



UnB
CEILÂNDIA



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

JAYANNE UCHOA BRANDÃO

**CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL FÍSICO-
FUNCIONAL DE INDIVÍDUOS COM DOENÇA
DE PARKINSON NA REGIÃO DE CEILÂNDIA
– DF, BASEADA NA CLASSIFICAÇÃO
INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE,
INCAPACIDADE E SAÚDE.**

BRASÍLIA
2016

JAYANNE UCHOA BRANDÃO

Caracterização do perfil físico-funcional de indivíduos com doença de Parkinson na região de Ceilândia – DF, baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

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

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

BRASÍLIA
2016

JAYANNE UCHOA BRANDÃO

Caracterização do perfil físico-funcional de indivíduos com doença de Parkinson na região de Ceilândia – DF, baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

Brasília, ___/___/_____

COMISSÃO EXAMINADORA

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

Prof.^a Dr^a. Aline Araujo do Carmo
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB

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

Dedicatória

Dedico esse trabalho primeiramente a Deus, que com sua eterna bondade me guiou e me instruiu para realizar da melhor forma possível esse projeto que tanto admirei. E também aos queridos idosos com Parkinson, sempre dispostos a ajudar e acrescentar na minha vida profissional e pessoal.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a DEUS que nos momentos de dificuldade e desespero esteve sempre ao meu lado, me orientando e me mostrando que no final valeria a pena todo o esforço e dedicação.

Agradeço também aos meus pais, Ana e Jailson, que ao longo desses anos me guiaram e sempre me mostraram o melhor caminho a seguir. Mostraram-me que eu posso ser uma pessoa melhor através de todos os conhecimentos que alcancei durante minha graduação e, que ainda almejo em minha vida pessoal e profissional. À eles devo tudo e por eles cheguei até aqui.

À minha alma gêmea que veio em forma de irmã, por ela minha eterna gratidão e amor. Pessoa que sempre esteve ao meu lado e me amou incondicionalmente em todos os momentos, de felicidade e tristeza. Te amo muito Ceci e sou eternamente grata à você por tudo.

À minha vó, Maria Auzely, com suas eternas orações e cuidado comigo. E aos meus anjos que me guiam e me zelam junto à Deus em todas as horas, Juvita e Severino.

Aos meus maiores presentes que a UnB poderia ter me dado, minha amiga que sempre esteve ao meu lado nessa caminhada e sempre sonhou o mesmo sonho que eu. Obrigada pela amizade de todos esses anos Isa, sem você não teria sido tão maravilhoso viver essa Universidade. E à Su, que sabe meus medos e o tamanho da minha felicidade em estar dentro da UnB. Um sonho de infância que realizei na mesma data que você, só nós duas sabemos o que foi chegar até aqui.

Agradeço a minha companheira de estágio, Camila, minha dupla, quantos momentos vivemos juntas, quantos desesperos, quantas angústias, quantos sorrisos em ver um paciente evoluindo tão bem. Obrigada por cada momento, jamais esquecerei tudo que vivemos.

Agradeço ao Filipe, pela eterna paciência nos meus momentos de fraqueza, sempre me acalmando da melhor forma possível, com um abraço, uma palavra de incentivo ou simplesmente um olhar. Que me ajudou e me ajuda sem medir esforços, meu companheiro nessa caminhada e da minha vida.

Agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. Felipe Augusto dos Santos Mendes, por toda paciência e conhecimentos a mim passados durante esses anos. Você foi peça fundamental no meu crescimento acadêmico e levarei comigo todos os aprendizados adquiridos para a minha vida profissional.

Agradeço aos professores que compõem a banca examinadora por aceitarem meu convite e do Prof. Dr. Felipe Mendes e, também por acrescentarem tanto durante minha graduação.

Agradeço ainda ao PIBIC/UnB e à agência de fomento CNPQ, pelo apoio financeiro que me foi concedido durante um ano de participação no Programa de Iniciação Científica dentro do qual esse estudo foi desenvolvido.

RESUMO

A Doença de Parkinson (DP) é uma doença degenerativa progressiva do sistema nervoso central, caracterizada por morte de neurônios da substância negra e conseqüente redução da dopamina para o estriado. A Organização Mundial de Saúde publicou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que reflete a mudança de uma abordagem baseada na doença para enfatizar a funcionalidade. A aplicação de um modelo teórico de funcionalidade e incapacidade humana é mais condizente à atuação dos fisioterapeutas e possibilita melhor compreensão do processo vivenciado pelo indivíduo. A ausência de informações sobre as características físicas e funcionais dos indivíduos com DP é uma barreira ao entendimento do papel da fisioterapia no processo de reabilitação. Desta forma, o objetivo deste estudo foi caracterizar uma população de pacientes com DP residentes na região administrativa de Ceilândia-DF e verificar como características da doença podem influenciar os níveis funcionais dessa população. Foram recrutados 36 participantes de ambos os sexos, com diagnóstico de DP idiopática classificados em qualquer estágio da escala de Incapacidade de Hoehn & Yahr. Em seguida, os participantes foram submetidos a uma bateria de testes utilizando-se protocolos agrupados conforme estrutura conceitual da CIF nas dimensões de estrutura e função corporal e atividade. Os resultados mostraram que os participantes avaliados, em sua maioria: são do sexo masculino, tem entre 60 e 70 anos, apresentam comprometimento cognitivo, risco de quedas, sinais de depressão, doença bilateral, alteração na mobilidade, inatividade física e limitação funcional. A principal implicação clínica deste estudo recai sobre as medidas que podem ser tomadas no sentido de minimizar deficiências específicas da doença como problemas de equilíbrio, cognição e depressão, enfatizando a necessidade de um maior conhecimento da doença não só pelos profissionais da fisioterapia, mas também por outros membros da equipe de reabilitação. Acredita-se que a minimização dessas deficiências específicas seja importante para que haja repercussão positiva nos níveis de atividade funcional dessa população.

Palavras-chave: Doença de Parkinson, Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, Fisioterapia.

ABSTRACT

Parkinson's disease (PD) is a progressive degenerative disease of the central nervous system, characterized by death of neurons of black substance and consequent reduction of dopamine to the striatum. The World Health Organization has published the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), reflected in the change of a disease based approach to emphasize functionality. The application of a theoretical model of functionality and human incapacity is more appropriate to the work of physiotherapists and enables a better understanding of the process experienced by the individual. The lack of information about the physical and functional characteristics of individuals with PD is a barrier to understanding the role of physiotherapy in the rehabilitation process. Thus, the objective of this study was to characterize a population of patients with PD residing in the administrative region of Ceilândia-DF and to verify how the characteristics of the disease can influence the functional levels of this population. Thirty-six participants of both sexes with a diagnosis of idiopathic PD classified at any stage of the Hoehn & Yahr Disability scale were recruited. Afterwards, the participants were submitted to a battery of tests using protocols grouped according to the conceptual structure of the ICF in the dimensions of body structure and function and activity. The results showed that the participants were mostly male, 60 to 70 years old, had cognitive impairment, risk of falls, signs of depression, bilateral disease, altered mobility, physical inactivity and functional limitation. The main clinical implication of this study is the measures that can be taken to minimize specific deficiencies of the disease, such as balance, cognition and depression, emphasizing the need for a greater knowledge of the disease not only by physiotherapy professionals, but also by Other members of the rehabilitation team. It is believed that the minimization of these specific deficiencies is important so that there is positive repercussion in the levels of functional activity of this population.

Key words: Parkinson's disease, International Classification of Functioning, Disability and Health, Physiotherapy.

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO	12
2- OBJETIVOS	14
2.1- Objetivos Gerais.....	14
2.2- Objetivos Específicos	14
3- MÉTODO	14
3.1 Desenho do Estudo	14
3.2 Amostra	15
3.3 Local do Estudo	15
3.5 Protocolo de Intervenção	15
3.6 Instrumentos e Medidas	15
3.7 Procedimentos Gerais	17
3.8 Análise dos Dados e Métodos Estatísticos	18
4-RESULTADOS.....	18
5-DISCUSSÃO.....	23
6- CONCLUSÃO	27
7-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27
ANEXOS	33
ANEXO A – NORMAS DA REVISTA CIENTÍFICA.....	33
ANEXO B- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	41
ANEXO C – MOCA (Montreal Cognitive Assessment)	45
ANEXO D – GDS-15 (Geriatric Depression Scale)	46
ANEXO E - FES-I (Escala de Eficácia de Quedas-Internacional)	47
ANEXO F – PAH (Perfil de Atividade Humana)	48
ANEXO G - ST-DP5X (Teste Sentado para de Pé Cinco Vezes).....	51

ANEXO H – H&Y (Estágios de Incapacidade do Hoehn e Yahr).....	52
APÊNDICES.....	53
APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	53
APÊNDICE B- FICHA DE AVALIAÇÃO INICIAL.....	58

LISTA DE ABREVIATURAS

AVD:	Atividade de Vida Diária.
CEM 4:	Centro de Ensino Médio 4.
CIF:	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.
DP:	Doença de Parkinson.
EMA:	Escore Máximo de Atividade.
EAA:	Escore Ajustado de Atividade.
FES-I:	Escala de Eficácia de Quedas – Internacional.
GDS:	Geriatric Depression Scale.
H&Y:	Hoehn e Yahr.
MOCA:	Montreal Cognitive Assessment.
PAH:	Perfil de Atividade Humana.
ST-DP5X:	Teste sentado para de pé cinco vezes.
TCLE:	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1: Médias e desvios padrão das características da amostra e das pontuações nos testes utilizando a dimensão da CIF: Estrutura e Função Corporal.

Tabela 2: Médias e desvios padrão das pontuações nos testes utilizando a dimensão da CIF: Atividade.

Tabela 3: Correlações entre variáveis.

1-INTRODUÇÃO

A Doença de Parkinson (DP) é uma doença degenerativa progressiva do sistema nervoso central (SCHENKMAN, *et al.*, 2001; MORRIS, *et al.*, 2000; CARR, SHEPHERD, 1998; WEINTRAUB, *et al.*, 2008) caracterizada pela morte de neurônios da substância negra e consequente redução de dopamina na via nigroestriatal (MARSDEN, 1994), resultando principalmente em distúrbios do movimento (SANTOS, *et al.*, 2010).

A DP é caracterizada por um início insidioso e os primeiros sintomas aparecem quando há redução de 60-80% da dopamina produzida pelas células da substância negra (KWAKKEL, *et al.*, 2007). Os principais sintomas incluem um tremor patológico de aproximadamente 5-6 Hz, dificuldade em iniciar os movimentos (acinesia), lentidão e dificuldade em manter os movimentos (bradicinesia), rigidez proximal e axial, e instabilidade postural (KWAKKEL, *et al.*, 2007). A progressão natural da doença e a perda gradual da eficácia da medicação resultam em perda de mobilidade e independência (MIYAI, *et al.*, 2000; DE GOEDE, *et al.*, 2001), restrições no envolvimento em atividades cotidianas (POEWE, 2006) e alterações importantes na marcha (MORRIS, 2000; MIYAI, *et al.*, 2000; MORRIS, 2006; NIEUWBOER, *et al.*, 2001; NIEUWBOER, *et al.*, 2007; GILADI, 2009). Alterações como *freezing* e instabilidade postural são responsáveis por aproximadamente 80% das quedas na DP (MICHALOWSKA, *et al.*, 2005). Alguns estudos têm sugerido que fraqueza e menor potência muscular podem contribuir para o déficit no desempenho da marcha e a ocorrência de quedas em indivíduos com DP (NALLEGOWDA, *et al.*, 2004; CANNING, *et al.*, 2006; ALLEN, *et al.*, 2010). Quedas recorrentes resultam em efeitos devastadores na mobilidade e na independência, diminuindo a qualidade de vida e o bem-estar dessas pessoas. Os comprometimentos físicos associados a alterações da marcha e do equilíbrio podem contribuir para uma redução dos níveis de atividade física levando a um aumento do sedentarismo (LIM *et al.*, 2009; VAN NIMWEGEN, *et al.*, 2011). Indivíduos com DP são 30% menos ativos fisicamente, quando comparados a indivíduos sem a doença (VAN NIMWEGEN, *et al.*, 2011).

As Disfunções Executivas, da mesma forma, constituem-se nas principais manifestações de comprometimento cognitivo em idosos com DP, especialmente naqueles com maior idade e maior tempo de doença (SAMMER et al., 2006). Sendo caracterizadas por dificuldades para iniciar ações, diminuição da motivação, dificuldades de planejamento e na manutenção da sequência de atividades necessárias para alcançar um objetivo (CAMPOS-SOUSA et al., 2010). Já as alterações de humor, principalmente a depressão, possuem influência direta na qualidade de vida e no aumento do comprometimento motor desses indivíduos (BROOKS D, DODER M, 2001).

A Organização Mundial de Saúde publicou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), em 2001, que reflete a mudança de uma abordagem baseada na doença para enfatizar a funcionalidade como um componente da saúde (CIEZA, *et al.*, 2002; STUCKI, 2005). A aplicação de um modelo teórico de funcionalidade e incapacidade humana é mais condizente à atuação dos fisioterapeutas e possibilita melhor compreensão do processo vivenciado pelo indivíduo, desde a instalação da doença até suas consequências funcionais (SAMPAIO, *et al.*, 2007). Na perspectiva do modelo biopsicossocial adotado pela CIF, a incapacidade é considerada como o resultado de um conjunto complexo de condições, muitas das quais criadas pelo ambiente social, e não um atributo de um indivíduo. Esse entendimento vem para superar o modelo puramente médico, que considera a incapacidade como um problema da pessoa, causado diretamente pela doença, por trauma ou outro estado de saúde no âmbito individual (OMS, 2003). A CIF gera um sistema amplo e detalhado de classificação que engloba todos os domínios de saúde que interagem e apresentam a mesma relevância para descrever a funcionalidade e incapacidade em uma população (ALMANSA, *et al.*, 2011). Assim, ela consiste dos seguintes componentes: Estrutura e Função Corporal, que reflete as funções fisiológicas e de partes anatômicas do corpo; Atividade, cujo componente se relaciona com a execução de atividades de vida diária ou tarefas específicas, como transferências ou ações que exijam um maior esforço físico do indivíduo; e Participação que refere-se ao envolvimento do indivíduo numa situação da vida real; Fatores

Ambientais se relacionam ao ambiente físico e social e, Fatores Pessoais se referem aos atributos individuais (STUCKI, 2005, ALMANSA, *et al.*, 2011).

A ausência de informações mais completas sobre as características físicas e funcionais dos indivíduos com DP no Brasil é uma barreira importante ao entendimento do papel da fisioterapia no processo de reabilitação e na saúde desses indivíduos. A partir de tais informações, torna-se possível conhecer as verdadeiras demandas a serem contempladas pela intervenção, aumentar a competência dos profissionais diante das necessidades da população alvo e permitir que políticas públicas sejam mais efetivas no tratamento da DP.

2- OBJETIVOS

2.1 Objetivos gerais

O objetivo deste estudo foi caracterizar a população de pacientes com DP da região administrativa de Ceilândia-DF e verificar como características da doença podem influenciar os níveis de atividade funcional dessa população.

2.2 Objetivos específicos

Correlacionar variáveis representativas do domínio estrutura e função da CIF (depressão, cognição, estágio da doença e risco de queda) com as variáveis que mediram o nível de realização de atividades funcionais e mobilidade, representativas da dimensão de atividade.

Comparar correlações moderadas ou fortes segundo as dimensões da CIF de estrutura e função corporal e atividade, de acordo com os testes aplicados nos idosos com DP.

3- METODOLOGIA

3.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal analítico e descritivo.

3.2 Amostra

Foram recrutados 36 participantes procedentes da comunidade da região administrativa de Ceilândia, no Distrito Federal. Foram incluídos no estudo indivíduos de ambos os sexos, com diagnóstico de DP idiopática, classificados em qualquer estágio da escala de Incapacidade de Hoehn & Yahr (GOETZ, et al., 2004). Indivíduos com outros tipos de parkinsonismo ou outras doenças neurológicas associadas foram excluídos.

Após a verificação dos critérios de inclusão e exclusão e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), os dados antropométricos, demográficos e clínicos foram coletados a partir de uma ficha de avaliação padronizada. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília (CAAE: 15050713.6.2005.0030).

3.3 Local do Estudo

As avaliações foram realizadas no Centro de Ensino 4 da Ceilândia (CEM 4), Campus antigo da Faculdade de Ceilândia, UnB.

3.5 Protocolo de intervenção

Após a avaliação inicial, os participantes foram submetidos a uma bateria de testes com duração de, aproximadamente, uma hora utilizando-se de protocolos agrupados conforme estrutura conceitual da CIF nas dimensões de estrutura e função corporal e atividade.

3.6 Instrumentos e medidas

1. Medidas de estrutura e função corporal:

Montreal Cognitive Assessment (MoCA) - O MoCA constitui-se em um instrumento breve de rastreio cognitivo e representa um método rápido, prático e eficaz na distinção entre desempenhos de adultos com envelhecimento

cognitivo normal e adultos com déficit cognitivo (NASREDDINE, et al., 2005). O mesmo acessa diferentes domínios cognitivos: Atenção e concentração, funções executivas, memória, linguagem, habilidades viso-construtivas, conceituação, cálculo e orientação. O escore total é de 30 pontos; sendo o escore de 26 ou mais considerado normal (ANEXO C);

Geriatric Depression Scale (GDS) - É aplicada em forma de entrevista e utilizada como medida clínica de depressão. Foi utilizada a versão reduzida de 15 questões, com um ponto de corte de 6 para detecção de sintomas depressivos (ANEXO D);

Estágios de Incapacidade de Hoehn e Yahr - Indica o estado geral do paciente. Em sua forma original, compreende cinco estágios de classificação para avaliar a gravidade da doença e abrange, essencialmente, medidas globais de sinais e sintomas da doença, que permitem classificar o indivíduo quanto ao nível de incapacidade (GOETZ, *et al.*, 2004) (ANEXO H);

Escala de Eficácia de Quedas – Internacional (FES-I) - questionário composto por 16 itens relacionados com atividades físicas ou sociais graduadas numa escala de quatro pontos que são utilizadas para avaliar os níveis de preocupação do paciente em cair, em cada atividade. A FES-I apresenta excelente consistência interna e confiabilidade teste-reteste (YARDLEY, *et al.*, 2005) e é capaz de diferenciar grupos com e sem riscos de quedas. Os escores variam de 16 a 64 pontos, sendo o escore de 64 indicativo de muita preocupação a respeito da possibilidade de cair (YARDLEY, *et al.*, 2005) (ANEXO E);

2. Medidas de Atividade:

Perfil de atividade humana (PAH) - A avaliação do nível funcional e de atividade física foi realizada por meio da aplicação do PAH, um instrumento baseado no desempenho autorrelatado, sendo válido e confiável. Os 94 itens contêm atividades rotineiras com diferentes exigências funcionais que permitem a avaliação de indivíduos saudáveis ou com disfunção. Para cada um dos itens existem três possíveis respostas: “ainda faço”, “parei de fazer” ou

“nunca fiz”. Calculam-se os escores primários: o escore máximo de atividade (EMA), o escore ajustado de atividade (EAA) e a idade de atividade. O EMA corresponde à numeração da atividade com a mais alta demanda de oxigênio que o indivíduo “ainda faz”. O EAA é calculado subtraindo-se do EMA o número de itens que o indivíduo “parou de fazer”, anteriores ao último que ele “ainda faz” (ANEXO F);

Teste sentado para de pé cinco vezes (ST-DP5X) - É uma medida de equilíbrio que auxilia a identificação de pacientes com risco de quedas. É recomendado para avaliar o equilíbrio de indivíduos com DP durante a realização da transferência de sentado para em pé. (WHITNEY et al. 2005; DUNCAN et al. 2011). Além disso, o ST-DP5X é uma medida de mobilidade funcional, que auxilia a identificação de uma insuficiente resistência e potência muscular de MMII (WHITNEY et al. 2005; DUNCAN et al. 2011). Um tempo de realização do STDP5X maior que 16 segundos é considerado um ponto de corte para o risco de quedas em indivíduos com DP (DUNCAN et al. 2011) (ANEXO G).

3.7 Procedimentos gerais

Todos os participantes realizaram uma bateria de testes segundo as dimensões da CIF, sendo aplicada primeiramente a ficha de avaliação inicial. Em seguida, definiu-se uma sequência para realização dos testes, com base no grau de dificuldade motora envolvida nos mesmos, alternando-os com os questionários. Assim, os testes foram aplicados na seguinte sequência:

Ficha de avaliação inicial

1. Moca
2. ST-DP5X
3. FES
4. GDS
5. PAH

3.8 Análise dos Dados e Métodos estatísticos

Estatísticas descritivas, utilizando medidas de tendência central e de dispersão (média, desvio padrão) para as variáveis quantitativas e frequência para as variáveis categóricas, foram calculadas para caracterizar a amostra em relação às variáveis antropométricas, demográficas e clínicas.

Coefficientes de correlação de *Pearson* ou *Spearman*, conforme a normalidade da distribuição dos dados foram calculados para avaliar a magnitude, direção e significância das associações entre variáveis relativas à estrutura e função corporal e atividade. A força ou magnitude do relacionamento entre as variáveis foi classificada como fraca (coeficientes de correlação entre 0,1 a 0,3), moderada (coeficientes de correlação entre 0,4 a 0,6) e forte (coeficientes de correlação entre 0,7 a 0,9).

4-RESULTADOS

Os resultados foram apresentados na forma de estatísticas descritivas e distribuição de frequências, para caracterização da amostra em relação às variáveis avaliadas e na forma de coeficientes de correlação para avaliar a magnitude, direção e significância das associações entre variáveis relativas às dimensões estrutura e função corporal e atividade, da CIF.

As figuras de 1 a 8 mostram as distribuições de frequências da amostra estudada, em cada variável.

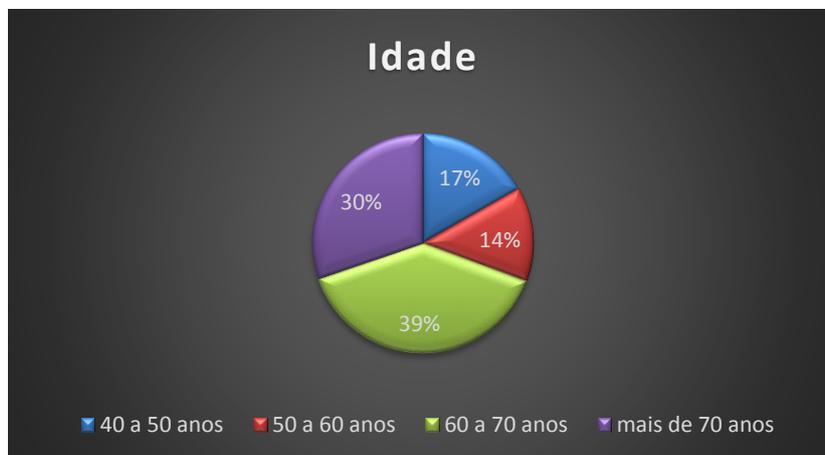
Variáveis antropométricas e clínicas:

Figura 1 – Frequência de participantes por sexo



Com base no gráfico 1 verifica-se que a maioria dos participantes do estudo é do sexo masculino.

Gráfico 2 – Frequência de participantes por faixa etária



A variável idade foi subdividida em faixas etárias com intervalo de 10 em 10 anos. Assim, verificou-se que 17% dos participantes estavam na faixa de 40 a 50 anos, 14% entre 50 e 60 anos, 39% entre 60 e 70 anos e 30% deles estavam acima de 70 anos. Portanto, 69% dos participantes está na faixa etária a partir dos 60 anos, ou seja são idosos.

Gráfico 3 – Frequência dos participantes de acordo com os estágios de Incapacidade de Hoehn e Yahr

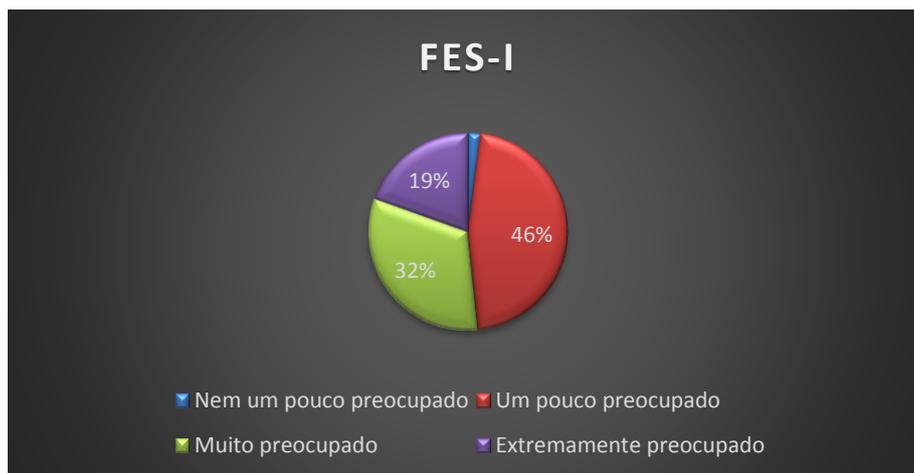


Conforme se pode observar, 8% dos participantes se encontram no estágio um, (doença unilateral), 33% no estágio dois (doença bilateral sem déficit de equilíbrio), 45% no estágio três (doença bilateral leve a moderada), 14% no estágio quatro (incapacidade grave) e 0% no estágio cinco (confinado à cama

ou cadeira de rodas). Assim, nota-se um predomínio de doença no mínimo moderada nos participantes desse presente estudo.

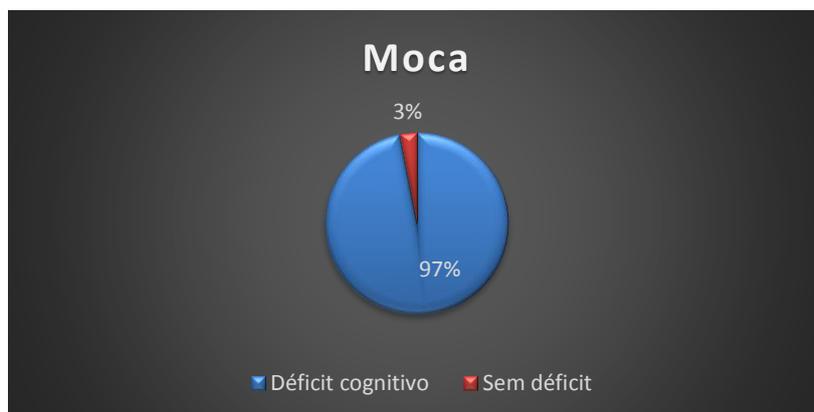
Variáveis de estrutura e função corporal:

Gráfico 4 – Frequência dos participantes segundo a Escala de Eficácia de Quedas Internacional



No gráfico 4, 2% dos participantes se mostrou nem um pouco preocupado, 47% um pouco preocupação, 32% muito preocupado e 19% extremamente preocupado em relação a quedas. Portanto, pode-se observar que mais da metade dos participantes estavam, no mínimo, muito preocupados em cair.

Gráfico 5 – Frequência de participantes segundo o Montreal Cognitive Assessment (MoCA)



Observou-se que 97% da população apresentaram déficit cognitivo e 3% não apresentou. Portanto, a maioria dos participantes apresentam problemas cognitivos, sobretudo as disfunções executivas.

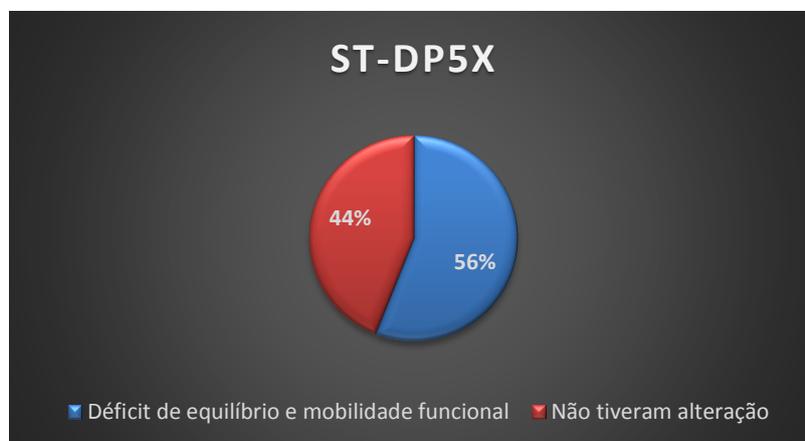
Gráfico 6 – Frequência de participantes segundo a Geriatric Depression Scale (GDS)



Com base no gráfico 6, observou-se que 50% dos participantes mostraram sinais de depressão e 50% não mostraram.

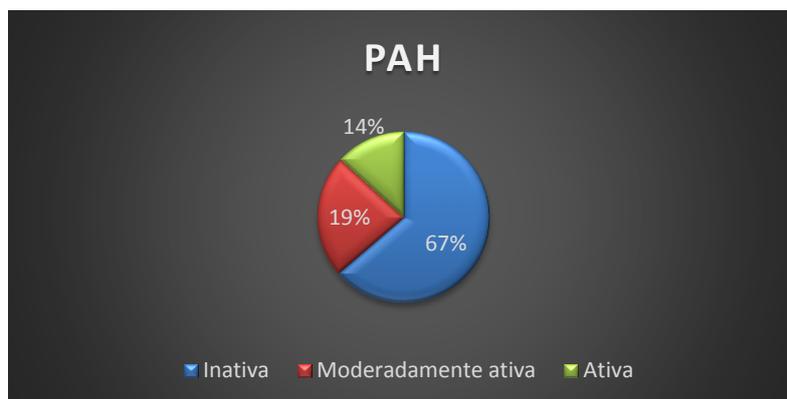
Variáveis de atividade:

Gráfico 7 – Frequência de participantes segundo o Teste de passar de sentado para de pé 5 vezes (ST-DP5X)



Observou-se que 56% dos participantes possuem déficit de equilíbrio e mobilidade funcional e 44% não tiveram alteração. Assim, a maioria dos participantes mostraram problemas de equilíbrio e mobilidade funcional, segundo esse teste.

Gráfico 8 – Frequência de participantes segundo o Perfil de atividade humana (PAH)



Segundo o gráfico 8, 67% da população avaliada se encontrava inativa na realização de atividades físicas e funcionais, 19% moderadamente ativa e 14% se encontra de forma totalmente ativa. Portanto a população se mostrou predominantemente inativa em relação à prática de atividades comuns do cotidiano.

Tabela 1 – Médias e desvios padrão das características da amostra e das pontuações nos testes utilizando a dimensão da CIF: estrutura e função corporal

N=36	Idade	H&Y	FES-I	MOCA	GDS
Média	64,4	2,6	33,9	17	6,1
Dpad	11,4	0,8	13,1	6,1	3,6

Nota: Dpad. Desvio padrão; H&Y. Hoehn e Yahr; FES-I. Escala de Eficácia de Quedas-Internacional; MOCA. *Montreal Cognitive Assessment*; GDS. Geriatric Depression Scale.

Tabela 2 – Médias e desvios padrão das pontuações nos testes utilizando a dimensão da CIF: Atividade

N=36	ST-DP5X	PAH
Média	15,7	46,9
Dpad	4,6	20,7

Nota: Dpad. Desvio padrão; PAH. Perfil de atividade humana; ST-DP5X. Teste sentado para de pé cinco vezes.

Correlações:

Foram realizados testes de correlação entre as variáveis de estrutura e função e atividade. Optou-se por apresentar apenas as correlações moderadas e fortes obtidas. Deve-se entender, portanto, que as demais correlações obtidas entre as variáveis foram fracas.

Tabela 3 – Correlações entre variáveis

Variáveis de estrutura e função e atividade	Correlação Moderada (0,4 e 0,6)	Correlação Forte (0,7 e 0,9)	<i>P</i>
PAH e GDS	-0,6		<i>p</i> = 0,000
PAH e MOCA	0,6		<i>p</i> = 0,002
PAH e H&Y	-0,5		<i>p</i> = 0,005
ST-DP5X e H&Y	0,5		<i>p</i> = 0,04
ST-DP5X e MOCA	-0,5		<i>p</i> = 0,009
PAH e FES-I		-0,7	<i>p</i> = 0,000

Nota: PAH. Perfil de atividade humana, GDS. Geriatric Depression Scale; MOCA. *Montreal Cognitive Assessment*; H&Y. Hoehn e Yahr; ST-DP5X. Teste sentado para de pé cinco vezes; FES-I. Escala de Eficácia de Quedas-Internacional;

Foram observadas correlações moderadas, com coeficiente de correlação entre 0,4 e 0,6, entre as seguintes variáveis: PAH e GDS = -0,6; PAH e MOCA = 0,6; ST-DP5X e MOCA = -0,5; Hoehn e Yahr e PAH = -0,5; Hoehn e Yahr e ST-DP5X = 0,5. E também uma correlação forte, com coeficiente de correlação entre 0,7 e 0,9, entre as variáveis FES e PAH que foi de -0,7. Todas as correlações se mostraram estatisticamente significativas, com nível de significância de 5%.

5- DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo caracterizar uma população de pacientes com DP residentes na região administrativa de Ceilândia - DF e verificar como características clínicas da doença poderiam influenciar a realização de atividades funcionais de uma amostra dessa população. Para

isso foram avaliadas 36 pessoas com DP em testes que medem funções motoras e cognitivas, depressão e funcionalidade, agrupados segundo os domínios de estrutura e função corporal e atividade da CIF. Dos resultados da aplicação desses testes verificou-se as frequências de ocorrência de cada variável na amostra estudada e calculamos as correlações entre as variáveis testadas.

Verificou-se correlações fortes e moderadas entre variáveis que mediram depressão, cognição, estágio da doença e risco de queda com as variáveis que mediram o nível de realização de atividades funcionais e mobilidade. Desta forma, verificou-se que alterações cognitivo-motoras impostas pela doença podem influenciar negativamente a funcionalidade de pessoas com DP.

Nossos resultados mostraram que as características da amostra estudada são representativas da população de pacientes com DP, na maioria das variáveis, conforme a literatura aponta. Assim, estudos prévios também apresentaram uma maioria de participantes com idade entre 60 e 70 anos, demonstrando ser essa a faixa etária mais prevalente entre os pacientes.

Além disso, o presente estudo está em concordância com uma pesquisa realizada que mostrou que 54% dos idosos com DP sofreram quedas (Goetz, 2004), valor que representa mais da metade dessa população, assim como os valores encontrados no presente estudo, que mostrou que 51% dos idosos com DP também sofreram quedas recorrentes. Importante salientar que esta medida foi obtida de forma indireta por meio do teste FES-I que avalia, diretamente, o nível de preocupação do indivíduo em cair em variadas situações. Camargos et, al. (2010) afirmaram que uma pontuação maior que 23 pontos na escala FES-I sugeriria uma associação com histórico de quedas esporádicas e uma pontuação maior que 31 pontos seria associada com quedas recorrentes. Como a pontuação dos 51% da amostra foi acima de 31 pontos (o que indica muita preocupação em cair) entende-se que aproximadamente metade dos pacientes de nossa amostra apresenta quedas recorrentes e se coloca em grande vulnerabilidade quando realiza, por exemplo, atividades funcionais. Essa argumentação também se apoia no nível de correlação encontrada no presente estudo entre o perfil de inatividade

desses indivíduos, testada pelo PAH (67% de inativos) e a preocupação em cair, testada pelo FES-I, que foi forte.

Sabe-se ainda que o nível de condicionamento físico pode não estar relacionado somente às alterações motoras decorrentes da DP, mas também ao nível de imobilidade e sedentarismo presente nestes pacientes (Potter JM. et al., 1995). Segundo os resultados encontrados no teste PAH, ficou evidenciado que mais da metade da amostra avaliada se encontra inativa em relação à prática de atividades funcionais cotidianas. Jordan et al. (1992) concluíram em seu estudo que a depressão pode influenciar a performance motora de pacientes com DP, estando relacionada principalmente ao tempo de reação para iniciar um determinado movimento e podendo interferir diretamente sobre a realização de tarefas do dia a dia. Nossos resultados mostraram que 50% dos participantes avaliados apresentaram sinais de depressão, de acordo com o GDS-15. Tandberg et al. (1996) teve como resultado que 5,1% dos indivíduos com DP avaliados apresentavam depressão moderada a severa e 45,5% dos indivíduos relatavam sintomas depressivos leves. Mostrando que mais da metade da população avaliada apresentou sinais de depressão, concordando com o presente estudo. As causas ainda permanecem obscuras, não se sabe se a depressão é resultante de desequilíbrio de neurotransmissores associados à DP ou se está relacionada à perda funcional decorrente da progressão da patologia (Baatile J et al., 2000).

O estudo de Muslimovic et al. (2005) demonstra que déficits cognitivos proeminentes nos domínios da memória e das funções executivas são encontrados em pessoas com DP e ainda nas fases iniciais da enfermidade. Janvin et al. (2003) demonstraram que mais de 50% dos pacientes com DP têm alguma forma de alteração cognitiva. Concordando dessa forma com o presente estudo, que apresentou como resultado que 97% dos idosos avaliados sofrem de déficits cognitivos, avaliados pelo Moca.

Diante dos resultados apresentados, deve ser levado em consideração que os participantes com DP demonstraram comprometimentos devido ao estágio que se encontram na doença e, isso está relacionado diretamente ao nível de realização de atividade funcional e com a mobilidade dos indivíduos avaliados no presente estudo. Quanto mais avançado o quadro desses idosos,

maior a inatividade e menor mobilidade será disponível. Além disso, a depressão também é um fator de extrema importância quando relacionada aos testes que agrupam a dimensão da CIF definida como atividade. A depressão pode ser um fator agravante na evolução do processo da Doença de Parkinson. Segundo Lieberman A. *et. al.*, (1998) a depressão antecede os sintomas motores em cerca de 25% dos parkinsonianos deprimidos. Ela acarreta assim, uma maior inatividade dentro de um tempo menor de evolução da doença.

Pode-se afirmar ainda, que os resultados apresentaram uma correlação moderada entre a cognição desses pacientes com o nível de realização de atividades funcionais e o risco de queda. Sugere-se, assim, que o déficit cognitivo desses indivíduos leva à falta de práticas físicas em seus cotidianos e, conseqüentemente, redução de mobilidade.

Dessa forma, os resultados encontrados permitem sugerir que os fisioterapeutas que trabalham com essas pessoas devem implementar treinamentos cognitivo-motores com ênfase na estabilidade e mobilidade, visando a minimização dos impactos da doença sobre o nível de funcionalidade dos participantes. Além disso, os achados deste estudo podem contribuir para a estimulação de políticas públicas de criação de espaços para acolhimento dessa população e realização dessas intervenções, pensando principalmente em um melhor prognóstico dos sintomas apresentados por cada um deles. A criação de associações não governamentais que reúnam pacientes e familiares pode promover uma maior interação entre essas pessoas e servir de local para recebimento de informações mais detalhadas sobre a doença e para uma melhor convivência com ela. Navarro *et,al.* (2009) citam que a família diante da progressividade da doença deve ser foco do cuidado, pois compartilha dos mesmos sentimentos e é o suporte social mais importante ao idoso com doença de Parkinson, demonstrando assim a importância de envolver familiares e/ou cuidadores nessas políticas e intervenções.

Uma limitação deste estudo recai sobre pequeno tamanho da amostra estudada, que não permite generalização das informações obtidas. Posteriormente sugere-se a realização de estudos mais abrangentes com o propósito de traçar um perfil mais completo desses indivíduos. Assim,

autoridades e profissionais da fisioterapia poderão ter mais subsídios para atuar de forma mais eficiente e precisa sobre as necessidades das pessoas com DP da região de Ceilândia. Sugere-se também que haja uma ampliação desse estudo para as demais regiões administrativas do Distrito Federal e entorno para aumentar a amplitude de seus efeitos benéficos.

6- CONCLUSÃO

Conclui-se que os participantes avaliados no presente estudo, em sua maioria: são do sexo masculino, tem entre 60 e 70 anos, apresentam comprometimento cognitivo, aumentado risco de quedas, sinais de depressão, doença bilateral, alteração na mobilidade e inatividade física e funcional.

Foram observadas correlações moderadas e fortes entre variáveis representantes das dimensões estrutura e função corporal e atividade, que indicam a influência negativa das deficiências específicas da DP sobre os níveis de atividade dessa população. Informações obtidas com este estudo podem auxiliar as autoridades e profissionais fisioterapeutas a intervir com maior eficácia sobre problemas específicos dessas pessoas.

7- REFERÊNCIAS

ALMANSA, J.; AYUSO-MATEOS, JL.; GARIN, O.; CHATTERJI, S. The international classification of functioning, disability and health: development of capacity and performance scales. **Journal of Clinical Epidemiology**, p.1-11, 2011.

ALMEIDA, O.P.; ALMEIDA, S.A. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria versão reduzida. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v.57(2), p. 421-26, 1999.

BAATILE. J.; LANGBEIN, WE.; WEAVE, F.; MALONE, C.; JOST, MB. Effect of exerci se on perceived quality of life of individuais with Parkinson's disease. *J Rehabil Res Dev* 2000; 37(5): 529-534.

BROOKS D, DODER M. Depression in Parkinson's disease. *Curr Opin Neurol* 2001; 14:465-70

CAMARGOS, F.F.O. Adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas da falls efficacy scale international: Um instrumento para avaliar o medo de cair em idosos. **Dissertação de mestrado, Programa de Pós-graduação em Ciências e Reabilitação**, Universidade Federal de Minas Gerais, 2007.

CAMPOS-SOUSA, I.S., CAMPOS-SOUSA, R.N., ATAÍDE JR., L., SOARES, M.M. DE B. & ALMEIDA, K.J. (2010). Executive dysfunction and motor symptoms in Parkinson's disease. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 68(2), 246-251.

CANNING, C.G. et al. Walking Capacity in Mild to Moderate Parkinson's Disease. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, v. 87, 2006a.

CANNING, C.G.; et al. Walking capacity in mild to moderate Parkinson's disease. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, v. 87, p. 371-5, 2006b.

CIEZA, A.; et al. Linking health-status measurements to the international classification of functioning, disability and health. *Journal of Rehabilitation Medicine*, v.34(5), p. 205–10, 2002.

FALVO, M. J.; EARHART, G. M. Six-minute walk distance in persons with Parkinson disease: a hierarchical regression model. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, v. 90, n. 6, p. 1004-1008, Jun 2009.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C.M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde:

Conceitos, Usos e Perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.8(2), p.187-93, 2005.

FIGUEIREDO, M.I. et al. Teste de força de preensão utilizando o dinamômetro. **Acta Fisiátrica**, v. 14, n. 2, p. 104-110, 2007.

FLÁVIA F. O. CAMARGOS, ROSÂNGELA C. DIAS, JOÃO M. D. DIAS, MARIA T. F. Adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas da Falls Efficacy Scale – International em idosos brasileiros (FES-I-BRASIL) Freire. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, 2010.

GOETZ, C.G.; et al. Movement Disorder Society Task force Report on the Hoehn and Yahr Staging Scale: Status and Recommendations. **Movement Disorders**, v.19, p. 1020-28, 2004.

GOULART, F.; PEREIRA, L. X. Uso de escalas para a avaliação da doença de Parkinson em fisioterapia. **Fisioterapia e Pesquisa**, v.11, n.1, p.49-56, 2005.

Haidar, S. G.; et al. Average versus maximum grip strength: which is more consistent. **Journal of Hand Surgery** (Edinburgh, Scotland), v. 29, n. 1, p. 82-84, Feb. 2004.

JORDAN et al. 1992. Birth in four cultures: A crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States.

KWAKKEL, G.; DE GOEDE, C.J.T.; VAN WEGEN, E.E.H. Impact of physical therapy for Parkinson's disease: a critical review of the literature. **Parkinsonism and Related Disorders**, v.13, suppl 3, p. S478-S487, 2007.

LANA R. C.; ÁLVARES L. M. R.; NASCIUTTI, C.; GOULART F. R. P.; TEIXEIRA S. L. F.; CARDOSO F. E. Percepção da qualidade de vida de indivíduos com doença de parkinson através do PDQ-39. **Rev. bras. fisioterapia.**, São Carlos, v. 11, n. 5, p. 397-402, set./out. 2007.

LIEBERMAN A. Managing the neuropsychiatric symptoms of Parkinson's disease. **Neurology** 1998; 50:33-8.

LIM, I.; et al. Does Cueing Training Improve Physical Activity in Patients With Parkinson's Disease? **Neurorehabilitation and Neural Repair**, p.1–9, 2009.

MAIA, A.C. Tradução e adaptação para o português-Brasil do Balance Evaluation Systems Test e do Mini BESTest e análise de suas propriedades psicométricas em idosos e indivíduos com doença de Parkinson. **Dissertação de mestrado, Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação**, Universidade Federal de Minas Gerais, 2012.

MARSDEN, C.D. Parkinson's Disease. **Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry**, v. 57, n. 6, p. 672-681, Jun. 1994.

MICHALOWSKA, M.; et al. Falls in Parkinson's disease. Causes and impact on patients' quality of life. **Functional Neurology**, v. 20, p.163-8, 2005.

MIYAI, I.; FUJIMOTO, Y.; UEDA, Y.; YAMAMOTO, H.; NOZAKI, S.; SAITO, T.; KANG, J. Treadmill training with body weight support: its effect on Parkinson's disease. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 81, n. 7, p. 849-52, 2000.

MORRIS, M.E. Movement disorders in people with Parkinson's disease: a model for physical therapy. **Physical Therapy**, v. 80, n.6, p.578-97, 2000.

MUSLIMOVIC, D.; POST, B.; SPEELMAN, JD.; SCHMAND, B. Cognitive profile of patients with newly diagnosed Parkinson disease. **Neurology** 65:1239-1245, 2005.

NALLEGOWDA, M.; SINGH, U.; HANDA, G.; KHANNA, M.; WADHWA, S.; YADAV, SL.; KUMAR, G.; BEHARI, M. Role of sensory input and muscle strength in maintenance of balance, gait, and posture in Parkinson's disease: a pilot study. **American Journal of Physical Medicine Rehabilitation**, v. 83, p. 898-908, 2004.

NASREDDINE, ZS.; PHILLIPS, NA.; BÉDIRIAN, V.; CHARBONNEAU, S.; WHITEHEAD, V.; COLLIN, I; CUMMINGS, JL; CHERTKOW, H. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. **Journal of the American Geriatric Society**, v. 53, p. 695–699, 2005.

NAVARRO-PETERNELLA, F. M.; MARCON, S. S. Descobrimo a doença de Parkinson: impacto para o parkinsoniano e seu familiar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, fev, v. 62, n.1, p. 25-31, 2009.

NIEWBOER, A. Development of an Activity Scale for Individuals with Advanced Parkinson Disease: Reliability and “On-Off” Variability. **Physical Therapy**, v.80, n.11, p. 1087-96, 2000.

NORDENFELT, L. Action theory, disability and ICF. **Disabil Rehabil** 2003; 25(18): 1075-9.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS)/ Organização Panamericana de Saúde (OPAS). CIF classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. **Universidade de São Paulo**; 2003.

POTTER, JM.; EVANS, SAL.; DUNCAN, G. Gait speed and activities of daily living function in geriatric patients. **Arch Phys Med Rehabil**. 1995;76(11):997-9. doi:10.1016/S0003-9993(95)81036-6.

RANTANEN, T. et al. Maximal isometric strength and mobility among 75-year-old men and women. *Age and Ageing*, v. 23, n. 2, p. 132-137, Mar. 1994.

SAMMER, G., REUTER, I., HULLMANN, K., KAPS, M. & VAITL, D. (2006). Training of executive functions in Parkinson's disease. **Journal of the Neurological Sciences**, 248, 115-119.

SAMPAIO R. F., MANCINI M. C., FONSECA S. T. Produção científica e atuação profissional: aspectos que limitam essa integração na fisioterapia e na terapia ocupacional. **Rev Bras Fisioterapia** 2002; 6(3): 113-118.

SAMPAIO, R.; et al. Aplicação da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 9, (2), p. 129-36, 2005.

SANTOS, V.; LEITE, A.; SILVEIRA, R.; ANTONIOLLI, R.; NASCIMENTO J. M.; FREITAS, R. G. M. Fisioterapia na Doença de Parkinson: uma Breve Revisão. **Revista Brasileira Neurologia**, 46 (2): 17-25, 2010.

SCHENKMAN, M.L. Spinal Movement and Performance of a Standing Reach Task in Participants With and Without Parkinson Disease. **Physical Therapy**, v.81, n.8, p.1400-1411, Aug. 2001.

SOUZA, A.C.; MAGALHAES, L.C.; TEIXEIRA-SALMELA, L.F. Cross-cultural adaptation and analysis of the psychometric properties in the Brazilian version of the Human Activity Profile. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n.12, p.2623-36, 2006.

TANDBERG, E.; LARSEN, JP.; AARSLAND, D.; CUMMINGS, JL. The occurrence of depression in Parkinson's disease: a community-based study. **Arch Neurol** 1996; 53(2): 175-179.

VAN NIMWEGEN, M.; et al. Physical inactivity in Parkinson's disease. **Journal of Neurology**, v. 258, p.2214-21, 2011.

WEINTRAUB, D.; et al. Effect of psychiatric and other nonmotor symptoms on disability in Parkinson's disease. **Journal of American Geriatric Society**, v.52, p.784-8, 2004.

YARDLEY, L.; et al. Development and initial validation of the Falls Efficacy Scale-International (FES-I). **Age & Ageing** v. 34, p.614-19, 2005.

8- ANEXOS

ANEXO A - NORMAS DA REVISTA CIENTÍFICA

Instruções para Autores

AUTORIA, RESPONSABILIDADE E ORIGINALIDADE

A autoria de um artigo deve ser unicamente reservada aos investigadores que contribuíram de modo substancial para a concessão, desenvolvimento e redação do manuscrito, e que aceitem a responsabilidade pelo seu conteúdo. Para atribuição de autoria, os investigadores deverão cumprir com todos os critérios definidos pelo ICMJE e pela APA, nomeadamente: contribuição substancial para a formulação do problema, concessão/desenho da investigação, recolha de dados, e análise estatística e interpretação dos resultados; participação na redação ou revisão crítica do artigo; e, revisão e aprovação do conteúdo da versão final do manuscrito a ser submetida. A ordem dos autores deverá ser definida previamente à submissão e aceite por todos. Todas as contribuições que não cumpram os critérios para atribuição de autoria deverão ser especificamente apresentadas na secção dos Agradecimentos.

O rigor e a exatidão do conteúdo dos artigos publicados são da responsabilidade exclusiva dos seus autores. Os editores e a editora Desafio Singular não assumem qualquer tipo de responsabilidade pelas opiniões e afirmações expressas pelos autores.

Os autores são responsáveis pela obtenção da autorização escrita para reprodução de materiais que tenham sido previamente publicados e que desejem que sejam reproduzidos no artigo submetido.

1. Conduta Ética

Os princípios éticos e legais deverão ser respeitados ao longo de todo o processo de investigação que culmina na redação e submissão de um manuscrito para publicação. A par do respeito pela conduta ética com seres humanos (caso seja o caso) que cumpre os preceitos definidos na Declaração de Helsínquia, os autores deverão afirmar o respeito pelo código de conduta e aspetos éticos subjacentes à prática científica propostos pela APA e pelo ICMJE. O cumprimento dos princípios éticos e legais será assumido num documento a ser anexado à carta de submissão do artigo.

O protocolo da investigação deverá ser, sempre que possível, submetido a aprovação prévia por parte de um comité de ética em pesquisa. O parecer favorável desta comissão deverá ser igualmente integrado como anexo à carta de submissão do artigo. Na impossibilidade de submissão do protocolo de pesquisa a um comité de ética, os autores deverão enunciar o respetivo motivo impeditivo.

2. Conflitos de interesse

A prática científica deverá respeitar a apresentação isenta de resultados e inerentes conclusões por parte dos autores, sem condicionantes externas passíveis de influência. Relações pessoais ou interesses económicos/comerciais podem constituir potencial para conflito de interesses. Deste modo, todas as relações e financiamentos para a pesquisa proporcionados por indivíduos, entidades ou instituições deverão ser devidamente declarados, sendo essa declaração publicada conjuntamente com o artigo. Para o efeito, todos os autores deverão explicitar, em formulário próprio a ser anexado à carta de submissão do artigo, a existência ou não de potenciais conflitos de interesses.

A existência de conflitos de interesse para a publicação não constitui motivo para a rejeição de manuscritos, desde que devidamente declarados.

3. Fontes de financiamento

Todas as fontes de financiamento externas e bolsas de investigação que tenham apoiado o desenvolvimento da investigação deverão ser assumidas especificamente pelos autores, sendo indicado o autor subsidiado e a referência completa do projeto. Esta informação será publicada conjuntamente com o artigo.

ESTRUTURA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

O artigo submetido deve ser elaborado em formato digital, recorrendo obrigatoriamente ao processador de texto Microsoft Word (versão 97-03 ou superior). O texto deve ser escrito em páginas de tamanho A4 com 2,5 cm de margens, em letra Times New Roman ou Arial de tamanho 12 pts, com espaçamento duplo. Todas as páginas deverão ser numeradas sequencialmente no canto superior direito. Recomenda-se aos autores o uso do template de artigo disponível [aqui](#).

Todos os artigos terão que ser obrigatoriamente organizados da seguinte forma:

Primeira página/Folha de rosto: A primeira página deverá conter título abreviado (máximo de 40 caracteres), título em português e título em inglês. Deverão ser ainda indicados a secção/tipo de artigo, os agradecimentos e fontes de financiamento (deverá ser indicada a referência completa do projeto financiado), caso existam.

Segunda página/Resumo: A segunda página incluirá de novo o título em português, resumo (máximo de 200 palavras) e três a seis palavras-chave. As palavras-chaves deverão ser termos importantes da investigação, facilmente pesquisáveis em bases de indexação, podendo ser utilizados descritores

médicos (MeSH) ou descritores das ciências da saúde (DeCS). Os editoriais não necessitam de apresentar resumo.

Terceira página/Abstract: A terceira página deverá incluir o conteúdo equivalente da segunda página no idioma inglês.

Páginas seguintes: As páginas seguintes deverão incluir o texto do artigo de acordo com as seções específicas de cada tipo de artigo. Após a apresentação das referências bibliográficas, os anexos deverão ser apresentados individualmente numa nova página, pela seguinte ordem: notas de rodapé, tabelas e figuras. Os autores deverão indicar a apresentação de quadros somente como tabelas ou figuras, consoante a suas preferências. Outras imagens ou fotografias serão apresentadas como figuras.

1. Tipos/secções de artigos

A revista Motricidade aceita para publicação trabalhos de investigação de natureza quantitativa ou qualitativa, devendo os autores direccionar a sua elaboração para um dos seguintes formatos: artigo original e artigo de revisão.

Os editoriais são da responsabilidade dos editores, podendo ser convidados académicos e investigadores prestigiados. Os editoriais abordam reflexões ou comentários sobre tópicos científicos atuais, artigos publicados pela revista ou aspetos relacionados com o processo editorial da revista.

Artigo original: Consistem em artigos de investigação original sobre uma ou várias áreas científicas da revista Motricidade, procurando, sempre que possível, adotar uma perspectiva interdisciplinar. Os artigos originais não devem ultrapassar as 40 referências bibliográficas e incluir os seguintes capítulos obrigatórios: Introdução, Método, Resultados, Discussão, Conclusões e Referências. O capítulo do Método deverá estar subdividido em Amostra, Instrumentos, Procedimentos e Análise Estatística. As limitações do estudo deverão ser apresentadas no final da Discussão. Os artigos originais deverão representar um contributo original e inovador para as áreas científicas em causa.

Artigo de revisão: Os artigos de revisão representam trabalhos de revisão/análise crítica da literatura elaborados por pesquisadores cujo percurso e reconhecimento na comunidade científica esteja consolidado. A revista Motricidade privilegia a publicação de artigos de revisão no formato de revisão sistemática ou de meta-análise. Como tal, os artigos de revisão não devem ultrapassar as 50 referências bibliográficas e incluir os seguintes capítulos obrigatórios: Introdução, Método, Resultados, Discussão, Conclusões e Referências. No capítulo do Método, os autores deverão discriminar extensivamente as bases de dados consultadas (processo de amostragem), os critérios de inclusão/exclusão de trabalhos científicos (incluindo a apresentação de fluxogramas), o processo de análise e sistematização da informação recolhida e o método estatístico utilizado (caso se verifique). As referências incluídas nas revisões sistemáticas ou meta-análises deverão ser identificadas

com asterisco no capítulo das Referências. Os artigos de revisão serão principalmente elaborados a convite dos editores ou por autores com um índice H superior a 5. Os autores que não se incluam nestes critérios, poderão previamente submeter um e-mail aos editores da revista, indicando um resumo do trabalho, fundamentação do mesmo, método utilizado e principais contributos para a literatura da especialidade. A partir do volume 8, não serão aceites para publicação artigos de revisão resultantes da revisão de literatura que serviram de fundamentação para a realização de teses e dissertações.

2. Normas de estilo

A revista Motricidade adota as normas de citação e formatação da APA (2010, 6ª edição). Os autores interessados em publicar na revista Motricidade deverão seguir rigorosamente estas normas de estilo, na medida em que o não respeito integral das mesmas constitui motivo suficiente para a rejeição do manuscrito.

As citações de autores no texto deverão respeitar a lógica autor-data, incluindo o apelido do autor e o ano de publicação, ambos entre parêntesis. Quando a referência é efetuada durante a exposição textual deve-se incluir unicamente a data entre parêntesis. No caso de serem apresentadas duas ou mais referências entre os mesmos parêntesis, estas deverão ser ordenadas alfabeticamente.

Tipo de citação	Primeira citação no texto	Citações seguintes no texto	Primeira citação entre parêntesis	Citações seguintes entre parêntesis
Uma referência com um autor	Soares (2002)	Soares (2002)	(Soares, 2002)	(Soares, 2002)
Uma referência com dois autores	Silva e Amaro (1997)	Silva e Amaro (1997)	(Silva & Amaro, 1997)	(Silva & Amaro, 1997)
Uma referência com três autores	Mendes, Alves, e Martins (2002)	Mendes et al. (2002)	(Mendes, Alves, & Martins, 2002)	(Mendes et al., 2002)
Uma referência com quatro autores	Barbosa, Castro, Neto, e Ferreira (2011)	Barbosa et al. (2011)	(Barbosa, Castro, Neto, & Ferreira, 2011)	(Barbosa et al., 2011)
Uma referência com cinco autores	Raposo, Guerra, Mazo, Santos, e Dias (1993)	Raposo et al. (1993)	(Raposo, Guerra, Santos, & Dias, 1993)	(Raposo et al., 1993)
Uma referência com seis ou mais autores	Fernandes et al. (2007)	Fernandes et al. (2007)	(Fernandes et al., 2007)	(Fernandes et al., 2007)
Grupo/Instituição	Organização Mundial da Saúde	OMS (2000)	(Organização Mundial da	(OMS, 2000)

De modo a facilitar a correta citação de autores, apresenta-se a seguinte tabela.

No caso de utilização de abreviaturas, os autores deverão reger-se pelas normas internacionalmente aceites. Na primeira menção no texto é obrigatória a apresentação por extenso dos acrónimos que não façam parte da linguagem corrente, seguida da abreviatura entre parêntesis.

O uso de maiúsculas deve ocorrer nas seguintes situações: títulos, subtítulos e secções do manuscrito; na primeira palavra de cada frase e legendas; em nomes de escalas e instrumentos de medida; em nomes próprios e em nomes de substâncias, fármacos ou elementos associados; e, em nomes seguidos de números (ex. na Tabela 2).

3. Apresentação de resultados

A apresentação de resultados deverá ser o mais completa possível, permitindo ao leitor compreender as análises efetuadas.

Os símbolos e unidades de medida devem respeitar o sistema internacional de unidades – SI. Os símbolos estatísticos devem apresentados em itálico, com exceção das letras gregas e letras inseridas numa posição inferior ou superior à linha. A apresentação de operadores aritméticos e relacionais (ex., +, -, =, <, >) deve considerar a inclusão de um espaço depois do símbolo. Alerta-se para a correta utilização do símbolo menos (-), em detrimento do hífen (-).

O ponto deve ser usado como separador decimal, sugerindo-se a apresentação de valores decimais com dois algarismos decimais (ex., $M= 21.45$ anos).

Os valores de significância (p) devem ser reportados de acordo com o seu valor exato ($p= 0.008$ e não $p< 0.01$), assim como, devem ser simultaneamente reportados os tamanhos de efeito (*effect sizes*) associados.

Todas as tabelas e figuras devem ser identificadas com numeração árabe e uma legenda concisa. A localização destes elementos do corpo do manuscrito deverá ser efetuada no local próprio do texto, através das expressões “inserir tabela número... aqui” ou “inserir figura número... aqui”. O recurso a cores deverá ser evitado.

As tabelas e figuras deverão representar formas concisas de apresentação dos principais resultados, não se devendo repetir os resultados no corpo do texto. As tabelas e figuras poderão ter notas, apresentadas abaixo das mesmas, que contenham informações gerais, específicas ou probabilísticas. Notas específicas deverão ser designadas através de letras minúsculas sobrescritas (inseridas numa posição superior à linha), enquanto as notas probabilísticas devem ser representadas por asteriscos (ex., * $p< 0.05$, ** $p< 0.01$).

A largura das tabelas deverá ser dimensionada em 7,5 ou 15,5 cm. No caso das figuras, serão aceites imagens integradas no manuscrito ou em anexo, dos seguintes formatos: jpg, tif, png ou gif. A sua resolução deverá ser igual ou superior a 600 pxl e com dimensões de largura compreendidas entre os 7,5 ou 15,5 cm. Sugere-se o desenvolvimento e formatação das figuras/gráficos em formatos compatíveis com o Microsoft Excel ou PowerPoint. A não possibilidade de edição gráfica destes ficheiros poderá originar uma perda de resolução ou formatação diferente do estilo gráfico da revista Motricidade, com prejuízo para os autores.

As tabelas e figuras deverão respeitar as normas de formatação geral, sendo aceite um tamanho mínimo de letra de 8 pts.

4. Normas de referência bibliográfica

A revista Motricidade adota as normas de referência bibliográfica da APA (2010, 6ª edição). Estas normas de estilo requerem a apresentação organizada de um conjunto específico de detalhes, sendo obrigatória a citação do nome completo das revistas científicas. Somente as referências citadas ao longo do manuscrito deverão constar neste capítulo. Os autores são responsáveis pela veracidade e correção das informações contidas na lista das referências bibliográficas.

Sempre que existente, os autores deverão apresentar o identificador de objeto digital (DOI) das referências citadas, no final da mesma.

Para uma descrição pormenorizada dos vários formatos de apresentação de diferentes tipos de referências, os autores deverão consultar o manual da APA. De modo a facilitar a correta citação de referências, apresentam-se alguns exemplos.

Artigo em periódico científico sem DOI:

Matthews, C. E., Freedson, P. S., Hebert, J. R., Stanek, E. J., Merriam, P. A., & Ockene, I. S. (2000). Comparing physical activity assessment methods in the Seasonal Variation of Blood Cholesterol Study. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 32(5), 976-984.

Artigo em periódico científico com DOI:

Child, R. B., Wilkinson, D. M., & Fallowfield, J. L. (2000). Effects of a training taper on tissue damage indices, serum antioxidant capacity and half-marathon running performance. *International Journal of Sports Medicine*, 21(5), 325-331. doi: 10.1055/s-2000-3778

Artigo em periódico científico exclusivamente digital (sem paginação) com DOI:

Bauman, A., Bull, F., Chey, T., Craig, C. L., Ainsworth, B. E., & Sallis, J. F. (2009). The international prevalence study on physical activity: Results from 20

countries. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 6(1). doi: 10.1186/1479-5868-6-21

Artigo em periódico científico com mais de sete autores:

Hollander, A. P., De Groot, G., van Ingen Schenau, G. J., Toussaint, H. M., De Best, H., Peeters, W., ... Schreurs, A. W. (1986). Measurement of active drag during crawl stroke swimming. *Journal of Sports Sciences*, 4(1), 21-30.

Livro:

Noakes, T., & Granger, S. (2003). *Running injuries: How to prevent and overcome them* (3ª ed.). Oxford: Oxford University Press.

Livro com editores:

Polidoro, R. J. (Ed.). (2000). *Sport and physical activity in the modern world*. Boston, MA: Allyn and Bacon.

Capítulo de livro:

Thomas, K. T., Gallagher, J. D., & Thomas, J. R. (2001). Motor development and skill acquisition during childhood and adolescence. In R. N. Singer, H. A. Hausenblas, & C. M. Janelle (Eds.), *Handbook of sport psychology* (2ª ed., pp. 20-52). New York, NY: Wiley & Sons.

Condições para Submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita e não se encontra sob revisão ou foi aceite para publicação por outra revista.
2. Os ficheiros para submissão encontram-se em formato Microsoft Word ou equivalente (desde que não ultrapassem 2MB).
3. O texto está escrito num ficheiro Word, em páginas de tamanho A4 com 2,5 cm de margens, em letra Times New Roman ou Arial de tamanho 12 pts, com espaçamento duplo. Todas as páginas estão numeradas sequencialmente no canto superior direito. As tabelas e figuras constam no final do documento na forma de anexos.
4. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em [Instruções para Autores](#), na secção [Sobre a Revista](#). Os autores declaram que respeitaram integralmente as normas de citação e formatação da APA (2010, 6ª edição). Declaram, ainda, saber que o não cumprimento integral das normas da revista Motricidade

poderá implicar motivo suficiente para a rejeição do manuscrito, não sendo submetido a avaliação por pares.

5. Os autores asseguram que o manuscrito submetido não contém quaisquer dados de identificação dos autores e que as instruções disponíveis em [Assegurando a Revisão Cega por Pares](#) foram seguidas.
6. Caso o artigo seja aceite para publicação, o(s) autor(es) aceita(m) o pagamento de uma taxa de publicação de 150 euros/450 reais (mais IVA de 23%) para artigos até 5 autores. Caso o artigo tenha 6 ou mais autores, os autores aceitam o pagamento de uma taxa de 30 euros/90 reais por autor.

Declaração de Direito Autoral

Os autores dos manuscritos submetidos para publicação deverão ceder, a título integral e permanente, os direitos de autor (*copyright*) à revista Motricidade e às Edições Desafio Singular. A cedência de direitos de autor permite a publicação e divulgação do artigo em formato impresso ou eletrónico e entrará em vigor a partir da data de aceitação do manuscrito. Os autores concedem, ainda, os direitos para a revista Motricidade utilizar e explorar o respetivo artigo, nomeadamente para licenciar, ceder ou vender o seu conteúdo a bases de resumos/indexação ou outras entidades.

Nos termos da licença “Creative Commons”, os autores poderão reproduzir um número razoável de exemplares para uso pessoal ou profissional, mas sem fins comerciais. Nos termos da licença SHERPA/RoMEO, os autores poderão, ainda, disponibilizar/arquivar uma cópia digital final (versão *postprint*) do artigo no seu website ou no repositório científico da sua instituição.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços fornecidos nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

A revista Motricidade (ISSN 1646-107X, eISSN 2182-2972) é uma publicação científica trimestral das [Edições Desafio Singular](#)

ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL FÍSICO-FUNCIONAL DE INDIVÍDUOS COM DOENÇA DE PARKINSON NO BRASIL BASEADA NA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE: UM ESTUDO MULTICÊNTRICO

Pesquisador: Emerson Fachin Martins

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 15050713.6.2005.0030

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE DE BRASILIA

Patrocinador Principal: CONS NAC DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLOGICO
FUNDACAO DE DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 752.040

Data da Relatoria: 13/08/2014

Apresentação do Projeto:

O presente projeto de pesquisa multicêntrico, em terceira relatoria neste CEP, é coordenado pela Dra. Fátima Rodrigues de Paula, Fisioterapeuta, Professora Associada do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e já foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFMG, em 27/09/2013. A Instituição proponente, original, é a Escola de Educação Física da UFMG. O projeto está vinculado à Rede Parkinson Brasil (REPARK-BR).

O projeto de pesquisa destaca a grande dificuldade de identificar dados atualizados quanto número de profissionais especializados em Doença de Parkinson (DP), no Brasil, bem como o quantitativo de pacientes assistidos pelo tratamento fisioterápico. A ausência de informações sobre características físicas e funcionais de indivíduos com DP no Brasil é uma barreira importante ao entendimento do papel da fisioterapia no processo de reabilitação desses indivíduos. Assim, o presente projeto pretende conhecer as demandas a serem contempladas pela intervenção fisioterápica ao paciente com DP, assim como, aumentar a competência dos profissionais diante das necessidades da população alvo e permitir que políticas

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **Fax:** (61)3307-3799 **E-mail:** cepts@unb.br



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



Continuação do Parecer: 752.040

públicas sejam mais efetivas no tratamento da DP. Pretende-se, ainda, identificar e caracterizar o tratamento fisioterápico disponível, o profissional responsável pelo mesmo e as variáveis funcionalmente relacionadas ao tratamento. Trata-se de um Estudo multicêntrico em que os participantes serão recrutados em diferentes cidades brasileiras, correspondentes as regiões sul, sudeste, centro-oeste e nordeste. Serão incluídos no estudo os indivíduos de ambos os sexos com diagnóstico de DP idiopática, em qualquer fase de evolução da doença. Os participantes serão submetidos à avaliação, por aproximadamente três horas, por examinadores treinados, utilizando-se protocolos agrupados conforme estrutura conceitual da CIF nas dimensões de estrutura e função corporal, atividade e participação. Serão utilizados testes e escalas padronizadas para a avaliação da força muscular (dinamômetro manual), do equilíbrio (Balance Evaluation Systems Test), presença de depressão (Escala de depressão geriátrica), e déficit cognitivo (Montreal Cognitive Assessment). As atividades funcionais serão avaliadas através da Unified Parkinson's disease Rating Scale, do Perfil de Atividade Humana e dos testes de seis minutos, Timed Up and Go e velocidade de marcha. O Parkinson's Disease Questionnaire-39 e o Perfil de Saúde de Nottingham serão instrumentos utilizados para verificar a percepção do indivíduo quanto a sua qualidade de vida. Coeficientes de correlação de Pearson ou Spearman, conforme distribuição dos dados, serão calculados para avaliar a magnitude, direção e significância das associações entre variáveis relativas à estrutura e função corporal, atividade e participação. A análise de regressão linear múltipla, utilizando o método Stepwise para seleção das variáveis, será utilizada para identificar o grupo de variáveis independentes de estrutura e função corporal que expliquem significativamente as variáveis dependentes atividade e participação. Os participantes serão recrutados em centros de saúde, ambulatorios, clínicas das instituições envolvidas e na comunidade em geral (das cidades brasileiras).

Objetivo da Pesquisa:

Principal:

Traçar o perfil motor e funcional de indivíduos com DP, de diferentes regiões do Brasil.

Específico:

- (1) Investigar variáveis relacionadas, ou preditoras, do desempenho funcional e da qualidade de vida de indivíduos com DP.
- (2) Identificar e caracterizar o tratamento fisioterápico disponível, o profissional responsável pelo

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro			
Bairro: Asa Norte	CEP: 70.910-900		
UF: DF	Município: BRASÍLIA		
Telefone: (61)3107-1947	Fax: (61)3307-3799	E-mail: cepfs@unb.br	



Continuação do Parecer: 752.040

mesmo e as variáveis relacionadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos associados com os testes podem incluir dor muscular mínima e fadiga. Esses riscos serão minimizados pela utilização de um período de descanso entre as medidas.

Benefícios:

Os dados obtidos poderão beneficiar os pacientes com DP na medida que se caracterizar o perfil do paciente com DP, suas necessidades e variáveis relacionadas com um melhor desempenho e melhor qualidade de vida. Mediante tais informações, estratégias mais apropriadas de tratamento poderão ser implementadas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Considerando os aspectos motores e não motores da DP, as incapacidades e limitações para o desempenho funcional, o impacto na qualidade de vida de pacientes e de cuidadores e os custos econômicos relacionados à doença, conhecer e caracterizar quem são e o que acontece com os pacientes na realidade brasileira, parece extremamente relevante para o atendimento à condição de saúde dos usuários.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os seguintes documentos já tinham sido anexados ao projeto: (a) Folha de Rosto, assinada pela Diretora da FCE/UnB; (b) projeto de pesquisa, com planilha de orçamento e cronograma de atividades; (c) Termo de Utilização de Imagem; (d) TCLE.

Também foi anexado: (a) Termo de Concordância com a pesquisa, assinado pela Diretora da FCE/UnB; (b) Termo de Compromisso e Responsabilidade, assinado pelo responsável pela pesquisa.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As seguintes pendências foram respondidas pelo pesquisador:

(1) A Secretaria de Estado de Saúde do DF deve ser cadastrada como instituição co-participante.

PENDÊNCIA ATENDIDA - O pesquisador esclarece que não serão utilizadas unidades de saúde da Secretaria de Estado de Saúde do DF.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **Fax:** (61)3307-3799 **E-mail:** cepts@unb.br



Continuação do Parecer: 752.040

(2) Falta de Termo de Compromisso e Responsabilidade de Pesquisa, assinado pelo pesquisador responsável pelo projeto no DF.

PENDÊNCIA ATENDIDA - O documento foi anexado ao processo.

(3) O TCLE deve ser adequado de forma a cumprir a Res. CNS 466/2012, itens IV.3, IV.4 e IV.5.d: além disso, (a) incluir logomarca, ou cabeçalho, de instituição proponente da pesquisa; (b) informar que o projeto foi submetido/aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde; (c) informar o e-mail do CEP-FS/UnB, seu horário de funcionamento e uma breve descrição do papel do CEP.

PENDÊNCIA ATENDIDA - O Pesquisador anexou novo TCLE com as alterações necessárias.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASILIA, 14 de Agosto de 2014

Assinado por:
Marie Togashi
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **Fax:** (61)3307-3799 **E-mail:** cepts@unb.br

ANEXO D - GDS-15**REPARK-BR / ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (GDS - 15)**

Nome: _____ Código: _____

Estado: _____ Data: _____

Queremos conhecer seu humor, o que é importante para conhecer você de forma global, não só motora.

Escore	Não	Sim
1. Você está basicamente satisfeito com sua vida?	1	0
2. Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	0	1
3. Você sente que sua vida está vazia?	0	1
4. Você se aborrece com frequência?	0	1
5. Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	1	0
6. Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	0	1
7. Você se sente feliz a maior parte do tempo?	1	0
8. Você sente que sua situação não tem saída?	0	1
9. Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	0	1
10. Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	0	1
11. Você acha maravilhoso estar vivo?	1	0
12. Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	0	1
13. Você se sente cheio de energia?	1	0
14. Você acha que sua situação é sem esperanças?	0	1
15. Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	0	1
Escore Total		

Obs.: “Às vezes”, “De vez em quando”, “Talvez” não são pontuados como depressão, marcar escore 0.

ANEXO E – FES-I (ESCALA DE EFICÁCIA DE QUEDAS – INTERNACIONAL)

REPAK-BR Nome: _____ Código: _____

Estado: _____ Data: _____

		Nem um pouco Preocupado 1	Um pouco preocupado 2	Muito preocupado 3	Extremamente preocupado 4
1	Limpendo a casa (ex: passar pano, aspirar ou tirar a poeira).	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2	Vestindo ou tirando a roupa.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3	Preparando refeições simples.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
4	Tomando banho.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5	Indo às compras.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
6	Sentando ou levantando de uma cadeira.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
7	Subindo ou descendo escadas.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
8	Caminhando pela vizinhança.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
9	Pegando algo acima de sua cabeça ou do chão.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
10	Ir atender o telefone antes que pare de tocar.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
11	Andando sobre superfície escorregadia (ex: chão molhado).	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
12	Visitando um amigo ou parente.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
13	Andando em lugares cheios de gente.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
14	Caminhando sobre superfície irregular (com pedras, esburacada).	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
15	Subindo ou descendo uma ladeira.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
16	Indo a uma atividade social (ex: ato religioso, reunião de família ou encontro no clube).	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

ESCORE TOTAL: _____

ANEXO F – PAH (PERFIL DE ATIVIDADE HUMANA)

REPARK-BR PERFIL DE ATIVIDADE HUMANA (PAH)

Nome: _____ Código: _____

Estado: _____ Data: _____

Este folheto contém itens que descrevem atividades comuns que as pessoas realizam em suas vidas diárias. Para cada questão, responda “**ainda faço a atividade**” se você consegue realizar tal atividade sozinho quando precisa ou quando tem oportunidade. Indique “**parei de fazer**” a atividade se você conseguia realizá-la no passado, mas, provavelmente, não consegue realizá-la hoje, mesmo se tivesse oportunidade. Finalmente, responda “**nunca fiz**” se você, por qualquer motivo, nunca realizou tal atividade. Responder até o final.

ATIVIDADES	AINDA FAÇO	PAREI DE FAZER	NUNCA FIZ
1. Levantar e sentar em cadeiras ou cama (sem ajuda)			
2. Ouvir rádio			
3. Ler livros, revistas ou jornais			
4. Escrever cartas ou bilhetes			
5. Trabalhar numa mesa ou escrivaninha			
6. Ficar de pé por mais que um minuto			
7. Ficar de pé por mais que cinco minutos			
8. Vestir e tirar roupa sem ajuda			
9. Tirar roupas de gavetas ou armários			
10. Entrar e sair do carro sem ajuda			
11. Jantar num restaurante			
12. Jogar baralho ou qualquer jogo de mesa			
13. Tomar banho de banheira sem ajuda			
14. Calçar sapatos e meias sem parar para descansar			
15. Ir ao cinema, teatro ou a eventos religiosos ou esportivos			
16. Caminhar 27 metros (um minuto)			
17. Caminhar 27 metros sem parar (um minuto)			
18. Vestir e tirar a roupa sem parar para descansar			
19. Utilizar transporte público ou dirigir por 1 hora e meia (158 quilômetros ou menos)			
20. Utilizar transporte público ou dirigir por ± 2 horas (160 quilômetros ou mais)			
21. Cozinhar suas próprias refeições			
22. Lavar ou secar vasilhas			
23. Guardar mantimentos em armários			
24. Passar ou dobrar roupas			
25. Tirar poeira, lustrar móveis ou polir o carro			
26. Tomar banho de chuveiro			
27. Subir seis degraus			
28. Subir seis degraus sem parar			
29. Subir nove degraus			
30. Subir 12 degraus			

31. Caminhar metade de um quarteirão no plano			
32. Caminhar metade de um quarteirão no plano sem parar			
33. Arrumar a cama (sem trocar os lençóis)			
34. Limpar janelas			
35. Ajoelhar ou agachar para fazer trabalhos leves			
36. Carregar uma sacola leve de mantimentos			
37. Subir nove degraus sem parar			
38. Subir 12 degraus sem parar			
39. Caminhar metade de um quarteirão numa ladeira			
40. Caminhar metade de um quarteirão numa ladeira, sem parar			
41. Fazer compras sozinho			
42. Lavar roupas sem ajuda (pode ser com máquina)			
43. Caminhar um quarteirão no plano			
44. Caminhar 2 quarteirões no plano			
45. Caminhar um quarteirão no plano, sem parar			
46. Caminhar dois quarteirões no plano, sem parar			
47. Esfregar o chão, paredes ou lavar carros			
48. Arrumar a cama trocando lençóis			
49. Varrer o chão			
50. Varrer o chão por cinco minutos, sem parar			
51. Carregar uma mala pesada ou jogar uma partida de boliche			
52. Aspirar o pó de carpetes			
53. Aspirar o pó de carpetes por cinco minutos, sem parar			
54. Pintar o interior ou o exterior da casa			
55. Caminhar seis quarteirões no plano			
56. Caminhar seis quarteirões no plano, sem parar			
57. Colocar o lixo para fora			
58. Carregar uma sacola pesada de mantimentos			
59. Subir 24 degraus			
60. Subir 36 degraus			
61. Subir 24 degraus, sem parar			
62. Subir 36 degraus, sem parar			
63. Caminhar 1,6 quilômetro (± 20 minutos)			
64. Caminhar 1,6 quilômetro (± 20 minutos), sem parar			
65. Correr 100 metros ou jogar peteca, "voley", "baseball"			
66. Dançar socialmente			
67. Fazer exercícios calistênicos ou dança aeróbia por cinco minutos, sem parar			
68. Cortar grama com cortadeira elétrica			
69. Caminhar 3,2 quilômetros (± 40 minutos)			
70. Caminhar 3,2 quilômetros sem parar (± 40 minutos)			

71. Subir 50 degraus (2 andares e meio)			
72. Usar ou cavar com a pá			
73. Usar ou cavar com a pá por 5 minutos, sem parar			
74. Subir 50 degraus (2 andares e meio), sem parar			
75. Caminhar 4,8 quilômetros (± 1 hora) ou jogar 18 buracos de golfe			
76. Caminhar 4,8 quilômetros (± 1 hora), sem parar			
77. Nadar 25 metros			
78. Nadar 25 metros, sem parar			
79. Pedalar 1,6 quilômetro de bicicleta (2 quarteirões)			
80. Pedalar 3,2 quilômetros de bicicleta (4 quarteirões)			
81. Pedalar 1,6 quilômetro, sem parar			
82. Pedalar 3,2 quilômetros, sem parar			
83. Correr 400 metros (meio quarteirão)			
84. Correr 800 metros (um quarteirão)			
85. Jogar tênis/frescobol ou peteca			
86. Jogar uma partida de basquete ou de futebol			
87. Correr 400 metros, sem parar			
88. Correr 800 metros, sem parar			
89. Correr 1,6 quilômetro (2 quarteirões)			
90. Correr 3,2 quilômetros (4 quarteirões)			
91. Correr 4,8 quilômetros (6 quarteirões)			
92. Correr 1,6 quilômetro em 12 minutos ou menos			
93. Correr 3,2 quilômetros em 20 minutos ou menos			
94. Correr 4,8 quilômetros em 30 minutos ou menos			

EMA: _____

EAA: _____

- EMA (Escore Máximo de Atividade): Numeração da atividade com a mais alta demanda de O_2 que o indivíduo ainda faz, não sendo necessário cálculo matemático.
- EAA (Escore Ajustado de Atividade): EMA – n^o de itens que o indivíduo parou de fazer anteriores ao último que ele ainda faz.

Classificação	EAA
Debilidade (inativo)	<53
Moderadamente ativo	53-74
Ativo	>74

ANEXO G - ST-DP5X**TESTE ST-DP 5X****TEMPO:** _____ segundos**OBSERVAÇÕES:**

Horário: _____

Horário da última medicação: _____

Período ON () OFF ()

Local:

_____Sapatos utilizados:

_____Dispositivo de auxílio para marcha (se houver):

_____Outras obs.:

ANEXO H – H&Y (Estágios de Incapacidade do Hoehn e Yahr)**Estágios de Incapacidade de Hoehn e Yahr: _____**

- 1- Doença unilateral;
- 2- Doença bilateral sem déficit de equilíbrio;
- 3- Doença bilateral leve a moderada; alguma instabilidade postural; capacidade para viver independente;
- 4- Incapacidade grave, ainda capaz de caminhar ou permanecer de pé sem ajuda;
- 5- Confinado à cama ou cadeira de rodas a não ser que receba ajuda.

Fonte: GOETZ, *et al.*, 2004.

9- APÊNDICES

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº _____

Investigador: Profº Emerson Fachin Martins, Ph.D.

Pesquisador Colaborador: Prof. Felipe Augusto dos Santos Mendes, Ph.D.

O (a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto: Caracterização do perfil físico funcional de indivíduos com doença de Parkinson no Brasil baseada na classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde: um estudo multicêntrico.

Este projeto será desenvolvido pelo Curso de Fisioterapia da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília. Trata-se de um estudo conjunto com outras universidades em São Paulo, Rio de Janeiro, Natal, Belo Horizonte e Curitiba. Esperamos que tais dados sejam representativos para a população brasileira.

Objetivos e justificativas

O estudo se propõe a caracterizar o perfil físico funcional e de qualidade de vida em indivíduos que tem o mesmo problema que você, identificando as áreas do desempenho de tarefas cotidianas que estão mais acometidas. Acreditamos que conhecendo melhor o seu perfil, poderemos avaliar melhor o potencial de reabilitação, identificar fatores que estão associados com uma melhor performance funcional, de forma a propor intervenções mais coerentes e adequadas para atender as suas necessidades individuais.

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

DESCRIÇÃO DOS TESTES A SEREM REALIZADOS

A realização total dos testes terá duração aproximada de 3 horas que poderão ser, caso necessário para seu conforto, divididas em 2 dias diferentes. Seu cansaço e disponibilidade de horário serão respeitados para tal.

Avaliação Inicial

Uma entrevista inicial será administrada para coleta dos seus dados pessoais.

Medidas Clínicas

A força de suas pernas será medida com um equipamento manual e você será posicionado deitado em uma mesa de exame com a barriga para cima ou na posição lateral. A sua força de preensão será avaliada com um equipamento específico. Para o teste, na posição sentada numa cadeira, você será solicitado a fechar a mão e apertar a empunhadura do equipamento com a maior força possível com uma mão e depois com a outra.

O seu equilíbrio será avaliado a partir do seu desempenho em determinadas tarefas que constituem uma escala muito utilizada na prática clínica e em estudos científicos. São tarefas realizadas corriqueiramente no seu dia a dia.

Finalmente, você será solicitado a responder um questionário de 15 perguntas, que avaliará a presença de sintomas depressivos e outro que irá avaliar sua capacidade de compreensão.

Medidas Funcionais

Você será solicitado a responder questões de questionários sobre várias atividades que realiza em sua rotina diária. Uma pontuação indicando o seu nível de atividade pode ser determinada através das suas respostas.

Você será também solicitado a deambular por um corredor de 14 metros nas suas velocidades natural e rápida, enquanto o examinador registra o tempo.

Finalmente, será solicitado a levantar-se de uma cadeira com a qual está acostumado, andar três metros, fazer um giro para retornar para a cadeira e se assentar. Antes de realizar o teste, serão dadas as devidas orientações e você poderá experimentar para certificar o seu entendimento. O teste será realizado em uma velocidade a sua escolha, considerando a sua segurança e o seu conforto.

Medidas de Qualidade de Vida

Você será solicitado a responder questões de dois questionários que incluem problemas frequentemente apontados por pessoas que tiveram o mesmo problema que você, tais como dor, habilidade física, reações emocionais, isolamento social, qualidade do sono, nível de energia, linguagem, mobilidade,

humor, memória, concentração, visão, trabalho, etc. Uma pontuação indicando o seu nível de qualidade de vida pode ser determinada através das suas respostas.

Riscos

Os riscos associados com os testes podem incluir dor muscular mínima e fadiga. Esses riscos serão minimizados pela utilização de um período de descanso entre as medidas.

Benefícios

Você e futuros pacientes poderão se beneficiar com os resultados desse estudo. A medida que se caracterize melhor o seu perfil, determinar melhor as suas necessidades e determinar variáveis relacionadas com um melhor desempenho e melhor qualidade de vida, estratégias mais apropriadas de tratamento poderão ser introduzidas. Após participar desta pesquisa você poderá ser encaminhado para um ambulatório de atendimento fisioterapêutico que poderá prestar-lhe serviços de fisioterapia se isso for de sua vontade.

Privacidade

Você receberá um código (número) que será utilizado em todos os seus testes e não será reconhecido individualmente. Caso você autorize o uso público de sua imagem, isto será realizado com a utilização de uma tarja ou imagem fracionada, garantindo seu anonimato e impedindo sua identificação.

Natureza voluntária do estudo/ Liberdade para se retirar

A sua participação é voluntária e você tem o direito de se retirar por qualquer razão e a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo ou restrição.

Pagamento

Você não receberá nenhuma forma de pagamento. Custos de transporte para o local dos testes e seu retorno deverão ser arcados por você.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Instituição Faculdade Ceilândia, da UnB, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para:

Pesquisador Responsável: Profº Emerson Fachin Martins, PhD: tel:
6131078400

Endereço: Faculdade de Ceilândia - Unidade de Ensino e Docência

Endereço: Centro Metropolitano, conjunto A, lote 1 — Ceilândia Sul

Cep: 72220-900 - Brasília-DF

OU

Pesquisador Colaborador: Prof. Felipe Augusto dos Santos Mendes, Ph.D.:

Tel: (0XX61) 81581340

Endereço: Faculdade de Ceilândia - Unidade de Ensino e Docência

Endereço: Centro Metropolitano, conjunto A, lote 1 — Ceilândia Sul

Cep: 72220-900 - Brasília-DF

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-0234. Endereço: Campus Universitário Darcy Ribeiro - Brasília/DF - Asa Norte - 70910-900 – Brasil. Horário de funcionamento: segundas às sextas feiras, das 8:00 às 17:00. Email: cepfs@unb.br

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

DECLARAÇÃO E ASSINATURA

Eu, _____
li e entendi toda a informação a mim passada sobre o estudo, sendo os objetivos, procedimentos e linguagem técnica satisfatoriamente explicados e recebi uma cópia deste formulário de consentimento. Tive tempo, suficiente, para considerar a informação acima e, tive a oportunidade de tirar todas as minhas dúvidas. Estou assinando este termo voluntariamente e, tenho direito, de agora ou mais tarde, discutir qualquer dúvida que venha a ter com relação à pesquisa com:

O COEP deverá ser consultado somente quando houver dúvidas relacionadas às questões éticas.

Você receberá uma via desse termo de consentimento, assinada pelo pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo sujeito da pesquisa ou responsável e pelo pesquisador responsável.

Assinando este termo de consentimento, eu estou indicando que concordo em participar deste estudo:

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL FÍSICO-FUNCIONAL DE INDIVÍDUOS COM DOENÇA DE PARKINSON NO BRASIL BASEADA NA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE: UM ESTUDO MULTICÊNTRICO

Assinatura do Participante

RG:

CPF:

End:

Data

Assinatura do Investigador
/Pesquisador Colaborador

Data

APÊNDICE B: FICHA DE AVALIAÇÃO INICIAL**REPARK-BR FICHA DE AVALIAÇÃO INICIAL**

Nome: _____ Código: _____

Estado: _____ Data: _____

1. DADOS PESSOAIS

Procedência: () Unidade Básica () Ambulatório () Asilo () Clínica Particular
 () Outros: _____ (especificar)

Nome: _____ Sexo: _____

Endereço: _____

Cidade/Estado: _____ CEP: _____

Telefone: _____ Nome acompanhante: _____

Data de Nascimento: _____ Idade (anos): _____

Naturalidade: _____ Estado civil: _____

Mora com: () Conjugue () Filhos () Sozinho () outros: _____

Escolaridade: Anos de estudo: _____ () nunca estudou () ensino
 fundamental incompleto/1º grau () ensino fundamental completo/1º grau
 () ensino médio incompleto/2º grau () ensino médio completo/2º grau
 () ensino superior incompleto () ensino superior completo () pós-graduação.

Ocupação profissional (atividade exercida atualmente): _____

Renda mensal (R\$) _____

() menos de 1 salário mínimo () 1 salário mínimo () mais de 1 e menos de 4
 salários mínimos () mais de 4 e menos de 8 salários mínimos () mais de 8 e
 menos de 12 salários mínimos () acima de 12 salários mínimos.

2. DADOS CLÍNICOS DA DP

Tempo de diagnóstico: _____

3. DADOS CLÍNICOS GERAIS

Membro superior dominante: () D () E

Membro inferior dominante: () D () E

Número de medicação em uso ()

Descrição: _____

Levodopa: mg/dia: _____ Horário da última dose: _____

Número de doenças associadas ()

Descrição: _____

Cirurgias relevantes: _____

Atividade física: Sim () Não ()

Se sim, descreva a atividade e o local: _____

Fisioterapia: Sim () Não ()

Atividades Terapêuticas (T.O., Fono, Psicologia, etc) : Sim () Não ()

Quais? _____

Órteses/auxílio à marcha: _____

Déficit visual: () Déficit auditivo: () correção: _____

4. INQUÉRITO DE QUEDAS

Queda: “Mudança de posição inesperada, não intencional que faz com que o indivíduo permaneça em um nível inferior, por exemplo, sobre o mobiliário ou no chão. Esse evento não é consequência de golpe violento, perda de consciência, epilepsia e início súbito de paralisia como o AVE.” (Gibson, 1987)

Número de quedas no último mês: _____

Número de quedas nos últimos 6 meses: _____

Número de quedas no último ano: _____

Onde e como caiu? : _____

Levantou sozinho? _____

5. EXAME FÍSICO

PA: _____ FC: _____ Massa: _____ Estatura: _____