

Danielle Latini Gaudêncio e Déborah Ebert Fontes

**CONFIABILIDADE INTEREXAMINADORES DA VERSÃO REDUZIDA DO  
*ACTIVITY MEASURE FOR POST-ACUTE CARE (AM-PAC) Í 6 CLICKS* :  
estudo metodológico**

Belo Horizonte  
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional/UFMG  
2018

Danielle Latini Gaudêncio e Déborah Ebert Fontes

**CONFIABILIDADE INTEREXAMINADORES DA VERSÃO REDUZIDA DO  
*ACTIVITY MEASURE FOR POST-ACUTE CARE (AM-PAC) Í 6 CLICKS* :  
estudo metodológico**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Fisioterapia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Ms. Pollyana Ruggio Tristão Borges

Coorientadora: Profa. Dra. Sheyla Rossana Cavalcanti  
Furtado

Belo Horizonte

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional/UFMG

2018

## RESUMO

Apesar dos grandes avanços da medicina nos últimos anos, da interdisciplinaridade e dos inúmeros recursos, o risco de redução da funcionalidade no período de hospitalização ainda é elevado em pacientes internados. Quanto mais prolongada é uma imobilização causada por uma hospitalização, maior a possibilidade de desenvolvimento de limitações nas atividades. Uma avaliação minuciosa da funcionalidade é relevante para a tomada de decisão com relação aos objetivos do tratamento fisioterapêutico no hospital e também na abordagem após a alta. Pesquisadores da Universidade de Boston desenvolveram um instrumento para medir limitações de atividade nos domínios de mobilidade básica, atividade diária e cognição aplicada, o *Activity Measure for Post-Acute Care* (AM-PAC), baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). A partir do AM-PAC foi desenvolvida uma versão reduzida denominada % clicks+, direcionada para pacientes hospitalizados que é simples e rápida de ser aplicada. Esse instrumento tem potencial para ser aplicado de forma rotineira nas enfermarias dos hospitais; entretanto, suas propriedades de medida ainda não foram analisadas. Este estudo tem como objetivo analisar a confiabilidade interexaminadores do % clicks+ para medir funcionalidade de pacientes internados em um hospital público de Belo Horizonte. Participaram indivíduos maiores de 18 anos, de ambos os sexos, hospitalizados em diferentes enfermarias, em atendimento fisioterápico no Hospital das Clínicas - UFMG e que não tinham previsão de alta hospitalar nos próximos três dias. Para a caracterização da amostra foram utilizadas medidas de tendência central, de dispersão e de frequência. Depois disso, foi feita a análise do escore total de cada indivíduo utilizando o coeficiente de correlação intraclasse (CCI). Também foi calculado o erro padrão da medida a partir do CCI e a mudança mínima detectável. Por fim, para análise da concordância entre os itens do questionário foi utilizado o coeficiente kappa. No domínio mobilidade básica, a confiabilidade interexaminadores foi CCI = 0,81 (IC 95% = 0,694-0,890; p = 0,000), o kappa variou entre 0,384 e 0,822 e o erro padrão da medida foi igual a 2,24 e a mudança mínima detectável, 6,21. Já em atividade diária, a confiabilidade foi de 0,79 (IC 95% = 0,651-0,789; p = 0,000), os valores de kappa variaram entre 0,343 e 0,696 e os valores de erro padrão da medida e mudança mínima detectável foram 2,11 e 5,85 respectivamente. Na parte de cognição aplicada, a confiabilidade foi CCI = 0,36 (IC 95% = 0,092-0,574; p = 0,005) e kappa variou entre 0,196 e 0,514 e o erro padrão da medida foi de 2,64 e a mudança mínima detectável, 7,32. Dessa forma, foi evidenciada nos domínios de mobilidade básica e atividade diária excelente confiabilidade interexaminadores e a concordância entre os itens desses domínios foi boa. Já no domínio de cognição aplicada, a confiabilidade interexaminadores foi pobre e observou-se baixa concordância entre os itens. Após análise das propriedades de medida do instrumento e dos benefícios de sua utilização, seu uso é recomendado para medir funcionalidade de pacientes hospitalizados. É necessário que estudos contemplem novas abordagens do domínio de cognição aplicada para melhor análise desse domínio, principalmente em populações mais heterogêneas.

**Palavras chave:** Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e saúde. Reprodutibilidade dos testes. Pacientes internados.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Características sociodemográficas da amostra (n=50) .....	14
Tabela 2: Escores brutos obtidos em cada avaliação (n=50) .....	15
Tabela 3: Confiabilidade interexaminadores . Análise do escore total dos domínios (n=50) .....	15
Tabela 4: Confiabilidade interexaminadores . Análise dos itens (n=50) .....	16

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS .....</b>	<b>10</b>
	2.1 O instrumento .....	10
	2.2 Aspectos éticos.....	11
	2.3 Procedimentos .....	11
	2.4 Análise dos dados .....	12
<b>3</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>13</b>
<b>4</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>21</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>22</b>
	<b>ANEXO A É Aprovação no COEP.....</b>	<b>25</b>
	<b>ANEXO B - Í 6 clicksÍ , versão em Português-Brasil .....</b>	<b>30</b>
	<b>APÊNDICE 1 É Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>32</b>
	<b>APÊNDICE 2 É Questionário Sociodemográfico.....</b>	<b>34</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Apesar dos grandes avanços da medicina nos últimos anos, da interdisciplinaridade e dos inúmeros recursos utilizados nos hospitais para a recuperação dos indivíduos internados, o risco de redução da funcionalidade no período de hospitalização ainda é elevado nessa população (ZISBERG *et al.*, 2015). Quanto mais prolongada é a imobilização causada por uma hospitalização, maior a possibilidade de desenvolvimento de limitações nas tarefas de autocuidado e na mobilidade de um indivíduo (MULLER *et al.*, 2011).

É importante salientar que a imobilidade, o descondicionamento físico e a fraqueza muscular, muitas vezes levam a maior incapacidade e a reabilitação prolongada. Por esse motivo, os profissionais da reabilitação estão envolvidos no cuidado desses pacientes. Pacientes que são submetidos a reabilitação precoce apresentam aspectos positivos promovidos pela melhora do estado funcional, como recuperação mais rápida da capacidade de sair do leito e deambular, o que impacta em menor permanência no hospital, já que quanto maior a funcionalidade, mais rapidamente os indivíduos recebem alta. (PINHEIRO *et al.*, 2012, JETTE *et al.*, 2009). Dessa forma, mensurar a funcionalidade de forma padronizada, direciona o planejamento para a alta hospitalar com maior eficácia e é relevante para a tomada de decisão com relação aos objetivos do tratamento no hospital (JETTE *et al.*, 2009; JETTE; GROVER; KECK, 2003).

Mesmo com todas essas vantagens, os profissionais utilizam poucos instrumentos padronizados de forma rotineira, no que diz respeito à avaliação da funcionalidade de indivíduos hospitalizados (JETTE; HALBERT *et al.*, 2009). Esse fato pode ser atribuído ao longo tempo de aplicação do instrumento, à dificuldade na interpretação e na reprodutibilidade dos resultados e à impossibilidade da utilização de um mesmo instrumento para diferentes condições de saúde (EKSTRAND; RINGSBERG; PESSAH-RASMUSSEN, 2008). Apesar disso, utilizar instrumentos padronizados traz benefícios, como tomadas de decisões mais direcionadas, melhor monitoramento de resultados ao longo do tempo, eficácia na avaliação clínica e funcional e na gestão financeira, além de melhorar a comunicação entre profissionais (KRAMER, 2006). Surge-se então a necessidade de um instrumento confiável, simples de ser aplicada e com resultados objetivos, para potencializar o planejamento do cuidado dos pacientes hospitalizados.

Pesquisadores da Universidade de Boston desenvolveram um instrumento para medir limitações de atividades em indivíduos, o *Activity Measure for Post-Acute Care* (AM-PAC), baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). A CIF tem como intuito relacionar a descrição de saúde e dos estados relacionados à saúde em uma linguagem comum, tendo como público alvo profissionais da saúde, políticos, pesquisadores e pessoas com incapacidades (World Health Organization, 2001). Portanto, se torna uma vantagem a disponibilidade de um instrumento com o mesmo arcabouço teórico e com a mesma linguagem, como a AM-PAC.

O AM-PAC possui 269 itens e é direcionado para a avaliação de pacientes pós cuidado agudo. Diferentemente de outros instrumentos tradicionais que avaliam a funcionalidade, o AM-PAC pode ser usado para avaliar pacientes com diferentes condições de saúde. O instrumento foi dividido em três áreas de funcionalidade: mobilidade básica, (131 itens), atividade diária (88 itens) e cognição aplicada (50 itens), cada uma delas contendo itens que fazem parte do dia a dia dos pacientes. O AM-PAC foi disponibilizado em duas versões: o *Computer Adaptive Test* (CAT) e os *Short forms*. A versão CAT necessita de um computador para ser aplicada e é baseada na teoria de resposta ao item, selecionando as perguntas dentro de cada domínio, que são mais adequadas para cada indivíduo a partir das respostas fornecidas anteriormente, gerando ao final o perfil funcional do paciente. Já os *Short Forms* são versões reduzidas do AM-PAC CAT e, diferentemente da versão CAT, que pode ser aplicado em diferentes contextos, possuem perguntas selecionadas para tipos específicos de pacientes: ambulatorial (Formulário Genérico para Paciente Ambulatorial) e hospitalizado (*6 clicks*). Essas versões já foram traduzidas para o Português-Brasil por Souza *et al.* (2017) e Borges (2018), respectivamente, seguindo todas as etapas preconizadas pela literatura para realizar a tradução e adaptação cultural de instrumentos de medida.

O Formulário Genérico para Paciente Ambulatorial é um instrumento adequado para avaliação da funcionalidade de pacientes com diferentes condições clínicas que estão em processo de reabilitação a nível ambulatorial e permite o monitoramento desses indivíduos ao longo do tempo. Estudos já demonstraram excelentes índices de confiabilidade interexaminadores, confiabilidade teste-reteste e alta consistência interna da sua versão Português-Brasil (SOUZA *et al.*, 2017). Os resultados da confiabilidade teste-reteste variaram entre 0,88 (IC 95% = 0,763-

0,941) e 0,945 (IC 95% = 0,889-0,974) nos três domínios. A confiabilidade interexaminadores variou entre 0,982 (IC 95% = 0,962-0,991) e 0,998 (IC 95% = 0,996-0,999). Por fim, a consistência interna foi de 0,99 para os três domínios. Esses resultados demonstram que a versão traduzida e adaptada para a população brasileira possui excelentes propriedades de medida (SOUZA *et al.*, 2017).

Já a versão reduzida para pacientes hospitalizados, o %6 clicks+, é um instrumento de fácil e rápida aplicação que foi desenvolvido exclusivamente para pacientes hospitalizados independentemente de sua condição de saúde (JETTE *et al.*, 2013; JETTE *et al.*, 2015). O %6 clicks+ é um instrumento multiprofissional e é dividido nos mesmos três domínios (mobilidade básica, atividade diária e cognição aplicada) do AM-PAC CAT e da versão para pacientes ambulatoriais, mas possui apenas seis itens em cada um deles. Os domínios de mobilidade básica e atividade diária da versão original em inglês do %6 clicks+ já tiveram suas propriedades de medidas analisadas, no entanto, há ausência de estudos sobre essas propriedades para o domínio de cognição aplicada. A versão original do %6 clicks+ apresenta excelente consistência interna para os domínios de mobilidade básica (0,96) e atividade diária (0,91). Além disso, possui boa correlação com outro instrumento que avalia funcionalidade, a Medida de Independência Funcional (MIF), variando de 0,65 a 0,69 (JETTE *et al.*, 2014). A confiabilidade interexaminadores revelou-se muito elevada, com nível de concordância de elevada a excelente na parte de mobilidade básica e moderado a quase perfeito na parte de atividade diária (0,85 para mobilidade básica e 0,78 para atividade diária) (JETTE *et al.*, 2015). Em relação a outras medidas de reprodutibilidade para esses dois domínios, o erro padrão da medida (EPM), ou seja, quanto do escore é devido ao erro na mensuração (WEIR, 2005; TERWEE *et al.*, 2007) variou de 3,16 a 3,46, enquanto a mudança mínima detectável (MMD) (quanto do escore pode ser considerado uma diferença real) (WEIR, 2005; TERWEE *et al.*, 2007) variou de 7,36 a 8,06. Portanto, a versão em inglês do %6 clicks+ apresenta propriedades de medidas satisfatórias.

A versão traduzida do %6 clicks+ também apresentou boas propriedades de medidas para os três domínios no formato entrevista ao paciente (BORGES, 2018). A consistência interna de seus domínios variou de 0,86 a 0,89. A confiabilidade teste-reteste foi 0,83 (IC 95% = 0,72-0,89) para mobilidade básica, classificada como excelente. Para atividade diária e cognição aplicada os valores foram 0,71 (IC 95% = 0,54-0,82) e 0,64 (IC 95% = 0,45-0,78) respectivamente,

considerados moderados. O EPM para o teste-reteste variou de 2,03 a 2,64 e a MDD de 5,63 a 7,32. Entretanto, a confiabilidade interexaminadores e as outras medidas de reprodutibilidade, EPM e MMD, para o formato de entrevista ao paciente do % clicks+ ainda não foi analisada.

Essas propriedades de medida são extremamente importantes para certificar que um instrumento reproduz os mesmos resultados quando aplicados em condições idênticas em uma mesma população, ou seja, a reprodutibilidade de uma medida (MARCZYK; DEMATTEO; FESTINGER, 2010; PORTNEY, G.; WATKINS, 2009). A confiabilidade % interexaminadores+ está relacionada a reprodutibilidade das medidas realizadas por um mesmo instrumento quando realizadas por diferentes examinadores (PORTNEY, G.; WATKINS, 2009). Esse tipo de confiabilidade torna-se relevante quando o instrumento pode ser utilizado por diferentes profissionais, como acontece em contextos hospitalares no qual o paciente é atendido em diversos turnos e nem sempre pelo mesmo profissional. A confiabilidade é mensurada por coeficientes, tal como o coeficiente de correlação intraclassa (CCI) que varia de 0 a 1. Obtendo boa confiabilidade, é possível assegurar a reprodutibilidade das medidas quando realizadas por diferentes examinadores (PORTNEY; WATKINS, 2009).

O erro padrão da medida e mudança mínima detectável são informações também referentes a reprodutibilidade, mas são expressas na unidade do instrumento. A primeira medida busca quantificar o erro sistemático existente nas aplicações do instrumento, ou seja, a estabilidade da resposta (PORTNEY; WATKINS, 2009). Já a segunda medida é calculada a partir do EPM e diz respeito a mudança mínima que deverá ocorrer na pontuação do instrumento para que seja possível afirmar que houve uma mudança real do escore do indivíduo avaliado (PORTNEY; WATKINS, 2009; HALEY; PINKHAM, 2006). Todas essas medidas são importantes e agregam informações sobre a qualidade de um instrumento.

O objetivo do presente estudo é analisar a confiabilidade interexaminadores do instrumento % clicks+ para medir funcionalidade de indivíduos internados.

## 2 MATERIAIS E MÉTODOS

### 2.1 O Instrumento

O instrumento aplicado foi a versão em Português-Brasil do % clicks+ (APÊNDICE 1), com tradução e adaptação transcultural, aprovada pelos pesquisadores de Boston (BORGES, 2018). O % clicks+ é dividido em três partes: mobilidade básica, atividade de vida diária e cognição aplicada, de forma que cada parte é composta por apenas 6 itens. A primeira avalia o nível de dificuldade ou a quantidade de ajuda que o paciente precisa para atividades de mobilidade, como andar e realizar transferências. A segunda avalia quanta ajuda o indivíduo precisa para o autocuidado, como vestir-se e tomar banho independentemente. Por fim, a última avalia a dificuldade apresentada para lembrar-se de tomar um remédio, ou para entender conversas do dia a dia, por exemplo (JETTE *et al.*, 2013).

As opções de resposta para cada item são: incapaz (1 ponto), muita (2 pontos), pouca (3 pontos) ou nenhuma (4 pontos) (JETTE *et al.*, 2013). O indivíduo é classificado melhor funcionalmente quanto maior for o seu escore, sendo que a menor pontuação possível de se obter em cada parte é 6 e a máxima é 24, de forma que a interpretação de cada domínio é realizada de forma independente, não havendo um escore total. (JETTE *et al.*, 2013). O instrumento pode ser aplicado de diversas formas: o examinador pode observar diretamente a realização da tarefa; pode fazer um julgamento se o avaliado é capaz de realizar o item baseando-se na condição clínica; ou em forma de entrevista ao avaliado ou ao cuidador/acompanhante, ou profissional da equipe.

### 2.2 Participantes

Foram incluídos no estudo indivíduos maiores de 18 anos, de ambos os sexos, hospitalizados em diferentes enfermarias do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), em atendimento fisioterápico no próprio hospital e que não tinham previsão de alta hospitalar nos próximos três dias. Como preconizado na literatura, a amostra deveria ter um número mínimo de 50 indivíduos para análise da confiabilidade (TERWEE *et al.*, 2007). Além disso, dentre os critérios de inclusão estavam a capacidade de compreender e responder às perguntas. Para que esse critério fosse cumprido, os avaliadores perguntaram ao enfermeiro ou fisioterapeuta responsável se o indivíduo era capaz de acompanhar

um diálogo, manter sua atenção pelo período de uma hora e responder de forma precisa às questões (ANDRES, 2003). Foram excluídos do estudo participantes que receberam alta hospitalar durante o período de avaliações, que apresentaram mudanças clínicas em seu quadro que impedisse a continuidade do estudo e aqueles que se recusaram a responder o questionário no segundo dia de avaliação.

### **2.3 Aspectos éticos**

O projeto ao qual o presente trabalho de conclusão de curso está vinculado foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (CAAE: 55602216.3.0000.5149), datada de 28 de Junho de 2017 (ANEXO A).

### **2.4 Procedimentos**

Duas avaliadoras, graduandas de fisioterapia . UFMG, previamente treinadas, aplicaram a versão Português-Brasil do % clicks+ nos pacientes do HC-UFMG. O treinamento foi realizado em várias etapas, iniciando com a leitura do manual e discussão com profissionais mais familiarizados com o instrumento. Em seguida foi realizada uma padronização da ordem dos procedimentos a serem realizados e da forma de realização das perguntas. Por fim foi realizada etapa prática, iniciando com indivíduos sem limitações funcionais, evoluindo de forma gradativa até a aplicação em pacientes hospitalizados.

Antes das coletas, as avaliadoras explicaram o funcionamento do estudo para os fisioterapeutas e enfermeiros e quais os critérios de inclusão e exclusão. Dessa forma, os profissionais direcionavam os pacientes que se encaixavam nos critérios para administração do instrumento. Foi explicado para o paciente e acompanhante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que continha o detalhamento do que seria feito durante o estudo (APENDICE 1), e posteriormente o paciente ou cuidador assinou o TCLE em duas vias. Nos casos em que o paciente não possuía escolaridade para assinar o TCLE, foi coletado a sua digital ou o familiar responsável assinou pelo participante. Nos dois dias de aplicação do questionário, foram registrados possíveis fatores que poderiam influenciar nas respostas dadas como por exemplo confusão mental, falta de cooperação, interrupção do questionário por funcionários do hospital, sonolência, relato do participante de melhora ou piora e sinais de depressão.

Primeiramente, foram coletadas informações sociodemográficas e clínicas dos pacientes, como idade, sexo, escolaridade, bairro ou município de residência, motivo da internação, linha de cuidado na qual está internado, profissionais da reabilitação envolvidos no caso, reincidência de internações, comorbidades, presença de cuidador, necessidade de oxigenoterapia, etc (APÊNDICE 2). O número de atendimentos fisioterapêuticos e o tempo de permanência hospitalar foram copilados dos prontuários dos pacientes.

A aplicação do % clicks+ foi realizada em forma de entrevista e a pontuação foi dada de acordo com as respostas dos participantes a cada item. Essa forma de aplicação foi escolhida, dentre as demais, devido às exigências dos locais de coleta. Um dos examinadores realizou a primeira avaliação e o outro reaplicou o instrumento após três dias. A dupla revezou ao longo das aplicações, de forma que um dos examinadores aplicou o teste primeiro em metade dos indivíduos enquanto o outro examinador aplicou primeiro na outra metade dos indivíduos. Os avaliadores não viram ou discutiram sobre as pontuações dadas. Além disso, houve tentativa de avaliar o paciente no mesmo horário.

## **2.5 Análise dos dados**

Para as características da amostra, foram utilizadas análises das medidas de tendência central, de dispersão e de frequência. Para analisar a confiabilidade interexaminadores primeiramente foi feito o teste F para verificar a presença de erro sistemático. Depois disso, foi feita a análise do escore dos domínios de cada indivíduo utilizando-se o coeficiente de correlação intraclassa (CCI) do tipo (3,1) devido a ausência de erro sistemático. A classificação foi baseada nos critérios de Portney, que considera boa confiabilidade os resultados superiores a 0,75, confiabilidade moderada os resultados de 0,4 a 0,75 e confiabilidade pobre os resultados inferiores a 0,4. (PORTNEY; WATKINS, 2009). Também foi calculado o erro padrão da medida (EPM) a partir do CCI e a mudança mínima detectável (MMD) (WEIR, 2005). Por fim, para análise da concordância entre os itens do questionário foi utilizado o coeficiente kappa (COHEN, 1968; FEINSTEIN, 1990). Sendo considerado que valores menores que 0 indicam pobre concordância, entre 0 e 0,2, fraca, entre 0,21 e 0,4 razoável, entre 0,41 e 0,6 moderada, 0,61 e 0,8 forte e entre 0,81 e 1 quase perfeita (LANDIS; KOCH, 1977). Todos os dados foram analisados pelo software Statistical Package for Science (SPSS) versão 19.0.

### 3 RESULTADOS

No total, 57 pacientes foram avaliados pela primeira vez. Apenas sete foram excluídos, totalizando 50 pacientes que responderam o instrumento pela segunda vez devido à alta entre os períodos de avaliação, recusas em completar a avaliação e ausência no leito.

A descrição das características da amostra está na Tabela 1. A média de idade da amostra foi de  $53,5 \pm 16,57$  anos, sendo que a menor idade foi de 18 anos e a maior, 82 anos. A amostra foi igualmente dividida entre homens e mulheres. Metade da amostra era casada ou mantinha união estável. Quanto à escolaridade, 46% tinham ensino fundamental incompleto. Cinquenta por cento dos pacientes avaliados residia em Belo Horizonte, sendo a maioria de BH e região metropolitana (78%), e a renda média encontrada foi de pouco mais que um salário mínimo. A maioria dos pacientes tinha cuidador/acompanhante a maior parte do tempo (60%). Grande parte da amostra estava internada por problemas cardiovasculares (40%) e a minoria por problemas neurológicos (4%). Em média, o número de dias que os pacientes estavam internados ao serem avaliados foi de  $33,20 \pm 41,17$  e o número médio de atendimentos fisioterápicos que eles já haviam recebido foi de  $32,64 \pm 61,32$ . Além dos fisioterapeutas, os pacientes internados recebiam atendimento de nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e assistente social, sendo o primeiro profissional o mais requisitado dentro da equipe interdisciplinar.

Os escores brutos de cada um dos domínios do % clicks+ estão demonstrados na Tabela 2. Em relação à confiabilidade, no domínio da mobilidade básica, a confiabilidade interexaminadores foi CCI = 0,81 (IC 95% = 0,694-0,890), como demonstrado na Tabela 3. O escore mínimo apresentado pelos pacientes foi 7, representado por 2% da amostra e 20% dos pacientes obtiveram o maior escore possível (escore bruto = 24), atingindo o efeito teto no item mobilidade básica na primeira aplicação e 14% atingiram essa mesma pontuação na segunda aplicação. Em relação aos itens, os valores de kappa obtidos variaram entre 0,384 para o item que indaga sobre a dificuldade de virar na cama e 0,822 para o item 4, relacionado à dificuldade para passar da cama para a cadeira e vice-versa. O erro padrão da medida para esse domínio foi igual a 2,24 e a mudança mínima detectável, 6,21.

**Tabela 1: Características sociodemográficas da amostra (n=50).**

Variável	Média (DP) ou porcentagens
Idade, média (DP)	53,5 (16,57)
Sexo, n (%)	
Masculino	25 (50)
Feminino	25 (50)
Estado civil, n (%)	
Solteiro	13 (26)
Casado	24 (48)
União Estável	1 (2)
Divorciado	3 (6)
Separado	3 (6)
Viúvo	6 (12)
Escolaridade, n (%)	
Não alfabetizado	1 (2)
Fundamental incompleto	23 (46)
Fundamental completo	11 (22)
Médio incompleto	3 (6)
Médio completo	10 (20)
Superior incompleto	0 (0)
Superior completo	2 (4)
Pós-graduação	0 (0)
Cidade, n (%)	
Belo Horizonte	25 (50)
Região Metropolitana	14 (28)
Outras	11 (22)
Renda em reais, média (DP)	1114 (822,39)
Linha de cuidado, n (%)	
Cardiovascular	20 (40)
Neurologia	2 (4)
Ortopedia	4 (8)
Oncologia	10 (20)
Outros	14 (28)
Presença de cuidador, n (%)	
Sim	30 (60)
Não	20 (40)
Dias de internação, média (DP)	33,20 (41,17)
Atendimentos fisioterápicos, média (DP)	32,64 (61,32)

Nota: DP = desvio padrão

**Tabela 2: Escores brutos obtidos em cada avaliação (n=50).**

Domínio	Primeira avaliação		Segunda avaliação	
	Média (DP)	Coefficiente de variação	Média (DP)	Coefficiente de variação
Mobilidade básica	18,36 (5,40)	29,4%	19,08 (5,14)	26,9%
Atividade diária	20 (4,37)	21,9%	20,38 (4,74)	23,3%
Cognição aplicada	20,94 (3,01)	15,9%	20,3 (3,55)	17,4%

Nota: DP = desvio padrão

No domínio da mobilidade básica, a confiabilidade interexaminadores foi CCI = 0,81 (IC 95% = 0,694-0,890), como demonstrado na Tabela 3. O escore mínimo apresentado pelos pacientes foi 7, representado por 2% da amostra e 20% dos pacientes obtiveram o maior escore possível (escore bruto = 24), atingindo o efeito teto no item mobilidade básica na primeira aplicação e 14% atingiram essa mesma pontuação na segunda aplicação. Em relação aos itens, os valores de kappa obtidos variaram entre 0,384 para o item que indaga sobre a dificuldade de virar na cama e 0,822 para o item 4, relacionado à dificuldade para passar da cama para a cadeira e vice-versa. O erro padrão da medida para esse domínio foi igual a 2,24 e a mudança mínima detectável, 6,21.

**Tabela 3: Confiabilidade interexaminadores É Análise do escore total dos domínios (n=50).**

Domínio	CCI	IC 95%		Valores de p
		Limite inferior	Limite superior	
Mobilidade básica	0,814	0,694	0,890	0,000
Atividade Diária	0,796	0,651	0,872	0,000
Cognição aplicada	0,356	0,092	0,574	0,005

Nota: CCI = coeficiente de correlação intraclassa; IC = intervalo de confiança

Já no domínio de atividade diária, a confiabilidade interexaminadores foi de 0,79 (IC 95% = 0,651-0,789). Na primeira aplicação o menor escore bruto encontrado foi de 10 pontos, correspondendo a 2% da amostra e o maior foi de 24, correspondendo a 30%. Enquanto que, na segunda aplicação, o menor escore

encontrado caiu para 9, correspondendo a 4% dos pacientes e o maior escore permaneceu em 24, correspondendo a 46% da amostra. Os valores de kappa para esse domínio variaram entre 0,343 no item que informa sobre a necessidade de ajuda para o paciente para comer e 0,696 correspondente ao item 3, que pergunta sobre a necessidade de ajuda para o paciente para urinar e defecar. Os valores de erro padrão da medida e mudança mínima detectável para essa parte do instrumento foram 2,11 e 5,85 respectivamente.

**Tabela 4: Confiabilidade interexaminadores E Análise dos itens (n=50).**

Domínio	Item	Kappa (IC 95%)	Observado %	Esperado %
Mobilidade Básica	1	0,384 (0,139-0,631)	89,11	82,3
	2	0,645 (0,445-0,845)	92,44	78,71
	3	0,660 (0,488-0,834)	92,89	79,03
	4	0,822 (0,722-0,922)	95,56	75,03
	5	0,688 (0,490-0,888)	90,89	70,71
	6	0,745 (0,610-0,881)	92,89	77,04
Atividade Diária	1	0,531 (0,301-0,761)	88,00	74,41
	2	0,610 (0,386-0,834)	89,78	73,78
	3	0,696 (0,504-0,889)	92,67	75,83
	4	0,500 (0,247-0,752)	91,11	92,22
	5	0,646 (0,402-0,891)	94,44	84,28
	6	0,343 (0,018-0,705)	90,22	85,11
Cognição Aplicada	1	0,453 (0,158-0,749)	93,33	87,8
	2	0,230 (0,121-0,582)	84,00	79,22
	3	0,392 (0,117-0,668)	92,44	87,56
	4	0,196 (0,089-0,481)	90,89	88,67
	5	0,394 (0,061-0,728)	90,67	84,59
	6	0,514 (0,251-0,777)	89,33	78,04

Nota: IC = intervalo de confiança

Por último, na parte de cognição aplicada, a confiabilidade interexaminadores foi CCI = 0,36 (IC 95% = 0,092-0,574). A menor pontuação encontrada na primeira aplicação foi de 13 pontos, correspondente a 2% da amostra e na segunda aplicação o menor escore encontrado caiu para 11 em 2% dos

pacientes. O maior escore foi de 24 pontos na primeira e na segunda aplicação, sendo obtido por 30% e 24% dos pacientes, respectivamente. Em relação ao kappa, o menor valor encontrado foi 0,196 no quarto item, que questiona a dificuldade que o paciente tem de se lembrar onde colocou ou guardou alguma coisa e o maior valor foi 0,514 no item que refere à dificuldade de cuidar de tarefas complicadas. Para cognição o erro padrão da medida foi de 2,64 e a mudança mínima detectável, 7,32.

#### 4 DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo analisar a confiabilidade interexaminadores da versão traduzida do instrumento %6 clicks+ para medir funcionalidade de indivíduos internados em um hospital público de Belo Horizonte. O CCI encontrado para o domínio de mobilidade básica da versão original foi de 0,849 (IC 95% = 0,784-0,895) (JETTE *et al.*, 2015), valor aproximado encontrado em no presente estudo: 0,81 (IC 95% = 0,694-0,890). Para atividade diária, na versão original, o valor de CCI encontrado foi de 0,783 (95%, IC 95% = 0,696-0,847) (JETTE *et al.*, 2015), valor também próximo da versão traduzida, que foi de 0,79 (IC 95% = 0,651-0,789). A confiabilidade dos domínios de mobilidade básica e atividade de ambas versões, original e traduzida para o Português-Brasil, apresentam confiabilidade excelente (PORTNEY; WATKINS, 2009).

Para o domínio de cognição aplicada, o CCI foi de 0,36 (IC 95% = 0,092-0,574), considerado como pobre confiabilidade (PORTNEY; WATKINS, 2009). A confiabilidade desse domínio não foi testada na versão original, o que também impede a comparação de valores de confiabilidade com a versão traduzida (JETTE *et al.*, 2015; JETTE *et al.*, 2014b, 2015; PORTNEY; WATKINS, 2009). O baixo valor de CCI encontrado para cognição aplicada pode ser justificado pela baixa variabilidade da amostra nesse domínio, uma vez que foram incluídos apenas pacientes que fossem capazes de compreender e responder às perguntas. Uma pequena variabilidade entre os sujeitos está inversamente ligada ao valor do coeficiente de correlação intraclasse (WEIR, 2005). Essa pequena variabilidade fica clara a partir da análise dos valores de desvio padrão e coeficiente de variabilidade encontrado para cada domínio, nas diferentes aplicações, descritos na Tabela 2. Outro possível fator é a ocorrência de mudança do estado funcional ou sensação de melhora do paciente durante o intervalo entre as aplicações do instrumento, o que poderia influenciar nos resultados das avaliações e conseqüentemente no resultado da confiabilidade. Essa limitação foi superada escolhendo o intervalo de três dias entre as aplicações, prazo no qual não se espera haver mudança clínica brusca, mas que também elimina um possível viés de memória.

O baixo valor de CCI para cognição aplicada também poderia ser atribuída a outros fatores. Um deles seria um treinamento inadequado dos examinadores, porém houve um rigoroso treinamento desses avaliadores em várias etapas, ambos possuíam o mesmo nível de conhecimento prévio do instrumento e foram instruídos

a não se comunicarem durante o intervalo entre as avaliações. Além disso, os domínios de atividade diária e mobilidade básica apresentaram excelente confiabilidade, descartando essa hipótese.

Como resultado do cálculo do erro padrão da medida obteve-se nos domínios de mobilidade básica, atividade diária e cognição aplicada, os valores 2,24; 2,11; e 2,64 respectivamente. A partir desse valor foi calculada a mudança mínima detectável. Os resultados obtidos permitem considerar que apenas após mudança de pelo menos 5,85 pontos no escore do domínio de mobilidade básica é possível afirmar que houve mudança real na funcionalidade do paciente. Enquanto que para o domínio de atividade e cognição, uma variação de 6,21 e 7,3 pontos, respectivamente, significa alteração real do indivíduo. Esses dados são úteis para que decisões sejam tomadas de forma adequada ao longo do tempo pelos profissionais envolvidos no cuidado (JETTE *et al.*, 2014b).

Para avaliar o nível de concordância entre os dois avaliadores nos itens em cada um dos domínios, levou-se em consideração os valores de kappa. Foi possível notar que para o domínio de mobilidade básica, a concordância na maioria dos itens foi forte, sendo que a de um deles foi quase perfeita e apenas um foi classificado como razoável. Para atividade diária, três itens tiveram concordância forte, dois moderada e um razoável. Já cognição, obteve menor concordância, sendo dois itens classificados como concordância moderada, três como concordância razoável e um como concordância fraca. Mesmo que no domínio mobilidade básica o kappa tenha variado entre 0,384 e 0,822, o kappa observado variou entre 71% e 82%, demonstrando que em pelo menos 71% das vezes a resposta foi igual para os dois avaliadores nesse domínio. Os resultados também foram positivos nos domínios de atividade diária e cognição aplicada, já que o kappa observado variou entre 74% e 92%, 78% e 89% nesses domínios, respectivamente. Quando comparada com a versão original, a concordância entre os itens da versão traduzida foi semelhante ou superior (JETTE *et al.*, 2014b). Esses resultados reforçam a reprodutibilidade da versão traduzida do instrumento, principalmente nos domínios de mobilidade básica e atividade diária.

Comparando com a versão ambulatorial da AM-PAC, a confiabilidade interexaminadores desse instrumento foi classificada como excelente nos 3 domínios com valores de 0,998 (IC 95% = 0,996-0,999) para o primeiro domínio, 0,982 (IC 95% = 0,962-0,991) para o segundo e 0,996 (IC 95% = 0,992-0,998) para

o terceiro (SOUZA *et al.*, 2017; PORTNEY; WATKINS, 2009). Ao comparar os resultados das duas versões é preciso considerar que a forma de aplicação do instrumento foi distinta para a versão ambulatorial, pois os avaliadores estavam presentes no mesmo ambiente e momento, diferentemente do presente estudo no qual os avaliadores tiveram contato com o paciente em momentos distintos (três dias de intervalo). Pacientes hospitalizados podem apresentar mudanças clínicas e funcionais em um curto período de tempo e mesmo escolhendo um prazo em que haja menos mudanças clínicas, esses pacientes ainda estão sujeitos a alterações, o que pode influenciar os resultados da confiabilidade (PORTNEY).

Outro instrumento que aborda questões relacionadas à funcionalidade que já passou pela análise das propriedades de medida é a MIF. Esse instrumento avalia o nível de dependência do indivíduo com relação ao aspecto motor (autocuidado, controle de esfíncter, transferências, locomoção) e cognitivo (comunicação e cognição social) e já foi comprovada boa correlação da sua versão original com a versão original do % clicks+ para os domínios de mobilidade básica e atividade diária (RIBERTO *et al.*, 2004). A confiabilidade interexaminadores da MIF já foi testada e seu CCI foi de 0,98 para a parte motora e de 0,94 para a parte de cognição (RIBERTO *et al.*, 2001). Entretanto, essa propriedade foi analisada avaliando-se apenas em pacientes com história de acidente vascular encefálico e em acompanhamento em centros de reabilitação, limitando a sua reprodutibilidade em pacientes com diferentes tipos de acometimento e hospitalizados. Além disso, a MIF não contempla atividades de menores níveis de complexidade como virar na cama ou sentar na beira da cama, podendo não detectar mudanças relevantes na avaliação de pacientes com déficits funcionais mais relevantes. Apesar da semelhança entre o % clicks+ e a MIF, esta não foi desenvolvida exclusivamente para pacientes hospitalizados e seus itens não foram elaborados de forma direcionada a esse público. Por fim, as propriedades de medida da MIF ainda não foram testadas especificamente para indivíduos internados.

Além desses instrumentos existe o índice de Barthel, um instrumento que foi desenvolvido para analisar o progresso em habilidades como autocuidado e mobilidade. Este índice passou por um estudo de confiabilidade que foi classificada como razoável. A análise da confiabilidade foi realizada com indivíduos em um ambiente de reabilitação ambulatorial, dificultando a reprodutibilidade em pacientes

hospitalizados. Neste estudo foram incluídos somente pacientes que sofreram acidente vascular encefálico e traumatismo cranioencefálico. Portanto, suas propriedades de medida não ainda não foram testadas para pacientes internados e, além disso, esse instrumento não passou por um estudo de tradução e adaptação para Português-Brasil de forma criteriosa e, conseqüentemente, não teve suas propriedades de medida testadas para a população brasileira. Assim como a MIF o índice de Barthel não foi direcionado exclusivamente para paciente hospitalizados como o % clicks+, sendo assim, seus itens não foram desenvolvidos para esse grupo (COLLIN *et al.*, 1988).

Dentre as limitações do presente estudo é possível citar a realização da avaliação apenas em forma de questionário ao paciente, já que essa foi uma das exigências do hospital no qual os dados foram coletados. Por esse motivo não foi possível analisar a confiabilidade do instrumento na avaliação por meio da observação dos itens. Novos estudos podem ser realizados para analisar a confiabilidade interexaminadores dessa possibilidade de aplicação. Outra possível forma de aplicação do instrumento que não foi realizada nesse estudo foi o questionário feito aos cuidadores e profissionais do hospital, devendo-se ter cautela quanto ao uso do % clicks+ nessa forma de aplicação na prática clínica, já que a confiabilidade entre esses dois respondentes ainda não foi testada. Além disso, outra limitação do estudo foi a seleção de indivíduos sem comprometimento cognitivo, já que estes poderiam ter dificuldade para responder o questionário. Isso tornou a amostra menos heterogênea. Além disso, foram excluídos do estudo pacientes que apresentaram confusão mental durante a segunda avaliação.

## 5 CONCLUSÃO

Este estudo analisou a confiabilidade interexaminadores do instrumento %6 clicks+, cujo objetivo é medir a funcionalidade de indivíduos internados. Os resultados obtidos forneceram evidências excelentes de confiabilidade para mobilidade básica e atividade diária, além de boa concordância entre os itens, e pobre confiabilidade ao domínio de cognição aplicada e menor concordância. A pobre confiabilidade desse último domínio pode ser explicada pela pouca variabilidade da amostra, que se justifica pela inclusão apenas de pacientes que fossem capazes de responder e compreender às perguntas, o que poderia se tornar um fator influenciável no resultado da confiabilidade. O domínio de cognição aplicada não foi contemplado nos artigos de confiabilidade e validade da versão original assim, não foi possível comparar a confiabilidade interexaminadores entre a versão traduzida e a original. Diante do resultado da pobre confiabilidade do domínio de cognição aplicada, é necessário que estudos contemplem novas abordagens do domínio de cognição, em uma população mais heterogênea. Outra demanda identificada é a aplicação do questionário para os cuidadores e/ou profissionais e a verificação da confiabilidade entre paciente e cuidador e entre demais profissionais. Este instrumento de boa confiabilidade desenvolvido exclusivamente para paciente hospitalizados é de rápida e fácil aplicação e possibilita a potencialização do planejamento dos cuidados dos pacientes, a comunicação entre os profissionais, a avaliação da funcionalidade atual e evoluções ao longo do tempo.

## REFERÊNCIAS

ANDRES, P. L.; HALEY, S. M.; NI, P. S. Is Patient-Reported Function Reliable for Monitoring Postacute Outcomes? *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, v. 82, n. 8, p. 614.621, 2003. Disponível em: <<http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00002060-200308000-00008>>.

BORGES, P. R. T. "6 clicks": Tradução e adaptação cultural para o Português-Brasil da versão reduzida da Activity Measure for Post Acute Care (AM-PAC) para pacientes hospitalizados. [manuscrito], 2018

COHEN, J. *Psychological Bulletin*. v. 70, n. 4, p. 213. 220, 1968.

COLLIN, C. *et al.* The barthel ADL index: A reliability study. *Disability and Rehabilitation*, 1988.

EKSTRAND, E.; RINGSBERG, K. A.; PESSAH-RASMUSSEN, H. The physiotherapy clinical outcome variables scale predicts length of hospital stay, discharge destination and future home facility in the acute comprehensive stroke unit. *Journal of Rehabilitation Medicine*, v. 40, n. 7, p. 524. 528, 2008.

FEINSTEIN, A. R. High agreement but low kappa : the problems of two paradoxes \*. v. 43, n. 6, p. 543. 549, 1990.

HALEY SM, FRAGALA-PINKHAM MA. Interpreting change scores of tests and measures used in physical therapy. *Physical Therapy*., v.86, p.735. 743, 2006.

JETTE, A. *et al.* AM-PAC Short Forms TM for Inpatient and Outpatient settings Instruction Manual. v. 3, 2013.

JETTE, D. U. *et al.* AM-PAC %6-Clicks+Functional Assessment Scores Predict Acute Care Hospital Discharge Destination. *Physical Therapy*, v. 94, n. 9, p. 1252. 1261, 2014a. Disponível em: <<https://academic.oup.com/ptj/article-lookup/doi/10.2522/ptj.20130359>>.

JETTE, D. U. *et al.* Interrater Reliability of AM-PAC %6-Clicks+ Basic Mobility and Daily Activity Short Forms. *Physical Therapy*, v. 95, n. 5, p. 758. 766, 2015. Disponível em: <<https://academic.oup.com/ptj/article-lookup/doi/10.2522/ptj.20140174>>.

JETTE, D. U.; R., B.; *et al.* Physical therapists management of patients in the acute care setting: an observational study. *Physical Therapy*. [S.l: s.n.]. Disponível em: <<http://Ovidsp.ovid.com.wam.city.ac.uk/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed12&NEWS=N&AN=355655590>>. , 2009

JETTE, D. U.; HALBERT, J. *et al.* Use of Standardized Outcome Measures in Physical Therapist Practice: Perceptions and Applications. *Physical Therapy*, v. 89, n. 2, p. 125. 135, 2009. Disponível em: <<https://academic.oup.com/ptj/article-lookup/doi/10.2522/ptj.20080234>>.

JETTE, D. U. *et al.* Validity of the AM-PAC %Clicks+ Inpatient Daily Activity and Basic Mobility Short Forms. *Physical Therapy*, v. 94, n. 3, p. 379-391, 2014b. Disponível em: <<https://academic.oup.com/ptj/article-lookup/doi/10.2522/ptj.20130199>>.

JETTE, D. U.; GROVER, L.; KECK, C. P. A Qualitative Study of Clinical Decision Making in Recommending Discharge Placement From the Acute Care Setting. *Physical Therapy*, v. 83, n. 3, p. 224-236, 2003.

KRAMER, A. *Uniform Patient Assessment for Post-Acute Care. Division of Health Care Policy and Research.* [S.l.: s.n.], 2006.

LANDIS, J. R.; KOCH, G. G. The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics*, 1977.

MARCZYK, G. R.; DEMATTEO, D.; FESTINGER, D. *Essentials of Research Design and Methodology.* [S.l.: s.n.], 2010. v. Essentials. Disponível em: <[http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=IhLISGyJwcwC&oi=fnd&pg=PT16&dq=Essentials+of+research+design+and+methodology&ots=\\_QZtLSey95&sig=7-NLxNuRaQIY03k4OOdtRE0o1ws](http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=IhLISGyJwcwC&oi=fnd&pg=PT16&dq=Essentials+of+research+design+and+methodology&ots=_QZtLSey95&sig=7-NLxNuRaQIY03k4OOdtRE0o1ws)>.

MULLER, M. *et al.* Validation of the comprehensive ICF core sets for patients receiving rehabilitation interventions in the acute care setting. *Journal of Rehabilitation Medicine*, v. 43, n. 2, p. 92-101, 2011.

PINHEIRO, A.; Christofolletti, G. Motor physical therapy in hospitalized patients in an intensive care unit: a systematic review, *Rev. bras. ter.intensiva* v.24 n.2 São Paulo Apr./June 2012.

PORTNEY, G.; WATKINS, P. *Foundations of Clinical Research: Applications to Practice.* New Jersey: Pearson Education, Inc., 2009. p. 892.

RIBERTO, M. *et al.* Reprodutibilidade da versão brasileira da medida de independência funcional. *Acta Fisiátrica*, 2001.

RIBERTO, M. *et al.* Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional Validation of the Brazilian version of Functional Independence Measure. *Acta Fisiátrica*, 2004.

SOUZA, M. *et al.* Brazilian Journal of Cross-cultural adaptation to Brazilian Portuguese of the Activity Measure for Post-Acute Care ( AM-PAC ) short forms for outpatients in rehabilitation. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, n. xx, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.bjpt.2017.07.003>>.

TERWEE, C. B. *et al.* Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology*, v. 60, n. 1, p. 34-42, 2007.

WEIR, J. P. Quantifying test-retest reliability using the intraclass correlation coefficient and the sem. *Journal of Strength and Conditioning Research*, v. 19, n. 1,

p. 231. 240, 2005.

ZISBERG, A. *et al.* Hospital-Associated Functional Decline: The Role of Hospitalization Processes Beyond Individual Risk Factors. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2015.

## ANEXO

### Anexo A: Aprovação no COEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** Tradução, adaptação cultural e confiabilidade da versão reduzida da Activity Measure for Post Acute Care (AM-PAC) "6 clicks" para pacientes hospitalizados

**Pesquisador:** Sheyla Rossana Cavalcanti Furtado

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 55602216.3.0000.5149

**Instituição Proponente:** Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.144.619

##### Apresentação do Projeto:

Pacientes hospitalizados são frequentemente acompanhados por profissionais da reabilitação pois, muitas vezes, tem sua funcionalidade reduzida. A avaliação desses pacientes pode ser feita por meio de instrumentos padronizados. Apesar de existirem esses tipos de instrumentos na área de reabilitação, tem-se observado que muitos profissionais não os utilizam. É importante que os instrumentos padronizados incentivem o seu uso pelos profissionais e que ao mesmo tempo abordem questões relevantes baseadas na funcionalidade. A Activity Measure for Post Acute Care (AM-PAC) foi desenvolvida baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde e permite descrever o perfil funcional dos pacientes. Esse instrumento é composto por três domínios, mobilidade básica, atividades diárias e cognição aplicada, e pode ser aplicado em pacientes com diversas patologias em diferentes ambientes. Como esse instrumento é extenso, foram criadas formas reduzidas, sendo que a versão reduzida para pacientes ambulatoriais já foi traduzida e adaptada para a população brasileira. Entretanto, a versão reduzida "6 clicks" para pacientes hospitalizados ainda não foi traduzida para o português nem adaptada à população brasileira. Essa versão já é validada, é de simples e rápida aplicação, possui os mesmos domínios da AM-PAC completa. Cada domínio possui seis itens baseados no grau de dificuldade ou necessidade de auxílio para realizar a atividade e a pontuação dos itens pode ser dada por meio

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 2.144.619

do julgamento profissional ou por meio de observação da atividade realizada pelo paciente, sendo que uma menor pontuação revela maior incapacidade. O objetivo deste projeto é traduzir a versão reduzida da AMPAC "6 clicks" para o português do Brasil, adaptar culturalmente para a população brasileira e avaliar a confiabilidade teste-reteste e interexaminadores desse instrumento. O estudo será realizado em três etapas: tradução e adaptação cultural, avaliação da versão traduzida e adaptada e teste de confiabilidade teste-reteste e interexaminadores. A amostra para a avaliação da confiabilidade será composta por pacientes hospitalizados e serão incluídos pacientes adultos, de ambos os sexos, internados nas diferentes enfermarias do HC-UFMG que forem encaminhados para atendimento da fisioterapia ou terapia ocupacional. Serão excluídos pacientes com previsão de alta imediata. Inicialmente, o instrumento será aplicado a 30 pacientes e, posteriormente, será feito um cálculo amostral para melhor definição do tamanho amostral. A versão final do instrumento será aplicada por profissionais do próprio serviço, previamente treinados, e pelo pesquisador, durante o atendimento do fisioterapeuta ou do terapeuta ocupacional. Para a confiabilidade teste-reteste, apenas o pesquisador reapplicará o instrumento após 5 dias após a primeira aplicação. Para caracterizar a amostra serão coletados dados demográficos e clínicos dos pacientes que serão analisados por meio de análises descritivas. Para verificar a confiabilidade serão utilizados o Coeficiente Kappa e o Coeficiente de Correlação Intraclasse.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

O objetivo deste projeto é traduzir a versão reduzida da AM-PAC "6 clicks" para o português do Brasil, adaptar culturalmente para a população brasileira e avaliar a confiabilidade teste-reteste e interexaminadores desse instrumento.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

- Riscos:

Esse estudo apresenta risco mínimo aos participantes, como constrangimento, por se tratar da aplicação de um instrumento que avalia a funcionalidade. Será assegurado o direito do participante interromper a avaliação.

- Benefícios:

Esse estudo não implicará em benefícios diretos para os participantes. Entretanto, apresentará benefícios indiretos, pois os participantes irão colaborar para a adequação de um instrumento que

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S1 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 2.144.619

avalia a funcionalidade de pacientes internados. Além disso, o estudo proporcionará que os profissionais tracem objetivos e planejem a intervenção dos pacientes com a aplicação desse instrumento. Espera-se que com os resultados desse estudo que os profissionais da reabilitação tenham um instrumento confiável para ser utilizado na prática clínica.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de emenda para alinhar alguns procedimentos no projeto. O investigador principal solicita nessa emenda:

- 1- Alteração na forma de aplicação do questionário que seria apenas por entrevista e nessa versão será por observação e entrevista com o paciente e/ou seu cuidador.
- 2- Alteração dos critérios de inclusão adicionando a "capacidade de entender e responder comandos".
- 3- Mudança na equipe que aplicará o questionário: Deixam de fazer parte dos aplicadores os profissionais do serviço, ficando a cargo do investigador principal e alunos de fisioterapia por ele treinados.
- 4- Alteração do intervalo para a confiabilidade teste-reteste, que passa de 5 para 3 dias, e para confiabilidade interexaminadores, que antes era concomitante e agora passa a ter intervalo também de 3 dias. Mencionam também que a confiabilidade de cuidadores também será reavaliada em 3 dias.
- 5- A versão atual inclui um piloto com 10 participantes, pré-teste em 30 participantes, e aumento do número de participantes no grupo principal para 150.

Versões atualizadas dos TCLEs foram apresentadas.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos foram apresentados de maneira correta. Estão incluídos os seguintes documentos:

- 1- Informações básicas do projeto;
- 2- Anuência da Gerência de Ensino e Pesquisa do HC-UFMG/Ebserh
- 3- Parecer da Câmara do Departamento de Fisioterapia da EEEFTO-UFMG aprovando o projeto de pesquisa
- 4- Folha de rosto
- 5- Anuência da Unidade de Clínica Médica do HC-UFMG para a realização do estudo
- 6- Projeto completo atualizado

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005  
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901  
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS**



Continuação do Parecer: 2.144.819

7- Cronograma e orçamento

8- Parecer de aprovação do CEP da versão anterior

9- Quatro versões atualizadas do TCLE (participante, profissional, cuidador e cuidador/participante)

10- CV dos investigador principal

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto, sou favorável a aprovação da emenda.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_938725 E1.pdf	12/06/2017 15:15:48		Aceito
Outros	cartaemenda.docx	12/06/2017 15:14:34	POLLYANA RUGGIO TRISTÃO BORGES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_6clicksconfiabilidadepaciente.docx	12/06/2017 09:16:11	Sheyla Rossana Cavalcanti Furtado	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_6clicksconfiabilidadecuidador.docx	12/06/2017 09:16:02	Sheyla Rossana Cavalcanti Furtado	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_6clicks_ecpretestprofissional.docx	12/06/2017 09:15:50	Sheyla Rossana Cavalcanti Furtado	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_6clicks_ecpretestecuidadorpaciente.docx	12/06/2017 09:15:42	Sheyla Rossana Cavalcanti Furtado	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S/N 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS**



Continuação do Parecer: 2.144.619

Ausência	TCLE_6clicks_ecpretestecuidadorpaciente.docx	12/06/2017 09:15:42	Sheyla Rossana Cavalcanti Furtado	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Manuscritoemenda_6clicks.docx	12/06/2017 09:15:27	Sheyla Rossana Cavalcanti Furtado	Acelto
Cronograma	Cronograma_6clicks.docx	12/06/2017 09:13:52	Sheyla Rossana Cavalcanti Furtado	Acelto
Folha de Rosto	folhaderostoemenda.pdf	12/06/2017 09:13:29	Sheyla Rossana Cavalcanti Furtado	Acelto
Outros	556022163aprovacao.pdf	23/05/2016 10:36:09	Telma Campos Medeiros Lorentz	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_gerencia.pdf	27/04/2016 09:58:50	Sheyla Rossana Cavalcanti Furtado	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia_clinicamedica.pdf	27/04/2016 09:57:23	Sheyla Rossana Cavalcanti Furtado	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	relato_camara.pdf	22/04/2016 15:37:59	POLLYANA RUGGIO TRISTÃO BORGES	Acelto
Outros	556022163emendaassinada.pdf	28/06/2017 15:33:09	Vivian Resende	Acelto
Outros	556022163parecerassinado.pdf	28/06/2017 15:33:15	Vivian Resende	Acelto

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELO HORIZONTE, 28 de Junho de 2017

---

**Assinado por:  
Vivian Resende  
(Coordenador)**

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@ppq.ufmg.br

## Anexo B: Í 6 clicksÍ versão em Português-Brasil

*AM-PAC ó Mobilidade Básica de paciente hospitalizado ó Versão Reduzida*

Boston University AM-PAC™

Mobilidade Básica de paciente hospitalizado – Versão Reduzida “6 Clicks”

Por favor, marque a opção que representa sua (do paciente) melhor resposta a cada pergunta

<b>Atualmente, quanta dificuldade o paciente tem paraí</b>	<b>Incapaz</b>	<b>Muita</b>	<b>Pouca</b>	<b>Nenhuma</b>
1. Virar-se na cama (incluindo ajeitar lençol e cobertor)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Sentar-se e levantar-se de uma cadeira com braços (ex. cadeira de rodas, cadeira de banho, etc.)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Passar de deitado de costas para sentado na beira da cama?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<b>Atualmente, quanta ajuda de outra pessoa o paciente precisa paraí</b>	<b>Total</b>	<b>Muita</b>	<b>Pouca</b>	<b>Nenhuma</b>
4. Passar da cama para a cadeira e vice e versa (incluindo cadeira de rodas)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. Andar no quarto do hospital?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6. Subir 3 a 5 degraus usando corrimão?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Escore Bruto: \_\_\_\_\_

Escore CMS 0-100%: \_\_\_\_\_

Escore Padronizado: \_\_\_\_\_

CMS Modificado: \_\_\_\_\_

Nota: Utilize a tabela de conversão do AM-PAC Mobilidade Básica de Pacientes Hospitalizados ó Versão Reduzida, para encontrar o escore padronizado.

(\*) Proibido reprodução: propriedade intelectual de *The Trustees of Boston University* e direitos de reprodução da *Boston University*.

*AM-PAC – Atividade Diária de paciente hospitalizado – Versão Reduzida*

Boston University AM-PAC™

Atividade Diária de paciente hospitalizado – Versão Reduzida “6 Clicks”  
 Por favor, marque a opção que representa sua (do paciente) melhor resposta a cada pergunta

Atualmente, quanta ajuda de outra pessoa o paciente precisa paraí	Total	Muita	Pouca	Nenhuma
1. Colocar e tirar roupas da parte inferior do corpo (ex. calça, bermuda, meias, etc.)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Tomar banho (incluindo lavar-se, enxaguar-se e secar-se)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Urinar e defecar usando vaso sanitário ou urinol (comadre, marreco, etc.)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. Colocar e tirar roupas da parte superior do corpo (ex. blusa, casaco, etc.)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. Cuidar da higiene pessoal, como escovar os dentes?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6. Comer suas refeições?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Escore Bruto: \_\_\_\_\_  
 Escore Padronizado: \_\_\_\_\_

Escore CMS 0-100%: \_\_\_\_\_  
 CMS Modificado: \_\_\_\_\_

Nota: Utilize a tabela de conversão do AM-PAC Atividade Diária de Pacientes Hospitalizados ó Versão Reduzida, para encontrar o escore padronizado.

*AM-PAC – Cognição Aplicada de paciente hospitalizado – Versão Reduzida*

Boston University AM-PAC™ “6 Clicks”  
 Cognição Aplicada de paciente hospitalizado – Versão Reduzida  
 Por favor, marque a opção que representa sua (do paciente) melhor resposta a cada pergunta

Atualmente, quanta dificuldade o paciente tem paraí	Incapaz	Muita	Pouca	Nenhuma
1. Acompanhar/compreender uma conversa ou apresentação de 10 a 15 minutos (ex. parte de uma missa ou culto, palestra, etc.)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Entender conversas do dia a dia com pessoas conhecidas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Lembrar-se de tomar os remédios na hora certa?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. Lembrar-se onde colocou ou guardou alguma coisa (ex. chaves)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. Lembrar-se de uma lista de 4 ou 5 tarefas pessoais sem a necessidade de anotar?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6. Cuidar de tarefas complicadas, como administrar uma conta bancária ou providenciar o conserto de equipamentos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Escore Bruto: \_\_\_\_\_  
 Escore Padronizado: \_\_\_\_\_

Escore CMS 0-100%: \_\_\_\_\_  
 CMS Modificado: \_\_\_\_\_

Nota: Utilize a tabela de conversão do AM-PAC Cognição aplicada de paciente hospitalizado ó versão reduzida, para encontrar o escore padronizado.

(\*) Proibido reprodução: propriedade intelectual de *The Trustees of Boston University* e direitos de reprodução da *Boston University*.

## APÊNDICES

### Apêndice 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr.(a) está sendo convidado(a) à participar, como voluntário(a), de um projeto de pesquisa que visa analisar a sua percepção sobre algumas tarefas que o Sr.(a) realiza no dia a dia. Essa investigação será feita por meio de um questionário denominado %6 clicks+. Este projeto está sob a responsabilidade da Profa. Dra. Sheyla Rossana Cavalcanti Furtado do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Minas Gerais.

**PROCEDIMENTOS DO ESTUDO:** Primeiramente, serão coletadas informações gerais para ter um maior conhecimento sobre o Sr(a). Depois, o Sr.(a) será perguntado sobre a sua dificuldade e/ou necessidade de ajuda para fazer atividades dentro do hospital, como por exemplo, transferir no leito, passar de sentado para de pé, andar pelo quarto, comer, trocar de roupa, tomar banho, entender uma conversa, se lembrar onde colocou objetos, etc...O Sr.(a) também será solicitado a realizar algumas dessas atividades. Após três dias, essa avaliação será repetida. Cada avaliação durará em torno de 30 minutos. Além disso, esse mesmo questionário também será realizado com o seu cuidador.

**RISCOS E DESCONFORTOS:** O presente estudo apresenta risco mínimo ao Sr.(a), como constrangimento, pois investigará a sua funcionalidade.

**BENEFÍCIOS:** O Sr. (a) não obterá nenhum benefício direto por participar desse estudo, mas irá colaborar para a adequação de um instrumento que avaliará a funcionalidade de pacientes hospitalizados.

**CUSTO/REEMBOLSO:** Você não terá nenhum gasto pela sua participação nessa pesquisa. O questionário será aplicado na sua enfermaria, não haverá nenhuma cobrança, bem como, nenhum pagamento pela sua participação. Não havendo, portanto, nenhuma forma de ressarcimento.

**CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA:** O Sr.(a) será identificado por um número e portanto, seus dados serão apenas mencionados por essa numeração. O pesquisador responsável pelo estudo garante total sigilo e privacidade dos seus dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

**NATUREZA VOLUNTÁRIA DO ESTUDO/LIBERDADE PARA SE RETIRAR:** A sua participação não é obrigatória e o Sr.(a) poderá desistir a qualquer momento de participar e de retirar seu consentimento. A recusa em participar dessa pesquisa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

**USO DOS RESULTADOS DA PESQUISA:** Os dados obtidos no estudo serão para fins de pesquisa, podendo ser apresentados em congressos e seminários e publicados em artigo científico, porém a identidade do(a) Sr.(a) será mantida em sigilo absoluto.

**ARMAZENAMENTO DOS RESULTADOS:** Após a finalização do estudo o questionário

coletado, a ficha com os seus dados e o termo de consentimento livre e esclarecido assinado serão armazenados pelo período de cinco anos, sendo a pesquisadora Profa. Dra. Sheyla Rossana Cavalcanti Furtado responsável por sua guarda.

**DECLARAÇÃO E ASSINATURA:**

Eu, \_\_\_\_\_ li e entendi toda a informação repassada sobre o estudo, sendo os objetivos e procedimentos satisfatoriamente explicados. Tive tempo suficiente para considerar a informação acima e tive a oportunidade de tirar todas as minhas dúvidas. Estou assinando este termo em duas vias, voluntariamente, sendo uma a mim disponibilizada e tenho direito, de agora ou mais tarde, discutir qualquer dúvida que eu venha a ter com relação à pesquisa com a Profª. Dra. Sheyla Rossana Cavalcanti Furtado, (0XX31) 99973-2643/3409-7404. Assinando este termo de consentimento, eu estou indicando que eu concordo em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Responsável

\_\_\_\_\_  
Data

Em caso de dúvidas sobre o caráter ético da pesquisa, o Sr.(a) poderá consultar:

**COEP-UFMG** - Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG Av. presidente Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II . 2 0 andar . Sala 2005. Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG . Brasil. CEP: 31270-901. E-mail: coep@prpq.ufmg.br. Tel: 34094592.

**GEP-HC/UFMG** - Gerência de Ensino e Pesquisa do HC/UFMG Local de funcionamento: 1º andar . Diretoria, ala Leste, HC/UFMG. E-mail: depe@hc.ufmg.br. Telefone: 3409-9379

**NEPE-HRTN** . Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão do HRTN Local de funcionamento: Rua das Gabirobas, 01 - Vila Clóris. Belo Horizonte/MG. E-mail: nepe@hrtn.fundep.ufmg.br. Telefone: 3459 3266

## Apêndice 2: Questionário Sociodemográfico

Nº \_\_\_\_\_

AVALIADOR \_\_\_\_\_

### FICHA DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA PRÉ-TESTE . % CLICKS+

Data da avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Participante: ( )<sup>1</sup>Paciente ( )<sup>2</sup>Cuidador ( )<sup>3</sup>Profissional      Sexo: ( )<sup>1</sup>F ( )<sup>2</sup>M

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Idade: \_\_\_\_\_

Estado civil: ( )<sup>1</sup>Solteiro ( )<sup>2</sup>Casado ( )<sup>3</sup>União Estável ( )<sup>4</sup>Divorciado ( )<sup>5</sup>Separado ( )<sup>6</sup>Viúvo

#### Escolaridade:

( )<sup>1</sup>Não alfabetizado

( )<sup>2</sup>Fundamental I completo(1ª a 4ª série) ( )<sup>3</sup>Fundamental I incompleto(1ª a 4ª série)

( )<sup>4</sup>Fundamental II completo (5ª a 8ª série) ( )<sup>4</sup>Fundamental II incompleto (5ª a 8ª série)

( )<sup>6</sup>Médio completo ( )<sup>7</sup>Médio incompleto

( )<sup>8</sup>Superior completo ( )<sup>9</sup>Superior incompleto

Profissão (Se aposentado, qual era a profissão): \_\_\_\_\_ Renda (salários): \_\_\_\_\_

Cidade de residência: \_\_\_\_\_ Bairro (se for de BH): \_\_\_\_\_

Presença de cuidador/acompanhante? ( ) Sim ( ) Não

Enfermaria (andar e ala): \_\_\_\_\_

Linha de cuidado: \_\_\_\_\_

Número de dias de permanência hospitalar: \_\_\_\_\_

Motivo da internação: \_\_\_\_\_

Reincidências de internações: \_\_\_\_\_

Doenças associadas: \_\_\_\_\_

Número de atendimentos fisioterápicos: \_\_\_\_\_

Profissionais da reabilitação envolvidos: \_\_\_\_\_