: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Referências. Para os artigos de relatos de experiência, as seções apresentadas devem ser: Contextualização, Descrição da experiência, Resultados e Impactos, Considerações Finais e Referências. As ilustrações (tabelas, figuras, quadros e anexos) deverão ser referidas no texto e apresentadas ao final do artigo, quando possível, ou em arquivo separado (em formato editável) pelo recurso "docs. Suplementares".

Definição e conteúdo das seções:

Introdução (Artigos Originais)

Deve ser objetiva e conter breve revisão da literatura relatando o contexto e a situação atual dos conhecimentos sobre o tema e apresentação do problema, a lacuna do conhecimento, destacando sua relevância e a justificativa para a realização do estudo. Devem ser pertinentes e alinhadas ao(s) objetivo(s) do manuscrito, os quais devem estar explicitado(s) ao final desta seção.

Método (Artigos Originais)

O método deve ser descrito de forma clara devendo conter: delineamento do estudo, processo de seleção e alocação dos participantes, procedimentos e instrumentos de coleta, análise dos dados e os critérios de mensuração do desfecho de forma a possibilitar reprodutibilidade do estudo.

Nos estudos envolvendo seres humanos, o último parágrafo deve apresentar o número de parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, bem com as informações relativas a utilização de um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e/ou termo de assentimento (TA).

Resultados (Artigos originais)

Apresentar os resultados em sequencia lógica, de forma sintética e concisa. Expor os resultados relevantes para o objetivo do trabalho e que são discutidos. Apresentar tabelas ou figuras de

forma a serem autoexplicativas e com análise estatística, se houver, evitando repetir no texto os dados ilustrados.

Discussão (Artigos Originais)

A discussão deve conter a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e a comparação dos achados com a literatura, comentando e explicando as diferenças encontradas. Deve incluir a avaliação dos autores sobre as limitações do estudo e sobre os seus principais desdobramentos com indicação para novas pesquisas. Deve explicitar a contribuição do estudo para a área de conhecimento abordada.

Os trabalhos de natureza qualitativa podem juntar as partes resultados e discussão ou mesmo ter nomeações diferentes das partes, sem fugir da estrutura lógica de artigos científicos.

Conclusões (Artigos Originais)

Apresentar as conclusões relevantes, considerando os objetivos da pesquisa, bem como, indicar caminhos para continuidade do estudo.

Referências

Todos os autores e trabalhos citados no texto devem constar nesta seção e vice-versa, seguindo os Requisitos Uniformizados para Manuscritos Submetidos a Jornais Biomédicos, elaborados pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas – ICMJE (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

Evitar número excessivo de referências e as de difícil acesso, selecionando as mais relevantes para cada afirmação e dando preferência para os trabalhos mais recentes, sugere-se dar preferência para referências dos últimos 5 anos.

Com exceção dos artigos de revisão, o número máximo de referências deve ser 30, sendo os autores responsáveis pela exatidão dos dados constantes nas mesmas.

As referências devem ser numeradas por ordem de entrada no trabalho e usar esses números para as citações no texto. As citações das referências devem ser mencionadas no texto em números sobrescritos (expoente), sem parênteses ou datas, imediatamente após a passagem do texto em que é feita a citação, separados entre si por vírgulas; em caso de números sequenciais de referências, separá-los por um hífen, enumerando apenas a primeira e a última referência do intervalo sequencial de citação (exemploi: 5, 13-17).

Em cada referência, deve-se listar até os seis primeiros autores, seguidos da expressão "et al." para os demais. Os títulos dos periódicos devem ser escritos de forma abreviada, de acordo com a *List of Journals do Index Medicus*. Os títulos de livros e nomes de editoras deverão constar por extenso.

O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

A exatidão das referências constantes na listagem e a correta citação no texto são de exclusiva responsabilidade dos autores.

UNB - FACULDADE DE CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Adaptação Transcultural do Goal Attainment Scaling (GAS) para a língua portuguesa brasileira: um método para dimensionar o cumprimento de metas em programas de

reabilitação

Pesquisador: ANDRESSA DA SILVA PALMEIRA

Área Temática: Versão: 3

CAAE: 82972117.7.0000.8093

Instituição Proponente: Faculdade de Ceilândia Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.686.889

Apresentação do Projeto:

Este trabalho trata-se de um estudo metodológico com a realização de uma adaptação transcultural do GAS na sua versão original em inglês para o português falado no Brasil, respeitando as fases de adaptação propostas por Beaton (2000). Como critério de seleção para a escolha do instrumento, primeiramente foi realizada uma revisão de literatura nacional explorando o tema "Escala de Obtenção de Metas" e na literatura internacional explorando o tema: "Goal Attainment Scaling", buscando constatar qual a influência do GAS na gestão do processo de reabilitação". A população-alvo dessa pesquisa será constituída de um lado por profissionais brasileiros envolvidos com a habilitação de pessoas com deficiência para o esporte e do outro por seus respectivos grupos de praticantes de esporte. O estudo acontecerá na Associação de Centro de Treinamento de Educação Física Especial (CETEFE). A tradução inicial será composta por duas versões diferentes para a comparação de discrepâncias por dois tradutores bilíngues cuja língua materna é o alvo da tradução, a segunda fase da adaptação será a síntese das traduções no qual os dois tradutores e um observador realizarão um compilado das duas traduções realizadas anteriormente que resultará em uma tradução comum. A retrotradução será a fase seguinte, também composta por duas versões distintas, este é um processo para certificar se a versão traduzida está refletindo o mesmo conteúdo da versão original. A próxima fase da adaptação é a consulta ao comitê avaliador que contará com profissionais de saúde, profissionais bilíngues e

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66

Bairro: CEILANDIA SUL (CEILANDIA) CEP: 72.220-900

JF: DF Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-8434 E-mail: cep.fce@gmail.com

Página 01 de 04

UNB - FACULDADE DE CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE ¶ DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 2,686,889

tradutores. O pré-teste será o estágio final do processo de adaptação transcultural com a aplicação do instrumento em uma amostra de 30 pessoas. O contato será estabelecido via correio eletrônico com os especialistas que não residem no local onde a pesquisa será realizada e pessoalmente quando possível. Inicialmente será enviada uma correspondência com um convite e breve contextualização da pesquisa para cada participante

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo do presente estudo foi realizar a adaptação transcultural do Goal Attainment Scaling (GAS) para o português falado no Brasil, de modo que seja disponibilizado aos brasileiros um método para dimensionar o cumprimento de metas para a intervenção no processo de reabilitação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos decorrentes da participação do indivíduo na pesquisa são a interpretação errada das perguntas aplicadas, mas esse risco será minimizado por meio de uma explicação prévia sobre a pesquisa feita, no início da reunião. Além disso, pode haver risco de cansaço e de constrangimento o que serão minimizados com a orientação dos proponentes.

Os benefícios serão indiretos, uma vez que os participantes estarão contribuindo para a aplicação do GOAL ATTAINMENT SCALING (GAS) no Brasil para uma melhor abordagem em programas de reabilitação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um trabalho de TCC sob orientação do prof. Emerson Facchin e supervisão da mestranda Andressa da Silva Palmeira com a inclusão de 31 participantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos foram adequadamente apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo de pesquisa em consonância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Cabe ressaltar que compete ao pesquisador responsável: desenvolver o projeto conforme delineado; elaborar e apresentar os relatórios parciais e final; apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66

Bairro: CEILANDIA SUL (CEILANDIA) CEP: 72.220-900

UF: DF Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-8434

E-mail: cep.fce@gmail.com

Página 02 de 04

UNB - FACULDADE DE CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 2.686.889

digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa; encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO 1056760.pdf	25/05/2018 15:54:47		Aceito
Outros	Termo_coparticipante_modificado.pdf	25/05/2018 15:51:36	ANDRESSA DA SILVA PALMEIRA	Aceito
Outros	termo_proponente_modificado.pdf	25/05/2018 15:50:56	ANDRESSA DA SILVA PALMEIRA	Aceito
Outros	carta_de_encaminhamento.pdf	25/05/2018 15:50:11	ANDRESSA DA SILVA PALMEIRA	Aceito
Outros	carta_resposta_mantida.pdf	25/05/2018 15:49:08	ANDRESSA DA SILVA PALMEIRA	Aceito
Parecer Anterior	parecer_anterior_27_03_2018.pdf	24/05/2018 19:59:41	ANDRESSA DA SILVA PALMEIRA	Aceito
Outros	Curriculo_paloma.pdf	24/05/2018 19:57:03	ANDRESSA DA SILVA PALMEIRA	Aceito
Outros	Curriculo_Andressa.pdf	24/05/2018 19:56:45	ANDRESSA DA SILVA PALMEIRA	Aceito
Outros	Curriculo_Emerson.pdf	24/05/2018 19:56:24	ANDRESSA DA SILVA PALMEIRA	Aceito
Cronograma	Cronograma_corrigido.doc	24/05/2018 19:55:57	ANDRESSA DA SILVA PALMEIRA	Aceito
Orçamento	orcamento_corrigido.doc	24/05/2018 19:55:38	ANDRESSA DA SILVA PALMEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado_corrigido.doc	23/05/2018 19:26:53	ANDRESSA DA SILVA PALMEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_completo_modificado.doc	23/05/2018 19:26:29	ANDRESSA DA SILVA PALMEIRA	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_modificada.pdf	24/01/2018 19:28:13	ANDRESSA DA SILVA PALMEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
Bairro: CEILANDIA SUL (CEILANDIA) CEP: 72.220-900
UF: DF Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-8434

E-mail: cep.fce@gmail.com

Página 03 de 04

UNB - FACULDADE DE CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 2.686.889

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 01 de Junho de 2018

Assinado por: Dayani Galato (Coordenador)

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
Bairro: CEILANDIA SUL (CEILANDIA) CEP: 72.220-900
UF: DF Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-8434

E-mail: cep.fce@gmail.com

Página 04 de 04

Denomical to/Atters: 7	IACÃO FISIOTERA PÉLITICA e () Reabilitação para o esporte () Outros, qual?
INSPEÇÃO	
Patula pulho e umunar, upu varnaisisisiood, upu usudo u vivos	sungo de vicatrigus voum altragió d um HIE, ausúnica de viviaus imprame
PALPAÇÃO	
Sum des à parpação, u	muidou potilar diminruida, italiam
**	مصمين والا
PERIMETRIA/GONIOMETRIA/REF	LEXOS_ FOY & a
*** *** *** *** *** *** *** *** *** **	ucturisão de quadral 3/6:4
Faturoso de failire D:4	
	ev.a
aboduzão de quartel DIE: 3	
TESTES DE FORÇA MUSCULAR	GONIONOTVIO.
Fluras falho 2 100 + Passins	O 120.
Laturada pulha Dis.	
TESTES ESPECIAIS	
Compaussão apatilar "DE	Yamanine rual humbre of 9464
€Ð	D QI CH
не нишкац ©	1, Carpacioni € 19 cm
comprissão de apringo	
Garata Amoteria DO	

TESTES DE EQUILÍBRIO/COORDENAÇÃO/PROPRIOCEPÇÃO

Romburg: Ovoridação antico-Postacieto, compunsação aparar écolo D. equali) Diccio

AVALIAÇÃO DA DOR

nois apresionava dar, forem wente um alguns imamentes durante a universo de fortre os una queste a atrais um apurto. €va 3.

AVALIAÇÃO POSTURAL

Pi guernoule Afons southo D Fita ism yludo Pri E reaide Distaviga ipiso quadril D Kapiramo unaion um vugiai lombar E

AVALIAÇÃO DA MARCHA

+ reom auxilie (randunae) externim vaznana usian a listaup subela evisão do usap la inmirmio Filizão de galho diminuida.

DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO

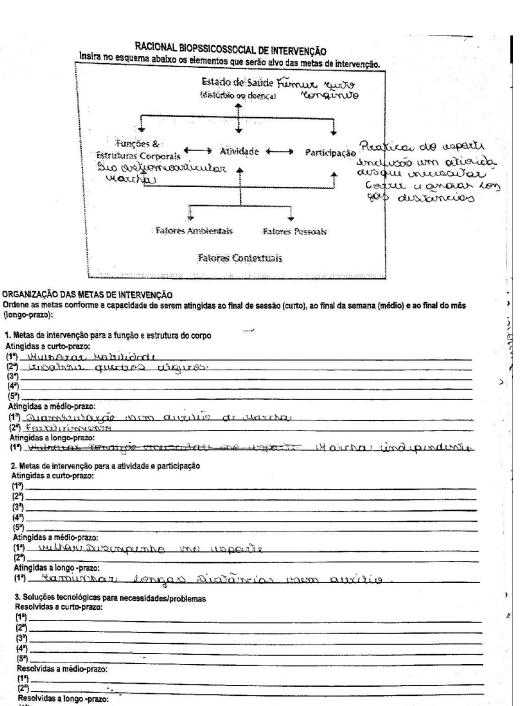
Diminuigae de Fazque * MEA NO Expiriteur ten Baira confianza para diambulação.

 (5^a)

(1ª) (2ª) (3ª) (5ª)

(2^a) (3^a) (4^a)

(1ª)



Goal Attainment Scaling: Prof Lynne Turner Stokes.

Goal Attainment	Scaling (GAS) Re	ecord Sheet	
Patient Name:	Age	Hospital No:	
Discharge date:		Keyworker:	••••

	Patient stated goal	SMART goal	Imp	Diff	Baseline	Achieved		Variance (Describe achievement if differs from expected and give reasons)
1.	melharar makilida de	não apusatou avalo cão específica au parã mitro para esta medide	1	0 1 2 3	☐ Some function ☐ None (as bad as can be)	☐ Yes	☐ Much better ☐ A little better ☐ As expected ☐ Partially achieved ☐ Same as baseline ☐ Worse	hão relateur um menhuma recursão valor referente a sosa muta
2.	Resolver quadross	EVA: 3	0 1 2 3	0 1 2 3	Some function None (as bad as can be)	☐ Yes	☐ Much better ☐ A little better ☐ As expected ☐ Partially achieved ☐ Same as baseline ☐ Worse	1/
3.	Deambular sem auxílio de marcha	nebanas atelum ela occu	0 1 2 3	0 1 2 3	Some function None (as bad as can be)	Ø′Yes □ No	☐ Much better ☐ A little better ☐ As expected ☐ Partially achieved ☐ Same as baseline ☐ Worse	Relatou chego do de parient arm disp auscilian de mareira

Goal Attainment Scaling: Prof Lynne Turner Stokes.

Goal Attainment Scaling (GAS) Record Sheet continued

	Patient stated goal	SMART goal	Imp	Diff	Baseline	Achieved		Variance (Describe achievemen if differs from expected and give reasons)
4.	Fartaliamento	reste de Jarça muscular mamual	0	(0 1	Some function	☐ Yes	☐ Much better ☐ A little better ☐ As expected	10
			3	3	(as bad as can be)	□ No	☐ Partially achieved ☐ Same as baseline ☐ Worse	
5.	melherar desimpinhe	un desempente hão apresentare de de desempente hão apresentare de desempente hão apresentare de de de desempente hão apresentare de de desempente hão apresentare de desempente hão apresentare de de desempente hão apresentare de desempente hão apresentare de desempente hão apresentare de de de de de desempente hão apresentare de d	0 0	1 function	function	☐ Yes	☐ Much better ☐ A little better ☐ As expected	A 1)
			□ No	☐ Partially achieved☐ Same as baseline☐ Worse	1 ()			
6.	Caminhar longas	hão apresentare ao.	0	0	Some function	□ Yes	☐ Much better ☐ A little better ☐ As expected	1 //
	auscílio		3		(as bad as can be)	□ No	☐ Partially achieved ☐ Same as baseline ☐ Worse	1 0

Baseline GAS T-score:	40	Achieved GAS T-score	50	Change in GAS T Score	+30
-----------------------	----	----------------------	----	-----------------------	-----