



**FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA**

ANA BEATRIZ BERTOLDO PALITÓ

**ANÁLISE FISIOTERAPÊUTICA DAS ATIVIDADES E
PARTICIPAÇÃO SOCIAL DE IDOSOS COM DOENÇA DE
PARKINSON: UM ESTUDO DE VALIDAÇÃO**

JOÃO PESSOA

2022

ANA BEATRIZ BERTOLDO PALITÓ

**ANÁLISE FISIOTERAPÊUTICA DAS ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO SOCIAL
DE IDOSOS COM DOENÇA DE PARKINSON: UM ESTUDO DE VALIDAÇÃO**

Artigo Científico apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso II (TCC II), para o curso de Fisioterapia, pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE) como requisito para obtenção do título de bacharel em Fisioterapia.

Orientador (a): Prof^ª. Ms. Laura de Sousa Gomes Veloso

JOÃO PESSOA

2022

ANA BEATRIZ BERTOLDO PALITÓ

**ANÁLISE FISIOTERAPÊUTICA DAS ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO SOCIAL
DE IDOSOS COM DOENÇA DE PARKINSON: UM ESTUDO DE VALIDAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC II) apresentado pela aluna Ana Beatriz Bertoldo Palitó, do Curso de Bacharelado em Fisioterapia, da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, tendo obtido o conceito de _____, conforme a apreciação da Banca Examinadora.

Aprovado em ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Ms. Laura de Sousa Gomes Veloso
FACENE - Faculdade de Enfermagem Nova Esperança
Orientadora

Prof.^a Dr.^a Danyelle Nóbrega de Farias
FACENE - Faculdade de Enfermagem Nova Esperança
Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Rafaela Faustino Lacerda de Souza
FACENE - Faculdade de Enfermagem Nova Esperança
Banca Examinadora

Dedico este Trabalho de Conclusão de Curso aos que me apoiaram durante toda a graduação. Primeiramente, dedico a Deus que possibilitou tantas graças em minha vida. Dedico aos meus pais por sempre terem feito o possível para a realização desse sonho. Vocês são a minha base e sem vocês nada seria possível. Por fim dedico aos meus familiares que sempre estiveram dispostos a me ajudar de forma direta ou indireta.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me dar a oportunidade de concluir essa pesquisa e por me dar suporte nos momentos em que não me senti capaz. Obrigada por tudo que fez por mim em todas as adversidades, mesmo sem eu perceber.

Agradeço principalmente aos meus pais, **Elizabeth Bertoldo** e **Djaires Almeida Palitot**, por terem feito tudo que estava ao seu alcance para me ajudar no que era possível e por acreditarem em mim. Eu amo vocês e fico feliz em dar esse orgulho!

Aos meus irmãos, **Bianka** e **João Vinicius**, obrigado por estarem aqui por mim. A todos da minha família, onde cada um do seu modo foi essencial para a construção da pessoa que sou hoje e por me dar forças para concluir esta etapa da minha vida, meu imenso agradecimento.

Agradeço também aos meus amigos de graduação e futuros colegas de profissão, o Orla, por todo apoio que me ofertaram em cada momento de estresse, para a conclusão dessa pesquisa. Por ouvir cada desabafo e por se fazerem fonte de calma, descontração e conhecimento, vocês foram fundamentais.

A minha querida orientadora e exemplo, Prof.^a **Ms. Laura de Sousa Gomes Veloso**, minha eterna gratidão por me ajudar durante todo esse percurso, por dedicar seu tempo entre tantas coisas para me orientar em cada detalhe. A mulher que é razão do meu amor pela Gerontologia só crescer, obrigada pelos conhecimentos passados e por garantir que esse projeto seja o melhor possível.

Quero agradecer, de modo geral, a todos os professores da FACENE que de certo modo fazem parte desse projeto, obrigada por todo aprendizado passado, por cada palavra de incentivo e por tornarem esse um processo leve e divertido. Obrigada pelo “Vai dar tudo certo!”, realmente deu.

Não poderia deixar de expressar minha gratidão a essas duas amigas e mulheres incríveis, **Ilaura Eduarda** e **Layza Simões**, que me ajudaram a cada passo desse longo processo, que por muitas vezes foram meu chão e não me permitiram desistir, sempre estiveram dispostas a me ajudar de qualquer maneira, com certeza eu não estaria aqui se não fosse por vocês. Obrigada, eu amo vocês.

Deixo meu imenso agradecimento a minha banca examinadora, Prof.^a **Dr^a Danyelle Nóbrega de Farias** e Prof.^a **Dr^a Rafaela Faustino Lacerda de Souza** pelas correções, apoio e contribuições que me fizeram concluir essa pesquisa da melhor maneira.

RESUMO

PALITÓ, Ana Beatriz Bertoldo. **Análise fisioterapêutica das atividades e participação social de idosos com doença de Parkinson: um estudo de validação.** 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, João Pessoa, 2022.

Introdução: Os distúrbios neuromotores que caracterizam a doença de Parkinson (DP) levam a um impacto na qualidade de vida do paciente, assim comprometendo a sua participação social. Portanto, faz-se necessária uma abordagem biopsicossocial que promova um reconhecimento mais amplo dos fatores ambientais e sociais que afetam as pessoas que vivem com DP. **Objetivo:** Validar o conteúdo proposto em um instrumento que avalie as atividades e participação social de idosos com DP. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo de validação de conteúdo e abordagem qualitativa. A amostra será do tipo não probabilística, obtida por conveniência composta, inicialmente, por 10 especialistas, de ambos os sexos. O estudo será dividido em três etapas: (1) Elaboração do instrumento de análise das atividades e participação social de idosos com DP através de dados levantados pela literatura atual; (2) Validação do instrumento por meio de fisioterapeutas-juízes. A validação acontecerá mediante um questionário realizado no *Google Forms*, o qual será enviado para os juízes por meio do aplicativo de mensagens instantâneas *Whatsapp* ou *e-mail*. As respostas emitidas serão processadas pelo *software IRaMuTeq*[®] e analisadas através da Análise Temática Categorial; (3) Reformulação do instrumento após as sugestões dos fisioterapeutas-juízes. **Resultados:** Foram divididos em 3 classes semânticas: “Classe 1 - Conhecimento sobre a DP”, “Classe 2 - Direcionamentos e sugestões para o instrumento proposto” e “Classe 3 - Aspectos gerais da avaliação fisioterapêutica na DP”. Principais sugestões para o instrumento: (1) Especificar melhor cada item; (2) Padronizar as alternativas; (3) Decidir se as respostas serão de acordo com a subjetividade do pesquisador. **Considerações finais:** O estudo se destina aos fisioterapeutas que atendem diretamente pacientes com DP e contribuiu para uma avaliação fisioterapêutica mais completa abordando todos os aspectos da vida do paciente e assim oferecer um tratamento mais eficaz e amplo.

Palavras-chave: Doença de Parkinson. Atividade. Participação. Idoso.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Etapas metodológicas propostas pelo estudo	21
Figura 2 - Classes Semânticas das Categorias Simbólicas	23

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição de frequência segundo os dados sociodemográficos referentes a sexo, faixa etária, escolaridade (n=8)	21
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição das palavras mais significativas, de acordo com a frequência total das ST na formação das Classes Semânticas (n=10)	23
Quadro 2 - Principais sugestões os entrevistados para o instrumento	26

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CL - Corpos de Lewy

COFFITO - Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

DP - Doença de Parkinson

GB - Gânglios da base

QV - Qualidade de Vida

OMS - Organização Mundial de Saúde

SN - Substância Negra

SNpc -Substância Negra Pars Compacta

SNM - Sintomas Não Motores

PDQ-39 - *Parkinson Disease Questionary 39*

PDQL - *Parkinson's Disease Quality of Life Questionnaire*

PIMS - *Parkinson's Impact Scale*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 MATERIAIS E MÉTODOS	15
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS	28
APÊNDICES	34
ANEXOS	43

Resumo

Introdução: Os distúrbios neuromotores que caracterizam a doença de Parkinson (DP) levam a um impacto na qualidade de vida do paciente, assim comprometendo a sua participação social. Portanto, faz-se necessária uma abordagem biopsicossocial que promova um reconhecimento mais amplo dos fatores ambientais e sociais que afetam as pessoas que vivem com DP. **Objetivo:** Validar o conteúdo proposto em um instrumento que avalie as atividades e participação social de idosos com DP. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo de validação de conteúdo e abordagem qualitativa. A amostra será do tipo não probabilística, obtida por conveniência composta, inicialmente, por 10 especialistas, de ambos os sexos. O estudo será dividido em três etapas: (1) Elaboração do instrumento de análise das atividades e participação social de idosos com DP através de dados levantados pela literatura atual; (2) Validação do instrumento por meio de fisioterapeutas-juízes. A validação acontecerá mediante um questionário realizado no *Google Forms*, o qual será enviado para os juízes por meio do aplicativo de mensagens instantâneas *Whatsapp* ou *e-mail*. As respostas emitidas serão processadas pelo *software IRaMuTeq*[®] e analisadas através da Análise Temática Categorial; (3) Reformulação do instrumento após as sugestões dos fisioterapeutas-juízes. **Resultados:** Foram divididos em 3 classes semânticas: “Classe 1 - Conhecimento sobre a DP”, “Classe 2 - Direcionamentos e sugestões para o instrumento proposto” e “Classe 3 - Aspectos gerais da avaliação fisioterapêutica na DP”. Principais sugestões para o instrumento: (1) Especificar melhor cada item; (2) Padronizar as alternativas; (3) Decidir se as respostas serão de acordo com a subjetividade do pesquisador. **Considerações finais:** O estudo se destina aos fisioterapeutas que atendem diretamente pacientes com DP e contribuiu para uma avaliação fisioterapêutica mais completa abordando todos os aspectos da vida do paciente e assim oferecer um tratamento mais eficaz e amplo.

Palavras-chave: Doença de Parkinson. Atividade. Participação. Idoso.

Abstract

Introduction: The neuromotor disorders that characterize Parkinson's disease (PD) lead to an impact on the patient's quality of life, thus compromising their social participation. Therefore, a biopsychosocial approach is needed that promotes a broader recognition of the environmental and social factors that affect people living with PD. **Objective:** To validate the content proposed in an instrument that assesses the activities and social participation of elderly people with PD. **Materials and Methods:** This is a content validation study with a qualitative approach. The sample will be non-probabilistic, obtained by convenience, initially composed of 10 specialists, of both sexes. The study will be divided into three stages: (1) Development of the instrument to analyze the activities and social participation of elderly people with PD through data collected in the current literature; (2) Validation of the instrument by physical therapists-judges. Validation will take place through the questionnaire carried out on *Google Forms*, which will be sent to the judges through the instant messaging

¹ Graduanda em Fisioterapia pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. E-mail: bertoldopalito@gmail.com

² Fisioterapeuta; Mestre em Enfermagem pela UFPB; docente do curso de Fisioterapia da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. E-mail: laurasgveloso@hotmail.com

application Whatsapp or email. The answers issued will be processed by the IRaMuTeq® software and analyzed using Categorical Thematic Analysis; (3) Reformulation of the instrument after the suggestions of the physical therapists-judges. **Results:** They were divided into 3 semantic classes: "Class 1 - Knowledge about PD", "Class 2 - Directions and suggestions for the proposed instrument" and "Class 3 - General aspects of physical therapy assessment in PD". Main suggestions for the instrument: (1) Better specify each item; (2) Standardize the alternatives; (3) Decides whether the answers will be in accordance with the researcher's subjectivity. **Final considerations:** The study is intended for physical therapists who directly care for patients with PD and contributed to a more complete physical therapy assessment addressing all aspects of the patient's life and thus offering a more effective and comprehensive treatment.

Keywords: Parkinson's Disease. Activity. Participation. Aged.

1 INTRODUÇÃO

A doença de Parkinson (DP) é o distúrbio neurodegenerativo do movimento mais comum. Seus sintomas motores cardinais são tremor, rigidez, bradicinesia/acinesia e instabilidade postural, mas o quadro clínico inclui outros sintomas motores e não motores. As marcas patológicas da DP são a perda de neurônios dopaminérgicos na substância negra (SN) pars compacta (SNpc) e o acúmulo de α -sinucleína mal dobrada, que é encontrada em inclusões intracitoplasmáticas chamadas Corpos de Lewy (CL) ⁽¹⁾.

Um estudo estimou a herdabilidade da DP em apenas 30%, sugerindo que a maioria do risco de DP está relacionada a fatores ambientais e comportamentais. A exposição a produtos químicos tóxicos e ferimentos na cabeça são fatores de risco, ao mesmo tempo em que certos fatores de estilo de vida podem diminuir o risco ⁽²⁾. Há várias décadas é reconhecida uma associação entre envelhecimento e DP. O envelhecimento é o principal fator de risco para o desenvolvimento da DP. Observa-se que as maiores possibilidades fisiopatológicas de acontecerem os distúrbios neuromotores que caracterizam os sinais e sintomas da DP, ocorrem durante o processo de envelhecimento cerebral ⁽³⁻⁴⁾.

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram que aproximadamente 1% da população mundial com idade superior a 65 anos tem DP. No Brasil, estima-se que 200 mil pessoas sofram com o problema. A prevalência da DP é maior em homens do que em mulheres, independentemente da raça e localização. Em estimativas baseadas na utilização de cuidados de saúde, a incidência de DP varia de 5 por 100.000 a mais de 35 por 100.000 novos casos anuais. A incidência aumenta 5 a 10 vezes da sexta a nona décadas de vida. Conforme a população global envelhece, a prevalência de DP deve aumentar dramaticamente, dobrando nas próximas duas décadas ^(2,5-6).

Além dos sintomas motores a DP também é caracterizada por vários sintomas não motores (SNM) tais como alterações do olfato, distúrbios do sono, hipotensão postural, constipação, mudanças emocionais, depressão, ansiedade, sintomas psicóticos, prejuízos cognitivos, demência, os quais têm um maior impacto na qualidade de vida (QV) do que as anormalidades motoras. Algumas pessoas com DP fazem uso de medicamentos, que trazem efeitos colaterais, como mudanças no funcionamento corporal, discinesias e períodos “*off*”. Devendo-se prestar atenção também a tais efeitos colaterais ⁽⁷⁻⁹⁾.

Existe um comprometimento na QV do paciente, prejudicando o relacionamento com elementos do ambiente e o estado mental, o que compromete a sua participação social. Pesquisas mostram que as queixas dos pacientes divergem significativamente quando

comparadas àqueles sintomas priorizados na terapia de rotina em DP. Por ser uma doença progressiva que usualmente causa incapacidade grave após 10 a 15 anos, a DP tem elevado impacto social e financeiro, particularmente na população mais idosa. As atividades instrumentais e básicas de vida diária são afetadas diretamente pela progressão da doença, dificultando a atividade e participação social de pacientes com DP e assim atingindo sua autonomia e independência funcional ^(7,9-10).

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) foi desenvolvida pela OMS em 2001, surgiu como uma ferramenta para classificar e identificar fatores, que além da condição de saúde, estejam interferindo na funcionalidade de sujeitos na realização de atividades ⁽¹¹⁾.

Um estudo comprovou que a maioria dos profissionais que podem fazer uso da CIF não a conhece. Esse fato mostra a relevância de uma maior divulgação desta ferramenta entre os profissionais da saúde, a fim de que sua utilização e entendimento atinjam as proporções desejadas, contribuindo para a ampliação do modelo de saúde universal, permitindo direcionar as ações de saúde às reais necessidades dos pacientes e estruturar a prática profissional ⁽¹²⁾.

Tais evidências permitem levantar o seguinte questionamento: “Como a análise da atividade e participação social de idosos com doença de Parkinson pode ser realizada nas práticas fisioterapêuticas a partir do contexto biopsicossocial?”.

Portanto, o presente estudo tem como principal objetivo validar o conteúdo proposto em um instrumento que avalie as atividades e participação social de idosos com doença de Parkinson.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

A referida pesquisa caracteriza-se como um estudo metodológico, descritivo, apresentando uma análise qualitativa dos dados, a fim de validar o conteúdo proposto em um instrumento que avalie as atividades e participação social de idosos com doença de Parkinson. A pesquisa metodológica envolve análise dos métodos de aquisição e distribuição de dados e controle de pesquisas rigorosas. Os estudos metodológicos focam no desenvolvimento, na validação e na avaliação de procedimentos, ferramentas e estratégias metodológicas ⁽¹³⁻¹⁴⁾.

O estudo transcorreu em ambiente virtual por meio do *Google Forms* para coleta de informações sobre o instrumento que foi construído a partir de um levantamento da literatura vigente.

A amostra foi composta, inicialmente, por 10 fisioterapeutas especialistas de ambos os sexos, que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa, expresso pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - Apêndice A), após atenderem aos critérios de inclusão estabelecidos para o referido estudo. Dessa forma, o referido espaço amostral foi considerado não probabilístico, obtido por conveniência.

Dos 10 fisioterapeutas convidados apenas oito concluíram a devolutiva em tempo hábil, compondo a amostra final em oito participantes.

Para participarem do presente estudo, os candidatos deveriam ser Fisioterapeutas, com pelo menos cinco anos de experiência profissional; serem especialistas em Fisioterapia Neurofuncional, Fisioterapia Gerontológica, Gerontologia ou em áreas afins.

Foram excluídos da participação do estudo, indivíduos que enviaram uma resposta tardia ao convite de participação, ultrapassando 30 dias após o envio; indivíduos que aceitaram o convite, porém apresentaram a devolutiva incompleta ou não realizaram a devolutiva do inventário; profissionais que não estejam atuando na assistência e/ou docência; fisioterapeutas que atuam exclusivamente na gestão; profissionais que, embora sejam especialistas nas áreas citadas, estejam desenvolvendo suas atividades em outras áreas da fisioterapia.

A escolha dos participantes, denominados fisioterapeutas-juízes, aconteceu por meio de indicações entre profissionais de Fisioterapia que assistem pacientes diagnosticados com a doença de Parkinson em suas rotinas terapêuticas. Os participantes, uma vez escolhidos, foram recrutados para a contribuição ao estudo através de convites por meio do aplicativo de mensagens instantâneas *Whatsapp* e posterior envio da carta convite por *e-mail*, incluindo o *link* de acesso ao formulário de avaliação do instrumento.

Aos que aceitaram o convite, foram esclarecidos todos os objetivos e expectativas do instrumento proposto e como contribuiram para a elaboração do mesmo. Os participantes foram instruídos a realizarem a leitura do TCLE (Apêndice A) que precede o questionário e, caso necessitem de uma cópia do termo, puderam requisitar a pesquisadora responsável pelo *e-mail*.

A coleta de dados foi realizada em três etapas, a saber: (1) Elaboração do instrumento de análise das atividades e participação social de idosos com doença de Parkinson através de dados levantados pela literatura atual; (2) Validação do instrumento por meio de fisioterapeutas-juízes; (3) Reformulação do instrumento após as sugestões dos fisioterapeutas-juízes.

Durante a **fase 1** do estudo, o instrumento que foi validado teve o seu conteúdo baseado nos seguintes instrumentos direcionados a pessoa com DP: *Parkinson Disease Questionary 39* (PDQ-39); *Parkinson's Impact Scale* (PIMS); *Parkinson's Disease Quality of Life*

Questionnaire (PDQL). Além da ferramenta Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

A PDQ-39 é um exemplo de instrumento que aborda a DP por meio do conceito biopsicossocial. Trata-se de uma escala específica de avaliação da QV na DP, projetada por Peto et al (1997). A escala possui 39 itens que podem ser respondidos com cinco opções diferentes, onde o menor escore reflete em uma maior QV. Em 2005, a tradução para o português do Brasil foi realizada na *Health Services Research Unit (Department of Public Health and Primary Care, University of Oxford)*, tornou-se um instrumento de aplicabilidade fácil que é amplamente utilizado em diversas pesquisas ⁽¹⁵⁾.

A PIMS desenvolvida por Calne et al. (1996) é uma escala com sistema de cinco avaliações (0 = nenhuma mudança, 1 = impacto baixo, 2 = impacto moderado, 3 = médio, uma influência forte e 4 = uma influência forte) significa que o paciente avalia o impacto da doença nas dez esferas da vida. Sendo elas: 1) Os fenômenos de autoestima positiva (autoestima, felicidade, otimismo), 2) Autoavaliação dos efeitos negativos (nível de estresse, ansiedade ou depressão), 3) Relações familiares, 4) Relacionamento com meio ambiente 5) Trabalho: 6) Saídas de casa (para trabalho, reuniões, etc.), 7) Lazer e recreação, 8) Segurança (evitar lesões), 9) Segurança financeira, 10) Sexo. Devem ser avaliadas três vezes, com intervalos de um mês. Um maior escore reflete menor percepção quanto à QV. Essa escala não está disponível na versão brasileira ⁽¹⁶⁾.

Ainda segundo Opara et al. (2012) o PDQL foi desenvolvido por De Boer e col. (1996) e compõe 37 itens subdivididos em quatro domínios: sintomas parkinsonianos (14 itens), sintomas sistêmicos (7 itens), função social (7 itens) e função emocional (9 itens). O tempo de investigação é referido aos últimos três meses e as possíveis pontuações para cada item são: 1 (o tempo todo), 2 (quase sempre), 3 (algumas vezes), 4 (poucas vezes) e 5 (nunca). O escore para cada domínio é determinado pela média dos pontos de cada item deste domínio. Considera-se dado perdido somente quando o número de itens não respondido é superior a 50% dos itens do domínio em questão. A soma da pontuação média de cada domínio é efetuada e altos escores refletem melhor percepção do indivíduo em relação a sua QV.

A CIF apresenta-se dividida em três pilares, sendo eles: funções do corpo e estruturas do corpo, atividades e participação e fatores ambientais. De acordo com a OMS, o pilar da “Atividade e Participação” também deve utilizar suas duas classificações em paralelo. A atividade é definida como a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo e a participação é o envolvimento em uma situação da vida. Para classificar esse pilar são empregados termos como, limitações e restrições. Limitações de atividade são dificuldades que uma pessoa pode

encontrar na realização de atividades e restrições de participação são complicações que uma pessoa pode vivenciar no envolvimento nos cenários da vida ⁽¹⁷⁾.

O instrumento proposto avalia as atividades e participação social de idosos com doença de Parkinson e compreende 20 itens que podem ser respondidos com cinco opções diferentes de resposta: “Sem dificuldades”; “Dificuldade leve”; “Dificuldade moderada”; “Dificuldade severa” ou “Dificuldade completa”. As pontuações em cada item variam de 0 (Sem dificuldades) a 4 (Dificuldade completa).

O instrumento foi dividido em duas dimensões: Atividade e Participação Social. A dimensão “Atividade” é analisada por meio de 10 componentes: “Capacidade em realizar uma única tarefa”; “Capacidade em realizar tarefas múltiplas”; “Capacidade de cuidar da própria saúde”; “Capacidade de realizar higiene pessoal”; “Capacidade de se comunicar verbalmente”; “Capacidade de se comunicar através de dispositivos (telefone, aplicativos de conversação, e-mail, entre outros)”; “Capacidade de mudar e manter a posição do corpo”; “Capacidade de andar e deslocar-se por diferentes locais”; “Capacidade de manusear objetos”; “Capacidade de realizar tarefas domésticas” (Apêndice B).

A dimensão “Participação Social” é composta por 10 itens, a serem analisados, sendo eles: “Capacidade de relacionamentos interpessoais sociais gerais”; “Capacidade de relacionamentos interpessoais familiares e íntimos”; “Capacidade para executar atividades educativas formais e informais”; “Capacidade para executar atividades laborais (remuneradas ou não remuneradas)”; “Capacidade para realizar transações econômicas (básicas ou complexas)”; “Capacidade de controlar recursos econômicos pessoais para segurança econômica”; “Capacidade para desenvolver ações em vida comunitária”; “Capacidade para participar de eventos religiosos”; “Capacidade de envolver-se em atividades propostas por instituições educativas”; “Capacidade de lidar com o estresse e outras exigências psicológicas” (Apêndice B).

O escore total para cada indivíduo é calculado de acordo com a seguinte fórmula: $100 \times (\text{soma das pontuações do paciente nas 20 questões} / 80)$. O escore total do instrumento varia de 0 (zero) a 100 (cem) por cento, categorizado como: 0-20 Péssima QV; 20-40 Ruim QV; 40-60 Regular QV; 60-80 Boa QV e 80-100 Ótima QV ⁽¹⁸⁾.

Os itens do instrumento tiveram como base os pilares de Delors, que correspondem a quatro pilares base da educação, a saber: Aprender a conhecer, que se relaciona ao ato de compreender para beneficiar-se das oportunidades oferecidas pela educação ao longo da vida; Aprender a fazer, que se refere a adquirir não só uma qualificação profissional, mas obter a competência de enfrentar inúmeras situações adversas desenvolvendo práticas e conhecimentos

qualitativos; Aprender a conviver, são habilidades relacionadas a construção coletiva, contribuindo com os outros no desenvolvimento de todas as atividades e projetos, um pilar importante na área da saúde para o indivíduo que faz parte da equipe multidisciplinar; Aprender a ser, através da capacidade de desenvolver uma personalidade de valores próprios e autonomia, para que o indivíduo cresça e desenvolva-se da melhor forma possível ^(13, 19).

A **fase 2** do estudo contou com a participação de fisioterapeutas-juízes para a validação do instrumento de análise. Por meio de um questionário aplicado no *Google Forms*, os participantes realizaram um *feedback* do novo instrumento, trazendo sugestões sobre o que deveria ser adicionado ou removido quanto ao conteúdo e estrutura do mesmo, com o objetivo de torná-lo adequadamente aplicável durante a prática fisioterapêutica.

Na **fase 3** do estudo, após as devolutivas da avaliação do instrumento com as recomendações necessárias, houve uma readequação do produto no qual foram acrescentados e retirados todos os itens propostos, visando um instrumento mais eficaz e objetivo para o uso dos profissionais de saúde.

O questionário de análise do instrumento disponibilizado no *Google Forms* para os juízes contém o TCLE (Apêndice A) e as seguintes perguntas: “Sexo”; “Tempo de atuação na fisioterapia”; “Possui especialização ou pós-graduação na área de Fisioterapia Neurofuncional, Fisioterapia Gerontológica, Gerontologia ou em áreas afins?”; “Esse instrumento é de fácil entendimento para os fisioterapeutas?”; “Esse instrumento é de fácil aplicabilidade para avaliar as atividades e participação social de idosos com doença de Parkinson?”; “O instrumento oferece uma visão biopsicossocial para o tratamento da doença de Parkinson sobre o idoso?”; “O instrumento possibilita uma análise crítica/reflexiva da condição cinética e funcional do paciente?”; “O instrumento permite o desenvolvimento de debates multiprofissional e transdisciplinar entre os membros da equipe de saúde?”. Cada item do instrumento foi avaliado como “Atende ao objetivo”, “Não atende ao objetivo” e “Oriento mudanças”. Ao final foi aberto um espaço para modificações e sugestões de nomes para o instrumento pelos fisioterapeutas-juízes.

Os dados empíricos (variáveis dependentes e independentes), obtidos através das entrevistas semiestruturadas foram transcritos e posteriormente organizados em um banco de dados preparado especificamente para ser processado no *software* IRaMuTeQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Texte set de Questionnaires*), versão 0.7 alfa, a partir do seu *corpus*. Este *software* foi desenvolvido pelo pesquisador francês Pierre Ratinaud em 2009 e começou a ser utilizado no Brasil em 2013. Trata-se de um programa informático gratuito, que permite diferentes formas de análises estatísticas sobre corpus textuais, desde

análises mais simples como estatísticas textuais clássicas (cálculo de frequência de palavras) até análises multivariadas: pesquisa de especificidades de grupos; Classificação Hierárquica Descendente (CHD); análises de similitude e nuvem de palavras ⁽²⁰⁾.

Para melhor interpretação, os resultados foram tratados com o uso da Técnica de Análise de Conteúdo Categórica Temática, seguindo as etapas que se organizam em torno de três polos cronológicos: 1) Pré-análise, que se baseia na leitura flutuante e na constituição do *corpus*, além da seleção de unidades de contexto e de registros, assim como o processo de categorização simbólica *a posteriori*, com decodificação e *texting* da técnica selecionada; 2) Exploração do material e 3) Tratamento dos resultados, abordando a inferência e a interpretação, seguindo as teorias biológicas do envelhecimento ⁽²¹⁾.

Os dados sociodemográficos foram tabulados e processados estatisticamente através do programa SPSS 21.0, empregando as ferramentas da estatística descritiva (média e desvio padrão). Após o processamento e análise de todos os dados foram interpretados e sustentados pelo referencial teórico adotado para este estudo.

O presente estudo foi submetido e apreciado à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança sob o nº do parecer 5.313.086. Ressalta-se que, para a realização do estudo proposto, foram obedecidos todos os critérios estabelecidos pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre ética em pesquisas com seres humanos. A participação dos indivíduos será voluntária, e os participantes assinarão um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice A). O projeto está vinculado à resolução de 24 de Fevereiro de 2021 da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP), obedecendo todas as orientações propostas frente ao cenário pandêmico enfrentado.

Em resumo a **Figura 1** traz o esquema completo das etapas metodológicas propostas pelo estudo.

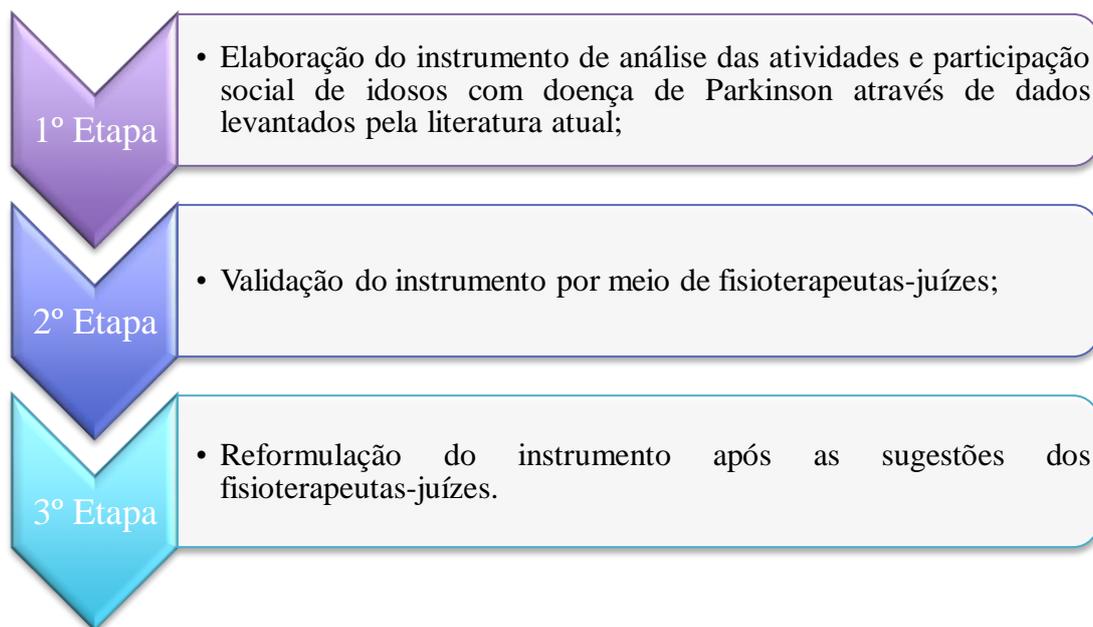


Figura 1. Etapas metodológicas propostas pelo estudo.

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil dos atores desse estudo é apresentado pela Tabela 1, que descreve as principais características sociodemográficas referentes ao sexo, possuir especialização na área de Fisioterapia Neurofuncional, Fisioterapia Gerontológica, Gerontologia ou em áreas afins, além do tempo de atuação profissional como fisioterapeuta. Observou-se que a maior parte dos entrevistados se declarou especialista nas áreas supracitadas (n=5), com mais de uma década de experiência profissional (n=5).

Tabela 1. Distribuição de frequência segundo os dados sociodemográficos referentes a sexo, faixa etária, escolaridade (n=8).

<i>Variáveis</i>		<i>n</i>
<i>Sexo</i>	Masculino	1
	Feminino	7
<i>Especialização em Fisioterapia Neurofuncional ou Gerontologia</i>	Sim	5
	Não	3
<i>Tempo de atuação</i>	Entre 5 e 10 anos	4
	Entre 10 e 20 anos	3
	Mais de 20 anos	1

(n) frequência

*Estatisticamente significativo.

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Cabe ressaltar que tanto o referido estudo como os dados sociodemográficos acima apresentados, revelam que a formação generalista do fisioterapeuta o possibilita atuar em áreas transversais de sua formação. A Fisioterapia é definida pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) como a Ciência da Saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas ⁽²²⁾.

A fisioterapia atua em diversas áreas como: Fisioterapia Aquática, Cardiovascular, Dermatofuncional, Esportiva, em Gerontologia, do Trabalho, Neurofuncional entre outras. Com o objetivo de identificar e maximizar a qualidade de vida e de potencial de movimento de cada pessoa, dentro das áreas da promoção, prevenção, tratamento, intervenção, habilitação e reabilitação da saúde ⁽²²⁾.

A análise do corpus textual, referente às respostas produzidas pelos fisioterapeutas-juízes, resultou em uma participação de 558 formas (palavras) em texto analisados pelo software IRaMuTeq. Desse montante, observou-se 331 formas ativas (palavras aproveitadas), com frequência média de ocorrência de 3,21 palavras por segmento, definindo 122 segmentos (frases) de texto classificados, com um aproveitamento de 77,87%, de acordo com a Classificação Hierárquica Descendente (CHD). No que se refere às sugestões para aperfeiçoamento do Protocolo, 03 classes semânticas emergiram a partir dos segmentos classificados.

A Figura 2 traz o Dendrograma que ilustra as relações entre as classes semânticas formadas. No primeiro momento, o corpus deu início à formação da Classe 3, que se partiu e originou a Classe 1. Num segundo momento, a Classe 3 se repartiu mais uma vez, contribuindo para a formação da Classe 2. Dessa forma, a Classificação Hierárquica Descendente mostrou-se estável ao originar três classes compostas por unidades semânticas semelhantes e interligadas, sendo elas: **Classe 1** “Conhecimento sobre a doença de Parkinson”; **Classe 2** “Direcionamentos e sugestões para o instrumento proposto”; **Classe 3** “Aspectos gerais da avaliação fisioterapêutica na DP”.

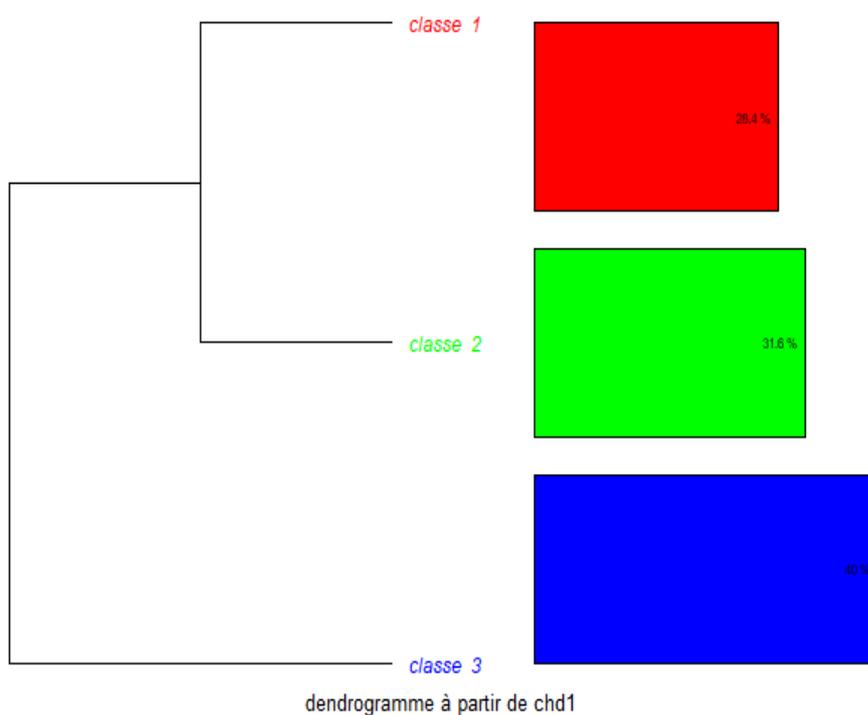


Figura 2. Classes Semânticas das Categorias Simbólicas.
Dados da pesquisa, 2022.

As classes podem denotar as possíveis imagens e atitudes adotadas pelos participantes frente ao objeto estudado, reproduzindo conceitos individuais ou coletivos apreendidos ao longo da formação acadêmica e das práticas profissionais vivenciadas ⁽²³⁾.

O quadro abaixo apresenta o produto da Classificação Hierárquica Descendente (CDH), a partir das palavras que apresentaram frequência ≥ 3 e $\chi^2 \geq 3,84$, equivalendo a uma significância de 95% ($p < 0,005$), evidenciando os participantes que mais contribuíram para a construção de cada uma das classes semânticas, assim como o tempo de atuação profissional mais significativo.

Quadro 1. Distribuição das palavras mais significativas, de acordo com a frequência total das ST na formação das Classes Semânticas (n=10)

Classe 1- Conhecimento sobre a doença de Parkinson 27/95 (28,42%)		Classe 2 – Direcionamentos e sugestões para o instrumento proposto 30/95 (31,58%)		Classe 3 – Aspectos gerais da avaliação fisioterapêutica na DP 38/35 (40%)	
Palavra	Chi ²	Palavra	Chi ²	Palavra	Chi ²
Doença	28.45	Aplicar	32.63	Questão	40.81
Formal	22.15	Pesquisador	24.22	Pergunta	20.6
Cuidado	19.03	Pensar	22.27	Paciente	20.07
Idoso	19.03	Instrumento	17.75	Realizar	16.76
Especificar	18.15	Questionamento	16.37	Resposta	16.76

Ambiente externo	13.29	Item	13.88	Comentário	16.76
Movimento	10.52	Uniformizar	9.05	Fisioterapeuta	16.76
Lentidão	10.52	Participação social	9.05	Parecer	14.91
Quedas	10.52	Objetivo	6.71	Padronizar	9.61
Parkinson	10.52	Identificar	6.71	Termo	9.61
Deslocamento	7.8	Exame	6.15	Definir	9.61
Variáveis e p-valor		Variáveis e p-valor		Variáveis e p-valor	
*sex 002	0,0005	*n 001	0,0005	*n 006	0,00104
*n 008	0,0233	*TA 003	0,0001	*TA 002	0,00298

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

*grupo que mais contribuiu para a formação da classe.

N: sujeito; sex: sexo; TA: Tempo de atuação profissional.

chi²: qui-quadrado.

A Classe 1 - “Conhecimento sobre a doença de Parkinson” detém 27 Segmentos de Texto (ST), com percentualidade de 28,42%, sendo representada por homens que atuam no mercado fisioterapêutico há mais de 10 anos. Palavras como *doença, cuidado, formal, idoso, Parkinson* foram os ST mais evocados, com significância maior que 95% ($p < 0,005$) e $\chi^2 > 3,84$. Tais palavras evocam os conceitos elaborados pelos participantes sobre a Doença de Parkinson (DP), inerentes à formação acadêmicas e à prática clínica, assim como sua associação com o envelhecimento e com os cuidados terapêuticos convencionais.

A doença de Parkinson, descrita por James Parkinson em 1817, é uma doença neurodegenerativa causada pela morte de neurônios dopaminérgicos nos núcleos da base (GB), que apresentam inclusões intracitoplasmáticas conhecidas como CL levando a sintomas hipocinéticos. É distribuída por todo o mundo e atinge todas as classes socioeconômicas e etnias. Todas as causas da DP a associam à um risco aumentado de mortalidade, uma redução na expectativa de vida e incapacidade grave. É uma doença eventual e apenas 10% –15% dos casos estão relacionados à herança genética. Sua incidência e prevalência aumentam com a idade ^(1,7,24).

Há várias décadas é reconhecida uma associação entre envelhecimento e DP. O envelhecimento é o principal fator de risco para o desenvolvimento da DP e está incorporado em alguns modelos de sua etiologia. Tal como acontece com outros sistemas orgânicos, as capacidades funcionais do cérebro diminuem progressivamente durante o envelhecimento, como reduções na matéria cinzenta e branca e um aumento associado dos ventrículos cerebrais. Assim, observa-se que as maiores possibilidades fisiopatológicas de acontecerem os distúrbios neuromotores que caracterizam os sinais e sintomas da DP, ocorrem durante o processo de envelhecimento cerebral ⁽³⁻⁴⁾.

Ademais, os termos *movimento e lentidão* reforçam as alterações cinéticas e funcionais decorrentes da DP, incluindo a instabilidade postural, que ocasiona as *quedas em ambiente*

externo, o que vem a comprometer ainda mais a independência funcional e a autonomia desses idosos.

As quedas são comuns na DP, devido às alterações motoras e não motoras que a doença causa. As pessoas com DP obtêm maior risco de acidentes por quedas quando comparados aos controles saudáveis, o risco de quedas entre pessoas com DP justifica-se pelo prejuízo motor causado pela doença. Tanto as quedas quanto a instabilidade postural afetam negativamente a QV relacionada à saúde na DP ⁽²⁵⁻²⁶⁾.

Um estudo comprovou que 45% e 68% das pessoas com DP cairão a cada ano, com proporção entre 50 e 86% caindo recorrentemente. O fator de risco mais consistentemente relatado para quedas na DP é uma história prévia de quedas, pessoas com DP têm cerca de 3 vezes mais chances de sofrer uma queda do que seus companheiros, e até 50% das quedas na DP resultam em lesão. As mulheres de qualquer idade parecem estar em alto risco de cair, enquanto para os homens, a probabilidade de cair aumenta apenas com a idade ⁽²⁵⁻²⁶⁾.

A **Classe 2**, denominada “**Direcionamentos e sugestões para o instrumento proposto**”, é formada por 30 Segmentos de Texto (ST), o que equivale a 31,5% do material retido. Essa classe traz as percepções de fisioterapeutas com mais de 20 anos de experiência profissional, especialistas em áreas afins, cujos conteúdos estão relacionados ao processo de avaliação fisioterapêutica proposto pelo instrumento, a partir do conhecimento e da experiência técnica adquiridos ao longo da carreira.

Palavras como *aplicar, pesquisador, uniformizar e participação social* sugerem que instrumento deve passar por mudanças para tornar viável a reaplicação da proposta entre os profissionais e pesquisadores que venham a se debruçar sobre a avaliação cinética e funcional na DP.

As impressões dessa classe são evidenciadas nas falas descritas a seguir:

[...] penso que a tarefa precisa ser especificada qual é essa única tarefa, qual a tarefa em teste... isso possibilita que outro pesquisador aplique o instrumento para uniformizar. Outro ponto, as tarefas devem especificar entre parênteses... isso uniformiza para que outro pesquisador ao acessar o instrumento possa aplicar nas mesmas condições, segundo a OMS [...] (Suj. 01).

[...] talvez fosse bom distinguir no enunciado refletir existe uma gama de atividades laborais inserir a exemplo de sim todavia sugiro deixar mais claro alguns questionamentos conforme sugestões nos itens permite de uma maneira generalista [...] (Suj. 05).

[...] *se a escalar não possuir algum elemento a mais por que não utilizar a própria CIF por meio da indicação de domínios específicos algo como um core set da CIF para as atividades e participação social de idosos com DP [...]* (Suj. 06).

A avaliação fisioterapêutica deve ser realizada de forma global, não apenas com foco na patologia ou incapacidade, quando realizada nos princípios da CIF, compreende o indivíduo em diferentes perspectivas: biológica, individual e social. Direcionado por esse modelo, o profissional pode identificar as capacidades e as limitações nas três perspectivas que envolvem a saúde e desenvolver um plano de tratamento centrado no paciente. O uso da CIF pode ser uma forma de organizar e registrar o planejamento ambiental, social e político na atenção ao processo de saúde do indivíduo com DP ⁽²⁷⁾.

Quadro 2. Principais sugestões os entrevistados para o instrumento.

PRINCIPAIS SUGESTÕES PARA O INSTRUMENTO
1. Especificar melhor cada item.
2. Padronizar as alternativas: se a questão pergunta sobre “Capacidade” se pergunta sobre capacidade, responder com CAPACIDADE ou ajustar a pergunta e manter as respostas com dificuldade.
3. Decidir se as respostas serão de acordo com a subjetividade do pesquisador (o que é leve para um, pode ser moderado para outro).

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

O quadro acima apresenta as principais sugestões dadas pelos entrevistados que foram acrescentadas ou retiradas, havendo assim a reformulação do instrumento proposto. (1) Especificar melhor cada item: Cada item foi revisto e especificado de acordo com a necessidade percebida; (2) Padronizar as alternativas: se a questão pergunta sobre “Capacidade” se pergunta sobre capacidade, responder com CAPACIDADE ou ajustar a pergunta e manter as respostas com dificuldade. Ex.: “Dificuldade em realizar uma única tarefa”; (3) Decidir se as respostas serão de acordo com a subjetividade do pesquisador: pois o que é leve para um, pode ser moderado para outro. Dentre outras sugestões que também foram acatadas de acordo com a necessidade, visando sempre um instrumento mais eficaz e objetivo. O instrumento sem alterações pode ser visualizado no Apêndice C.

De acordo com a **Classe 3 - “Aspectos gerais da avaliação fisioterapêutica na DP”**, que inclui 38 dos 95 Segmentos de Texto retidos (40%), os participantes expressam a dimensão atitudinal sobre os aspectos gerais da avaliação fisioterapêutica direcionada ao idoso com DP.

Essa classe é formada por profissionais que atuam como fisioterapeutas entre 10 e 20 anos que ainda destacam a necessidade uma avaliação das atividades e participação social de idosos com DP de acordo com o conceito de saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Os conteúdos acima referidos podem ser visualizados nos discursos participantes que mais contribuíram para a formação da classe, de acordo com a análise do *chi*²:

[...] a questão está relacionada ao objeto de estudo e precisa que o pesquisador padronize e direcione melhor a questão, caso seja direcionada ao paciente, como por exemplo, o senhor se sente capaz de realizar [...] (Suj. 01).

[...] o paciente será orientado a realizar alguma atividade antes desta pergunta não seria interessante incluir qual foi a atividade solicitada para execução quais tarefas múltiplas são essas ou ainda o avaliador deve ter já alguma experiência com o paciente para responder com base nisso [...] (Suj. 02).

[...] possa aplicar nas mesmas condições segundo a OMS cuidar da saúde envolve a pessoa física mental social e espiritualmente [...] (Suj. 04).

A saúde foi definida em 1947 pela OMS como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. Portanto, a avaliação fisioterapêutica analisa todos esses aspectos a fim de garantir um tratamento seguro e efetivo. A avaliação é dividida por dois domínios: a anamnese e o exame físico. A anamnese é a entrevista com o paciente onde ele relata sobre sua condição atual de saúde, cabe ao fisioterapeuta direcionar as perguntas para que não fique sem as informações essenciais. Por sua vez, o exame físico avalia os aspectos físicos, como alterações, deformidades aparentes e postura, além dos como os movimentos do corpo no geral ⁽²⁸⁾.

A DP é uma doença com encargos emocionais, econômicos e sociais para os pacientes e cuidadores. A atenção a todos os fatores incluídos na CIF é essencial para o cuidado integral do paciente com DP. O tratamento multidisciplinar é uma ampla variedade de disciplinas de saúde que tem como objetivo apoiar pessoas com DP para lidar melhor com as consequências de sua doença nas atividades diárias. Esse tratamento torna-se eficaz quando ambas as disciplinas se concentram em aspectos complementares e diferentes, tanto na avaliação quanto nas intervenções, ao mesmo tempo em que estão cientes das instruções e estratégias usadas por cada uma ^(1,29).

A fisioterapia baseada em evidências científicas é essencial para a valorização e o crescimento da profissão, melhorando a qualidade dos atendimentos e a satisfação do paciente.

A aplicação de intervenções baseadas em evidências é importante para que os pacientes recebam tratamentos eficazes e para diminuir os custos de saúde em geral. Sugere-se que os fisioterapeutas utilizem estudos para contribuir em suas tomadas de decisão para o plano de tratamento do paciente ⁽³⁰⁾.

Após as adequações o instrumento elaborado (Apêndice B) para o presente estudo corrobora com os achados de Silva et al. e Nickel et al. que evidenciam a importância da promoção e manutenção da Vida Comunitária, Social e Cívica para sujeitos com DP, a maioria dos pacientes em atendimento fisioterapêutico apresenta risco de quedas diminuído, bom estado cognitivo e emocional, com uma qualidade de vida moderada e pouca dificuldade para a marcha e realização de AVD ⁽³¹⁻³²⁾.

A análise da atividade e participação social de idosos com doença de Parkinson mostra-se relevante por identificar fatores não patológicos que interferem na funcionalidade da realização de Atividades de Vida Diária (AVDs), favorecer a construção de uma condição física integrada à inclusão ou a manutenção de idosos com doença de Parkinson como agente autônomo e participativo em seu contexto biopsicossocial.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo validar o conteúdo proposto em um instrumento que avalie as atividades e participação social de idosos com doença de Parkinson.

Os resultados do estudo foram interpretados por meio do resultado em χ^2 . Dividido em 03 classes que realizaram a associação da DP com o envelhecimento e com os cuidados terapêuticos convencionais e a sugestão de mudanças que instrumento deve passar para tornar viável a reaplicação da proposta entre os profissionais. Além de abordar a necessidade uma avaliação das atividades e participação social de idosos com DP de acordo com o conceito de saúde proposto pela OMS. As principais sugestões para a reformulação do instrumento foram: especificar os itens, padronizar as alternativas e decidir se as respostas serão de acordo com a subjetividade do pesquisador.

Algumas limitações foram apresentadas pelo estudo realizado, pelos participantes não demonstrarem a devolutiva do questionário em tempo hábil. Também há um limitado conhecimento sobre a CIF, como a CIF não faz parte do processo fisioterapêutico acaba sendo uma temática pouco discutida pelos fisioterapeutas e conseqüentemente pouco utilizada.

Por fim, o presente estudo que se destina aos fisioterapeutas que atendem diretamente pacientes com DP, contribuiu para uma avaliação fisioterapêutica mais completa ao abordar

todos os aspectos da vida do paciente e, desse modo, oferecer um tratamento mais eficaz e amplo. Disso, também apresentou uma nova perspectiva de avaliação dos impactos da DP em idosos, a fim de proporcionar uma identificação mais precisa dos problemas que as pessoas portadoras de DP enfrentam rotineiramente.

REFERÊNCIAS

1. Balestrino R, Schapira AHV. Parkinson disease. *European journal of neurology*. [Acesso em 13 setembro 2021]. 2020; 27 (1): 27-42. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ene.14108>
2. Simon DK, Tanner CM, Brundin P. Parkinson disease epidemiology, pathology, genetics, and pathophysiology. *Clinics in geriatric medicine*. [Acesso em 13 setembro 2021]. 2020; 36 (1): 1-12. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6905381/>
3. Collier TJ, Kanaan NM, Kordower JH. Aging and Parkinson's disease: different sides of the same coin? *Movement Disorders*. [Acesso em 13 setembro 2021]. 2017; 32 (7): 983-990. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5844262/>
4. Mattson MP, Arumugam TV. Hallmarks of brain aging: adaptive and pathological modification by metabolic states. *Cell metabolism*. [Acesso em 14 setembro 2021]. 2018; 27 (6): 1176-1199. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6039826/>
5. Khan AU, Akram M, Daniyal M, Zainab R. Awareness and current knowledge of Parkinson's disease: a neurodegenerative disorder. *International Journal of Neuroscience*. [Acesso em 15 setembro 2021]. 2019; 129 (1): 55-93. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29883227/>
6. Ascherio A, Schwarzschild MA. The epidemiology of Parkinson's disease: risk factors and prevention. *The Lancet Neurology*. [Acesso em 15 setembro 2021]. 2016; 15(12): 1257-1272. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27751556/>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Doença de Parkinson. [Acesso em 15 setembro 2021]. 2017; Portaria SAS/MS (10). Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/14/Portaria-Conjunta-PCDT-Doenca-de-Parkinson.pdf>
8. Pfeiffer RF. Non-motor symptoms in Parkinson's disease. *Parkinsonism & related disorders*. [Acesso em 15 setembro 2021]. 2016; 22: S119-S122. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26372623/>
9. Gibson G. What can the treatment of Parkinson's disease learn from dementia care; applying a bio-psycho-social approach to Parkinson's disease. *International journal of older people nursing*. [Acesso em 15 setembro 2021]. 2017; 12 (4): e12159. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28685944/>
10. Malak ALSB, Vasconcellos LF, Pereira JS, Greca DV, Cruz M, Alves HVD, Sptiz M, Charchat-Fichman H. Symptoms of depression in patients with mild cognitive impairment in Parkinson's disease. *Dement Neuropsychol*. [Acesso em 15 setembro 2021]. 2017; 11 (2): 145-153. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dn/a/8P57Ryq7ZdWp7DcDDLyTfpM/?lang=en&format=html#>
11. Andrade LELD, Oliveira NPDD, Ruaro JA, Barbosa IR, Dantas DDS. Avaliação do nível de conhecimento e aplicabilidade da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Saúde em Debate*. [Acesso em 16 setembro 2021]. 2017; 41: 812-823.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/j/sdeb/a/mJYtxs9Z9CJvcDgBJfgrZ3h/?format=html&lang=pt>

12. Alves MT, Cavalcanti A, Garavello I, Kososki E, Dutra FCMS. Desempenho ocupacional e aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) em um serviço de reabilitação. *Revista de Salud Pública*. [Acesso em 16 setembro 2021]. 2019; 21 (3). Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642019000303101

13. Melo WSD, Oliveira PJFD, Monteiro FPM, Santos FCDA, Silva MJND, Calderon CJ, Fonseca LNAD, Simão AAC. Guia de atributos da competência política do enfermeiro: estudo metodológico. *Revista Brasileira de Enfermagem*. [Acesso em 17 setembro 2021]. 2017; 70: 526-534. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/yS4P7CcCGqRNVbz8bgXjj4J/?lang=pt>

14. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9. ed. Artmed Editora; 2018. 456 p.

15. Silva JAMG, Dibai Filho AV, Faganello FR. Mensuração da qualidade de vida de indivíduos com a doença de Parkinson por meio do questionário PDQ-39. *Fisioterapia em movimento*. [Acesso em 18 setembro 2021]. 2011; 24: 141-146. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fm/a/3P7DDhHvv98wJHvBvsfbgzM/?format=pdf&lang=pt>

16. Opara JA, Brola W, Leonardi M, Błaszczyk, B. Quality of life in Parkinsons Disease. *Journal of medicine and life*. [Acesso em 18 setembro 2021]. 2012; 5 (4): 375. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23346238/>

17. Organização Mundial de Saúde. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. [Acesso em 22 abril 2022]. São Paulo: EDUSP; 2008. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=7gcSHZfozBkC&oi=fnd&pg=PA7&dq=29.+Organiza%C3%A7%C3%A3o+Mundial+de+Sa%C3%BAde.+CIF:+Classifica%C3%A7%C3%A3o+Internacional+de+Funcionalidade.+Incapacidade+e+Sa%C3%BAde.+S%C3%A3o+Paulo:+EDUSP%3B+2008.+Dispon%C3%ADvel+em:&ots=H32gseyDr5&sig=Wm8SBDUjrQIXijGfwBow2Hn0zvs#v=onepage&q&f=false>

18. Lana RC, Álvares LMRS, Nasciutti-Prudente C, Goulart FRP, Teixeira-Salmela LF, Cardoso FE. Percepção da qualidade de vida de indivíduos com doença de Parkinson através do PQD-39. *Brazilian Journal of Physical Therapy*. [Acesso em 26 setembro 2021]. 2007; 11: 397-402. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbfis/a/YGYBkFcYBSCferdHBhJG3gx/?format=pdf&lang=pt>

19. Delors J, Al-Mufti I, Amagi I, Carneiro R, Chung F, Geremek B, Gorham W, Kornhauser A, Manley M, Quero MP, Savané M, Singh K, Stavenhagen R, Suhr MW, Nanzhao Z. Educação: um tesouro a descobrir, relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. [Acesso em 20 setembro 2021]. 2010; UNESCO, ED.96/WS/9. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5938745/mod_resource/content/4/2012%20educ_tesouro_descobrir_Delors.pdf

30. Shiwa SR, Costa LOP, Moser ADDL, Aguiar IDC, Oliveira LVFD. PEDro: a base de dados de evidências em fisioterapia. *Fisioterapia em Movimento*. [Acesso em: 01 maio 2022]. 2011; 24: 523-533. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fm/a/9c55NMRqWCxRRsWpgpBjQTC/?format=pdf&lang=pt>
31. Silva DCLD, Vianna E, Martins CP, Martins JV, Rodrigues EDC, Oliveira LASD. Perfil dos indivíduos com doença de Parkinson atendidos no setor de fisioterapia de um hospital universitário no Rio de Janeiro. *Rev Bras Neurol*. [Acesso em: 10 maio 2022]. 2015; 51(4): 100-5. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-8469/2016/v51n4/a5407.pdf>
32. Nickel R, Pinto LM, Lima AP, Navarro EJ, Teive HAG, Becker N, Munhoz RP. Estudo descritivo do desempenho ocupacional do sujeito com doença de Parkinson: o uso da CIF como ferramenta para classificação da atividade e participação. *Acta Fisiatr*. [Acesso em: 10 maio 2022]. 2010; 17(1): 13-17. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatr/article/download/103304/101742/0>

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE LIVRE CONSENTIMENTO E ESCLARECIDO

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA CURSO DE BACHARELADO EM FISIOTERAPIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: Análise Fisioterapêutica das Atividades e Participação Social de Idosos com Doença de Parkinson: Um estudo de validação.

Pesquisadora: Ana Beatriz Bertoldo Palitó

Pesquisadora Orientadora: Prof.^a Laura de Sousa Gomes Veloso

O (a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar do estudo “**Análise Fisioterapêutica das Atividades e Participação Social de Idosos com Doença de Parkinson: Um estudo de validação**”, que tem como objetivo validar o conteúdo proposto em um instrumento que avalie as atividades e participação social de idosos com doença de Parkinson. Para isso, iremos aplicar um questionário *online* e sua participação será muito importante.

Esta ferramenta virtual que será usada para a aplicação do questionário é confiável e amplamente utilizada para fins acadêmicos. Dessa forma, as informações serão mantidas no anonimato, garantindo a privacidade de todos os participantes do estudo. **Sua participação é voluntária**, tendo o Sr. (a) a liberdade de recusar ou retirar o consentimento sem penalização, e que **não haverá pagamento** pela mesma no caso de sua participação.

Em nenhuma hipótese serão divulgados dados que permitam a sua identificação como participante voluntário (a). Os dados serão analisados em conjunto, guardando, assim, o absoluto **sigilo das suas informações pessoais**.

Após a conclusão da pesquisa, os dados serão analisados e o instrumento avaliado será refinado pelos autores, ao qual será feita a divulgação para meio acadêmico e científico de modo que muitos outros profissionais de saúde possam se beneficiar do instrumento obtido. Assim, solicitamos o seu consentimento também para a publicação e divulgação dos resultados, garantindo o seu anonimato nos veículos científicos e/ou de divulgação (jornais, revistas, congressos, dentre outros), que os (as) pesquisadores (as) acharem convenientes. Esperamos contar com seu apoio, e desde já agradecemos sua colaboração.

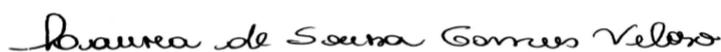
Caso o Sr (a) aceite participar deste estudo, será necessário assinar este termo de acordo com a Resolução 466/12, do Conselho Nacional De Saúde (CNS)/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos.

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo ou uma cópia do termo, poderá requisitar a pesquisadora responsável, favor ligar para o pesquisador responsável: Prof^a. Ms. Laura de Sousa Gomes Veloso. Endereço: Av. Frei Galvão, 12 - Gramame, João Pessoa - PB, 58067-698. Telefone: (83)2106-4790. E-mail: laurasgveloso@hotmail.com

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda. Local: Av. Frei Galvão, 12 - Gramame, João Pessoa - PB, 58067-698 Fone:(83)2106-4790 E-mail: cep@facene.com.br

Atenciosamente,

João Pessoa, ____ de _____ de 2022.

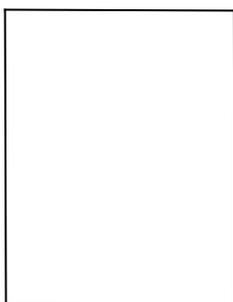


Prof.^a Ms. Laura de Sousa Gomes Veloso
Pesquisadora responsável

CONSENTIMENTO LIVRE APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____ li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo e assino duas vias deste termo, sendo uma via para mim e outra para o pesquisador.

João Pessoa, ____ de _____ de 20__.



Assinatura do Participante Voluntário

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO SOCIAL DE IDOSOS COM DOENÇA DE PARKINSON (QAPSI-Parkinson)

DOMÍNIO “ATIVIDADES”				
1. Dificuldade em realizar uma única tarefa (Ex: caminhar e contar):				
() Sem dificuldades	() Dificuldade leve	() Dificuldade moderada	() Dificuldade severa	() Dificuldade completa
2. Dificuldade em realizar tarefas múltiplas (Ex: caminhar e contar):				
() Sem dificuldades	() Dificuldade leve	() Dificuldade moderada	() Dificuldade severa	() Dificuldade completa
3. Dificuldade de cuidar da própria saúde (Ex: tomar medicamentos, realizar exames, realizar exercícios prescritos, ir à consultas ou tratamentos de maneira independente, etc.):				
() Sem dificuldades	() Dificuldade leve	() Dificuldade moderada	() Dificuldade severa	() Dificuldade completa
4. Dificuldade de realizar higiene pessoal (Ex: tomar banho, escovar dentes, lavar as mãos, etc.):				
() Sem dificuldades	() Dificuldade leve	() Dificuldade moderada	() Dificuldade severa	() Dificuldade completa
5. Dificuldade de se comunicar verbalmente (Ex: conversar, informar o que necessita e etc.):				
() Sem dificuldades	() Dificuldade leve	() Dificuldade moderada	() Dificuldade severa	() Dificuldade completa
6. Dificuldade de se comunicar através de dispositivos depois do diagnóstico da DP (telefone, aplicativos de conversação, e-mail, etc.):				
() Sem dificuldades	() Dificuldade leve	() Dificuldade moderada	() Dificuldade severa	() Dificuldade completa
7. Dificuldade de mudar e manter a posição do corpo (Ex: mudar da posição de sentado para em pé, manter-se na posição de sentado e etc.):				
() Sem dificuldades	() Dificuldade leve	() Dificuldade moderada	() Dificuldade severa	() Dificuldade completa
8. Dificuldade de andar e deslocar-se por diferentes locais devido aos sinais e sintomas da DP (Ex: com desníveis, escadas, rampas, etc.):				
() Sem dificuldades	() Dificuldade leve	() Dificuldade moderada	() Dificuldade severa	() Dificuldade completa
9. Dificuldade de manusear objetos pequenos (Ex: sustentar, arremessar, pegar, etc.):				
() Sem dificuldades	() Dificuldade leve	() Dificuldade moderada	() Dificuldade severa	() Dificuldade completa
10. Dificuldade de realizar tarefas domésticas (Ex: lavar louça, cozinhar, lavar e passar roupa, varrer a casa, cuidar do jardim ou quintal, lavar banheiro, etc.):				
() Sem dificuldades	() Dificuldade leve	() Dificuldade moderada	() Dificuldade severa	() Dificuldade completa
DOMÍNIO “PARTICIPAÇÃO SOCIAL”				
1. Dificuldade de relacionamentos interpessoais sociais gerais (Ex: relacionar-se com outras pessoas fora do ambiente domiciliar):				
() Sem dificuldades	() Dificuldade leve	() Dificuldade moderada	() Dificuldade severa	() Dificuldade completa
2. Dificuldade de relacionamentos interpessoais familiares:				
() Sem dificuldades	() Dificuldade leve	() Dificuldade moderada	() Dificuldade severa	() Dificuldade completa

3. Dificuldade para executar atividades educativas formais e informais (Ex: assistir aulas, ministrar palestras):				
<input type="checkbox"/> Sem dificuldades	<input type="checkbox"/> Dificuldade leve	<input type="checkbox"/> Dificuldade moderada	<input type="checkbox"/> Dificuldade severa	<input type="checkbox"/> Dificuldade completa
4. Dificuldade para executar atividades laborais (remuneradas ou não remuneradas):				
<input type="checkbox"/> Sem dificuldades	<input type="checkbox"/> Dificuldade leve	<input type="checkbox"/> Dificuldade moderada	<input type="checkbox"/> Dificuldade severa	<input type="checkbox"/> Dificuldade completa
5. Dificuldade para realizar transações econômicas básicas ou complexas (Ex: realizar transferências bancárias, pagar compras, autoatendimento em bancos):				
<input type="checkbox"/> Sem dificuldades	<input type="checkbox"/> Dificuldade leve	<input type="checkbox"/> Dificuldade moderada	<input type="checkbox"/> Dificuldade severa	<input type="checkbox"/> Dificuldade completa
6. Dificuldade de controlar recursos econômicos pessoais para segurança econômica (Ex: evitar gastos exorbitantes e desnecessários):				
<input type="checkbox"/> Sem dificuldades	<input type="checkbox"/> Dificuldade leve	<input type="checkbox"/> Dificuldade moderada	<input type="checkbox"/> Dificuldade severa	<input type="checkbox"/> Dificuldade completa
7. Dificuldade para desenvolver ações em vida comunitária (Ex: atividades voluntárias, participar de associação de moradores do bairro):				
<input type="checkbox"/> Sem dificuldades	<input type="checkbox"/> Dificuldade leve	<input type="checkbox"/> Dificuldade moderada	<input type="checkbox"/> Dificuldade severa	<input type="checkbox"/> Dificuldade completa
8. Dificuldade para participar de eventos religiosos:				
<input type="checkbox"/> Sem dificuldades	<input type="checkbox"/> Dificuldade leve	<input type="checkbox"/> Dificuldade moderada	<input type="checkbox"/> Dificuldade severa	<input type="checkbox"/> Dificuldade completa
9. Dificuldade de envolver-se em atividades propostas por instituições educativas (Ex: participar de ações sociais ou grupos terapêuticos em ambiente acadêmico):				
<input type="checkbox"/> Sem dificuldades	<input type="checkbox"/> Dificuldade leve	<input type="checkbox"/> Dificuldade moderada	<input type="checkbox"/> Dificuldade severa	<input type="checkbox"/> Dificuldade completa
10. Dificuldade de lidar com o estresse e outras exigências psicológicas:				
<input type="checkbox"/> Sem dificuldades	<input type="checkbox"/> Dificuldade leve	<input type="checkbox"/> Dificuldade moderada	<input type="checkbox"/> Dificuldade severa	<input type="checkbox"/> Dificuldade completa

0-20 Péssima QV; 20-40 Ruim QV; 40-60 Regular QV; 60-80 Boa QV e 80-100 Ótima QV

APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO (ANTES DAS SUGESTÕES).

DOMÍNIO “ATIVIDADES”				
1. Capacidade em realizar uma única tarefa:				
() Sem dificuldades	() Dificuldade leve	() Dificuldade moderada	() Dificuldade severa	() Dificuldade completa
2. Capacidade em realizar tarefas múltiplas:				
() Sem dificuldades	() Dificuldade leve	() Dificuldade moderada	() Dificuldade severa	() Dificuldade completa
3. Capacidade de cuidar da própria saúde:				
() Sem dificuldades	() Dificuldade leve	() Dificuldade moderada	() Dificuldade severa	() Dificuldade completa
4. Capacidade de realizar higiene pessoal:				
() Sem dificuldades	() Dificuldade leve	() Dificuldade moderada	() Dificuldade severa	() Dificuldade completa
5. Capacidade de se comunicar verbalmente:				
() Sem dificuldades	() Dificuldade leve	() Dificuldade moderada	() Dificuldade severa	() Dificuldade completa
6. Capacidade de se comunicar através de dispositivos (telefone, aplicativos de conversação, <i>e-mail</i> , entre outros):				
() Sem dificuldades	() Dificuldade leve	() Dificuldade moderada	() Dificuldade severa	() Dificuldade completa
7. Capacidade de mudar e manter a posição do corpo:				
() Sem dificuldades	() Dificuldade leve	() Dificuldade moderada	() Dificuldade severa	() Dificuldade completa
8. Capacidade de andar e deslocar-se por diferentes locais:				
() Sem dificuldades	() Dificuldade leve	() Dificuldade moderada	() Dificuldade severa	() Dificuldade completa
9. Capacidade de manusear objetos:				
() Sem dificuldades	() Dificuldade leve	() Dificuldade moderada	() Dificuldade severa	() Dificuldade completa
10. Capacidade de realizar tarefas domésticas:				
() Sem dificuldades	() Dificuldade leve	() Dificuldade moderada	() Dificuldade severa	() Dificuldade completa
DOMÍNIO “PARTICIPAÇÃO SOCIAL”				
1. Capacidade de relacionamentos interpessoais sociais gerais:				
() Sem dificuldades	() Dificuldade leve	() Dificuldade moderada	() Dificuldade severa	() Dificuldade completa
2. Capacidade de relacionamentos interpessoais familiares e íntimos:				
() Sem dificuldades	() Dificuldade leve	() Dificuldade moderada	() Dificuldade severa	() Dificuldade completa
3. Capacidade para executar atividades educativas formais e informais:				
() Sem dificuldades	() Dificuldade leve	() Dificuldade moderada	() Dificuldade severa	() Dificuldade completa
4. Capacidade para executar atividades laborais (remuneradas ou não remuneradas):				

<input type="checkbox"/> Sem dificuldades	<input type="checkbox"/> Dificuldade leve	<input type="checkbox"/> Dificuldade moderada	<input type="checkbox"/> Dificuldade severa	<input type="checkbox"/> Dificuldade completa
5. Capacidade para realizar transações econômicas (básicas ou complexas):				
<input type="checkbox"/> Sem dificuldades	<input type="checkbox"/> Dificuldade leve	<input type="checkbox"/> Dificuldade moderada	<input type="checkbox"/> Dificuldade severa	<input type="checkbox"/> Dificuldade completa
6. Capacidade de controlar recursos econômicos pessoais para segurança econômica:				
<input type="checkbox"/> Sem dificuldades	<input type="checkbox"/> Dificuldade leve	<input type="checkbox"/> Dificuldade moderada	<input type="checkbox"/> Dificuldade severa	<input type="checkbox"/> Dificuldade completa
7. Capacidade para desenvolver ações em vida comunitária:				
<input type="checkbox"/> Sem dificuldades	<input type="checkbox"/> Dificuldade leve	<input type="checkbox"/> Dificuldade moderada	<input type="checkbox"/> Dificuldade severa	<input type="checkbox"/> Dificuldade completa
8. Capacidade para participar de eventos religiosos:				
<input type="checkbox"/> Sem dificuldades	<input type="checkbox"/> Dificuldade leve	<input type="checkbox"/> Dificuldade moderada	<input type="checkbox"/> Dificuldade severa	<input type="checkbox"/> Dificuldade completa
9. Capacidade de envolver-se em atividades propostas por instituições educativas:				
<input type="checkbox"/> Sem dificuldades	<input type="checkbox"/> Dificuldade leve	<input type="checkbox"/> Dificuldade moderada	<input type="checkbox"/> Dificuldade severa	<input type="checkbox"/> Dificuldade completa
10. Capacidade de lidar com o estresse e outras exigências psicológicas:				
<input type="checkbox"/> Sem dificuldades	<input type="checkbox"/> Dificuldade leve	<input type="checkbox"/> Dificuldade moderada	<input type="checkbox"/> Dificuldade severa	<input type="checkbox"/> Dificuldade completa

APÊNDICE D - INQUÉRITO DE JULGAMENTO E ANÁLISE

1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA	
1- Sexo:	
<input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Masculino
2- Tempo de atuação na fisioterapia:	
3- Possui especialização ou pós-graduação na área de Fisioterapia Neurofuncional, Fisioterapia Gerontológica, Gerontologia ou em áreas afins?	

2. INQUÉRITO DE JULGAMENTO E ANÁLISE	
1- Esse instrumento é de fácil entendimento para os fisioterapeutas?	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Comentários:	
2- Esse instrumento é de fácil aplicabilidade para avaliar as atividades e participação social de idosos com doença de Parkinson?	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Comentários:	
3- O instrumento oferece uma visão biopsicossocial para o tratamento da doença de Parkinson sobre o idoso?	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Comentários:	
4- O instrumento possibilita uma análise crítica/reflexiva da condição cinética e funcional do paciente?	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Comentários:	
5- O instrumento permite o desenvolvimento de debates multiprofissional e transdisciplinar entre os membros da equipe de saúde?	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Comentários:	
6- Espaço para sugerir o nome do instrumento:	
7- Espaço para modificações sugeridas:	

ANEXOS

ESCOLA DE ENFERMAGEM
NOVA ESPERANÇA LTDA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE FISIOTERAPÊUTICA DAS ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO SOCIAL DE IDOSOS COM DOENÇA DE PARKINSON: UM ESTUDO DE VALIDAÇÃO

Pesquisador: Laura de Sousa Gomes Veloso

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 56351622.4.0000.5179

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança/FACENE/PB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.313.086

Apresentação do Projeto:

Este é um Parecer de 2ª versão do Projeto de Pesquisa sob Protocolo CEP 46/2022. Relatoria da 2ª Reunião Ordinária de 10 de Março de 2022. Trata-se de um Projeto de pesquisa referente à disciplina TCC 1 apresentado pela aluna Ana Beatriz Bertoldo Palitó, do Curso de Bacharelado em Fisioterapia, da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança.

No Parecer Consubstanciado de Número 5.306.490 (2ª versão) foram indicadas algumas pendências que deveriam ser ajustadas esclarecidas para atender ao que orienta a Resolução nº 466/2012 e a Resolução nº 510/2016.

Resumo:

A pesquisa visa validar o conteúdo proposto em um instrumento que avalie as atividades e participação social de idosos com doença de Parkinson. Metodologia: Trata-se de um estudo de validação de conteúdo e abordagem qualitativa. A amostra será do tipo não probabilística, obtida por conveniência composta, inicialmente, por 10 especialistas, de ambos os sexos. O estudo será dividido em três etapas: (1) Elaboração do instrumento de análise das atividades e participação social de idosos com doença de Parkinson através de dados levantados pela literatura atual; (2) Validação do instrumento por meio de fisioterapeutas-juizes. A validação acontecerá mediante um questionário realizado no Google Forms, o qual será enviado para os juizes por meio do aplicativo

Endereço: Avenida Frei Galvão, 12

Bairro: Gramame

CEP: 58.067-695

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)2106-4790

Fax: (83)2106-4777

E-mail: cep@facene.com.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM
NOVA ESPERANÇA LTDA



Continuação do Parecer: 5.313.086

de mensagens instantâneas Whatsapp ou e-mail. As respostas emitidas serão processadas pelo software IRaMuTeq® e analisadas através da Análise Temática Categórica; (3) Reformulação do instrumento após as sugestões dos fisioterapeutas-juizes. Resultados esperados: O instrumento apresentará uma nova perspectiva de avaliação dos impactos da DP em idosos e será útil para a avaliação fisioterapêutica, podendo ser incorporada à avaliação funcional de maneira mais clara e objetiva.

Objetivo da Pesquisa:

Não houve solicitação de ajuste para os Objetivos da Pesquisa no Parecer Consubstanciado de Número 5.285.570 (1ª versão), da 2ª Reunião Ordinária de 10 de Março de 2022. Os mesmos permanecem como relatados no referido parecer, estando coerentes com o propósito do estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não houve solicitação de ajuste para os Riscos e Benefícios no Parecer Consubstanciado de Número 5.306.490 (2ª versão). 1ª Relatoria da 2ª Reunião Ordinária de 10 de Março de 2022. Os mesmos permanecem como relatados no referido parecer, estando coerentes com a Resolução 466/2012 CNS, item V "Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados. Quanto maiores e mais evidentes os riscos, maiores devem ser os cuidados para minimizá-los e a proteção oferecida pelo Sistema CEP/CONEP aos participantes. No item II.4 - benefícios da pesquisa - proveito direto ou indireto, imediato ou posterior, auferido pelo participante e/ou sua comunidade em decorrência de sua participação na pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa está bem coeso estrutural e cientificamente. Traz uma abordagem que propõe validar o conteúdo proposto em um instrumento de avaliação das atividades e participação social de idosos com doença de Parkinson. Como a pesquisadora justifica: "Ao observar a lacuna existente na exploração do aspecto biopsicossocial e na abordagem fisioterapêutica dos pacientes com DP, o estudo mostra-se relevante por apresentar uma nova perspectiva de avaliação dos impactos da DP em idosos. Os sintomas motores e as alterações biomecânicas e cinesiológicas já são de conhecimento geral, porém não se encontram interligados de forma clara e objetiva na prática fisioterapêutica direcionadas ao acompanhamento do paciente com DP."

A pesquisadora atendeu plenamente ao que foi solicitado nos Pareceres Consubstanciados de Números 5.285.573 (1ª versão) e 5.306.490 (2ª versão). 1ª Relatoria da 2ª Reunião Ordinária de 10

Endereço: Avenida Frei Galvão, 12

Bairro: Gramame

CEP: 58.067-695

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)2106-4790

Fax: (83)2106-4777

E-mail: cep@facene.com.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM
NOVA ESPERANÇA LTDA



Continuação do Parecer: 5.313.086

de Março de 2022.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Considerando os termos apresentados em anexo na Plataforma Brasil pelo pesquisador principal, os mesmos estão em conformidade com a Res. 466/2012 CNS e o protocolo deste CEP.

A pesquisadora atendeu ao que foi solicitado para os Termos de apresentação obrigatória no Parecer Consubstanciado de Número 5.306.490 (2ª versão). 1ª Relatoria da 2ª Reunião Ordinária de 10 de Março de 2022. Os documentos Projeto detalhado, orçamento-cronograma e Cronograma foram ajustados conforme solicitado.

Recomendações:

ATENÇÃO: Em caso de alteração do conteúdo do projeto comunicar em tempo real, através da plataforma Brasil, via EMENDA. Ao término da pesquisa enviar ao CEP até 12/2021 através da plataforma Brasil, via notificação, relatório final assinado pelo/a pesquisador/a + TCC + declaração assinada pela direção da USF Ipiranga que recebeu cópia com resultados da pesquisa, como preconiza a Res. 466/2012 MS/CNS e a Norma Operacional Nº 001/2013 MS/CNS.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que a pesquisadora responsável atendeu às pendências apontadas no Parecer Consubstanciado de Número 5.306.490 (2ª versão), 1ª Relatoria da 2ª Reunião Ordinária de 10 de Março de 2022, consideramos, assim, este Protocolo Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Considerando que o protocolo atende aos critérios exigidos pelo CEP baseado na Res. CNS 466/2012, considera-se o projeto aprovado, podendo ser executado no formato em que está aqui apresentado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1900855.pdf	23/03/2022 10:53:28		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_ORCAMENTO.pdf	23/03/2022 10:52:41	Laura de Sousa Gomes Veloso	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_ATUALIZADO.pdf	19/03/2022 20:24:28	Laura de Sousa Gomes Veloso	Aceito

Endereço: Avenida Frei Galvão, 12

Bairro: Gramame

CEP: 58.067-695

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)2106-4790

Fax: (83)2106-4777

E-mail: cep@facene.com.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM
NOVA ESPERANÇA LTDA



Continuação do Parecer: 5.313.086

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CEP_ATUALIZADO.pdf	19/03/2022 20:23:52	Laura de Sousa Gomes Veloso	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	27/02/2022 21:35:04	Laura de Sousa Gomes Veloso	Aceito
Declaração de concordância	Termo_Anuencia.pdf	27/02/2022 21:34:54	Laura de Sousa Gomes Veloso	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	24/02/2022 21:48:32	Laura de Sousa Gomes Veloso	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CEP.docx	24/02/2022 21:48:17	Laura de Sousa Gomes Veloso	Aceito
Orçamento	CRONOGRAMA_ORCAMENTO.docx	24/02/2022 21:46:07	Laura de Sousa Gomes Veloso	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_COMPROMISSO.docx	24/02/2022 21:45:47	Laura de Sousa Gomes Veloso	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 25 de Março de 2022

Assinado por:
Renato Lima Dantas
(Coordenador(a))