

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

KAREN ELLEN MENDES GONÇALVES

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL
POPULACIONAL E VERIFICAÇÃO DAS
BARREIRAS AO ACESSO AOS SERVIÇOS DE
FISIOTERAPIA POR PACIENTES COM
DOENÇA DE PARKINSON DE BRASÍLIA

BRASÍLIA
2015

KAREN ELLEN MENDES GONÇALVES

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL
POPULACIONAL E VERIFICAÇÃO DAS
BARREIRAS AO ACESSO AOS SERVIÇOS DE
FISIOTERAPIA POR PACIENTES COM
DOENÇA DE PARKINSON DE BRASÍLIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Fisioterapia da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília – UnB – como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Fisioterapia.

Orientador (a): Prof. Dr Felipe Augusto dos Santos Mendes

BRASÍLIA
2015

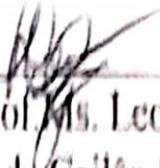
KAREN ELLEN MENDES GONÇALVES

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL
POPULACIONAL E VERIFICAÇÃO DAS
BARREIRAS AO ACESSO AOS SERVIÇOS DE
FISIOTERAPIA POR PACIENTES COM DOENÇA DE
PARKINSON DE BRASÍLIA

Brasília, 23/11/2015

COMISSÃO EXAMINADORA


Prof. Dr. Eclipe Augusto dos Santos Mendes
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB
Orientador


Prof. Ms. Leonardo Petrus da Silva Paz
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB


Prof. Dr. Josevan C Leal
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB

Dedicatória

Aos meus familiares e namorado pelo apoio incondicional. As companheiras de estagio e amigos de curso pelos bons e diversos momentos. Aos profissionais da Universidade de Brasília e aos preceptores de estagio que fizeram parte da minha formação. E aos pacientes que participaram deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me guiar para a profissão que me faz sentir realizada. Agradeço a minha admirável mãe pelo seu amor incondicional, pelo seu apoio e sua entrega infinita. Ao meu pai pela parceria e por todos os ensinamentos. Aos meus irmãos pelo companheirismo e apoio.

As amigas e companheiras de estágio (Layse, Liseane, Rafaella, Tissiane e Michelle) que me proporcionaram momentos inesquecíveis e de muita paciência. Muito obrigada meninas pelas muitas risadas e por me ensinar a ser uma pessoa melhor.

Obrigada aos amigos que passaram pela minha vida e que me apoiaram e contribuíram direta ou indiretamente para minha formação, parte do que sou devo a vocês.

Agradeço a todos os preceptores de estágio e professores excepcionais que contribuíram para minha formação. Agradeço pelo compartilhamento de seus conhecimentos, conselhos preciosos e pelos diversos momentos agradáveis de confraternização.

Ao meu orientador Drº Felipe Augusto dos Santos Mendes pela paciência, suporte e pelos ensinamentos que este trabalho me proporcionou. Agradeço a banca examinadora Leonardo Petrus, Josevan, C Leal e Clarissa Cardoso pela aceitação do convite e pela disponibilidade.

A todos os alunos e professores do projeto de extensão “Jogando contra o Parkinson” que contribuíram direta e indiretamente com este trabalho. Agradeço a todos os pacientes entrevistados que disponibilizaram seu tempo com alegria.

Epígrafe

“Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes”. (Paulo Freire)

RESUMO

GONÇALVES, Karen Ellen Mendes. Caracterização do perfil populacional e verificação das barreiras ao acesso aos serviços de fisioterapia por pacientes com doença de Parkinson de Brasília. 2015. 47f. Monografia (Graduação) - Universidade de Brasília, Graduação em Fisioterapia, Faculdade de Ceilândia. Brasília, 2015.

Introdução: A doença de Parkinson gera impacto na qualidade de vida dos pacientes e traz consequências econômicas consideráveis para sociedade. Logo se faz necessário identificar barreiras no momento em que o paciente ingressa ao serviço de saúde, pois o retardo do atendimento pode refletir em custos sociais e humanos. **Objetivo:** Avaliar e comparar as barreiras que os pacientes parkinsonianos residentes em região central e na região periférica de Brasília enfrentam para a realização ao tratamento fisioterapêutico. **Métodos:** Aplicou-se um questionário semipresencial por meio telefônico, foram realizadas 63 ligações e, destas, 30 pacientes responderam o questionário. Após coleta a amostra foi estratificada e comparada em dois grupos: região central e região periférica de Brasília. **Resultados:** A principal barreira identificada pelos pacientes com doença de Parkinson residentes no DF para realização de tratamento foi à falta de indicação ao tratamento fisioterapêutico. **Conclusão:** Existem barreiras além de questões físicas a serem abordadas em relação ao gerenciamento clínico, provisão e utilização de serviços de fisioterapia aos pacientes com doença de Parkinson.

Palavras-chave: Doença de Parkinson; Fisioterapia; Barreira.

ABSTRACT

GONÇALVES, Karen Ellen Mendes. Characterization of the population profile and verification of barriers to access to the services of physical therapy for patients with Parkinson disease of Brasilia. 2015. 47 f. Monograph (Graduation) - University of Brasilia, undergraduate course of Physicaltherapy, Faculty of Ceilândia. Brasília, 2015.

Introduction: Parkinson's disease generates impact on patients ' quality of life and brings considerable economic consequences for society. Soon it is necessary to identify barriers in the moment in which the patient enters the health service because the service delay may reflect social and human costs. **Objective:** To evaluate and compare the barriers that patients resident in central region parkinsonian and in the peripheral region of Brasilia face to the achievement to physiotherapeutic treatment. **Methods:** A questionnaire was applied through secondary school, were performed 63 telephone connections and, of these, 30 patients answered the questionnaire. After collecting the sample was stratified and compared in two groups: the central region and the peripheral region of Brasilia. **Results:** The main barrier identified by patients with Parkinson disease residents in DF for completion of treatment was the absence of any indication to the physiotherapeutic treatment. **Conclusion:** There are barriers in addition to physical issues to be addressed in relation to the clinical management, provision and use of physiotherapy services to patients with Parkinson's disease.

Keywords: Parkinson's disease; Physical therapy;

SUMÁRIO

1-	LISTA DE TABELAS E FIGURAS.....	10
2-	INTRODUÇÃO.....	11
3-	OBJETIVOS.....	13
3.1-	OBJETIVO GERAL.....	13
3.2-	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
4-	MATERIAIS E MÉTODOS.....	14
5-	RESULTADOS.....	17
6-	DISCUSSÃO.....	21
7-	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27
9-	ANEXOS.....	29
	ANEXO A – NORMAS DA REVISTA CIENTÍFICA.....	40
	ANEXO B- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	53
	ANEXO C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.	54

2-LISTA DE TABELAS E FIGURAS

1-	Figura 1 - Fluxograma da coleta da amostra.....	15
2-	Tabela I - Caracterização da saúde da amostra mediante ao questionário aplicado no período setembro a outubro de 2015.....	34
3-	Tabela II - Caracterização da saúde da amostra mediante ao questionário aplicado no período setembro a outubro de 2015.....	35
4-	Tabela III- Caracterização da saúde da amostra mediante ao questionário aplicado no período setembro a outubro de 2015.....	36

3-INTRODUÇÃO

Clinicamente, a Doença de Parkinson (DP) é caracterizada pela presença de sintomas motores, incluindo tremor, rigidez, bradicinesia e instabilidade postural. A DP também está associada com uma vasta gama de sintomas não motores, que podem ocorrer antes que os sintomas motores se tornam aparentes. Estes incluem a disfunção cognitiva, depressão, distúrbios do sono e disfunção da bexiga. Esses sintomas não motores são muitas vezes pouco reconhecidos e inadequadamente tratados.^(1,2,3)

Segundo uma revisão de literatura ⁽⁵⁾ não existe, até 2011, artigos que apresentassem resultados de estudos epidemiológicos consistentes sobre a DP. Os dados obtidos por estes mesmo autores foram extraídos dos portais de dados epidemiológicos do Governo brasileiro, os quais registram que no Brasil, não existiam estimativas oficiais.

O IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística divulgou dados do último CENSO 2000, mostrando que a expectativa de vida aumentou com o crescimento de 21% da população acima de 65 anos, propiciando estimar-se uma população de cerca de 200 mil indivíduos com DP.

A Doença de Parkinson gera impacto na qualidade de vida dos pacientes e traz consequências econômicas consideráveis para sociedade. Estas incluem os custos diretos de consultas, internações e investigações, além de custos indiretos, tais como a aposentadoria antecipada, a redução da jornada de trabalho e a institucionalização.⁽⁴⁾

Para que se evite o desperdício de recursos, como as múltiplas avaliações não conclusivas e os atrasos no diagnóstico, se faz necessário o fornecimento de um sistema de saúde eficiente.^(6,7,8)

Para Bradley et al. (2000) o difícil acesso das pessoas com deficiência aos serviços necessários tende a potencializar a deterioração provocada pelo agravo da saúde, levando ao aparecimento de condições secundárias que contribuem para a diminuição

da qualidade de vida, no tocante às dimensões físicas, psicológicas e sociais do bem-estar delas.

Sendo assim, se faz necessário identificar barreiras no momento em que o paciente ingressa no serviço de saúde, pois o retardo no atendimento pode se refletir em maiores custos sociais e humanos.

Diante deste cenário é fundamental que as autoridades conheçam o perfil dos pacientes com DP e as dificuldades de acesso que os mesmos enfrentam quando buscam serviços de fisioterapia, pois estes dados podem ser usados como instrumentos de planejamento de estratégias sociais para melhoria de qualidade de vida dos pacientes parkinsonianos.

4. OBJETIVOS

4.1 - OBJETIVO GERAL

O objetivo geral deste estudo foi identificar as principais barreiras que os pacientes com DP do Distrito Federal enfrentam para utilizar os serviços de fisioterapia.

4.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos deste estudo foram avaliar e comparar o perfil dos pacientes parkinsonianos que residem na região central e na periferia de Brasília que utilizaram ou utilizam serviços de fisioterapia.

5-MATERIAIS E MÉTODOS

Tipo de estudo: O Estudo em questão é do tipo quali quantitativo, descritivo, observacional, retrospectivo e transversal.

Os voluntários foram pacientes diagnosticados com DP em qualquer estágio da doença segundo a escala de Hoehn & Yahr (1967), que fizeram ou fazem fisioterapia, de ambos os sexos e faixas etárias de pelo menos 18 anos de idade e de etnia variada.

Foram excluídos da análise os voluntários que não desejavam participar da entrevista ou que, por alguma razão, tiveram o preenchimento incompleto do questionário. A amostra foi de conveniência na qual foi obtida por meio de uma lista cedida pelo projeto de extensão “Jogando contra o Parkinson” do curso de Fisioterapia da Faculdade de Ceilândia (FCE) da Universidade de Brasília (UnB). Procedimentos: No período de setembro a outubro de 2015 foi aplicado um questionário de livre tradução e adaptado dos autores Dobkin et al. (2013) por meio de entrevistas por meio telefônico. Caso não fosse obtido sucesso na primeira ligação realizava-se mais 3 tentativas em dias diferentes da semana. Para maior clareza e facilidade na aplicação do questionário pelo entrevistador este foi aplicado previamente a um grupo que fez parte do estudo piloto.

O questionário (ANEXO 1) buscou informações demográficas, os principais aspectos de saúde, antecedentes de reabilitação e barreiras ao acesso ao tratamento fisioterapêutico.

Foram contactados 63 pessoas com DP. Destas, 30 responderam completamente ao questionário. Dos que não responderam foram contabilizadas: 16 ligações não atendidas, 07 participantes que não quiseram responder, 05 ligações as quais o número estava incorretos e 05 pacientes estavam impossibilitados de atender por estarem

acamados, internados ou já falecidos. A Figura 01 mostra os desdobramentos dos contatos feitos.

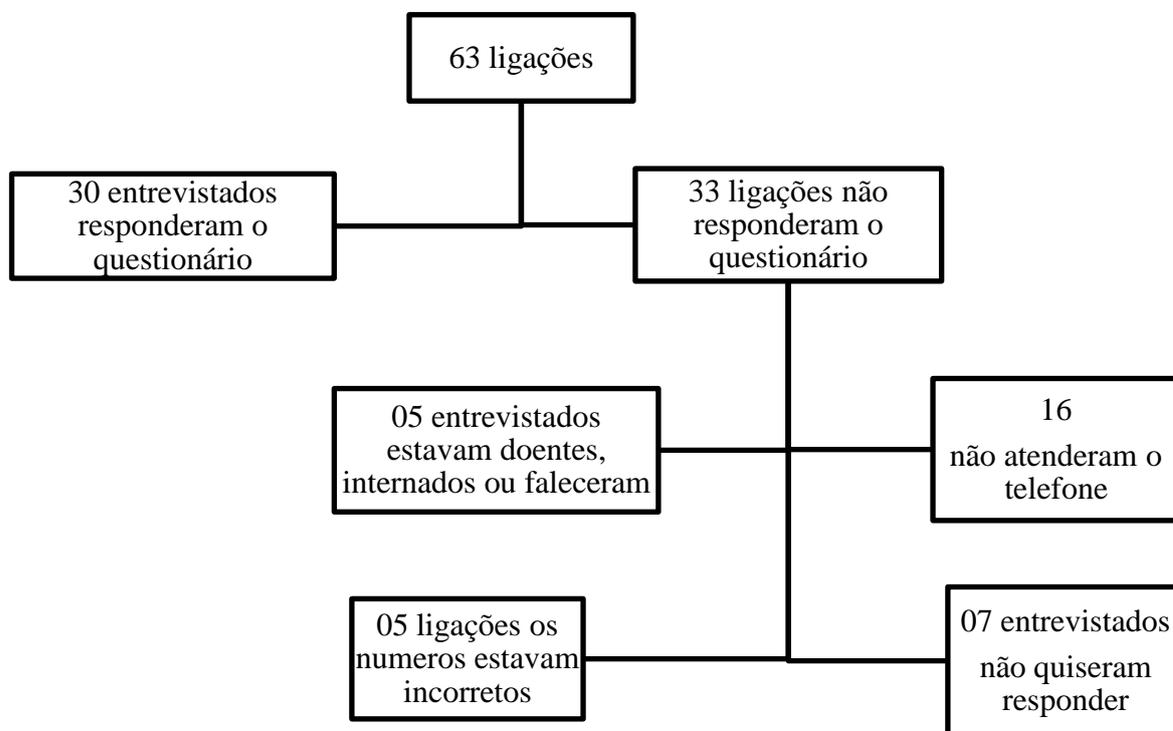


Figura 1 - Fluxograma da coleta da amostra

Após coleta das informações a amostra foi estratificada em dois grupos de acordo com critério de região de residência e renda salarial dos entrevistados. Formou-se, portanto, 2 grupos um residente na região central e outro residente na região periférica de Brasília.

O grupo designado como região central de Brasília foi formado por residentes das regiões do Lago Norte e Sul, Asa Norte e Sul, Parque Way e Aguas Claras. O grupo designado como região periférica de Brasília foi formado por residentes das regiões de Taguatinga Norte e Sul, Ceilândia, Samambaia, Riacho fundo, Guará Sobradinho, Núcleo Bandeirante, Jardim botânico e São Sebastião. Ambos os grupos foram formados por 15 participantes.

Foram utilizadas como estatísticas, medidas de tendência central e de dispersão (média, desvio padrão) para as variáveis quantitativas e frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília CAAE nº 43693415.3.0000.0030.

6-RESULTADOS

Das 63 ligações feitas no período de setembro-outubro de 2015, cerca 48% (30) dos entrevistados responderam o questionário.

A amostra formada por ambos os grupos se caracterizou por predominância do gênero masculino (83%), média de idade dos participantes de 64, renda familiar acima de 2 salários totalizando 66% e cerca de 90% dos entrevistados afirmaram não ter ocupação atualmente. As características demográficas da amostra do estudo são apresentadas na Tabela I.

A média de tempo de diagnóstico dos participantes da região central de Brasília foi menor (9,4 anos) do que a região periférica de Brasília (60 anos) fato que afetou a média geral tornando mais homogênea (34 anos). Em ambos os grupos houve predominância da classificação do estado civil como casado (93%) e nível de instrução acima do 2º grau sendo 86% para a região central de Brasília e 60% para a região periférica de Brasília.

Na Tabela II podemos observar que 53% dos entrevistados da região periférica de Brasília afirmaram possuir plano de saúde e 46% afirmaram não possuir plano de saúde, enquanto que na região central 86,66% afirmam possuir plano de saúde e apenas 13% afirmam não possuir plano de saúde.

Quando questionado aos entrevistados sobre o local do diagnóstico 26% dos moradores da região central afirmaram ter recebido o diagnóstico em hospital público enquanto que 46% dos moradores da região periférica afirmaram ter obtido o diagnóstico neste tipo de serviço.

Não houve predominância em nenhum dos grupos do tipo de tratamento recebido quando o paciente foi diagnosticado, sendo que na amostra da região central de Brasília 60% recebeu prescrição de medicação como tratamento e 40% recebeu prescrição de medicação e indicação de fisioterapia, enquanto que 53% da região periférica recebeu prescrição de medicação e 46% recebeu prescrição de medicação e indicação de fisioterapia. Dos que receberam indicação de fisioterapia, 13% da região central de Brasília e 20% da região periférica de Brasília, desistiram da fisioterapia em algum momento.

Dentre os entrevistados aproximadamente 96% afirmaram ser independentes.

Cerca de 30% dos entrevistados de ambos os grupos que recebem tratamento fisioterapêutico, não sabe o nível de conhecimento do seu fisioterapeuta sobre a Doença de Parkinson e apenas 13% afirmaram saber. Quando comparadas as duas amostras verificamos diferença entre os grupos sendo que, na região central, 6% afirmam saber sobre o nível de conhecimento do fisioterapeuta enquanto na região periférica, 20% afirmam saber sobre o nível de conhecimento do fisioterapeuta.

Na Tabela III quando questionados aos entrevistados sobre as barreiras para o acesso ao tratamento com fisioterapia 56% dos entrevistados afirmam não ter recebido indicação para a fisioterapia. Quando comparadas as regiões centrais e periféricas de Brasília, cerca de 60% e 53%, respectivamente, dos entrevistados relatou que não recebeu indicação para a fisioterapia.

Explorando ainda a variável “barreiras” se buscou outros fatores que pudessem ser significativos para explicar a dificuldade de acesso dos pacientes aos serviços de fisioterapia. Os resultados apontaram que 66% dos entrevistados de cada grupo afirmaram que o transporte, por exemplo, não se constitui em uma barreira. Outras

variáveis importantes consideradas como barreiras como, por exemplo, incapacidade de dirigir, distancia de locomoção, estacionamento, serviços não disponíveis, serviço de qualidade, indicação sem êxito, participação do paciente no tratamento, custo do tratamento, tempo para o tratamento, visão de necessidade ao tratamento e eficácia do tratamento no passado, mostraram o mesmo comportamento.

A maioria dos entrevistados afirmaram que a fisioterapia é importante para os pacientes com doença de Parkinson e que o fisioterapeuta, para tratar um paciente com DP, deve saber sobre a doença. Contudo, 60% da amostra da região central de Brasília afirmaram não ter conhecimento de serviços de fisioterapia que tratam pacientes com Doença de Parkinson próximo a sua residência enquanto que 47% da região periférica de Brasília afirma o mesmo.

Ao questionar a satisfação com o tratamento de fisioterapia recebido, aproximadamente 33% dos entrevistados das regiões centrais de Brasília responderam que ficaram satisfeitos enquanto que 26% dos residentes das regiões periféricas responderam o mesmo.

Comparando as amostras, 60% dos entrevistados residentes na região central de Brasília afirmaram ter medo de cair enquanto que 46% dos residentes das regiões periféricas responderam o mesmo. Contudo 53% dos entrevistados da região central relataram necessitar de ajuda para caminhar contra 26%, das regiões periféricas.

Considerando ambos os grupos, 86%, afirmaram que os sintomas da DP os impedem de executar atividades de vida diária. Contudo este percentual foi maior para a amostra da região periférica (93%) enquanto que para a amostra da região central o percentual corresponde a 80%.

Entretanto quando questionado aos entrevistados sobre a classificação de sua saúde 86% da amostra periférica afirmaram ser boa enquanto que para a amostra da região central este valor corresponde a 73%.

7-DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivos identificar as principais barreiras que os pacientes com DP do Distrito Federal enfrentam para utilizar os serviços de fisioterapia e realizar a comparação do perfil dos pacientes parkinsonianos que residem na região central e na periferia de Brasília, que utilizaram ou utilizam serviços de fisioterapia.

Segundo os dados coletados na região central podemos observar que mais da metade dos entrevistados possui plano de saúde (86%) enquanto que na região periférica menos da metade dos entrevistados (46%) possui plano de saúde. Segundo a Companhia de Planejamento do Distrito Federal(2013) aproximadamente 84% da população de Brasília/Plano Piloto utiliza planos de saúde. Mais da metade do grupo considerado neste estudo como “região periférica” afirmam não ter plano de saúde. Sendo assim, de acordo com distanciamento da região central, é possível observar a diminuição da utilização dos serviços privados de saúde. Estes dados sugerem influências de questões sociais na vida da comunidade das diferentes regiões do Distrito Federal.

A variável descrita anteriormente poderia explicar os dados que obtivemos sobre o local no qual foi feito o diagnóstico. Nas regiões periféricas os diagnósticos ocorrem em maior frequência em hospitais públicos, diferentemente da região central onde eles ocorrem em maior frequência em hospitais particulares.

Ambos dos grupos tiveram predominantemente como indicação de tratamento a prescrição de medicação unicamente. Entretanto, segundo o estudo dos autores Muller e Muhlack (2010) que teve por objetivo mensurar a reatividade e performance motora após a execução de exercícios de *endurance* e de administração medicamentosa, observou-se uma melhora da função motora e aumento da eficácia da medicação após os exercícios.

No estudo de Fisher et al. (2008) que teve o objetivo de avaliar os efeitos do exercício de alta intensidade sobre o desempenho funcional em pessoas com doença de Parkinson (DP); verificou-se que as pessoas com doença de Parkinson que participam de alta intensidade melhoraram o desempenho da marcha e os parâmetros espaço-temporais, ou seja, exercícios mais intensos normalizam a excitabilidade corticomotora.

No estudo dos autores Rodrigues P F et al. (2011) os indivíduos com DP apresentaram ganhos físicos e funcionais após serem submetidos a um programa de exercícios associando fortalecimento muscular e condicionamento aeróbio. Segundo os autores, a literatura tem demonstrado ganhos funcionais na DP por meio do treinamento aeróbio. Portanto, de acordo com os autores é possível que o programa de treinamento, associando condicionamento aeróbio e fortalecimento muscular em grupo aumente os níveis de energia, bem como proporcione oportunidades de socialização e mudanças nas alterações emocionais comuns em indivíduos com DP.

Já o estudo de Nieuwboer et al. (2007) investigou os efeitos de um programa de fisioterapia em domicílio versus hospitalar. Em seis semanas com exercícios o grupo domiciliar teve mais de duas vezes vantagens sobre o grupo hospitalar.

Neste mesmo estudo os autores avaliaram os pacientes depois de passados três meses já sem tratamento e ambos os grupos apresentaram piora após a fase sem os exercícios. Logo os autores apontam a importância e a necessidade da continuação do mesmo, por tempo indeterminado.

Diante destes dados ressalta-se a importância da indicação de tratamento não apenas medicamentoso, mas conjunto com o tratamento fisioterapêutico. Quando questionados aos entrevistados sobre as barreiras para o tratamento fisioterapêutico 56,66% da amostra afirmam não ter recebido indicação para a fisioterapia.

Este estudo observou que os pacientes não consideram como barreira para o tratamento fisioterapêutico o transporte, a incapacidade de dirigir, a distância de locomoção, a disponibilidade de estacionamento, aos serviços não disponíveis, os serviços de qualidade, a indicação sem êxito, a participação do paciente no tratamento, o custo do tratamento, o tempo para o tratamento, a visão de necessidade ao tratamento e a eficácia do tratamento no passado, sendo de fato considerada como barreira para os entrevistados unicamente a falta de indicação para o tratamento com fisioterapia.

Contudo no estudo D. Dobkin et. al (2013) os resultados foram diferentes. Os autores identificaram e descreveram as barreiras à utilização de cuidados de saúde mental para as pessoas com Doença de Parkinson. Em uma amostra de 769 entrevistados 30%, considerou como barreira o “meio de transporte”, 45% considerou a deficiência física relacionada à DP enquanto a principal barreira apontada neste estudo foi a variável “médicos não são sensíveis o suficiente para questões relacionadas com DP” com 54%. Outras barreiras podem não ter sido detectadas pelos entrevistados, visto que as pessoas que realizam fisioterapia não responderam a este item do questionário. Além disso, infere-se do questionário que os entrevistados são capazes de dirigir não sendo o transporte um empecilho.

Neste estudo independente das barreiras anteriormente levantadas mais da metade da amostra geral afirmaram que retornaria ao tratamento fisioterapêutico se o problema que os impossibilitaram de realizar o tratamento fosse resolvido.

Mesmo com os dados dos entrevistados demonstrando um número considerável da amostra total que entendem a importância da fisioterapia para o tratamento de pacientes com Doença de Parkinson e que estes profissionais devem saber sobre a doença para realizar o tratamento de pacientes com a DP, mais da metade dos entrevistados da

região central e periférica de Brasília não tem conhecimento de serviços de fisioterapia próximos à sua residência que tratam pacientes com Doença de Parkinson.

No estudo de Rumund et al. (2004) que teve por objetivo analisar a qualidade da assistência em DP em asilos holandeses a partir da perspectiva dos moradores, cuidadores e profissionais de saúde demonstrou que moradores e cuidadores relataram problemas em lidar com a doença e sentimentos de vergonha. Segundo os autores estes manifestam a sua necessidade de mais apoio emocional e empatia. Na opinião dos entrevistados, a falta de empatia era muitas vezes resultado de um conhecimento limitado, principalmente entre enfermeiros sobre DP.

Sendo assim, podemos supor mediante os dados e a literatura exposta que os possíveis motivos pela não adesão ao tratamento fisioterapêutico pelos entrevistados além da falta de indicação como visto anteriormente, seja também, sentimento de não aceitação e vergonha além da falta de empatia pelos profissionais que realizam o atendimento.

A maioria dos entrevistados de ambas as amostras afirmam não ter medo de cair ou de necessitar de ajuda para caminhar não sendo estas possíveis causas do impedimento ao tratamento.

Contudo de acordo com Kuopio et.al (2000), a perda da função social está relacionada com fatores como idade, estágios da doença e comprometimento cognitivo, sendo que a progressão da doença resulta em comprometimentos físicos, mentais e emocionais.

A maioria dos entrevistados desta pesquisa afirma que os sintomas da DP os impedem de executar AVD'S. Contudo quando questionados sobre a saúde de forma geral estes a classificaram como boa.

Este impedimento também foi observado no estudo de Lana RC et al (2007) que teve como objetivo avaliar a percepção da Qualidade de Vida de indivíduos com DP por meio do PDQ-39. Segundo os autores observou-se uma pior percepção da QV nas

dimensões “AVD” e “Mobilidade”. De acordo com o estudo os principais sinais e sintomas da DP são motores e que os mesmos, somados ao sedentarismo e ao isolamento social, interferem significativamente na percepção da QV dos pacientes.

De acordo com os estudos apresentados podemos cogitar que os pacientes que afirmam ter uma saúde “boa” devem apresentar acometimentos em menor grau dos sintomas da Doença de Parkinson.

Sintetizando esses dados, os entrevistados afirmam entender a importância do tratamento fisioterapêutico, porém a principal barreira identificada pelos mesmos é a falta de indicação ao tratamento.

Em resumo, houve diferenças nas variáveis: ter plano de saúde, local do diagnóstico, ter conhecimento sobre serviços de fisioterapia próximos a sua residência, ter medo de cair e necessitar de auxílio para caminhar indicando que o grupo da Região Central apresenta ter um maior poder aquisitivo, mas afirmam de certo modo ter um déficit na autonomia como, por exemplo, o auxílio para caminhar e até mesmo o medo de cair. Na Região Periférica observou-se pacientes com menor poder aquisitivo, porém que não dependem de auxílio para caminhar e nem sentem medo de cair demonstrando maior autonomia que o grupo da Região Central.

O presente estudo apresentou algumas limitações apesar de terem sido obtidos dados importantes e que ainda são escassos na literatura. Não foi possível a coleta de uma amostra maior por conta do grande número de entrevistados desistentes, acometidos por enfermidades que impossibilitaram a entrevista, óbitos e outros. Por conta da amostra reduzida também não foi possível à verificação de significância estatística e testes de correlação entre as variáveis coletadas o que poderia trazer informações mais detalhadas principalmente sobre as comparações entre os grupos e as possíveis relações entre as

variáveis estudadas. Contudo tem-se como perspectiva futura a continuação deste estudo, com a investigação desses dados.

Por fim, acredita-se que o presente estudo poderá auxiliar na elucidação das particularidades da população com DP nas regiões centrais e periféricas do DF fornecendo dados e evidências para adequação de serviços de fisioterapia que atendam a essa população.

Nosso estudo demonstrou que existem barreiras além de questões físicas a serem abordadas em relação ao gerenciamento clínico, provisão e utilização de serviços de fisioterapia aos pacientes com Doença de Parkinson. Além disso, o presente estudo comprovou que a depender da localização em Brasília estas questões podem expressar com um perfil diferenciado.

9-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jankovic J. Parkinson_s disease: clinical features and diagnosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2008; 7: 368–376
2. Schapira AH, Aqid Y, Barone P, et al. Perspectives on recent advances in the understanding and treatment of Parkinson_s disease. *Eur J Neurol* 2009; 16: 1090–1099.
3. Chaudhuri KR, Schapira AH. Non-motor symptoms of Parkinson_s disease: dopaminergic pathophysiology and treatment. *Lancet Neurol* 2009; 8: 464–474
4. Lindgren P. Economic evidence in Parkinson_s disease: a review. *Eureur j Health Econ health Econ* 2004; 49(Suppl. 1): S62–S65.
5. SOUZA, C.F.M.; H.C.P. ALMEIDA, J. B.; SOUSA, P. H.; COSTA, et.al. A Doença de Parkinson e o Processo de Envelhecimento Motor: Uma Revisão de Literatura .*Rev Neurocienc* 2011;19(4):718-723.
6. Leifer BP. Early diagnosis of Alzheimer_s Disease: clinical and economic benefits. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51: S281–S288.
7. Chen JJ. Parkinson_s disease: health-related quality of life, economic cost, and implications of early treatment. *Am J Manag Care* 2010; 16: S87–S93.
8. Akbari A, Mayhew A, Al-Alawi MA, et al. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care (review). *Cochrane Database Syst Ver* 2008; 4: CD005471
9. CODEPLAN - Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Pesquisa distrital por amostras de domicilio PNAD 2013-2014. Acessado:02/10/2015 Disponível: <http://www.codeplan.df.gov.br/component/content/article/261-pesquisas-socioeconomicas/294-pdad-2013.html>
10. Müller T, Muhlack S. Effect of exercise on reactivity and motor behavior in patients with Parkinson’s disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2010;81(7): 747-53.

11. Fisher, B. E et al. The effect of exercise training in improving motor performance and corticomotor excitability in people with early Parkinson's disease. Arch Phys Med Rehab 2008, 89:1221-9.
12. Rodrigues D, F. Lima LO, TEIXEIRA-SALMELA LF, CARDOSO F.; Exercício aeróbio e fortalecimento muscular melhoram o desempenho funcional na doença de Parkinson. Fisioter Mov. 2011 jul/set;24(3):379-88
13. Nieuwboer A, Kwakkel, Rochester G L, Jones D, Wegen EV, Willems A M et.al. Cue training in the home improves mobility in Parkinson's disease: the RESCUE trial. J Neurol Neurosurg Psychiatr 2007, 78: 134-40.
14. Dobkin et al. Barriers to Mental Health Care Utilization in Parkinson's DiseaseJ Geriatr Psychiatry Neurol. 2013 June; 26(2): 105–116. doi:10.1177/0891988713481269
15. Rumund AV, Weerkamp N, Tissingh G, Zuidema SU, Koopmans RT. Perspectives on Parkinson Disease Care in Dutch Nursing Homes. The Society for Post-Acute and Long-Term Care Medicine. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2014.05.009>
16. Kuopio AM Marttila RJ, Helenius H, Toivonen M, Rinne UK. The quality of life in Parkinson's disease. Mov Disord. 2000;15(2):216-23
17. Lana RC, Alvares LMS, Nasciutti-P.C.Goulart FRP, Texeira SLF, Cardoso FE.. Percepção da qualidade de vida de indivíduos com doença de parkinson através do pdq-39. Rev. bras. fisioter., São Carlos, v. 11, n. 5, p. 397-402, set./out. 2007

10-ANEXOS**ANEXO I****Pesquisa**

Eu li a carta de consentimento explicando os detalhes desta pesquisa e concordo para participar:

Sim: _____

No: _____ (Se não, por favor, não prossiga)

Demografia

Sexo: Masculino = () Feminino = ()

Idade: _____

Tempo DP diagnosticado: _____

Endereço

Etnia

Branco

Negro

Pardo

Cafuzos

Asiático

Indígenas

Mulatos

Caboclos

()

()

()

()

()

()

()

()

Estado Civil

Casado

Separado

Divorciado

Viúvo

nunca se casou ()

Vivendo com

parceiro

()

()

()

()

()

Maior nível de escolaridade:

	Primeiro grau completo	Segundo grau Incompleto	Segundo grau completo	3 grau incompleto	3 grau Completo	Pós-Graduação
Analfabeto	()	()	()	()	()	()

Situação de trabalho

Aposentado:

ou ocupação mais recente: _____

tempo inteiro ()

Meio período ()

Sem ocupação ()

Aposentadoria por invalidez ()

Aposentado ()

Mais do que um emprego ()

Renda familiar média:

0,00 a 1085,00

1085,00 a 1734,00

1734,00 a 7475,00

7475,00 a 9745,00

Acima 9.745,00

()

()

()

()

()

Classe A: Acima de R\$9.745,00, Classe B: de R\$7.475,00 a R\$9.745,00,
 Classe C: de R\$1.734 a R\$7.475,00, Classe D: de R\$1.085,00 a R\$1.734,00
 Classe E: de R\$0,00 a de R\$1.085,00.

Seguro de Saúde/ Plano de Saúde:

() tem plano

() Não tem

Antecedentes					
Fumante ()	Ex-fumante ()	Etilista ()	Has ()	Diabetes ()	Câncer ()
Doenças Respiratória ()	Artrites ()	Depressão ()	Memória ()	Doenças Vascular ()	
Antecedente Familiar: Alguém de sua família tem ou teve					
Doenças cardíacas ()		Parkinson ()		Doenças Neurológicas ()	
Tipo de Imóvel					
Próprio ()			Alugado ()		
Tipo de residência					
Casa na rua ()		Casa em condomínio Fechado: ()		Apartamento: ()	
Grau de assistência para viver					
vida independente ()		vida semi dependente ()		Vida dependente ()	
De quem você recebe principalmente cuidados médicos contínuos para o seu DP					
neurologista especializado em DP ()	neurologista Geral ()	médico da Família ()	Outro especialidade ()	mais do que uma especialidade () quais? _____	
Onde o profissional (medico) realiza o seu atendimento?					
consultório Particular ()	Unidade básica de saúde ()	Ambulatório/hospital publico ()	Associação de assistência a DP ()	Hospital universitário ()	Outros ()
Utilização dos serviços de fisioterapia					
Com qual idade você necessitou da primeira de ajuda com estes sintomas equilíbrio marcha rigidez ou tremor?					
Qual foi a idade que apareceu o 1º sintomas do Parkinson?					
Por favor, responda às seguintes perguntas relativas ao tempo mais recente que você sentiu que você precisou de ajuda em relação aos sintomas:					
O profissional que diagnosticou?					
Você mesmos ()	Membro da família ()	Neurologista ()	Medico de outra especialidade ()	Profissional de fisioterapeuta ()	Outros ()
Você teve indicação para o tratamento?					
Não ()			Sim ()		
Recebeu tratamento?					
Não ()			Sim ()		

Quem tratou SR. SRa?

Neurologista ()	Medico de outra especialidade ()	Profissional de fisioterapeuta ()	Outros ()
---------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	---------------

Qual o tipo de tratamento que você recebeu?

Medicação	Reabilitação. Qual tipo? (fisiot, To, fono)	Ambos medicação e fisioterapia
-----------	--	--------------------------------

Quão satisfeito você ficou com o tipo de tratamento que recebeu?

Nada Satisfeito ()	Razoavelmente satisfeito ()	Muito Satisfeito ()
---------------------	------------------------------	----------------------

Quão uteis foram os tratamentos que você recebeu?

Nenhum pouco útil ()	Razoavelmente útil ()	Muito útil ()
-----------------------	------------------------	----------------

Na sua opinião, você foi visto (examinado/ avaliado) na frequência que você precisou?

Sim ()	Não ()
---------	---------

Se foi prescrita medicação, Por favor, liste o medicamento (s) que lhe foi dada para tratar os sintomas da DP:

Você ainda toma medicação de quando foi diagnosticado?

Não ()	Sim ()	trocou? ()
---------	---------	-------------

SE VOCÊ RECEBEU Tratamento de fisioterapia quando foi diagnosticado

Com que frequência você foi atendido a sessões de **fisioterapia**?

Semanal ()	Quinzenal ()	Mensal; ()	Bimestral ()
----------------	------------------	----------------	------------------

A quanto tempo que você tratamento de **fisioterapia** ?

Menos de um mês	3-6 meses	6-9 meses	9-12 meses
1 ano;	2 anos	3 anos	4 anos
			5 + anos

Aproximadamente, quantas sessões você realizou neste período? _____

Você ainda está recebendo **fisioterapia** no momento atual?

Não ()	Sim ()
---------	---------

Você sabe dizer qual é o nível de conhecimento de seu terapeuta sobre DP?

Não ()	Sim ()
---------	---------

Se parou, ou não recebeu tratamento de fisioterapia, por favor, responda qual(is) foi(ram) o(s) motivo(s):

Por falta de transporte:	Não ()	Sim ()
Incapaz de dirigir:	Não ()	Sim ()
Muito longe para dirigir:	Não ()	Sim ()

Sem estacionamento:	Não ()	Sim ()
Serviços não disponíveis perto da minha casa:	Não ()	Sim ()
Nenhum serviço de qualidade estava disponível para mim:	Não ()	Sim ()
Uma indicação específica não me foi dada:	Não ()	Sim ()
Indicação não deu certo:	Não ()	Sim ()
Fora do orçamento, custo era muito alto:	Não ()	Sim ()
Sem tempo para ir:	Não ()	Sim ()
Na minha opinião não era necessário :	Não ()	Sim ()
Eu fui tratado injustamente ou desrespeitado por fisioterapeuta no passado:	Não ()	Sim ()
Tratamento não me ajudou:	Não ()	Sim ()

Avaliação das Necessidades de fisioterapia

Quanto você acha que a **fisioterapia** é importante para pessoas com doença com Parkinson

Nada útil ()

Razoável util ()

Muito útil ()

Quanto você conhece de serviços de **fisioterapia** próximo a sua casa que atendem pessoas com doença com

Parkinson?

Nenhum ()

Poucos ()

Muitos()

Um fisioterapeuta deve saber bastante sobre a DP para tratar um pct com a doença.

Quanto Sr./Sra concorda com essa afirmação.

Nada Razoável ()

Moderadamente Razoável ()

Muito Razoável ()

Se você pudesse ter o aconselhamento por telefone para ajudá-lo a lidar com a doença, o quanto você está interessado em receber este serviço?

Nada ()

Moderadamente ()

Muito()

Você que parou de fazer fisioterapia voltaria a fazer se as dificuldades que fizeram Sr/Sra parar se fossem resolvidas?

() sim

() não

Sobre o quadro atual da DP

A estimulação cerebral profunda:

Sim () Se sim, há quanto tempo

Não ()

Quanto medo de cair você tem?

Nenhum medo ()

Medo Moderável ()

Muito Medo ()

De quanta ajuda você precisa para caminhar?

Nenhuma()

Moderada()

Muita()

Quanto os sintomas da DP impedem você participar de atividades do dia-dia (ou seja, lentifica, impede de fazer as coisas, fazer atividades mais difícil para você, confiná-lo para a casa)?

Nada()

Pouco()

Muito()

Utilização Geral dos serviços de fisioterapia

Como você pontuaria/ classificaria a sua saúde geral?

Ruim ()

Boa ()

Ótima ()

No ano passado, quantas vezes você foi médico para tratar da sua Doença de Parkinson?

Número de visitas _____

No ano passado, quão satisfeito você ficou com o tratamento que você recebeu do **fisioterapeuta** que trata

DP?

Nada satisfeito ()

Pouco satisfeito ()

Muito Satisfeito ()

Além do cuidado de seu neurologista, quantas visitas a cada um dos seguintes especialistas você fez (ou

tenha recebido) no ano passado?

Fonoaudióloga: _____

Fisioterapeuta: _____

Terapeuta Ocupacional: _____

Profissional de saúde mental (psiquiatra, psicólogo, assistente social): _____

Profissional de saúde da unidade básica que tenha visitado sua residência _____

Internações hospitalares (número de dias): _____

Com qual frequência seus sintomas físicos exigem o cancelamento ou adiamento da suas sessões de fisioterapia?

Nenhuma frequência ()

Frequência moderada ()

Muita frequência ()

Quanto tempo você normalmente viaja para receber fisioterapia _____ (tempo)

Quanto tempo você tem que viajar para ir na consulta médica? _____ (minutos / horas)

Quão confiável é o transporte do qual você depende para chegar as sessões de fisioterapia

Nada confiável ()

Pouco confiável ()

Muito confiável ()

ANEXO II

Tabela I. Característica dos entrevistados coletadas no período setembro a outubro de 2015.

	Região central de Brasília	Região periférica de Brasília	Total (n)%
Gênero			
Masculino	13 (86)	12 (80)	25 (83%)
Feminino	2 (13)	3 (20)	5(26%)
Idade (anos)	Media: 69,4	Media: 60,53	64,96
Tempo de diagnostico	Media: 9,4 anos	Media: 60anos	34 anos
Estado Civil			
Casado	14 (46%)	14 (46%)	28(93%)
Divorciado	1(3%)	1(3%)	2(6%)
Nível de instrução			
Analfabeto ate primeiro grau	2 (13%)	6(40%)	8(26%)
Acima do 2º grau	13(86%)	9(60%)	22 (73%)
Ocupação			
Com ocupação	1 (6,%)	2 (13%)	3(10%)
Sem ocupação	14 (93%)	13 (86%)	27 (90%)
Renda Familiar			
Até 2 salários mínimos	1(6%)	3(20%)	4(13%)
Acima de 2 salários mínimos	9(60%)	11(73%)	20(66%)
Não quiseram responder	5(33%)	1(6%)	6(20%)

Fonte: Questionário

ANEXO III

Tabela II. Caracterização da saúde da amostra mediante ao questionário aplicado no período setembro a outubro de 2015.

	Região central de Brasília	Região periférica de Brasília	(n)%
Plano de saúde			
Tem	13(86,%)	8(53%)	21(70%)
Não tem	2(13%)	7(46%)	9 (30%)
Grau de assistência			
Independente	15 (100%)	14 (93%)	29(96%)
Dependente	0(0%)	1(6%)	1(3%)
Tipo de tratamento recebido quando diagnosticado com DP			
Medicação	9 (60%)	8(53%)	17 (56%)
Medicação e fisioterapia	6(40%)	7(46%)	13(43%)
Onde o profissional que te diagnosticou realizou o seu atendimento			
Particular	11 (73%)	8 (53%)	19 (63%)
Publico	4 (26%)	7 (46%)	11 (36%)
Ainda realiza fisioterapia			
Sim	4(27%)	4(26%)	8(26%)
Não	2(13%)	3(20%)	5 (16%)
Nunca fizeram	9(60%)	8(53%)	17 (56%)
Você sabe o nível de conhecimento do seu fisioterapeuta em DP			
Sim	1(6 %)	3(20%)	4(13%)
Não	5(33%)	4(26%)	9 (30%)
Nunca fizeram	9(60%)	8(53%)	17 (56%)

Fonte: Questionário

ANEXO IV

Tabela III. Barreira para o tratamento fisioterapêutico identificado pela da amostra mediante ao questionário aplicado no período setembro a outubro de 2015.

Transporte	Região central de Brasília	Região periférica de Brasília	(n)%
Sim	0(0)	2(13%)	2 (6%)
Não	11(73%)	9(60%)	20 (66%)
Fazem Fisioterapia	4(27%)	4(26%)	8 (26%)
Indicação para fisioterapia			
Sim	2(13%)	3(20%)	5 (16%)
Não	9(60%)	8(53%)	17 (56%)
Fazem Fisioterapia	4(27%)	4(27%)	8 (26%)
Incapaz de dirigir			
Sim	0	1(6%)	1(6%)
Não	11 (73%)	10 (66%)	21 (70%)
Fazem Fisioterapia	4(27%)	4(27%)	8 (26)
Muito longe para dirigir			
Sim	0	1(6%)	1(6%)
Não	11(73%)	10 (66%)	21 (70%)
Fazem Fisioterapia	4(27%)	4(27%)	8 (26%)
Sem estacionamento			
Sim	0	0	1(6%)
Não	11(73%)	11(73%)	21 (70%)
Fazem Fisioterapia	4(27%)	4(27%)	8 (26%)
Serviços não disponíveis			
Sim	2 (13%)	2 (13%)	4 (13%)
Não	9 (60%)	9 (60%)	18 (60%)
Fazem Fisioterapia	4(27%)	4(27%)	8 (26%)
Nenhum serviço de fisioterapia de qualidade			
Sim	1(6%)	0	1(6%)
Não	10 (66%)	11(73%)	21 (70%)
Fazem Fisioterapia	4(27%)	4(27%)	8 (26%)

Continuação da Tabela III

Indicação não deu certo

Sim	0	0	0
Não	11(73%)	11(73%)	21 (70%)
Fazem Fisioterapia	4(27%)	4(27%)	8 (26%)

Eu não participei da decisão sobre a melhor maneira de me tratar

Sim	0	0	0
Não	11(73%)	11(73%)	21 (70%)
Fazem Fisioterapia	4(27%)	4(27%)	8 (26%)

Fora do orçamento, custo era muito alto

Sim	1 (6%)	1 (6%)	2 (6,%)
Não	10 (66%)	10 (66%)	19 (63%)
Fazem Fisioterapia	4(27%)	4(27%)	8 (26%)

Continuação da Tabela III

Sem tempo para ir

Sim	0	0	0
Não	11(73%)	11(73%)	21 (70%)
Fazem Fisioterapia	4(27%)	4(27%)	8 (26%)

Na minha opinião não era necessário

Sim	0	0	0
Não	11(73%)	11(73%)	21 (70%)
Fazem Fisioterapia	4(27%)	4(27%)	8 (26%)

O tratamento não me ajudou no passado

Sim	0	0	0
Não	11(73%)	11(73%)	21 (70%)
Fazem Fisioterapia	4(27%)	4(27%)	8 (26%)

Continuação da Tabela III

Importância da fisioterapia para os pacientes			
É importante	15(100%)	15(100%)	30 (100%)
Não é importante	0(0%)	0(0%)	0 (0%)
Conhecimento de serviços de fisioterapia próximo a residência que atendem pacientes com doença de Parkinson			
Conhece	6(40%)	8(53%)	14 (46%)
Não tem conhecimento	9(60%)	7(47%)	16 (53%)
Um fisioterapeuta deve saber de DP para tratar			
Sim	15(100%)	14(93%)	29 (96%)
Não	0(0%)	1(7%)	1 (3%)
Ficou satisfeito com tratamento que realizou na fisioterapia			
Sim	5 (33%)	4 (26%)	9 (30%)
Não	1 (6%)	3 (20%)	4 (13%)
Não realizou	9 (60%)	8 (53%)	17 (56%)
Resolvidas as Barreiras retornaria a fisioterapia			
Sim	8(53%)	8(53%)	16 (53%)
Não	3(20%)	3(20%)	6 (20%)
Fazem fisioterapia	4(26%)	4(27%)	8 (2%)
Medo de cair			
Sim	9(60%)	7(46%)	16 (53%)
Não	6(40%)	8(53%)	14 (46%)
Ajuda para caminhar			
Sim	8(53%)	4(26%)	12 (40%)
Não	7(46%)	11(73%)	18 (60%)

Continuação da Tabela III

Sintomas da DP impedem

executar AVD

Sim	12(80%)	14(93%)	26 (86%)
-----	----------	---------	----------

Não	3(20%)	1(6%)	4(13%)
-----	----------	---------	--------

Classificação da saúde

Ruim	4(26%)	2(13%)	6 (20%)
------	---------	---------	---------

Boa	11(73%)	13(86%)	24 (80%)
-----	----------	---------	----------

Fonte: Questionário

ANEXO A – NORMAS DA REVISTA CIENTÍFICA

Forma e preparação de manuscritos

O Núcleo Editorial da revista acolhe manuscritos nas seguintes modalidades:

a) **Artigo original** – produto inédito de pesquisa inserido em uma ou mais das diversas áreas temáticas da vigilância, prevenção e controle das doenças e agravos de interesse da Saúde Pública, como doenças transmissíveis, agravos e doenças crônicas não transmissíveis, análise de situação de saúde, promoção da saúde, vigilância em saúde do trabalhador, vigilância em saúde ambiental, respostas às emergências em Saúde Pública, políticas e gestão em vigilância em saúde e desenvolvimento da epidemiologia nos serviços de saúde (limite: 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).

Preparo dos manuscritos para submissão

Para o preparo dos manuscritos, os autores devem orientar-se pelo documento Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos, do International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE –, conhecido como

Formato dos manuscritos

Serão acolhidos manuscritos redigidos no idioma português. O trabalho deverá ser digitado em espaço duplo, utilizando fonte Times New Roman 12, no formato RTF (Rich Text Format) ou DOC (Documento do Word), em folha de tamanho A4, com margens de 3cm. Não são aceitas notas de rodapé.

Cada manuscrito, obrigatoriamente, deverá conter:

Folha-de-rosto

- a) modalidade do manuscrito;
- b) título do manuscrito, em português e inglês;
- c) título resumido, para referência no cabeçalho das páginas;

- d) nome completo dos autores e das instituições a que pertencem (incluindo departamento), cidade, estado e país;
- e) endereço eletrônico de todos os autores;
- f) endereço completo e endereço eletrônico, números de fax e de telefones do autor correspondente;
- g) informação sobre monografia, dissertação ou tese que originou o manuscrito, nomeando o autor e o ano de defesa, com as respectivas instituições de ensino envolvidas, se pertinente; e
- h) créditos a órgãos financiadores da pesquisa (incluir número de processo), se pertinente.

Resumo

Deverá ser redigido em parágrafo único, contendo até 150 palavras, estruturado com as seguintes seções: Objetivo; Métodos; Resultados; e Conclusão.

Palavras-chave

Deverão ser selecionadas três a cinco, impreterivelmente a partir da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), vocabulário estruturado pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, também conhecido pelo nome original de Biblioteca Regional de Medicina (BIREME). Os DeCS foram criados para padronizar uma linguagem única de indexação e recuperação de documentos científicos (disponíveis em: <http://decs.bvs.br>).

Abstract

Versão fidedigna do Resumo, redigida em inglês, contendo as seguintes seções: Objective; Methods; Results; e Conclusion.

Key words

Versão em inglês das mesmas palavras-chave selecionadas a partir dos DeCS.

Resumen

Versão em espanhol do Resumo, contendo as seguintes seções: Objetivos; Métodos; Resultados; e Conclusión.

Palabras-clave:

Versão em espanhol das mesmas palavras-chave selecionadas a partir dos DeCS.

Texto completo

O texto de manuscritos nas modalidades de artigo original e nota de pesquisa deverão apresentar as seguintes seções, nesta ordem: Introdução; Métodos; Resultados; Discussão; e Referências. Não deverá conter subitens. Tabelas e figuras deverão ser referidas nos Resultados e apresentadas ao final do artigo, quando possível, ou em arquivo separado (em formato editável).

Definições e conteúdos das seções:

Introdução – deverá apresentar o problema gerador da questão de pesquisa, a justificativa e o objetivo do estudo, nesta ordem.

Métodos – deverá conter a descrição do desenho do estudo, a descrição da população estudada, dos métodos empregados, incluindo, quando pertinente, o cálculo do tamanho da amostra, a amostragem, os procedimentos de coleta dos dados, as variáveis estudadas com suas respectivas categorias, os procedimentos de processamento e análise dos dados; quando se tratar de estudo envolvendo seres humanos ou animais, devem estar contempladas as considerações éticas pertinentes (ver seção Ética na pesquisa envolvendo seres humanos)

Resultados – síntese dos resultados encontrados, podendo considerar tabelas e figuras, desde que autoexplicativas (ver o item Tabelas e Figuras destas Instruções).

Discussão – comentários sobre os resultados, suas implicações e limitações; confrontação do estudo com outras publicações e literatura científica de relevância para

o tema. O último parágrafo da seção deverá conter as conclusões e implicações dos resultados para a epidemiologia nos serviços de saúde.

Agradecimentos – após a discussão; devem limitar-se ao mínimo indispensável.

Contribuição dos autores – parágrafo descritivo da contribuição específica de cada um dos autores.

Referências – para a citação das referências no texto, deve-se utilizar o sistema numérico adotado pelas Normas de Vancouver; os números devem ser grafados em sobrescrito, sem parênteses, 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 (exemplo: ^{7,10-16}); devem vir após a seção Contribuição dos autores. As referências deverão ser listadas segundo a ordem de citação no texto; em cada referência, deve-se listar até os seis primeiros autores, seguidos da expressão *et al.* para os demais; os títulos de periódicos deverão ser grafados de forma abreviada; títulos de livros e nomes de editoras deverão constar por extenso; as citações são limitadas a 30; para artigos de revisão sistemática e metanálise, não há limite de citações, e o manuscrito fica condicionado ao limite de palavras definidas nestas Instruções; o formato das Referências deverá seguir os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos do ICMJE (disponíveis em: <http://www.icmje.org/>), com adaptações definidas pelos editores, conforme os exemplos a seguir:

8. Hill AVS. Genetics and infection. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Principles and practice of infectious diseases. 7th ed. Philadelphia: Elsevier; 2010. p. 49-57.

Tabelas e figuras

As figuras e as tabelas devem ser colocadas ao final do manuscrito (quando possível) ou em arquivos separados, por ordem de citação no texto, sempre em formato editável. Os títulos das tabelas e das figuras devem ser concisos e evitar o uso de abreviaturas ou siglas; estas, quando indispensáveis, deverão ser descritas por extenso em legendas ao pé da própria tabela ou figura. Tabelas, quadros (estes, classificados e intitulados como figuras), organogramas e fluxogramas devem ser apresentados em meio eletrônico, preferencialmente, no formato padrão do Microsoft Word; gráficos, mapas, fotografias e demais imagens devem ser apresentados nos formatos EPS, JPG, BMP ou TIFF, no modo CMYK, em uma única cor (preto) ou em escala de cinza.

ANEXO B- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MAPEAMENTO DO ACESSO DE PACIENTES COM DOENÇA DE PARKINSON DE BRASÍLIA A SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA.

Pesquisador: FELIPE AUGUSTO DOS SANTOS MENDES

Versão: 3

CAAE: 43693415.3.0000.0030

Instituição Proponente: PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS EM SAÚDE/FAC.CEILÂNDIA-UnB

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 027208/2015

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

ANEXO C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**UnB**

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

O (a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto Mapeamento do acesso de pacientes com doença de Parkinson de Brasília a serviços de fisioterapia sob a responsabilidade do pesquisador Dr(a). Felipe Augusto dos Santos Mendes. O projeto em linhas gerais busca realizar o levantamento do perfil do paciente parkinsoniano no DF e realizar o mapeamento dos trajetos realizados pelos pacientes em busca de serviços de reabilitação fisioterapêutica a partir do momento em os mesmos são diagnosticados.

O objetivo desta pesquisa é: identificar e descrever as principais barreiras que os pacientes com a doença de Parkinson de Brasília - DF enfrentam quando utilizam os serviços de reabilitação fisioterapêutica.

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

A sua participação será através de um questionário adaptado e quali- quantitativo por meio de entrevista semi presenciais por meio de telefone, os avaliados deverão responder perguntas objetivas e discursivas do questionário. Para todos os potenciais participantes será lida uma declaração de consentimento informada antes do início da pesquisa. Nenhuma informação de identificação será recolhida assegurando a confidencialidade e o anonimato dos participantes. O questionário investigará informações demográficas, como idade, sexo, educação, renda, plano de saúde, trabalho e estado civil e região de residência no país, e os principais aspectos de saúde (duração da doença, principal provedor de cuidados da DP, comorbidades, número de medicamentos, avaliação da saúde em geral, o número de visitas de especialistas médicos no ano passado, em relação DP-deficiência física) e antecedentes de reabilitação (necessidade e o recebimento do tratamento passado de reabilitação, satisfação com a intervenções anteriores, fornecedor e tipo tratamento de reabilitação do passado, conhecimento do provedor ao tratamento de DP). Barreiras ao acesso à reabilitação fisioterapêutica (deficiência física, sem falta de transporte, benefício percebido pelo tratamento) serão avaliados. Com um tempo estimado de 15-30 minutos para sua realização. Informamos que o(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Os riscos decorrentes da participação na pesquisa são mínimos sendo estes possíveis constrangimentos ao responder algumas das perguntas integrantes do questionário, contudo para minimizar esse risco informamos que a qualquer momento o senhor (a) poderá se negar a responder perguntas das quais se sinta constrangido. Se o senhor (a) aceitar participar da pesquisa, estará contribuindo para o levantamento dos principais fatores e pontos que explicariam as dificuldades de acesso dos pacientes com doença de Parkinson aos serviços de fisioterapia e serão fornecidas sugestões de melhoria nesse acesso.

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

Todas as despesas que Senhor (a) tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

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

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Instituição de ensino Universidade de Brasília campi Ceilândia podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de no mínimo cinco anos, após isso serão destruídos ou mantidos na instituição.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Dr(a). Felipe Augusto dos Santos Mendes, na Faculdade Ceilândia (UnB), telefone: (61) 81581340, no horário: 08 às 12h.

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

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

Nome / assinatura