COMO PREENCHER A FICHA DE AVALIAÇÃO E O RELATO DE CASO

Este guia acompanha cinco modelos: as fichas de avaliação de Pediatria, Neurofuncional adulto e Uroginecologia, o relato de caso no modelo de relatório de estágio da UNIAVAN e o artigo de relato de caso (modelo do 6º e do 7º período). Os modelos já estão formatados. Você só preenche; não precisa mexer em fonte, tabela, margem ou numeração.

1 ANTES DE COMEÇAR

- Faça uma cópia do modelo e dê um nome com as iniciais do paciente. Exemplo: "Ficha - J.P.S. - Pediatria.docx". Guarde o modelo original em branco.
- Os arquivos abrem no Word e no Google Docs. No Google Docs: Arquivo, Abrir, Fazer upload.
- Para escrever num campo, clique na linha em branco embaixo do título dele, ou logo depois dos dois-pontos. O texto sai em letra normal, sem negrito.
- Para colar texto de outro lugar sem trazer a formatação de lá: no Google Docs, Ctrl+Shift+V; no Word, botão direito e "Manter somente texto".
- Para criar mais uma linha numa tabela: clique na última célula e aperte Tab, ou clique com o botão direito e escolha "Inserir linha abaixo".
- Não cole foto ou print de tabela, escala ou laudo. Digite os valores na tabela. Imagem de laudo costuma ter o nome do paciente.
- Se um item não foi avaliado, escreva "Não avaliado" e o motivo. Não apague a seção.
- Datas no formato dd/mm/aaaa. Nas colunas "Pré" e "Pós", preencha a data no título da coluna.
- Sempre com unidade: s, m, m/s, graus, mmHg, bpm, irpm, %.

2 REGRAS QUE VALEM PARA A FICHA INTEIRA

1. Todo resultado tem número, instrumento e data.
2. Toda escala e todo valor de referência têm a fonte no texto, só com a inicial maiúscula: (Bohannon; Smith, 1987). A referência completa vai na seção Referências, no fim da ficha, e não dentro do campo.
3. Cada conclusão de teste tem três partes: o resultado, com número; a comparação com o valor de referência para a idade e o sexo; e o que isso significa para o paciente.
4. A conclusão pós-tratamento compara antes e depois com números ("passou de X para Y"). Se o teste não foi reaplicado, diga isso e explique por quê.
5. Não escreva que a melhora foi causada só pela fisioterapia. Escreva que houve melhora durante o período de acompanhamento.
6. A ficha e o relato precisam ter os mesmos dados: diagnóstico, valores dos testes, objetivos e condutas.
7. Texto de assistente de IA se reconhece fácil (frases genéricas, listas de três itens em todo parágrafo, "é importante destacar"). Use a IA, se quiser, para organizar ideias, mas escreva com as suas palavras e confira cada informação na fonte.
8. A ficha fica na clínica-escola e segue a regra do estágio para identificação. Tudo o que sai da clínica (relato, slides, arquivos enviados por WhatsApp ou e-mail) leva só as iniciais do paciente.

3 FICHA DE AVALIAÇÃO, SEÇÃO POR SEÇÃO

3.1 Identificação e anamnese

- Queixa principal: o que o paciente ou o responsável disse, com as palavras dele. Se for literal, entre aspas.

- História da doença atual: início, como evoluiu, tratamentos já feitos e como está hoje.
- História da doença pregressa: doenças, internações, cirurgias e acidentes anteriores, com data.
- Medicações: nome, dose, posologia (quantas vezes por dia e em que horário) e a indicação para este paciente, e não o texto da bula.
- Exames complementares: data, tipo de exame e o resumo da impressão diagnóstica. Laudo médico não é exame complementar; ele entra no diagnóstico clínico, com a data.

3.2 Sinais vitais

- Anote no início e no fim de cada sessão, com os valores medidos naquele dia. Duas sessões com valores idênticos chamam a atenção do professor.
- Se algum valor estiver fora do normal, comente na evolução o que foi feito.

3.3 Inspeção, palpação e amplitude de movimento

- Inspeção é o que você vê (postura, marcha, pés em rotação externa). Palpação é o que você sente com a mão (tensão, trofismo, dor).
- Goniometria em graus, com a posição do teste quando ela muda o resultado. Exemplo: a dorsiflexão com o joelho fletido avalia principalmente o sóleo; com o joelho estendido, avalia também o gastrocnêmio.

3.4 Força muscular

- Graus de 0 a 5 (Medical Research Council, 1976), com os testes musculares manuais de Kendall *et al.* (2007). As duas referências já estão na ficha.
- Anote o movimento testado. Se houve compensação, dor ou dormência durante o teste, escreva no campo de observações.
- Em criança pequena ou paciente que não entende o comando, descreva a movimentação espontânea em vez de dar um grau.

3.5 Tônus e clônus

- A Escala de Ashworth Modificada mede só o aumento do tônus. Grau 0 quer dizer "sem aumento do tônus"; ele não mostra hipotonia.
- Se houver hipotonia, descreva como você observou (por exemplo, pouca resistência ao movimento passivo ou balanço passivo aumentado dos membros).
- Clônus: local, duração ou número de batimentos e se é sustentado ou não.

3.6 Reflexos, reações e marcos (Pediatria)

- Use a legenda de cada tabela.
- Compare a idade da criança com as colunas de início e término. Reflexo primitivo presente depois da idade de término é persistência e precisa entrar na conclusão.
- Nos marcos do desenvolvimento, comece pela faixa da idade cronológica e avance ou volte conforme os acertos e os erros.

3.7 Testes funcionais

- **Teste de Caminhada de 6 Minutos:** anote o comprimento do corredor, o número de voltas e os sinais vitais no início e no fim (American Thoracic Society, 2002). Velocidade média = distância ÷ 360 s (6 minutos são 360 segundos). Compare com a referência: adultos pela equação de Britto *et al.* (2013); crianças de 7 a 12 anos pelas faixas por idade e sexo de Cacau *et al.* (2018).
- **Teste de caminhada de 10 metros:** velocidade = 10 m ÷ tempo. Diga se foi a velocidade habitual ou a máxima. Referência para adultos: Bohannon (1997).
- **Timed Up and Go:** os pontos de corte do artigo original (Podsiadlo; Richardson, 1991) são de idosos. Para adultos de 20 a 59 anos, use Kear, Guck e McGaha (2017); para

crianças e adolescentes, Nicolini-Panisson e Donadio (2014). Em quem tem dificuldade de compreensão, demonstre o percurso antes.

- **Teste de Romberg:** pés juntos, olhos abertos e depois fechados. Ficar numa perna só é outro teste (apoio unipodal); a ficha de Neuro tem uma linha para cada um.
- **Escala de Equilíbrio de Berg:** vai de 0 a 56 (Miyamoto *et al.*, 2004). Em jovens costuma dar a nota máxima (efeito teto) e por isso pode não mostrar o déficit de equilíbrio.
- **Teste de sentar e levantar:** escreva o protocolo (quantas repetições ou quanto tempo, altura da cadeira) e a referência dos pontos de corte.

3.8 Questionários

- Escreva sempre quem respondeu: o paciente ou o responsável.
- **Mini-Exame do Estado Mental:** a nota de corte depende da escolaridade (Brucki *et al.*, 2003). Anote os anos de estudo na identificação.
- **Medida de Independência Funcional:** de 18 a 126 pontos (Riberto *et al.*, 2004).
- **Escala Tampa para Cinesiofobia:** de 17 a 68 pontos (Siqueira; Teixeira-Salmela; Magalhães, 2007).
- **SF-36:** cada domínio vai de 0 a 100 e só aceita alguns valores, porque tem poucas perguntas. Limitação por aspectos físicos: 0, 25, 50, 75 ou 100. Limitação por aspectos emocionais: 0; 33,3; 66,7 ou 100. Aspectos sociais: múltiplos de 12,5. Calcule com a folha de respostas. A pergunta de transição de saúde não é domínio. Use os nomes dos domínios da versão brasileira (Ciconelli *et al.*, 1999), que já estão na ficha de Neuro.

3.9 Diagnóstico fisioterapêutico

- Monte em uma ou duas frases, nesta ordem: as alterações de funções e estruturas, com os números dos testes; o que elas causam nas atividades; e o que limitam na participação.
- Modelo de estrutura: "Paciente com (achados, com números), que resultam em (limitação nas atividades), com restrição em (participação)."
- Use os mesmos achados da CIF. Não cite músculo ou teste que não foi avaliado.
- O diagnóstico pós-tratamento segue a mesma estrutura, com os números da reavaliação.

3.10 CIF

- Preencha o quadro: código, nome da categoria, o achado com o número do teste e o qualificador. A legenda dos qualificadores está na ficha (Organização Mundial da Saúde, 2003).
- Escolha o qualificador pelo resultado do teste e use o mesmo critério na reavaliação.
- Fatores ambientais: facilitador com "+" (e310+2) e barreira com ponto (e310.2).
- Erros comuns: força é b730 e tônus é b735 (Ashworth não vai em força); família é e310 (e575 é outra coisa); fatores pessoais não têm código.
- Confira cada código no texto completo da CIF, disponível gratuitamente no site da OMS: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42407/9788531407840_por.pdf.

3.11 Objetivo SMART, objetivos e plano

- **S (específico):** um objetivo só. **M (mensurável):** instrumento e número de chegada (por exemplo, "de grau 3 para grau 4"). **A (alcançável):** por que é possível com este paciente. **R (relevante):** ligação com a queixa principal. **T (temporal):** prazo e data da reavaliação.
- Ashworth não mede força, e o grau de partida precisa ser o mesmo da tabela de avaliação.
- Os objetivos de curto, médio e longo prazo precisam ter número e prazo e conversar com o SMART e com o diagnóstico.
- No plano, só o que vai ser feito, com conduta, objetivo e parâmetros. Se algo do plano não foi feito, diga na ficha e explique por quê.

3.12 Evoluções

Cada evolução, na ordem:

1. Como o paciente chegou (acompanhante, queixas do dia).
2. Sinais vitais iniciais (o modelo já tem a linha).
3. Condutas: nome, posição, séries e repetições ou tempo, carga e objetivo.
4. Resposta do paciente: tolerância, dor, dificuldade, compensações.
5. Intercorrências e orientações (programa domiciliar e adesão).
6. Sinais vitais finais e assinatura.

Falta: "Paciente não compareceu (com ou sem justificativa)." Feriado: "Não houve atendimento (feriado)." Nunca copie o texto de uma sessão para outra.

3.13 Ficha de Uroginecologia

- Nas opções, troque o espaço do "( )" por X: "(X) Sim".
- Histórico sexual: registre só o que é necessário para o cuidado, com o consentimento da paciente. Essa informação não vai para o relato.
- Esquema PERFECT: P pela escala de Oxford modificada; E em segundos; R e F em número de contrações. Na reavaliação, repita na mesma posição e com o mesmo comando.
- Relógio perineal: para cada ponto doloroso, anote a hora, a camada, o músculo e a dor na EVA. A legenda é a do formulário da disciplina.
- Anexos: imprima o ICIQ-SF, o diário miccional (uma folha por dia, três dias seguidos), o diário evacuatório, os critérios de Roma IV e o protocolo do pad test. Passe os resultados para a tabela "Testes e questionários".
- ICIQ-SF: o escore é a soma das questões 3, 4 e 5 (de 0 a 21); a questão 6 não soma pontos (Tamanini *et al.*, 2004).
- Diário miccional: use a média dos três dias (micções por dia, noctúria, perdas, ingesta hídrica).
- Pad test de 1 hora: resultado = peso final − peso inicial do absorvente; a classificação está na ficha (Krhut *et al.*, 2014).
- Estudo urodinâmico: copie os valores do laudo; os valores de referência entre parênteses são os do formulário da disciplina.

4 RELATO DE CASO (MODELO DE RELATÓRIO DE ESTÁGIO DA UNIAVAN)

Use este modelo quando o professor mandar o "Modelo de relatório de estágio curricular supervisionado" (seções Introdução, Método, Resultados e discussão e Considerações finais). Se ele mandou o modelo de artigo, com Relato do caso e Abstract, veja a seção 5.

4.1 Como usar o modelo

- A formatação já está pronta: Arial 12, espaçamento 1,5, margens de 3 cm (superior e esquerda) e 2 cm (inferior e direita), recuo de 1,25 cm, numeração de página e autores em nota de rodapé. Não mude.
- Cada texto entre colchetes diz o que vai naquele parágrafo. Selecione o parágrafo inteiro e escreva por cima; a formatação continua certa.
- Os nomes de autor e professor estão no começo, e os e-mails e a titulação ficam nas notas de rodapé, no pé da primeira página. Se forem dois acadêmicos, copie a linha do nome e insira uma nota de rodapé nova (no Word, Referências, Inserir nota de rodapé).
- O modelo da faculdade pede no máximo 20 páginas, incluindo as referências, e pelo menos três páginas de resultados e discussão.

4.2 Resumo e palavras-chave

- Um parágrafo só, com introdução, objetivo, método, resultados e considerações finais. Escreva por último, depois do texto pronto.
- Três palavras-chave, em ordem alfabética, que sejam descritores do DeCS (https://decs.bvsalud.org/). Confira cada uma no site antes de usar.

4.3 Introdução

- Funil de 3 a 5 parágrafos: a condição de saúde, quantas pessoas atinge, o impacto funcional, o que a literatura mostra sobre a fisioterapia e, no fim, o objetivo do relato.
- Num relato de caso, o objetivo é descrever a avaliação, a intervenção e a evolução deste paciente, e não analisar a doença em geral.

4.4 Método

- Local sem identificar, período, número de sessões, frequência e duração.
- Paciente só por iniciais, sem data de nascimento.
- Cada instrumento com o que mede, como foi aplicado e a referência. Resultado não entra no método.
- As condutas ficam no Quadro 1, por fase ou período, e não como evolução sessão por sessão. Alguns professores pedem expressamente que o relato não tenha as datas de cada atendimento nem os dias da semana.

4.5 Resultados e discussão

Cada parágrafo de discussão segue quatro passos:

1. **Resultado:** o que você encontrou no paciente, com o número.
2. **Literatura:** o que um estudo encontrou sobre isso (autor e ano), de preferência dos últimos cinco anos.
3. **Interpretação:** o que isso significa para o seu paciente; se o resultado é parecido ou diferente do estudo, e por quê.
4. **Limite:** o que não dá para concluir (caso único, poucas sessões, teste sem referência para a idade).

Os quadros têm título em caixa alta acima (QUADRO 1: TÍTULO), em Arial 10, e "Fonte: O autor (2026)." abaixo. Cite cada quadro no texto antes de ele aparecer. O mesmo autor não deve ser citado em sequência num parágrafo longo.

4.6 Considerações finais

Síntese dos resultados, resposta ao objetivo da introdução e limitações do estudo. Esta seção não tem citações e não afirma nada que não foi medido.

4.7 Citações e referências (ABNT)

- No texto: (Autor, ano), só com a inicial maiúscula. Dois autores: (Bohannon; Smith, 1987). Quatro ou mais: (Miyamoto *et al.*, 2004), com "*et al.*" em itálico.
- Na lista: ordem alfabética, sobrenome em caixa alta, título da revista ou do livro em negrito e o DOI no fim, quando houver.
- Toda citação do texto está na lista, e toda referência da lista é citada no texto.

5 ARTIGO DE RELATO DE CASO (MODELO DO 6º E DO 7º PERÍODO)

Use este modelo quando o professor mandar o "modelo de artigo_relato de caso" (com Relato do caso, Abstract e Keywords). Ele é diferente do relatório da seção 4:

- Título em português e em inglês, centralizados e em negrito. Nomes do acadêmico e dos professores centralizados e em negrito, sem nota de rodapé.

- Resumo em um parágrafo, com no máximo 250 palavras, em Arial 10 e espaço simples, com os itens Introdução, Objetivo, Relato do caso, Resultados (só os números, sem discussão) e Considerações finais. O abstract é a tradução do resumo, no mesmo formato.
- Extensão: de 10 a 15 páginas.
- A seção 2 é o Relato do caso: paciente, local sem identificar, aspectos éticos, medicamentos e exames, queixa, diagnóstico fisioterapêutico, objetivos, instrumentos de avaliação (sem os resultados), protocolo detalhado (séries, repetições, tempo, intensidade e monitoramento) e número de sessões, frequência e duração.
- No modelo de 2022, a seção 3 é Resultados e discussão. Em outro modelo do 6º período, a seção 3 se chama só Discussão, e os resultados de antes e depois ficam no fim do Relato do caso. Siga o modelo que o seu professor mandou e troque o título da seção, se precisar.
- Tabela tem o título em cima ("Tabela 1. Título."); quadro tem o título embaixo ("Quadro 1. Título."). A fonte fica embaixo dos dois.
- Referências em Arial 12, espaço simples, alinhadas à esquerda, com uma linha em branco entre elas.
- O modelo pede: não colocar data de nascimento, datas de atendimento, dias da semana nem evoluções diárias; não citar o mesmo autor em sequência num parágrafo longo; e não pôr referências nem frases de outros artigos nas considerações finais.

6 REFERÊNCIAS PRONTAS DOS INSTRUMENTOS

Todas foram conferidas (autores, revista, volume, páginas e DOI). Copie para a lista as que você usar.

- AMERICAN THORACIC SOCIETY. ATS statement: guidelines for the six-minute walk test. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 166, n. 1, p. 111-117, 2002. DOI: https://doi.org/10.1164/ajrccm.166.1.at1102.
- BADEN, W. F.; WALKER, T. A. Genesis of the vaginal profile: a correlated classification of vaginal relaxation. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, v. 15, n. 4, p. 1048-1054, 1972. DOI: https://doi.org/10.1097/00003081-197212000-00020.
- BOHANNON, R. W. Comfortable and maximum walking speed of adults aged 20-79 years: reference values and determinants. **Age and Ageing**, v. 26, n. 1, p. 15-19, 1997. DOI: https://doi.org/10.1093/ageing/26.1.15.
- BOHANNON, R. W.; SMITH, M. B. Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. **Physical Therapy**, v. 67, n. 2, p. 206-207, 1987. DOI: https://doi.org/10.1093/ptj/67.2.206.
- BRITTO, R. R. *et al.* Reference equations for the six-minute walk distance based on a Brazilian multicenter study. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 17, n. 6, p. 556-563, 2013. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-35552012005000122.
- BRUCKI, S. M. D. *et al.* Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 61, n. 3B, p. 777-781, 2003. DOI: https://doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500014.
- CACAU, L. A. P. *et al.* Reference values for the 6-min walk distance in healthy children age 7 to 12 years in Brazil: main results of the TC6minBrasil multi-center study. **Respiratory Care**, v. 63, n. 3, p. 339-346, 2018. DOI: https://doi.org/10.4187/respcare.05686.
- CICONELLI, R. M. *et al.* Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 39, n. 3, p. 143-150, 1999.

- CONTRERAS ORTIZ, O.; COYA NUÑEZ, F.; IBAÑEZ, G. Evaluación funcional del piso pelviano femenino (clasificación funcional). **Bol. Soc. Latinoam. Uroginecol. Cir. Vaginal**, v. 1, p. 5-9, 1994.
- DIETZ, H. P.; SHEK, K. L. The quantification of levator muscle resting tone by digital assessment. **International Urogynecology Journal**, v. 19, n. 11, p. 1489-1493, 2008. DOI: https://doi.org/10.1007/s00192-008-0682-z.
- DROSSMAN, D. A. Functional gastrointestinal disorders: history, pathophysiology, clinical features, and Rome IV. **Gastroenterology**, v. 150, n. 6, p. 1262-1279.e2, 2016. DOI: https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.032.
- FLEHMIG, I. **Desenvolvimento normal e seus desvios no lactente**: diagnóstico e tratamento precoce do nascimento até o 18º mês. Rio de Janeiro: Atheneu, 1987.
- KEAR, B. M.; GUCK, T. P.; MCGAHA, A. L. Timed Up and Go (TUG) test: normative reference values for ages 20 to 59 years and relationships with physical and mental health risk factors. **Journal of Primary Care & Community Health**, v. 8, n. 1, p. 9-13, 2017. DOI: https://doi.org/10.1177/2150131916659282.
- KENDALL, F. P. *et al.* **Músculos**: provas e funções com postura e dor. 5. ed. Barueri: Manole, 2007.
- KRHUT, J. *et al.* Pad weight testing in the evaluation of urinary incontinence. **Neurourology and Urodynamics**, v. 33, n. 5, p. 507-510, 2014. DOI: https://doi.org/10.1002/nau.22436.
- LAYCOCK, J.; JERWOOD, D. Pelvic floor muscle assessment: the PERFECT scheme. **Physiotherapy**, v. 87, n. 12, p. 631-642, 2001. DOI: https://doi.org/10.1016/S0031-9406(05)61108-X.
- MARQUES, A. P. **Manual de goniometria**. 3. ed. Barueri: Manole, 2014.
- MARTINEZ, A. P.; AZEVEDO, G. R. Tradução, adaptação cultural e validação da Bristol Stool Form Scale para a população brasileira. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 583-589, 2012. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000300021.
- MARTINEZ, J. E.; GRASSI, D. C.; MARQUES, L. G. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 51, n. 4, p. 304-308, 2011. DOI: https://doi.org/10.1590/S0482-50042011000400002.
- MEDICAL RESEARCH COUNCIL. **Aids to the examination of the peripheral nervous system**. London: Her Majesty's Stationery Office, 1976. (Memorandum, n. 45).
- MIYAMOTO, S. T. *et al.* Brazilian version of the Berg balance scale. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v. 37, n. 9, p. 1411-1421, 2004. DOI: https://doi.org/10.1590/S0100-879X2004000900017.
- NICOLINI-PANISSON, R. D.; DONADIO, M. V. F. Normative values for the Timed 'Up and Go' test in children and adolescents and validation for individuals with Down syndrome. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 56, n. 5, p. 490-497, 2014. DOI: https://doi.org/10.1111/dmcn.12290.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CIF**: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2003.
- PODSIADLO, D.; RICHARDSON, S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 39, n. 2, p. 142-148, 1991. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1991.tb01616.x.

- RIBERTO, M. *et al.* Validação da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. **Acta Fisiátrica**, v. 11, n. 2, p. 72-76, 2004. DOI: https://doi.org/10.5935/0104-7795.20040003.
- SHEPHERD, R. B. **Fisioterapia em pediatria**. 3. ed. São Paulo: Santos, 1995.
- SIQUEIRA, F. B.; TEIXEIRA-SALMELA, L. F.; MAGALHÃES, L. C. Análise das propriedades psicométricas da versão brasileira da escala tampa de cinesiofobia. **Acta Ortopédica Brasileira**, v. 15, n. 1, p. 19-24, 2007. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-78522007000100004.
- TAMANINI, J. T. N. *et al.* Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form" (ICIQ-SF). **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 438-444, 2004. DOI: https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000300015.

7 CHECKLIST ANTES DE ENTREGAR

- Nenhum texto entre colchetes sobrou no relato.
- Nenhum campo da ficha ficou vazio: o que não foi avaliado diz "Não avaliado" e o motivo.
- Todo número tem unidade, instrumento e data, e toda escala tem a fonte.
- Ficha e relato com os mesmos valores, o mesmo diagnóstico e os mesmos objetivos.
- Conclusões pós-tratamento com antes e depois, sem dizer que a fisioterapia sozinha causou a melhora.
- Relato só com as iniciais do paciente, sem data de nascimento e sem imagem de documento.
- Resumo em um parágrafo e três descritores DeCS em ordem alfabética.
- Toda citação está na lista de referências e vice-versa.

Material gratuito da Norma Certa. Se quiser que alguém revise a sua ficha, o seu relato ou o abstract antes de entregar, é só chamar: https://wa.me/5547991710819