
**TERAPIA COM DANÇA E MÚSICA E SEUS EFEITOS NA QUALIDADE DE VIDA
NA DOENÇA DE PARKINSON: UM ESTUDO DE CASO**

**DANCE AND MUSIC THERAPY AND THEIR EFFECTS ON QUALITY OF LIFE IN
PARKINSON'S DISEASE: A CASE STUDY**

Carolina Duarte Pereira¹

Heloisa Pallasi Agner²

Aline de Souza Freitas³

RESUMO

Introdução: A Doença de Parkinson (DP) caracteriza-se por uma doença do sistema nervoso central idiopática, degenerativa, progressiva, crônica e diminui os níveis de dopamina. Ela está presente principalmente na faixa etária de 55 a 65 anos. Os sintomas mais comuns são tremor, rigidez, bradicinesia, instabilidade corporal e de marcha e diminuição da QV. Sabe-se que estímulos sonoros, rítmicos e a dança fornecem efeitos satisfatórios sobre a melhora da qualidade de vida dos indivíduos com DP, com repercussão na marcha, aperfeiçoando competências cognitivas como ajustes motores e memória espacial. **Objetivo:** Compreender os efeitos da dança e música sobre a qualidade de vida no paciente portador da Doença de Parkinson. **Métodos:** Trata-se de um estudo de caso quantitativo, realizado na Clínica de Fisioterapia da UniFil. Os instrumentos utilizados foram: avaliação fisioterapêutica neurofuncional; TUG; Escala de Equilíbrio de Berg; Escala de atividade de Vida Diária de Schwab e England; PDQ-39; UPDRS e MEEM. Foram realizadas 12 sessões, 2 a 3 vezes na semana, duração de 50min, com ritmos de Ballet Clássico e Xote associados à terapia motora. Ao final do programa de tratamento realizou-se a reavaliação fisioterapêutica. **Resultados:** A paciente incluída neste estudo apresentou estágio 2 na escala de estadiamento HY, menor risco de quedas pelo bom equilíbrio e melhora da marcha, não mudou a classificação da AVD, mostrou mais iniciativa em realizar atividades não habituais e melhora nos domínios mobilidade e AVD. **Conclusões do artigo:** Todos os objetivos propostos foram atingidos e os mesmos corroboraram com outros estudos já presentes na literatura.

Palavras-chave: Doença de Parkinson; fisioterapia; dança; música; qualidade de vida.

ABSTRACT

Introduction: The Parkinson Disease (PD) characterizes itself as an idiopathic, degenerative, progressive and chronic neural system disease, who also lowers the dopamine levels. It presents itself especially on the 55 to 65 years old age group. The most common symptoms

¹ Graduanda do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Filadélfia- UniFil. (carolina.duarte@edu.unifil.br)

² Graduanda do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Filadélfia- UniFil. (heloisa.pallasi@edu.unifil.br)

³ Orientador: Profa Ms. do curso de Fisioterapia do Centro Universitário Filadélfia - UniFil.
(aline.freitas@unifil.br)

are trembling, stiffness, bradykinesia, body and gait instability and LQ decrease. It is known that stimulus such as sounds, rhythms and dance improves the life quality of those who suffer from PD, with repercussions on march, perfecting cognitive skills such as motor adjustments and spacial memory. **Objective:** Comprehend the effects of dance and music over the quality of life of the carrier of the Parkinson Disease. **Methods:** It's a quantitative case study, performed at Clínica de Fisioterapia da Unifil. The instruments used were: neurofunctional physiotherapist evaluation; TUG; Berg Balance Scale; Schawb and England Activities of Daily Living Scale; PDQ-39; UPDRS and MEEM. 12 sessions were held, 2 to 3 times a week, with a duration of 50 minutes, with classical ballet and Xote rhythms associated with motor therapy. At the end of the treatment, the physiotherapy re-evaluation was carried out. **Results:** The patient included in this study presented stage 2 on the HY Degree of Disability Scale, lower risks of fall due to good balance and gait improvement, didn't change the ADV classification, showed more initiative in performing non-habitual activities and improvement on mobility and AVD. **Article conclusions:** All the objectives have been achieved and they corroborated with other studies already present in the literature.

Keywords: Parkinson Disease; physical therapy specialty; dancing; music; quality of life.

1 INTRODUÇÃO

A Doença de Parkinson (DP) relatada em 1817, pelo médico James Parkinson foi denominada como “paralisia agitante” (Steidl; Ziegler; Ferreira, 2007). Apesar de ser caracterizada pelo Hospital Israelita Albert Einstein (2020) como uma doença idiopática, crônica, progressiva e degenerativa do sistema nervoso central, sabe-se que deterioração dos neurônios dopaminérgicos para além da substância negra e consequente queda dos níveis de dopamina (neurotransmissor) no corpo estriado é uma causa importante para o surgimento da doença (Vitorino, 2019).

O acometimento da doença não se dá por classe social ou distinção de raça, porém estudos apontam que homens e mulheres, com faixa etária de 55 a 65 anos podem ser atingidos pelo Parkinson, ocorrendo em maior frequência em homens (Steidl; Ziegler; Ferreira, 2007 apud Limongi, 2001).

Por conta da conexão indireta com a medula, o corpo estriado depende do funcionamento adequado do circuito motor para que o movimento ocorra de forma coordenada (Machado; Hartel, 2014), o que não acontece nos pacientes portadores da Doença de Parkinson, apresentando sinais clínicos como bradicinesia, oligocinesia, hipertonia plástica, tremor e instabilidade postural (Yamashita *et al.*, 2011)

Para o diagnóstico o paciente precisa apresentar a hipocinesia com rigidez combinada ou não ao tremor em repouso (Lundy-Ekman, 2008). Na primeira etapa primeiramente o

diagnóstico é feito através dos primeiros sintomas motores, logo os pré-requisitos estão ligados à instabilidade postural, rigidez articular, bradicinesia e tremor. Em seguida na segunda etapa é solicitado exames para eliminação de outras doenças (Neurochem, 2016).

Para auxílio do diagnóstico de severidade da doença foi criado no ano de 1967, a escala Hoehn e Yahr (Shenkman *et al.*, 2000). Exames de imagem como tomografia computadorizada e ressonância magnética também estão inclusos quando se trata de diagnóstico da DP (Radhakrishnan; Goyal, 2021).

O teste de levodopa é solicitado pelo médico, o qual tem como função observar as reações que o indivíduo tem, é interpretado como positivo se caso o indivíduo apresentar melhora nos sintomas após a administração do fármaco (Earhart, 2009).

Portadores da DP possuem dificuldades no equilíbrio e na marcha, originados de fatores primários como, bradicinesia, instabilidade postural, tremor e rigidez. A finalização inesperada de um movimento é denominada como congelamento ou freezing (Lundy-Ekman, 2008). O aumento da incidência de quedas se dá pelas alterações presentes na marcha, salienta a postura cifótica, passos curtos e embaralhados, podendo conter congelamento e/ou aceleração na marcha (Earhart, 2009) .

3

Grande parte da população portadora da doença possui os que são chamados de sintomas não motores, dentre eles estão inclusos, distúrbios do sono, ansiedade, depressão e demência (Neurochem, 2016), assim como a diminuição da capacidade de planejar, tomar decisões e manter a boa orientação (Lundy-Ekman, 2008).

No presente o tratamento para a DP consta a estimulação cerebral profunda e ablação cirúrgica. A administração farmacológica é a primeira opção como tratamento, mas a longo prazo influencia a discinesia (Vitorino, 2019). No momento atual o uso da levodopa é a forma mais hábil para estabelecer transmissão dopaminérgica (Van Hilten *et al.*, 2017).

Como outra alternativa para o tratamento da DP, a dança pode ser uma grande aliada, pois para praticá-la é necessário planejar movimentos, seguir sinais e lembrar a coreografia (Michels *et al.*, 2018). Dessa forma acontece o controle do corpo, promovendo benefícios emocionais, cognitivos, físicos e sociais ao praticante (Jensen, 2018).

Nos portadores de Parkinson, a música aliada à dança mostra-se eficaz na melhora da marcha, memória espacial, funcionalidade, prevenção de quedas, AVDS e na qualidade de vida (Drew *et al.*, 2012; Silva *et al.*, 2017; Pereira *et al.*, 2019).

Segundo a OMS (2013), a qualidade de vida é um tema com ampla definição, dependendo da percepção do indivíduo quanto ao seu próprio contexto de vida, cultural, valores, objetivos e preocupações, assim como tudo o que envolve convívio social, familiar e ambiental (Pereira; Teixeira; Santos, 2012).

A realização do presente estudo busca saber qual a relação entre a terapia com dança e música e a melhora da qualidade de vida ao paciente portador de Doença de Parkinson.

Sabe-se que o paciente com a Doença de Parkinson apresenta dificuldades na marcha e no equilíbrio, contribuindo para a incidência de queda. Portanto faz-se necessário o direcionamento da reabilitação para essas condições, a fim de promover a melhora nas suas atividades de vida diária e um melhor conforto emocional ao portador.

Os objetivos deste estudo foram compreender os efeitos da dança e música sobre a qualidade de vida no paciente portador da Doença de Parkinson, verificar a associação entre a dança e a melhora do equilíbrio do paciente, relacionar os fatores emocionais e sociais com a aplicação da dança e música, avaliar os efeitos da dança e música sobre as AVDs e contribuir para a comunidade acadêmica com novos estudos acerca da Doença de Parkinson.

4

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Métodos

Trata-se de um estudo de caso com abordagem exploratória e quantitativa. Realizado nas dependências da Clínica de Fisioterapia da UniFil, localizada na cidade de Londrina, no estado do Paraná, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro Universitário Filadélfia.

A amostra se caracterizou como não probabilística por conveniência e intencional, composta por um paciente portador de Doença de Parkinson. Os critérios de inclusão foram: Apresentar diagnóstico médico de DP; Estar classificado entre os estágios 1,5 e 3 na escala de estadiamento de Hoehn e Yahr; Concordar com a proposta do estudo e assinar o termo TCLE; Estar ciente de todo o protocolo de segurança recomendado pela Organização Mundial da Saúde sobre os cuidados com a Covid-19, ser residente na cidade de Londrina-Pr.

Os critérios de exclusão foram: Apresentar comprometimento cognitivo segundo a classificação do MEEM; Estar recebendo tratamento fisioterapêutico concomitantemente ao

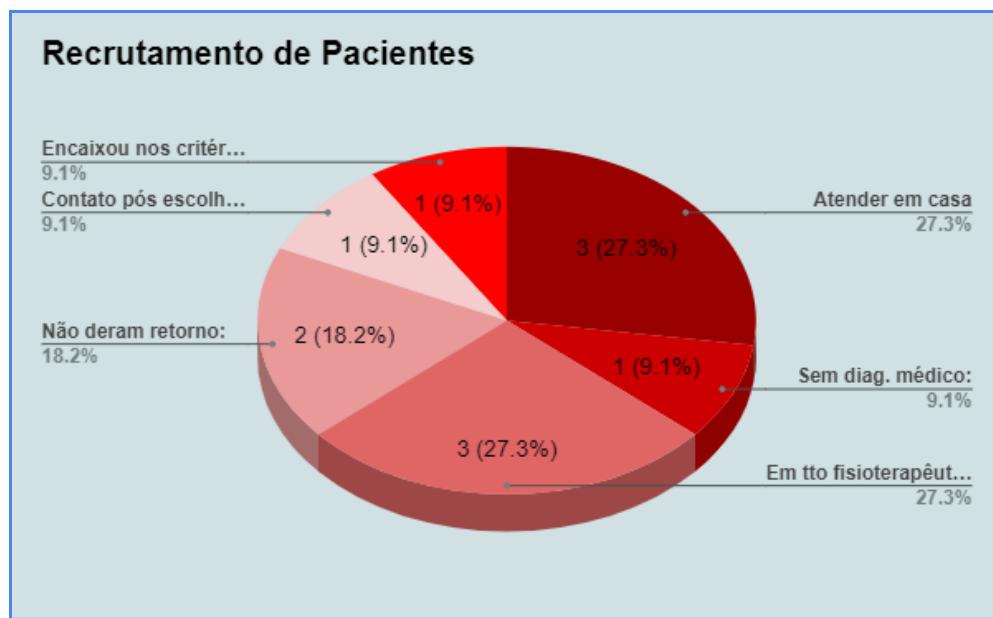
estudo; Ter tido febre pelo menos uma semana atrás; Estar com algum sintoma gripal ou dor de garganta; Estar com manchas avermelhadas no corpo, que se assemelham com manchas da dengue; Ter tido ou estar com falta de olfato ou paladar; Apresentar dificuldades para respirar; Ter tido contato com alguma pessoa com suspeita ou que testou positivo para a Covid-19; Não cumprir o protocolo de segurança recomendado pela Organização Mundial da Saúde sobre os cuidados com a Covid-19.

Para a seleção do participante, a Secretaria Municipal de Saúde de Londrina foi contatada, via e-mail, para autorizar a busca por pacientes portadores da Doença de Parkinson nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município. Concomitantemente foi publicado um post na rede social, das discentes, informando sobre a ocorrência do estudo e critérios de inclusão.

O processo de seleção do paciente para o estudo foi composto por uma amostra de 11 indivíduos que entraram em contato de forma individual e espontânea com as discentes, via postagem nas redes sociais. Após esclarecimentos de dúvidas, apenas 1 indivíduo cumpriu com todos os critérios de inclusão e se classificou para participar do estudo. Dessa forma, o contato anteriormente feito com as UBS para obtenção da relação dos pacientes com Doença de Parkinson, no município de Londrina, não tornou-se necessário. 5

A amostra de 11 indivíduos foi dividida em 6 categorias, sendo 1 de inclusão e 5 de exclusão. Categoria de exclusão: 3 indivíduos que apenas aceitavam atendimento domiciliar (C1), 1 indivíduo sem diagnóstico médico (C2), 3 indivíduos que estavam recebendo tratamento fisioterapêutico (C3), 2 indivíduos que não retornaram após o contato das discentes (C4) e 1 indivíduo que foi excluído pelas discentes por ter entrado em contato após a escolha do participante do estudo (C5). Categoria de inclusão: 1 indivíduo que atendeu a todos os critérios de inclusão (C6).

Gráfico 1- Recrutamento de pacientes.



Fonte: Autoria própria (2021)

6

O estudo foi realizado em 12 sessões, com ritmos diversos associados à terapia motora alternando de 2 a 3 vezes na semana com duração de 50 minutos cada, dividindo-se em: 1 sessão de avaliação, 5 sessões de tratamento com o ritmo Ballet Clássico, 5 sessões de tratamento com o ritmo Xote e 1 sessão de reavaliação.

Diante da paciente, na primeira sessão, foi realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) a fim de explicar sobre a proposta, os métodos e os objetivos esperados para esse estudo. Após a retirada de todas as dúvidas, a responsável pela paciente assinou o TCLE, autorizando a continuidade da avaliação.

Dentre os instrumentos aplicados está a ficha de identificação do participante e avaliação fisioterapêutica neurofuncional, a qual coleta dados pessoais (nome, data de nascimento, idade, gênero, religião, estado civil, escolaridade, endereço, cidade/estado, procedência, naturalidade, profissão, dominância, quanto tempo obteve o diagnóstico clínico de Parkinson, médico responsável, a partir de qual meio foi coletado os dados e qual o nome da responsável/acompanhante) e o exame físico (localização do tremor, grau e local da hipertonia, ADM passiva, dor e descrição da marcha).

Para completar a avaliação, foram utilizados os seguintes instrumentos: Escala de Estadiamento de Hoehn e Yahr, Teste Timed "Up & Go" (TUG); Escala de Equilíbrio de

Berg; Escala de atividade de Vida Diária de Schawb e England; Questionário de qualidade de vida na doença de Parkinson (PDQ-39); Escala Unificada de Avaliação da Doença de Parkinson (UPDRS) e Mini-Exame do Estado Mental (MEEM).

Durante as 5 sessões de tratamento utilizando o ritmo do Ballet Clássico, os objetivos almejados incluíam treinar a capacidade do paciente em seguir os movimentos do terapeuta, treinar a coordenação motora e melhorar o equilíbrio. As figuras de 1 a 5 ilustram alguns dos exercícios realizados.

Buscando evoluir nas terapias, os objetivos das 5 sessões com Xote incluíam incentivar a melhora da capacidade do paciente em seguir os movimentos do terapeuta, melhorar o equilíbrio e realizar o treino de todo o ciclo da marcha. De acordo com as dificuldades apresentadas pela paciente durante as terapias, fez-se necessária adaptações no tempo de execução do exercício, no movimento realizado e no recurso utilizado. As figuras 6 a 9 ilustram alguns dos exercícios realizados.

Figura 1 – 1^a sessão sentada na cadeira



Fonte: Autoria própria

7

Figura 2 – 2^a sessão apoio na cadeira



Fonte: Autoria própria

Figura 3 – 2^a sessão apoio unilateral na cadeira



Fonte: Autoria própria

Figura 4 – 5^a sessão sem apoio na cadeira



Fonte: Autoria própria

8

Figura 5 – 5^a sessão movimento espelhado



Fonte: Autoria própria

Figura 6 – 7^a sessão passo lateral



Fonte: Autoria própria

Figura 7 – 8^a sessão passo à frente no step



Fonte: Autoria própria

9

Figura 8 – 9^a sessão descarga de peso



Fonte: Autoria própria

Figura 9 – 10^a marcha ritmada



Fonte: Autoria própria

Após a finalização da coleta de dados intra e inter terapias, na 12^a sessão, aplicou-se os mesmos instrumentos utilizados para a avaliação fisioterapêutica (exceto a Escala de Estadiamento de Hoehn e Yahr) a fim de analisar se os objetivos do estudo foram alcançados.

10

Tabela 1- Instrumentos de avaliação com seus respectivos objetivos e escores.

Instrumentos de avaliação	Objetivo	Escore
Timed up and go test	Avaliar de forma clínica as alterações do equilíbrio dinâmico em idosos durante a execução de uma tarefa, com situações críticas para a queda.	Baixo risco de queda em adultos saudáveis: até 10 segundos; Baixo risco de queda em idosos com debilidade ou frágeis: entre 11 e 20 segundos; Moderado risco de queda: entre 21 e 29 segundos; Alto risco de queda: maior ou igual a 30 segundos; (indica abordagem específica para a prevenção de queda).
Escala de equilíbrio de Berg	Avaliar o equilíbrio estático e dinâmico dos indivíduos e o risco de quedas considerando a influência ambiental na função.	Dividido em 14 testes; Pontuação por item- Pontuação máxima: 4 (capaz de concluir a tarefa) Pontuação mínima: 0 (incapaz de completar a tarefa); Pontuação Total- 0-56 pontos Prejuízo do equilíbrio: 0-20;

		Equilíbrio aceitável: 21-40; Bom equilíbrio: 41-56 (Quanto maior a pontuação, melhor o desempenho)
Escala de atividade de Vida Diária de Schwab e England	Verificar o nível de independência do portador de DP.	Dividido em 11 itens; Pontuação 0%: debilidade total; Pontuação 100%: completamente independente.
Questionário de qualidade de vida na doença de Parkinson (PDQ-39)	Mensurar a qualidade de vida dos pacientes com doença de Parkinson através de 39 questões distribuídas em oito domínios.	Pontuação de cada item: 0-4 pontos; Pontuação final de todos os domínios: 0-100 pontos; (Quanto menor a pontuação, maior a qualidade de vida.)
Escala Unificada de Avaliação da Doença de Parkinson (UPDRS)	Monitorar a progressão do Parkinson e a eficácia do tratamento farmacológico, assim como avaliar os sinais, sintomas e algumas atividades do paciente por meio de observação clínica e autorrelato.	Dividido em 42 itens; Pontuação de cada item: 0-4 pontos (Quanto maior o valor, maior comprometimento)
Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)	Apontar quais funções necessitam de investigação.	Normal: 27 pontos; Demência- grau de escolaridade maior que 4 anos: menor ou igual a 24; Demência- grau de escolaridade menor que 4 anos: menor ou igual a 17 pontos; Depressão não complicada : 25,1 pontos; Prejuízo cognitivo por depressão: 19 pontos.
Escala de Estadiamento de Hoehn e Yahr	Indicar o estado geral do paciente com Parkinson	Estágios I, II e III: incapacidade leve a moderada; Estágios IV e V: incapacidade mais grave. Teste do empurrao- Normal: recupera o equilíbrio dando até três passos para trás; Resposta de recuperação (estágio 2,5): se recupera sem ajuda após dar mais de três passos para trás.

Fonte: Autoria própria (2021)

2.2 Resultados

A paciente recrutada é do sexo feminino, 74 anos, com diagnóstico médico de Doença de Parkinson há mais de 10 anos, apresentando alteração de Equilíbrio e Marcha, estágio 2 na escala de estadiamento de Hoehn e Yahr, tremor de MSD, leve hipertonia extensora em MMII na maior parte do movimento, dor para abduzir o ombro E, ADM limitada em MID, com dor na virilha e no joelho E.

Durante a avaliação da marcha observou-se que a paciente realiza a marcha de forma independente. Durante as fases da marcha realiza uma rotação interna de joelho e tornozelo esquerdo e de quadril durante a fase de balanço, não possui dissociação de MMSS, mantém flexão anterior de cervical, possui flexão anterior de tronco associada com cifose torácica durante a marcha não realiza a extensão total de joelhos, a fase de balanço encontra-se diminuída e as passadas são curtas.

Já na reavaliação da marcha foi possível observar que a paciente realiza a marcha de forma independente. Durante as fases da marcha realiza rotação interna de joelho, tornozelo e quadril esquerdo, apresentou dissociação de MSD, possui flexão anterior de cervical diminuída, possui melhor alinhamento de tronco, apresentando leve cifose torácica, o contato inicial é feito com o pé esquerdo em leve inversão, aumento da fase de balanço comparada com a avaliação e passadas mais largas.

Seguindo o cronograma de tratamento, as 12 sessões foram realizadas no período de 19/07/2021 a 27/08/2021, sendo necessário remarcar 2 sessões por indisponibilidade de horário do terapeuta e intercorrência domiciliar com a paciente.

No dia 27 de agosto de 2021 realizou-se a reavaliação, e foi possível observar uma melhora nos escores dos testes aplicados (Tabela 2) e nos relatos diários da paciente sobre sua rotina. Dentre eles estão a melhora na velocidade e maior disposição para realizar suas AVDs, menor dificuldade para levantar da cadeira e melhora na cadênciada marcha.

A tabela 2 apresenta os resultados (em pontos) atingidos pela paciente em cada instrumento de avaliação, comparando os achados na avaliação, reavaliação e escore total.

Tabela 2- Pontuações atingidas após aplicação dos instrumentos de avaliação.

Instrumento	Avaliação	Reavaliação	Escore total
UPDRS	55	45	124
UPDRS I	8	5	16
UPDRS II	19	16	52
UPDRS III	28	24	56
Escala de Equilíbrio de Berg	47	48	56
PDQ-39	118	78	156
Mobilidade	37	26	40
AVD	14	07	24
Bem estar	15	10	24
Estigma	09	04	16
Supporte social	05	01	12
Cognição	16	14	16
Comunicação	11	08	12
Desconforto corporal	11	08	12

Fonte: Autoria própria (2021)

Na reaplicação do teste Timed up and go (TUG) observou-se melhora de 9 segundos, passando de moderado risco de queda com 23 segundos para baixo risco de queda com 14 segundos.

Apesar do escore da Escala de atividade de Vida Diária de Schawb e England ter se mantido, a paciente relatou que houve melhora, pois passou a tomar banho sozinha e a lavar

os pés sem precisar sentar, assim como ter mais disposição e agilidade para continuar a comer sozinha e a fazer tarefas domiciliares como lavar louça, arrumar a cama e a mesa para as refeições.

A reavaliação utilizando a Escala Unificada de Avaliação da Doença de Parkinson (UPDRS) trouxe bons resultados com uma variação de melhora em 3 pontos no UPDRS I (estado mental/ comportamento/ estado emocional, o qual é avaliado depressão e motivação), 3 pontos no UPDRS II (atividade da vida diária, que está relacionada a quedas) e 4 pontos no UPDRS III (exame motor, analisa itens como postura, marcha, levantar da cadeira, entre outros exemplos). Sendo dividida em 3 partes e 42 itens totais, também possui sua melhor condição quando o valor for mais próximo de zero.

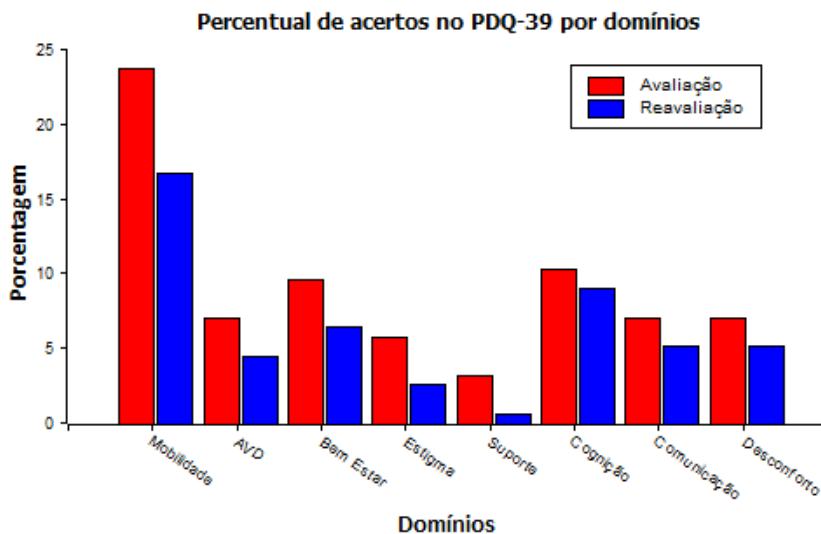
A Escala de Equilíbrio de Berg, é dividida em 14 testes, com escore máximo de 4 pontos, sendo interpretada como capaz de concluir a tarefa e escore mínimo de 0 pontos, ou seja, incapaz de completar a tarefa. As pontuações atingidas pela paciente mantiveram-se máximas, com score de 48 pontos, o que demonstra ter um bom equilíbrio. A única tarefa que regrediu um ponto foi a de posicionar os pés alternadamente no degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio, porém isso não interferiu na pontuação máxima.

14

O Questionário de qualidade de vida na doença de Parkinson (PDQ-39) possui maior relevância a esse estudo, possui pontuação variando de 0 a 100 e é dividido em 8 domínios, contemplando mobilidade (40 pontos), AVD (24 pontos), bem-estar social (24 pontos), estigma (16 pontos), suporte social (12 pontos), cognição (16 pontos), comunicação (12 pontos) e desconforto corporal (12 pontos). De acordo com o questionário, a melhor condição da paciente é dada quando o escore for mais próximo de zero. Seus resultados, em porcentagem, obtidos na avaliação (75,64%) e reavaliação (50%), estão demonstrados no gráfico abaixo.

A paciente relatou perceber melhora especialmente nos domínios mobilidade, na qual conquistou qualidade, maior tempo e distância de deambulação, e AVD conseguindo maior independência no banho e nas suas AVDs básicas.

Gráfico 1- Percentual de acertos no PDQ-39 por domínios



Fonte: Autoria própria (2021)

15

2.3 Discussões

Panisson e Donádio (2012) trazem em seu estudo o objetivo do teste "Timed up and go" (TUG), que avalia o risco de quedas, mobilidade funcional, ou o equilíbrio dinâmico. O estudo de Bretan *et al.* (2013), foi realizado com idosos que executaram o teste de TUG, nos resultados obtidos foi demonstrado que a idade não interferiu em um pior desempenho, porém a idade interfere em um maior número de quedas e desequilíbrios.

De acordo com Earhart (2009), os portadores de Parkinson possuem dificuldades na marcha, facilitando o aumento de quedas. Passos curtos e embaralhados, freezing ou congelamento e alteração postural fazem parte desta alteração. No estudo de De Dreu *et al.* (2012), o teste timed up and go mostrou-se eficaz para a melhoria da marcha, atividades associadas a doença de Parkinson e condições funcionais, a terapia MbM, ou seja, o movimento baseado em música.

Após a intervenção em nosso estudo, podemos notar que houve melhora no padrão da marcha, aumentando a dissociação do membro superior direito, melhorando o tempo da fase de balanço e gerando uma passada maior. Com isso podemos relatar que a melhora do tempo

no teste de TUG diminui para um menor risco de quedas e melhor equilíbrio dinâmico à paciente.

Após intensa pesquisa, o presente estudo corrobora com Pereira, Teixeira e Santos (1994) considerando a ampla definição sobre a qualidade de vida e sua dependência de vários fatores como saúde, educação, inserção do indivíduo na sociedade, bem-estar físico, social, psicológico, entre outros.

Manifestações como, ansiedade, depressão, demência e distúrbio do sono, são conhecidos como sintomas não motores, grande parte dos portadores da doença de Parkinson são afetados, relata Neurochem, J (2016). À medida que ocorre a progressão da doença os sintomas não motores são os que mais incomodam.

Sabe-se que desde o diagnóstico, mesmo em estágios iniciais, a qualidade de vida sofre progressiva queda, porém esse fato não foi observado no estudo de Navarro-Peternella e Marcon (2012), o qual cita a necessidade da maior manifestação dos sinais e sintomas para piora do domínio mobilidade e consequente piora da QV.

Durante a reavaliação da paciente, foi possível observar que apesar da manutenção da classificação em 80% na Escala de atividade de Vida Diária de Schawb e England, houve melhora na execução de suas AVDs.

De acordo com Goulart & Pereira (2004), a Escala Unificada de Avaliação da Doença de Parkinson (UPDRS), foi criada em 1987, com objetivo de acompanhar o avanço da doença e a efetividade do tratamento medicamentoso. Através do olhar clínico e autorrelato do próprio paciente, é realizada a avaliação desta escala, sendo que quanto maior a pontuação maior o comprometimento.

Após a intervenção feita em nosso estudo, notamos a melhora relatada pela paciente em alguns itens dentro dos três tópicos (estado mental/ comportamento/ estado emocional; atividade da vida diária e exame motor) presentes na escala, sendo eles, depressão, motivação/iniciativa, quedas, agilidade da perna, levantar-se da cadeira, marcha e postura. Pode-se observar principalmente que houve maior iniciativa por parte da paciente em realizar suas atividades fora do seu dia a dia.

Conforme Flores *et al.* (2011), a capacidade do ser humano manter-se ereto ou realizar movimentos do corpo sem queda ou oscilação é denominado como equilíbrio corporal. A manutenção da postura é garantida devido a relação entre equilíbrio corporal e a sensório-motora, advém do sistema vestibular, visual e somatossensorial.

O resultado atingido em nosso estudo é interpretado como bom equilíbrio, ou seja, quanto maior a pontuação melhor o desempenho. Não houve diferença significativa entre o resultado da avaliação, contudo a paciente conseguiu manter e melhorar o que ela já tinha.

Segundo Guedes *et al.* (2018 apud Booth *et al.*, 2012) a imobilidade é prejudicial a diversos sistemas, entre eles o músculo esquelético, o desuso ou inatividade é um fator que gera em maior parte da população idosa uma doença crônico-degenerativa.

Como citado anteriormente, por conta da vasta definição do termo qualidade de vida, Pereira et.al enuncia a presença de limitações para identificar e quantificar sua melhora, o que foi algo perceptível nesse estudo apesar da aplicação do questionário PDQ-39 auxiliar nesse quesito.

Apesar do nosso estudo enfatizar os efeitos da dança associada aos ritmos sonoros, o estudo de Ferreira et al. (2017) mostrou que os efeitos do treinamento resistido em paciente com Parkinson comparado ao grupo controle, teve efeitos positivos na melhora dos sintomas de ansiedade e na qualidade de vida. Já o fato de o grupo controle não apresentar melhora significativa, entendemos que qualquer intervenção com objetivos claros e quando alcançados, resultarão em benefícios ao paciente.

De acordo com a revisão integrativa de Araújo *et al.* (2020 apud SILVA *et al.*, 2011), há uma associação direta entre qualidade de vida e estadiamento da DP quando aplicado o PDQ-39. Essa correlação também foi percebida no presente estudo nos domínios mobilidade, AVD e bem-estar social, onde os escores do atual estudo mostram uma variação de 11 pontos na mobilidade, 07 pontos na AVD e 5 pontos no bem-estar social, quando avaliados pré e pós-intervenção.

O domínio mobilidade busca avaliar atividades que exigem movimentação corporal e locomoção. Na reavaliação foi possível constatar, através dos relatos da paciente, que houve diminuição da dificuldade em realizar atividades de lazer das quais a paciente gostava, assim como cuidar da casa tornou-se mais fácil no ato de passar, recolher e estender a roupa, arrumar a cama e lavar a louça. As atividades que envolvem locomoção trouxeram benefícios satisfatórios, pois a paciente relatou que passou a conseguir ir à casa do filho que fica aproximadamente a 100m de distância; andou por mais de 1km no centro da cidade (o que antes não conseguia); melhorou a marcha domiciliar, tornou-se menos resistente a sair em lugares públicos e diminuiu seu receio persistente de cair em público.

AVD apresenta-se como o segundo domínio do questionário, avaliando as atividades

do dia a dia realizadas pelo indivíduo. Durante a higienização pessoal, a paciente relatou que conseguiu agachar durante o banho, não necessitando de cadeira específica para isso; relatou melhora da eficiência para vestir-se com calça, meia e calçado; assim como melhorou sua capacidade em utilizar de botões; houve melhora da velocidade na escrita e passou a não derramar água do copo.

O domínio bem-estar trata-se de uma avaliação focada para o emocional do portador da DP. A paciente apresentou melhor controle de suas emoções, sentindo-se menos sozinha, menos magoada com terceiros e menos ansiosa, apesar de ainda apresentar sintoma de ansiedade quando se depara com algo novo/desconhecido.

Suporte social (apresentado como suporte no gráfico) objetiva avaliar a percepção do paciente frente às pessoas de seu convívio e/ou fora dele. Durante a reavaliação foi possível notar que a paciente ainda se sente lesada em relação ao suporte familiar, mas melhorou seu relacionamento com quem tinha conflitos.

Como forma de atividade, a dança tem um papel de promover a melhoria da postura sendo então mais eficaz quando associada a demandas ambientais de equilíbrio dinâmico, diz Earhart (2011).

Pereira *et al.* (2019), em seu estudo expõe os efeitos benéficos que a dança com junção de estímulos rítmicos e sonoros promovem para a melhoria da qualidade de vida, marcha e memória.

Em concordância com Silva *et al.* (2017), a proporção que ocorre o processo fisiológico do envelhecimento, a principal causa de limitação é a instabilidade postural, com isso surgem diminuição do equilíbrio e reflexos, tornando maior os riscos de quedas. A dança tem sido bastante estudada em diversos estudos o qual comprovam sua eficácia na melhoria do equilíbrio e na prevenção de quedas, proporcionando então uma melhor qualidade de vida para esta população.

3 CONCLUSÃO

A intervenção resultou na melhora do equilíbrio, que reflete em menor risco de quedas, avaliado pelo TUG e Equilíbrio de Berg. Apesar de não mudar sua classificação na Escala de Vida Diária de Schawb e England, a paciente relatou melhora na execução das

AVDs e da própria iniciativa para realizar atividades fora de seu cotidiano conforme expresso nos domínios do UPDRS, incluindo mobilidade e AVD do PDQ-39.

Todos os objetivos propostos foram atingidos e os mesmos corroboram com outros estudos já presentes na literatura. Dentre eles podemos citar que a dança com junção de estímulos rítmicos e sonoros promovem a melhoria da qualidade de vida, marcha, memória e equilíbrio dinâmico.

A dança com associação de estímulos rítmicos e sonoros promovem a melhoria da qualidade de vida, marcha, memória e equilíbrio dinâmico. A dança tem sido estudada por diversos autores, os quais comprovam sua eficácia na melhoria do equilíbrio e na prevenção de quedas, proporcionando então uma melhor qualidade de vida para esta população.

Dentre as limitações do estudo encontramos o próprio delineamento, o qual se trata de um estudo de caso, composto por apenas uma paciente diagnosticada com Doença de Parkinson. Por essa razão não há comprovação de validade externa, apesar de ser reproduzível e com validade interna. Por essa razão, estudos delineados com maior número de participantes contribuíram para validação externa e generalização de intervenção para a DP utilizando dança e música.

Também houve limitação na busca por estudos recentes relacionados à DP e tratamento com dança e música, visto que apesar da existência de vários estudos com esse tema, notamos baixa prevalência de estudos datados recentes/ atuais.

19

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, I. V de. et al. Avaliação da qualidade de vida de indivíduos com doença de Parkinson: Revisão integrativa. n.v, n.n. n.p.

DREU, M. J. de et al. Rehabilitation, exercise therapy and music in patients with Parkinson's andse: A meta-analysis of the effects of music-based movement therapy on walking ability, balan quality of life. **Parkinsonism and Related Disorders**, v. 18, n. SUPPL. 1, p. S114–S119, 2012.

EARHART, G. M. Dance as therapy for individuals with Parkinson disease. **European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine**, v. 45, n. 2, p. 231–238, 2009.

FERREIRA, R. M. et al. The effect of resistance training on the anxiety symptoms and quality of life in elderly people with Parkinson's disease: a randomized controlled trial. **Arq Neuropsiquiatr.**, v. 76, n. 8, p. 499-506, 2018.

FONOFF, Erich. **O que você precisa saber sobre a doença de Parkinson.** Disponível em: <https://www.erichfonoff.com.br/doenca-de-parkinson/#:~:text=%E2%80%9CQuando%20h%C3%A1%20suspeita%20de%20doen%C3%A7a,trate%20de%20Doen%C3%A7a%20de%20Parkinson..> Acesso em: 28 maio 2021.

FLORES, F. T. et al. Avaliação do equilíbrio corporal na doença de Parkinson. **Arq. Int. Otorrinolaringol.**, v. 15, n. 2, p. 142-150, 2011.

GONZAGA MUSIC ENTERTAINMENT. O xote das meninas. Youtube, 20 de fev. de 2017. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=iRv9q0kmJpg>.

GRAVADORA GALEÃO. Eu só quero um xodó. Youtube, 30 de out. de 2013. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=TPm6YnDNyj0>.

GUEDES, L. P. C. M. et al. Efeitos deletérios do tempo prolongado no leito nos sistemas corporais dos idosos – uma revisão. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro v. 21, n. 4, p. 516-526, 2018.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN (São Paulo). Parkinson. In: **Parkinson**. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, 2020. Disponível em: <https://www.einstein.br/doencas-sintomas/parkinson>. Acesso em: 22 set. 2021.

I Lyrics. Belle (From "Beauty and the Beast"). Youtube, 15 de maio de 2017. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=lv1-fKgTFSc>.

JENSEN, D. M. The Effectiveness of Dance Interventions to Improve Older Adults' Health: A Systematic Literature Review. **Physiology & behavior**, v. 176, n. 1, p. 1570–1573, 2018.

LORENCIA. Só xote. Youtube, [s.d]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=JDuN1dWM658>.

LUNDY-EKMAN, Laurie. **Neurociência, fundamentos para a reabilitação**. 3. ed. Rio de Janeiro: ELSEVIER, 2008.

MACHADO, A; HARTEL, L. Estrutura e Funções dos Núcleos da Base. In: MACHADO, A; HARTEL, L. (Org). **Neuroanatomia Funcional**. 3. ed. São Paulo: ATHENEU, 2014, p. 235-240, 2014.

MICHELS K, et.al. “Dance Therapy” as a Psychotherapeutic Movement Intervention in Parkinson’s Disease. **Complementary Therapies in Medicine**, v.40, [S.n], p.248-252, 2018.

NAVARRO-PETERNELLA, F. M. ; MARCON, S. S.. Qualidade de vida de indivíduos com Parkinson e sua relação com tempo de evolução e gravidade da doença. Rev. **Latino-Am. Enfermagem**, Maringá, v. 20, n. 2, 2012.

NEUROCHEM, J. The clinical symptoms of Parkinson’s disease. **Journal of Neurochemistry**. v.139, n.1, p. 318-324, 2016.

PANISSON, R. D'A. N.; DONADIO, M. V. F. Teste Timed “Up & Go” em crianças e adolescentes. **Rev. Paul Pediatr.**, v. 31, n. 3, p. 377-83, 2013.

PEREIRA, A. P. et al. Music Therapy and Dance as Gait Rehabilitation in Patients With Parkinson Disease: A Review of Evidence. **Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology**, v. 32, n. 1, p. 49–56, 2019.

PEREIRA, É. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte**, v. 26, p. 241–250, 2012.

RADHAKRISHNAN, D; GOYAL, V. Parkinson's disease: A review. **Neurology India**. v.66, n.7, p.26-35, 2018. Disponível em: <https://www.neurologyindia.com/article.asp?issn=0028-3886;year=2018;volume=6;issue=7;spage=26;epage=35;aulast=Radhakrishnan>. Acesso em: 20 maio 2021.

RELAX RIVER - Relaxation Flows in You. "Ballet Songs" | Instrumental Piano, Classical Music for Ballet, Music for Ballet Class, Solo Piano. **Youtube**, 9 de jan. de 2018. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=SQ0mJ7qLZ5Y>.

SANTANA, Flávia. Xote dos milagres. **Youtube**, [s.d]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ZTDStzSs2Wo>.

21

SHENKMAN M. L.; CLARK K.; XIE T.; KUCHIBHATLA M.; SHINBERG M.; RAY L.; Spinal movement and performance of standing reach task in participants with and without Parkinson disease. **Phys Ther**, v. 81, p. 1400-1411, 2000.

SILVA, B. C. R. et al. Efeito da dança no equilíbrio de idosas frequentadoras de bailes para terceira idade. **Revista UNINDRADE**, [S.I], v. 18, n.1, p. 45-51, 2017.

STEIDL, E.; ZIEGLER, J.; FERREIRA, F (2007 apud LIMONGI, J. C. P, 2001, [S.p]). Doença de Parkinson: Revisão Bibliográfica. **Revista Disciplinarum Scientia**, Santa Maria, v.8, n.1, p. 115-129, 2007.

VAN HILTEN, J.J. et al. Bromocriptine versus levodopa in early Parkinson's disease. **Cochrane**, 2017. Disponível em: https://www.cochrane.org/CD002258/MOVEMENT_bromocriptine-versus-levodopa-inearly-parkinsons-disease. Acesso em: 28 maio 2021.

VITORINO, B. Doença de Parkinson: causas, sintomas, tratamento e prevenção. Monografia de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas apresentada à Universidade de Lisboa através da Faculdade de Farmácia, p. 31, 2019.

YAMASHITA, F.C. et al. Efetividade da fisioterapia associada à musicoterapia na doença de Parkinson. **ConScientiae Saúde**, v. 11, n. 4, p. 677-684, 2011.

APÊNDICE A – Termo de autorização para realização da pesquisa



CENTRO UNIVERSITÁRIO FILADÉLFIA

Logotipo da Instituição Co-Participante ou carimbo funcional

Credenciado – Dec. de 24/04/2001 – DOU de 25/04/2001
Mantenedora: INSTITUTO FILADÉLFIA DE LONDRINA

CLÍNICA DE FISIOTERAPIA

**Declaração de Concordância dos Serviços Envolvidos e/ou de Instituição
Co-Participante**

Londrina, 12 de março de 2021

Ilma. Profa Me Solange Aparecida de Oliveira Neves
Coordenadora do CEP/UniFil

Senhora Coordenadora

Declaramos que nós da Clínica de Fisioterapia da UniFil, estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa "TERAPIA COM DANÇA E MÚSICA E SEUS EFEITOS NA QUALIDADE DE VIDA NA DOENÇA DE PARKINSON: UM ESTUDO DE CASO" sob a responsabilidade da profa Aline de Souza Freitas, nas nossas dependências conforme reserva e disponibilidade dos espaços utilizados, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro Universitário Filadélfia até o seu final em novembro de 2021.

Estamos cientes que as unidades de análise da pesquisa serão indivíduos com diagnóstico médico de Doença de Parkinson bem como de que o presente trabalho deve seguir a Resolução 466/2012 do CNS e complementares.

23

Atenciosamente,

19/03/2021

Prof(a). Fabíola Dinardi Borges Doretto
Coordenadora de Estágios do Curso de Fisioterapia

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Terapia com dança e música e seus efeitos na qualidade da marcha e equilíbrio da
doença de Parkinson: um estudo de caso**

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo(a) para a participar da pesquisa

Título	Terapia com dança e música e seus efeitos na qualidade da marcha e equilíbrio da doença de Parkinson: um estudo de caso
Local de realização	Clínica de Fisioterapia da UniFil- R. Monte Castelo, 25 - Jardim Higienópolis, Londrina - PR, 86015-140
Horário	Período matutino entre 8 e 12 horas ou período vespertino entre 14 e 17 horas (conforme disponibilidade dos participantes).
Justificativa	Por conta das dificuldades na marcha e no equilíbrio, as pessoas que possuem a Doença de Parkinson podem cair bastante durante suas atividades do dia a dia, por isso é importante buscar por terapias que ajudem a melhorar essas condições e dar mais conforto físico e emocional. A dança é um tipo de terapia que pode ser usada no Parkinson e tem objetivos de melhorar o equilíbrio, a movimentação e ação das partes do corpo que estão prejudicadas e dar uma melhor qualidade de vida.
Objetivo (s)	Os objetivos da pesquisa é entender quais os efeitos da dança e música sobre a qualidade de vida, observar se há associação com a melhora do equilíbrio e da realização das atividades do dia a dia, e se os fatores emocionais e sociais sofrem mudança com a terapia. Assim como contribuir para a comunidade acadêmica com novos estudos acerca da Doença de Parkinson.

Metodologia	A participação do paciente é muito importante e para a realização da pesquisa, serão utilizadas perguntas de forma oral, avaliação física e cognitiva em local restrito, terapia utilizando dança, música e exercícios fisioterapêuticos, assim como será feita gravação de vídeos durante as terapias como meio de expor a terapia e seus resultados.
Benefícios	Os benefícios da pesquisa incluem saber a condição de saúde do paciente, melhorar sua qualidade de vida, aspectos emocionais, sociais e motores e contribuir para a literatura e para a comunidade acadêmica.
Riscos	Os riscos da pesquisa podem incluir constrangimento e queda
Assistência	Em caso de acontecer algum dos riscos citados, as discentes se responsabilizam por encaminhar o paciente para uma assistência na clínica de psicologia da UniFil, Caso haja constrangimento e por acionar o SAMU e acompanhar o encaminhamento do paciente ao serviço de saúde mais próximo, caso haja queda.
Obrigatoriedade	A participação do paciente é voluntária e o mesmo fica livre para decidir participar e/ou abandonar a pesquisa a qualquer momento, sem acarretar qualquer ônus ou prejuízo a sua pessoa.
Sigilo	Todas as informações coletadas serão utilizadas somente para os fins de pesquisa, sendo tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a identidade do paciente. A coleta de registros gravados (fotos e vídeos) serão apagados após a finalização e apresentação da pesquisa.
Remuneração	O paciente não receberá remuneração para participar da pesquisa. Porém, terá a garantia de que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão resarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.
Contato	Pesquisador responsável: Aline de Freitas (43) 99933-6434 Pesquisador assistente: Carolina Duarte (43) 99928-4890 Pesquisador assistente: Heloisa Pallasi (43) 99192-0912 Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos UniFil - Londrina, situado junto no Campus Sede Unifil – Avenida Juscelino

	Kubitschek, 1626, telefone 3375-7439, e-mail: comite.etica@unifil.br
--	--

Londrina, ____ de ____ de ____.

Pesquisador Responsável (Aline de Souza Freitas)	RG: 94996007	Assinatura
Pesquisador Assistente – aluno de graduação (Carolina Duarte Pereira)	RG: 13.339.256-4	Assinatura
Pesquisador Assistente – aluno de graduação (Heloisa Pallasi Agner)	RG: 12.970.722-4	Assinatura

Eu, Rosilene dos Santos Viana, R.G
45266702, endereço Rua Jardim Fazenda 647
telefone (43) 98463769 acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim sobre a pesquisa Titulo da Pesquisa descrita acima. Eu discuti com o pesquisador sobre a minha decisão em participar neste estudo. Ficando claro para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordei voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Londrina, 28 de julho de 201

27

Assinatura do Participante da Pesquisa.

Rosi lene S. Viana

APÊNDICE C - Declaração de guarda-uso de banco de dados

UniFil- Centro Universitário Filadélfia (Fisioterapia)

Ilma. Sra. Profa. Me Solange Aparecida de Oliveira Neves

COORDENADORA DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS - UniFil

D E C L A R A Ç Ã O

Nós,

e

_____, alunas da Fisioterapia, do Centro Universitário Filadélfia- UniFil, declaro para o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – CEP/UniFil - que me comprometo a conservar por tempo indeterminado, com o devido sigilo, os dados oriundos da coleta de dados com os participantes do presente protocolo de pesquisa que coordenaremos, e que está em avaliação por este Comitê, intitulada **“Terapia com dança e música e seus efeitos na qualidade de vida na doença de Parkinson: um estudo de caso”**, em conformidade com a Resolução CNS 466/2012.

Declaro, ainda, que os referidos dados serão utilizados apenas e tão somente em futuras publicações decorrentes da pesquisa que ora tramita.

Londrina, ____ de _____ de 20____ 28

Atenciosamente,

Nome do pesquisador responsável- 1

Nome do pesquisador responsável- 2

ANEXO A - Ficha de identificação/avaliação

Identificação:

Celular:

Nome:

DN:

Telefone

Idade:

Gênero:

Outros Profissionais da Saúde:

Etnia:

Encaminhamento:

Religião:

Dados coletados: () Diretamente paciente e
ajuda do acompanhante

Estado civil:

**Nome do acompanhante ou
cuidador/responsável:**

Endereço:

Internações prévias:

Complemento:

**Em caso de emergência, avisar (nome e
telefone):**

CEP:

Exame neurológico:

Cidade/ Estado:

2) Tônus Muscular:

Procedência:

MMSS:

Naturalidade:

MMII:

Profissão: () Assalariado () Autônomo ()
Voluntário () Aposentada ()
Desempregado (doença) () Desempregado
(outros)

Dominância:

ou Escala de Ashworth: MSD: ____ MSE: ____
MID: ____ MIE: ____

Meio de transporte:

0 = sem aumento de tônus muscular;

1 = leve aumento de tônus muscular, manifestado por mínima
resistência no final do arco de movimento;

2 = moderado aumento de tônus muscular, na maior parte do
movimento;

3 = considerável aumento de tônus muscular, com movimentação
passiva difícil;

4 = espasticidade em flexão ou extensão.

Diagnóstico Clínico ou HD e tempo:

Médico Responsável:

ANEXO B – Escala de atividade de Vida Diária de Schawb e England

100%	Completamente independente. Capaz de realizar todas as atividades sem lentidão, dificuldade ou limitação. Praticamente normal. Não é consciente de nenhuma dificuldade.
90%	Completamente independente. Capaz de realizar todas as atividades com certo grau de lentidão, dificuldade e limitação. Poderia necessitar um tempo duas vezes superior. Começa a ser consciente de suas limitações.
80%	Completamente independente na maioria das tarefas. Requer um tempo duas vezes superior. Consciente de sua dificuldade e lentidão.
70%	Não é completamente independente. Tem mais dificuldade em algumas tarefas. Para certas atividades requer um tempo de três a quatro vezes superior. Deve dedicar uma grande parte do dia às tarefas.
60%	Certa dependência. Pode realizar a maioria das atividades ainda que muito lentamente e com grande esforço. Erros; algumas tarefas são impossíveis.
50%	Maior dependência. Necessita de ajuda parcial, mais lento, etc. Dificuldade em todas as tarefas.
40%	Muito dependente. Colabora na maior parte das atividades, mas realiza poucas sozinho.
30%	Com esforço, às vezes realiza algumas tarefas sozinho ou as começa sozinho. Precisa de uma grande ajuda.
20%	Não realiza nenhuma atividade sozinho. Pode ajudar ligeiramente em algumas atividades. Invalidez grave.
10%	Totalmente dependente, inválido. Não consegue fazer nada.
0%	As funções vegetativas do tipo deglutição, micção e defecação não se realizam normalmente. Permanece na cama.

ANEXO C – Time Get Up and Go Test

TIME GET UP AND GO TEST (TUGT) – AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDAS	
INSTRUÇÕES	
<ul style="list-style-type: none">- Material/equipamento: cadeira (45 cm a 48 cm de altura) com braços, de pés fixos (sem rodinhas), cronômetro; fita adesiva; trena, ou barbante, ou fita com 3m (para demarcar a distância de 3m);- Orientar o procedimento do teste e certificar-se de que o participante entendeu o que é para ser feito;- Realizar uma tentativa de familiarização do teste, demonstrando o procedimento (apenas uma vez);- Corrigir, se for necessário, e reforçar pontos importantes, tais como: chegar até a marca no chão e sentar-se encostando completamente o tronco no encosto da cadeira;- Caso o idoso apresente alguma dificuldade de entendimento (ou esquecimento), que o faça interromper o percurso, refaça a orientação a respeito da forma correta de execução e reinicie o teste;- Caso o participante faça qualquer pergunta durante o teste, como por exemplo: “É para sentar?”, responda: “Faça como eu lhe disse para fazer”;- É permitido ao participante o uso de dispositivo de auxílio à marcha (bengala, ou andador);- O participante deve estar usando seu sapato habitual;- Para cronometrar o tempo: o cronômetro deve ser disparado, quando o participante projetar os ombros à frente (desencostar da cadeira) e deve ser parado, quando o mesmo encostar completamente o tronco no encosto da cadeira.	
PROCEDIMENTO O idoso deverá estar sentado em uma cadeira com apoio lateral de braço. Solicite ao idoso, que se levante sem apoiar nas laterais da cadeira, caminhe 3 metros, virando 180º e retornando ao ponto de partida, para sentar-se novamente.	
RESULTADO	
Assinalar conforme a cronometragem do trajeto:	
<input type="checkbox"/>	< 10 segundos (acompanhar conforme o fluxo normal da AMPI/AB)
<input type="checkbox"/>	10 a 19 segundos (acompanhar na UBS a não ser que tenha outras indicações para a atenção especializada) Segundo a literatura, o tempo acima de 12,4 segundos indica risco aumentado para quedas.
<input type="checkbox"/>	20 segundos ou mais (deverá ser encaminhado para a URSI)
OBSERVAÇÕES (durante a aplicação do teste)	

ANEXO D – Mini-Exame do Estado Mental

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

(Folstein, Folstein & McHugh, 1.975)

Paciente: _____

Data da Avaliação: ____/____/____ Avaliador: _____

ORIENTAÇÃO

- Dia da semana (1 ponto)()
- Dia do mês (1 ponto)()
- Mês (1 ponto)()
- Ano (1 ponto)()
- Hora aproximada (1 ponto)()
- Local específico (aposento ou setor) (1 ponto)()
- Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto)()
- Bairro ou rua próxima (1 ponto)()
- Cidade (1 ponto)()
- Estado (1 ponto)()

MEMÓRIA IMEDIATA

- Fale 3 palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta()
Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

ATENÇÃO E CÁLCULO

- (100 - 7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente
(1 ponto para cada cálculo correto)()
(alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente)

EVOCAÇÃO

- Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente
(1 ponto por palavra)()

LINGUAGEM

- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos)()
- Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá" (1 ponto)()
- Comando: "pegue este papel com a mão direita
dobre ao meio e coloque no chão" (3 pts)()
- Ler e obedecer: "feche os olhos" (1 ponto)()
- Escrever uma frase (1 ponto)()
- Copiar um desenho (1 ponto)()

31

ESCORE: ____/30



ANEXO E- Escala de Estadiamento de Hoehn e Yahr

Estágio	Descrição
0	Nenhum sinal da doença
1	Doença unilateral
1,5	Envolvimento unilateral e axial.
2	Doença bilateral sem déficit de equilíbrio (recupera o equilíbrio dando três passos para trás ou menos).
2,5	Doença bilateral leve, com recuperação no “teste do empurrão” (empurra-se bruscamente o paciente para trás a partir dos ombros, o paciente dá mais que três passos, mas recupera o equilíbrio sem ajuda).
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.

32

* Sugere-se iniciar o teste do item 5 para o item 1.

Classificação

Estágios 1 a 3 = incapacidades leve a moderada

Estágios 4 e 5 = incapacidade grave.

ANEXO F – Escala de Equilíbrio de Berg

ESCALA DE EQUILÍBRIOS DE BERG		
NOME:	Sexo:	Prontuário:
	Idade:	Data da Lesão:
Lado Dominante ou parético: (D) (E)		Data da Avaliação:
Diagnóstico:		Avaliador:

ITEM	SUBTOTAL
1. POSIÇÃO SENTADA PARA POSIÇÃO EM PÉ INSTRUÇÕES: Por favor, levante-se. Tente não usar suas mãos para se apoiar.	4. Capaz de levantar-se sem utilizar as mãos e estabilizar-se independentemente. 3. Capaz de levantar-se independentemente utilizando as mãos. 2. Capaz de levantar-se utilizando as mãos após diversas tentativas. 1. Necessita de ajuda mínima para levantar-se ou estabilizar-se. 0. Necessita de ajuda moderada ou máxima para levantar-se.
2. PERMANECER EM PÉ SEM APOIO INSTRUÇÕES: Por favor, fique em pé por 2 minutos sem se apoiar.	4. Capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos. 3. Capaz de permanecer em pé por 2 minutos com supervisão. 2. Capaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio. 1. Necessita de várias tentativas para permanecer em pé por 30 seg. sem apoio. 0. Incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio.
3. PERMANECER SENTADO SEM APOIO NAS COSTAS, MAS COM OS PÉS APOIADOS NO CHÃO OU NUM BANQUINHO INSTRUÇÕES: Por favor, fique sentado sem apoiar as costas com os braços cruzados por 2	4. Capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 2 minutos. 3. Capaz de permanecer sentado por 2 minutos sob supervisão.

minutos.	2. Capaz de permanecer sentado por 30 segundos.
	1. Capaz de permanecer sentado por 10 segundos.
	0. Incapaz de permanecer sentado sem apoio durante 10 segundos.
4. POSIÇÃO EM PÉ PARA POSIÇÃO SENTADA INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se.	4. Senta-se com segurança com uso mínimo das mãos.
	3. Controla a descida utilizando as mãos.
	2. Utiliza a parte posterior das pernas contra a cadeira para controlar a descida.
	1. Senta-se independentemente, mas tem descida sem controle.
	0. Necessita de ajuda para sentar-se.
5. TRANSFERÊNCIAS INSTRUÇÕES: Arrume as cadeiras perpendicularmente ou uma de frente para a outra para uma transferência em pivô. Peça ao paciente para transferir-se de uma cadeira com apoio de braço para uma cadeira sem apoio de braço, e vice-versa. Você poderá utilizar duas cadeiras (uma com e outra sem apoio de braço) ou uma cama e uma cadeira.	4. Capaz de transferir-se com segurança com uso mínimo das mãos.
	3. Capaz de transferir-se com segurança com o uso das mãos.
	2. Capaz de transferir-se seguindo orientações verbais e/ou supervisão.
	1. Necessita de uma pessoa para ajudar.
	0. Necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar para realizar a tarefa com segurança.
6. PERMANECER EM PÉ SEM APOIO COM OS OLHOS FECHADOS INSTRUÇÕES: Por favor, fique em pé e feche os olhos por 10 segundos.	4. Capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança.
	3. Capaz de permanecer em pé por 10 segundos com supervisão.
	2. Capaz de permanecer em pé por 3 segundos.
	1. Incapaz de permanecer com os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé.
	0. Necessita de ajuda para não cair.
7. PERMANECER EM PÉ SEM APOIO COM OS PÉS JUNTOS INSTRUÇÕES: Junte seus pés e fique em pé sem se apoiar.	4. Capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com segurança.
	3. Capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com supervisão.
	2. Capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 30 segundos.
	1. Necessita de ajuda para posicionar-se, mas é capaz de permanecer com os pés juntos durante 15 segundos.
	0. Necessita de ajuda para posicionar-se e é incapaz de permanecer

	nessa posição por 15 segundos.
8. ALCANÇAR A FRENTE COM O BRAÇO ESTENDIDO PERMANECENDO EM PÉ INSTRUÇÕES: Levante o braço a 90°. Estique os dedos e tente alcançar a frente o mais longe possível. (O examinador posiciona a régua no fim da ponta dos dedos quando o braço estiver a 90°. Ao serem esticados para frente, os dedos não devem tocar a régua . A medida a ser registrada é a distância que os dedos conseguem alcançar quando o paciente se inclina para frente o máximo que ele consegue. Quando possível, peça ao paciente para usar ambos os braços para evitar rotação do tronco).	4. Pode avançar a frente >25 cm com segurança. 3. Pode avançar a frente >12,5 cm com segurança. 2. Pode avançar a frente >5 cm com segurança. 1. Pode avançar a frente, mas necessita de supervisão. 0. Perde o equilíbrio na tentativa, ou necessita de apoio externo.
9. PEGAR UM OBJETO DO CHÃO A PARTIR DE UMA POSIÇÃO EM PÉ INSTRUÇÕES: Pegue o sapato/chinelo que está na frente dos seus pés.	4. Capaz de pegar o chinelo com facilidade e segurança. 3. Capaz de pegar o chinelo, mas necessita de supervisão. 2. Incapaz de pegá-lo, mas se estica até ficar a 2-5 cm do chinelo e mantém o equilíbrio independentemente. 1. Incapaz de pegá-lo, necessitando de supervisão enquanto está tentando. 0. Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair.
10. VIRAR-SE E OLHAR PARA TRÁS POR CIMA DOS OMBROS DIREITO E ESQUERDO ENQUANTO PERMANECE EM PÉ INSTRUÇÕES: Vire-se para olhar diretamente atrás de você por cima do seu ombro esquerdo sem tirar os pés do chão. Faça o mesmo por cima do ombro direito. (O examinador poderá pegar um objeto e posicioná-lo diretamente atrás do paciente para estimular o movimento)	4. Olha para trás de ambos os lados com uma boa distribuição do peso. 3. Olha para trás somente de um lado, o lado contrário demonstra menor distribuição do peso. 2. Vira somente para os lados, mas mantém o equilíbrio. 1. Necessita de supervisão para virar. 0. Necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair.
11. GIRAR 360 GRAUS INSTRUÇÕES: Gire-se completamente ao redor de si mesmo. Pausa. Gire-se completamente ao redor de si mesmo em sentido contrário.	4. Capaz de girar 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos. 3. Capaz de girar 360 graus com segurança somente para um lado em 4 seg. ou menos. 2. Capaz de girar 360 graus com segurança, mas lentamente. 1. Necessita de supervisão próxima ou orientações verbais. 0. Necessita de ajuda enquanto gira.
12. POSICIONAR OS PÉS ALTERNADAMENTE NO DEGRAU OU BANQUINHO ENQUANTO	4. Capaz de permanecer em pé independentemente e com segurança, completando 8 movimentos em 20 segundos.

PERMANECE EM PÉ SEM APOIO INSTRUÇÕES: Toque cada pé alternadamente no degrau/banquinho. Continue até que cada pé tenha tocado o degrau/banquinho quatro vezes.	3. Capaz de permanecer em pé independentemente e completar 8 movimentos em > 20 segundos. 2. Capaz de completar 4 movimentos sem ajuda. 1. Capaz de completar >2 movimentos com o mínimo de ajuda. 0. Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair.
13. PERMANECER EM PÉ SEM APOIO COM UM PÉ À FRENTE INSTRUÇÕES: (DEMONSTRE PARA O PACIENTE) Coloque um pé diretamente à frente do outro na mesma linha, se você achar que não irá conseguir, coloque o pé um pouco mais à frente do outro pé e levemente para o lado.	4. Capaz de colocar um pé imediatamente à frente do outro, independentemente, e permanecer por 30 segundos. 3. Capaz de colocar um pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado, independentemente, e permanecer por 30 segundos. 2. Capaz de dar um pequeno passo, independentemente, e permanecer por 30 segundos. 1. Necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos. 0. Perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar de pé.
14. PERMANECER EM PÉ SOBRE UMA Perna INSTRUÇÕES: Fique em pé sobre uma perna o máximo que você puder sem se segurar	4. Capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por >10 seg. 3. Capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por 5-10 seg. 2. Capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por ≥ 3 seg. 1. Tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 seg., embora permaneça em pé independentemente. 0. Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair.
Considerações: A pontuação global é de 56 possíveis pontos. Os itens são pontuados 0-4 sendo que 0 representa a incapacidade de completar a tarefa e 4 a capacidade de concluir independente a tarefa proposta. Pontuação de 0 a 20 representa prejuízo do equilíbrio, 21 a 40 equilíbrio aceitável e 41-56 um bom equilíbrio.	Escore Total:

ANEXO G – UPDRS

ESCALA UNIFICADA DE AVALIAÇÃO PARA DOENÇA DE PARKINSON (UPDRS)		
NOME:	Sexo:	Prontuário:
	Idade:	Data da Lesão:
Lado Dominante ou parético: (D) (E)		Data da Avaliação:
Diagnóstico:		Avaliador:

I. ESTADO MENTAL/COMPORTAMENTO/ESTADO EMOCIONAL	Escore
1. Comportamento Intelectual 0= NENHUM 1= MÍNIMO. Esquecimento consistente com lembrança parcial de eventos, sem outras dificuldades 2= MODERADO. Perda moderada da memória, com desorientação. Dificuldade moderada para resolver problemas complexos. Mínimo, mas definitivo comprometimento das atividades em casa, com necessidade de ajuda ocasional. 3= GRAVE. Perda grave de memória com desorientação temporal e, frequentemente de lugar. Grande dificuldade de resolver problemas. 4= GRAVE. Perda grave da memória com orientação preservada apenas para sua pessoa. Incapaz de fazer julgamentos ou resolver problemas. Necessita de muita ajuda para cuidados pessoais. Não pode ficar sozinho em nenhuma situação.	
2. Desordem do Pensamento (devido à demência ou intoxicação por drogas) 0= nenhum 1= sonhos vívidos 2= alucinações “benignas” com julgamento (insight) mantido 3= ocasionais a frequentes alucinações sem julgamento, podendo interferir com as atividades diárias. 4= alucinações frequentes ou psicose evidente. Incapaz de cuidar-se.	
3. Depressão 1= ausente- 1 dia passa 2= períodos de tristeza ou culpa acima do normal. Nunca permanece por dias ou semanas. 3= depressão permanente com sintomas vegetativos (insônia, anorexia, perda de peso, desinteresse). 4= depressão permanente com sintomas vegetativos. Pensamento ou tentativa de suicídio.	

<p>4. Motivação/Iniciativa</p> <p>0= normal- mais interessado 1= mais passivo, menos interessado que o habitual 2= perda da iniciativa ou desinteresse por atividades fora do dia-a-dia</p>	
<p>II. ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA</p>	
<p>5. Fala</p> <p>0= normal 1= comprometimento superficial. Nenhuma dificuldade em ser entendido. 2= comprometimento moderado. Solicitado a repetir frases, às vezes. 3= comprometimento grave. Solicitado frequentemente a repetir frases. 4= retraído, perda completa da motivação.</p>	
<p>6. Salivação</p> <p>0= normal 1= excesso mínimo de saliva, mas perceptível. Pode babar à noite. 2= excesso moderado de saliva. Pode apresentar alguma baba (drooling). 3= excesso acentuado de saliva. Baba frequentemente. 4= baba continuamente. Precisa de lenço constantemente.</p>	
<p>7. Deglutição</p> <p>0= normal 1= engasgos raros - precisa tomar algo pra descer a comida 2= engasgos ocasionais 3= deglute apenas alimentos moles. 4= necessita de sonda nasogástrica ou gastrostomia.</p>	38
<p>8. Escrita</p> <p>0= normal 1= um pouco lenta ou pequena. 2= menor e mais lenta, mas as palavras são legíveis. 3= gravemente comprometida. Nem todas as palavras são comprometidas. 4= a maioria das palavras não são legíveis.</p>	
<p>9. Cortar alimentos ou manipular</p> <p>0= normal 1= lento e desajeitado, mas não precisa de ajuda. 2= capaz de cortar os alimentos, embora desajeitado e lento. Pode precisar de ajuda. 3= alimento cortado por outros, ainda pode alimentar-se, embora lentamente. 4= precisa ser alimentado por outros.</p>	
<p>10. Vestir</p> <p>0= normal. 1= lento mas não precisa de ajuda. 2= necessita de ajuda para abotoar e colocar os braços em mangas de camisa. 3= necessita de bastante ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho. 4= não consegue vestir-se (nenhuma peça) sem ajuda.</p>	

<p>11. Higiene</p> <p>0= normal.</p> <p>1= lento mas não precisa de ajuda.</p> <p>2= precisa de ajuda no chuveiro ou banheira, ou muito lento nos cuidados de higiene.</p> <p>3= necessita de assistência para se lavar, escovar os dentes, pentear-se, ir ao banheiro.</p> <p>4= sonda vesical ou outra ajuda mecânica.</p>	
<p>12. Girar no leito e colocar roupas de cama.</p> <p>0= normal.</p> <p>1= lento e desajeitado mas não precisa de ajuda.</p> <p>2= pode girar sozinho na cama ou colocar os lençóis, mas com grande dificuldade.</p> <p>3= pode iniciar, mas não consegue rolar na cama ou colocar lençóis.</p>	
<p>13. Quedas (não relacionadas ao freezing)</p> <p>0= nenhuma</p> <p>1= quedas raras</p> <p>2= cai ocasionalmente, menos de uma vez por dia.</p> <p>3= cai, em média, uma vez por dia.</p> <p>4= cai mais de uma vez por dia.</p>	
<p>14. Freezing quando anda</p> <p>0= nenhum</p> <p>1= raro freezing quando anda, pode ter hesitação no início da marcha.</p> <p>2= freezing ocasional, enquanto anda.</p> <p>3= freezing frequente, pode cair devido ao freezing.</p> <p>4= quedas frequentes devido ao freezing.</p>	39
<p>15. Marcha</p> <p>0= normal.</p> <p>1= pequena dificuldade. Pode não balançar os braços ou tende a arrastar as pernas- levanta mais os pés pra andar</p> <p>2= dificuldade moderada, mas necessita de pouca ajuda ou nenhuma.</p> <p>3= dificuldade grave na marcha, necessita de assistência.</p> <p>4= não consegue andar, mesmo com ajuda.</p>	
<p>16. Tremor</p> <p>0= ausente.</p> <p>1= presente, mas infrequente.</p> <p>2= moderado, mas incomoda o paciente.</p> <p>3= grave, interfere com muitas atividades.</p> <p>4= marcante, interfere na maioria das atividades.</p>	
<p>17. Queixas sensitivas relacionadas ao parkinsonismo</p> <p>0= nenhuma.</p> <p>1= dormência e formigamento ocasional, alguma dor.</p> <p>2= dormência, formigamento e dor frequente, mas suportável.</p> <p>3= sensações dolorosas frequentes.</p> <p>4= dor insuportável.</p>	

III. EXAME MOTOR	
18. Fala 0= normal. 1= perda discreta da expressão, volume ou dicção. 2= comprometimento moderado. Arrastado, monótono mas compreensível. 3= comprometimento grave, difícil de ser entendido. 4= incomprensível.	
19. Expressão Facial NÃO SEI/ ELA DISSE QUE ESTÁ MELHOR ROSTO MELHOR 0= normal. 1= hipomimia mínima. 2= diminuição pequena, mas anormal, da expressão facial. 3= hipomimia moderada, lábios caídos/afastados por algum tempo. 4= fácies em máscara ou fixa, com pedra grave ou total da expressão facial. Lábios afastados ¼ de polegada ou mais.	
20. Tremor de Repouso 0= ausente. 1= presente mas infrequente ou leve. 2= persistente mas de pouca amplitude, ou moderado em amplitude mas presente de maneira intermitente. 3= moderado em amplitude mas presente a maior parte do tempo. 4= com grande amplitude e presente a maior parte do tempo.	40
21. Tremor postural ou de ação nas mãos 0= ausente 1= leve, presente com a ação. 2= moderado em amplitude, presente com a ação. 3= moderado em amplitude tanto na ação quanto mantendo a postura. 4= grande amplitude, interferindo com a alimentação.	
22. Rigidex (movimento passivo das grandes articulações, com paciente sentado e relaxado, ignorar roda denteadas). 0= ausente 1= pequena ou detectável somente quando ativado por movimentos em espelho de outros. 2= leve e moderado. 3= marcante, mas pode realizar o movimento completo da articulação. 4= grave e o movimento completo da articulação só ocorre com grande dificuldade.	
23. Bater dedos continuamente – polegar no indicador em sequências rápidas com a maior amplitude possível, uma mão de cada vez. 0= normal 1= leve lentidão e/ou redução da amplitude. 2= comprometimento moderado. Fadiga precoce e bem clara. Pode apresentar parada ocasional durante o movimento. 3= comprometimento grave. Hesitação freqüente para iniciar o movimento ou paradas durante o movimento que está realizando. 4= realiza o teste com grande dificuldade, quase não conseguindo.	

24. Movimentos das mãos (abrir e fechar as mãos em movimentos rápidos e sucessivos e com a maior amplitude possível, uma mão de cada vez).

0= normal

1= leve lentidão e/ou redução da amplitude.

2= comprometimento moderado. Fadiga precoce e bem clara. Pode apresentar parada ocasional durante o movimento.

3= comprometimento grave. Hesitação freqüente para iniciar o movimento ou paradas durante o movimento que está realizando.

4= realiza o teste com grande dificuldade, quase não conseguindo.

25. Movimentos rápidos alternados das mãos (pronação e supinação das mãos, horizontal ou verticalmente, com a maior amplitude possível, as duas mãos simultaneamente).

0= normal

1= leve lentidão e/ou redução da amplitude.

2= comprometimento moderado. Fadiga precoce e bem clara. Pode apresentar parada ocasional durante o movimento.

3= comprometimento grave. Hesitação frequente para iniciar o movimento ou paradas durante o movimento que está realizando.

4= realiza o teste com grande dificuldade, quase não conseguindo.

26. Agilidade da perna (bater o calcanhar no chão em sucessões rápidas, levantando toda a perna, a amplitude do movimento deve ser de cerca de 3 polegadas/ ±7,5 cm).

41

0= normal

1= leve lentidão e/ou redução da amplitude- relatou melhora do lado E

2= comprometimento moderado. Fadiga precoce e bem clara. Pode apresentar parada ocasional durante o movimento.

3= comprometimento grave. Hesitação frequente para iniciar o movimento ou paradas durante o movimento que está realizando.

4= realiza o teste com grande dificuldade, quase não conseguindo.

27. Levantar da cadeira (de espaldo reto, madeira ou ferro, com braços cruzados em frente ao peito).

LEVANTA SEGURANDO NA CADEIRA OU MÃOS NA Perna COM DIFICULDADE

0= normal

1= lento ou pode precisar de mais de uma tentativa

2= levanta-se apoiando nos braços da cadeira.

3= tende a cair para trás, pode tentar se levantar mais de uma vez, mas consegue levantar

4= incapaz de levantar-se sem ajuda.

28. Postura

0= normal em posição ereta.

1= não bem ereto, levemente curvado para frente, pode ser normal para pessoas mais velhas.

2= moderadamente curvado para frente, definitivamente anormal, pode inclinar-se um pouco para os lados.

3= acentuadamente curvado para frente com cifose, inclinação moderada para um dos lados.

4= bem fletido com anormalidade acentuada da postura.

29. Marcha FIQUEI NA DUVIDA

0= normal

1= anda lentamente, pode arrastar os pés com pequenas passadas, mas não há festinação ou propulsão.

2= anda com dificuldade, mas precisa de pouca ajuda ou nenhuma, pode apresentar alguma festinação, passos curtos, ou propulsão. 3= comprometimento grave da marcha, necessitando de ajuda. 4= não consegue andar sozinho, mesmo com ajuda.	
30. Estabilidade postural (resposta ao deslocamento súbito para trás, puxando os ombros, com paciente ereto, de olhos abertos, pés separados, informado a respeito do teste) 0= normal 1= retrópulsão, mas se recupera sem ajuda. 2= ausência de respostas posturais, cairia se não fosse auxiliado pelo examinador. 3= muito instável, perde o equilíbrio espontaneamente. 4= incapaz de ficar ereto sem ajuda.	
31. Bradicinesia e hipocinesia corporal (combinação de hesitação, diminuição do balançar dos braços, pobreza e pequena amplitude de movimentos em geral) 0= nenhum. 1= lentidão mínima. Podia ser normal em algumas pessoas. Possível redução na amplitude. 2= movimento definitivamente anormal. Pobreza de movimento e um certo grau de lentidão. 3= lentidão moderada. Pobreza de movimento ou com pequena amplitude. 4= lentidão acentuada. Pobreza de movimento ou com pequena amplitude.	
IV. COMPLICAÇÕES DA TERAPIA (NA SEMANA QUE PASSOU)	42
A . DISCINESIAS/ TREMOR	
32. Duração. Que percentual do dia acordado apresenta discinesias? 0= nenhum 1= 25% do dia. 2= 26 - 50% do dia. 3= 51 – 75% do dia. 4= 76 – 100% do dia.	
33. Incapacidade. Quão incapacitante é a discinesia? 0= não incapacitante. 1= incapacidade leve. 2= incapacidade moderada. 3= incapacidade grave. 4= completamente incapaz.	
34. Discinesias dolorosas. Quão dolorosas são as discinesias? 0= não dolorosas. 1= leve. 2= moderada. 3= grave. 4= extrema.	
35. Presença de distonia ao amanhecer. 1= sim	

0= não	
B. FLUTUAÇÕES CLÍNICAS	
36. Algum período off previsível em relação ao tempo após a dose do medicamento?	
1= sim	
0= não	
37. Algum período off imprevisível em relação ao tempo após a dose do medicamento?	
1= sim	
0= não	
38. Algum período off se instala subitamente? Em poucos segundos?	
1= sim	
0= não	
Qual o percentual de tempo acordado, em um dia, o paciente está em off, em média?	
0= nenhum	
1= 25% do dia.	
2= 26 - 50% do dia.	
3= 51 – 75% do dia.	
4= 76 – 100% do dia.	
C. OUTRAS COMPLICAÇÕES	
40. o paciente apresenta anorexia, náusea ou vômito?	
1= sim	
0= não	
41. o paciente apresenta algum distúrbio do sono? Insônia ou hipersonolência.	
1= sim	
0= não	
42. o paciente apresenta hipotensão ortostática sintomática?	
1= sim.	
0= não	
TOTAL	

ANEXO H- PDQ-39

MOBILIDADE				
1- Teve dificuldade para realizar atividades de lazer as quais gosta?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
2- Teve dificuldade para cuidar da casa?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
3- Teve dificuldade para carregar sacolas?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
4- Teve problemas para andar aproximadamente 1 km?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
5- Teve problemas para andar aproximadamente 100 m?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
6- Teve problemas para andar pela casa com a facilidade que gostaria?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
7- Teve dificuldade para andar em lugares públicos?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
8- Precisou de alguma pessoa para acompanhá-lo ao sair de casa?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
9- Teve medo ou preocupação de cair em público?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
10- Ficou em casa mais tempo que gostaria?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA				
11- Teve dificuldade para tomar banho?				

NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
12- Teve dificuldade para vestir-se?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
13- Teve dificuldade com botões ou cadarços?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
14- Teve dificuldade para escrever claramente?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
15- Teve dificuldade para cortar a comida?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
16- Teve dificuldade para beber sem derramar?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
BEM ESTAR SOCIAL				
17- Sentiu-se depressivo?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
18- Sentiu-se isolado e sozinho?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
19- Sentiu-se triste ou chorou?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
20- Sentiu-se magoado?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
21- Sentiu-se ansioso?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
22- Sentiu-se preocupado com o futuro?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE-	SEMPRE

			filhos	
ESTIGMA				
23- Sentiu que tinha que esconder a doença para outras pessoas?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
24- Evitou situações que envolviam comer ou beber em público?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
25- Sentiu-se envergonhado em público?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
26- Sentiu-se preocupado com a reação de outras pessoas em relação à você?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
SUPORTE SOCIAL				
27- Teve problemas no relacionamento com pessoas próximas?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
28- Recebeu apoio que precisava do seu conjugue ou parceiro?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
29- Recebeu apoio que precisava da família e amigos íntimos?				
NUNCA	RARAMENTE-	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
COGNIÇÃO				
30- Adormeceu inesperadamente durante o dia?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
31- Teve problemas de concentração?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
32- Teve falta de memória?				

NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
33- Teve pesadelos ou alucinações?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
COMUNICAÇÃO				
34- Teve dificuldade para falar?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
35- Sentiu que não podia comunicar-se efetivamente?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
36- Sentiu-se ignorado pelas pessoas?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
DESCONFORTO CORPORAL				
37- Teve cãibras musculares dolorosas ou espasmos?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
38- Teve dores nas articulações ou no corpo?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE-
39- Sentiu-se desconfortável no frio ou no calor?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
<p>Considerações: A pontuação para cada questão varia de 0 (zero) a 4 (quatro), sendo que a resposta "nunca" equivale ao escore 0 (zero), "raramente" ao escore 1 (um), "algumas vezes" ao escore 2 (dois), "frequentemente" ao escore 3 (três) e "sempre" ao escore 4 (quatro). A pontuação do paciente para cada domínio é o resultado da seguinte equação: a soma dos escores para cada questão dividida pelo resultado da multiplicação de 4 (que é o escore máximo para cada questão) pelo número total de questões em cada domínio. Este resultado, por sua vez, é multiplicado por 100. O valor para cada domínio varia então em uma escala linear que vai de 0 (zero) a 100 (cem), onde o zero, significa melhor e cem, significa uma pior qualidade de vida.</p>				
<p>Resultado:</p>				



CENTRO UNIVERSITÁRIO
FILADÉLFIA - UNIFIL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

ANEXO I- Parecer consubstanciado do CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Terapia com dança e música e seus efeitos na qualidade de vida na Doença de Parkinson: um estudo de caso.

Pesquisador: Aline de Souza Freitas

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 45502521.7.0000.5217

48

Instituição Proponente: Centro Universitário Filadélfia - UniFil

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.786.626

Apresentação do Projeto:

As informações aqui citadas foram mencionadas em Informações Básicas do Projeto.

Resumo:

Introdução: A doença de Parkinson (DP) caracteriza-se por uma doença do sistema nervoso central idiopática, degenerativa, progressiva, crônica e diminui os níveis de dopamina. Ela está presente em 1% da população mundial, principalmente na faixa etária de 55 a 65 anos. Os portadores da DP apresentam tremor, rigidez, bradicinesia, instabilidade corporal e de marcha e diminuição da qualidade de vida. Sabe-se que estímulos sonoros, rítmicos e a dança fornecem efeitos satisfatórios sobre a melhora da qualidade de vida dos indivíduos com DP, com repercussão na marcha, aperfeiçoando competências cognitivas como ajustes motores e memória espacial. Objetivo: Compreender os efeitos da dança e música sobre a qualidade de vida no paciente portador da Doença de Parkinson. Métodos: Trata-se de um estudo de caso quantitativo, realizado na Clínica de Fisioterapia da UniFil. Participará do estudo o paciente que apresentar alteração de Equilíbrio e

Endereço: Rua Alagoas, 2050 - CxP. 196

Bairro: Centro

CEP: 86.020-300

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3375-7439

Fax: (43)3375-7439

E-mail: comite.etica@unifil.br

Página 01 de 05



**CENTRO UNIVERSITÁRIO
FILADÉLFIA - UNIFIL**



PARECER CONSUSTANCIADO DO CEP

Continuação do Parecer: 4.786.626

Marcha, considerando os estágios 1,5 a 3 na escala de estadiamento HY. Os instrumentos utilizados serão: avaliação fisioterapêutica neurofuncional; TUG; Escala de Equilíbrio de Berg; Escala de atividade de Vida Diária de Schawb e England; PDQ-39; UPDRS e MEEM. Serão realizadas 10 sessões, com duração de 50min cada, sendo 2 vezes na semana, com diversos ritmos associados a fisioterapia motora. Ao final do programa de tratamento será realizada a reavaliação fisioterapêutica. Resultados esperados: Compreender e analisar a repercussão da terapia com dança e música sobre a marcha, equilíbrio, AVDs e percepção do paciente referente à sua qualidade de vida.

Critério de Inclusão:

- 1- Portador da Doença de Parkinson conforme diagnóstico médico;
- 2- Estar classificado entre os estágios 1,5 e 3 na escala de estadiamento de Hoehn e Yahr; 3- Concordar com a proposta do estudo e assinar o termo TCLE.
- 4- Estar ciente de todo o protocolo de segurança recomendado pela Organização Mundial da Saúde sobre os cuidados com a Covid-19.

Critério de Exclusão:

- 1- Apresentar comprometimento cognitivo segundo a classificação do MEEM;
- 2- Estar recebendo tratamento fisioterapêutico concomitantemente ao estudo;
- 3- Ter tido febre pelo menos uma semana atrás;
- 4- Estar com algum sintoma gripal ou dor de garganta;
- 5- Estar com manchas avermelhadas no corpo, que se assemelham com manchas da dengue; 6- Ter tido ou estar com falta de olfato ou paladar;
- 7- Apresentar dificuldades para respirar;
- 8- Ter tido contato com alguma pessoa com suspeita ou que testou positivo para a Covid-19; 9- Não cumprir o protocolo de segurança recomendado pela Organização Mundial da Saúde sobre os cuidados com a Covid-19.

Endereço: Rua Alagoas, 2050 - CxP. 196

Bairro: Centro

CEP: 86.020-300

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3375-7439

Fax: (43)3375-7439

E-mail: comite.etica@unifil.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO
FILADÉLFIA - UNIFIL



PARECER CONSUSTANCIADO DO CEP

Página 02 de 05

Continuação do Parecer: 4.786.626

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos da pesquisa descritos pelos pesquisadores foram:

Objetivo Primário:

Compreender os efeitos da dança e música sobre a qualidade de vida no paciente portador da Doença de Parkinson.

Objetivo Secundário:

- a. Verificar a associação entre a dança e a melhora do equilíbrio do paciente;
- b. Relacionar os fatores emocionais e sociais com a aplicação da dança e música;
- c. Avaliar os efeitos da dança e música sobre as AVDs;
- d. Contribuir para a comunidade acadêmica com novos estudos acerca da Doença de Parkinson.

50

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios descritos pelos pesquisadores foram:

Riscos:

Constrangimento sobre responder aos questionamentos dos instrumentos de avaliação ou sobre alguma dificuldade na execução das atividades do protocolo de intervenção, além disso, pode incluir sofrer algum tipo de queda por conta de desequilíbrio. Caso haja constrangimento nos responsabilizamos em encaminhar ou acompanhar o paciente ao serviço de saúde mais próximo.

Benefícios:

O participante poderá conhecer a condição aspectos de sua condição clínica, melhorar sua qualidade de vida, aspectos emocionais, sociais e motores e contribuir para a literatura e para a comunidade acadêmica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo experimental, transversal com abordagem quantitativa. A pesquisa acontecerá na Clínica de Fisioterapia da UniFil. Os participantes selecionados serão aqueles que apresentarem alteração de equilíbrio e marcha. Os instrumentos utilizados serão: avaliação fisioterapêutica neurofuncional; TUG;

Endereço: Rua Alagoas, 2050 - CxP. 196

Bairro: Centro

CEP: 86.020-300

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3375-7439

Fax: (43)3375-7439

E-mail: comite.etica@unifil.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO
FILADÉLFIA - UNIFIL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Página 03 de 05

Continuação do Parecer: 4.786.626

Escala de Equilíbrio de Berg; Escala de atividade de Vida Diária de Schwab e England; PDQ-39; UPDRS e MEEM. Serão realizadas 10 sessões, com duração de 50min cada, sendo 2 vezes na semana, com diversos ritmos associados a fisioterapia motora. Ao final do programa de tratamento será realizada a reavaliação fisioterapêutica.

51

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Informações Básicas do Projeto: adequado

Folha de Rosto: adequado

Declaração de Concordância da Instituição coparticipante: adequado

TCLE: adequado

Cronograma: adequado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que este protocolo atende aos princípios éticos da Resolução 510/2016 e normas internas deste CEP, consentimos parecer favorável à realização da pesquisa. Todos os critérios preconizados pela OMS, Ministério da Saúde e Decretos Estadual/Municipal deverão ser respeitados e os pesquisadores são responsáveis para garantir a própria segurança e também do participante da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Os pesquisadores deverão apresentar, obrigatoriamente, relatório parcial/final após 6 meses ou ao término da pesquisa, conforme Resolução 466/2012 – Capítulo XI, que trata da responsabilidade do pesquisador. Seguir o modelo padronizado para a elaboração do relatório.

Endereço: Rua Alagoas, 2050 - CxP. 196
Bairro: Centro **CEP:** 86.020-300
UF: PR **Município:** LONDRINA
Telefone: (43)3375-7439 **Fax:** (43)3375-7439 **E-mail:** comite.etica@unifil.br

Página 04 de 05

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1720832.pdf	10/06/2021 23:15:42		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado_parkinson2.pdf	10/06/2021 23:11:10	Aline de Souza Freitas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Parkinson2.pdf	10/06/2021 23:10:38	Aline de Souza Freitas	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_Park.pdf	19/03/2021 23:22:38	Aline de Souza Freitas	Aceito
Declaração de concordância	declar_instit_parkinson.pdf	19/03/2021 23:21:13	Aline de Souza Freitas	Aceito

52

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Alagoas, 2050 - CxP. 196
Bairro: Centro **CEP:** 86.020-300
UF: PR **Município:** LONDRINA
Telefone: (43)3375-7439 **Fax:** (43)3375-7439 **E-mail:** comite.etica@unifil.br

Página 05 de 05

ANEXO J- Normas para publicação da revista terra e cultura

1. 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.

- A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor".
- O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word, Open Office ou RTF.
- URLs para as referências foram informadas quando necessárias.
- O texto está em espaçamento 1,5; usa uma fonte Times New Roman, tamanho 12; emprega itálico em vez de sublinhado (exceto em endereços URL); as figuras e tabelas estão inseridas no texto, não no final do documento, como anexos.
- O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na página Sobre "Submissões".

53

2. DIRETRIZES PARA AUTORES

Utilizar o editor de texto Word, em formato A4 (21 x 29,7 cm). O texto deve ser formatado em fonte *Times New Roman*, tamanho 12, espaçamento entre linhas 1,5 e justificado. O artigo deve ser inserido no Template da revista Terra & Cultura para submissão.

O texto deve conter até 25 páginas.

Resumo é elemento obrigatório, não ultrapassar 250 palavras, escrito em português e deve conter os seguintes itens: introdução, objetivo, metodologia, resultados e considerações finais.

Indicar até cinco palavras-chave em português. As palavras-chave devem constar logo após o resumo separadas por ponto final (.).

Ilustrações como quadros, tabelas, fotografias e gráficos (incluir se estritamente necessários), devem ser indicados no texto, com seu número de ordem e o mais próximo do texto onde a imagem foi citada e indicar a fonte.

As notas explicativas devem vir no rodapé do texto e devem ser indicadas com número sobrescrito, imediatamente após a frase à qual fez menção;

Os agradecimentos, se houver, devem figurar após o texto.

Anexos/apêndices devem ser utilizados quando estritamente necessários.

54

As citações no texto devem seguir a norma NBR 10520/2002 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), utilizando-se o sistema autor-data. As referências bibliográficas (NBR 6023/2018) devem aparecer em lista única no final do artigo e em ordem alfabética, sendo de inteira responsabilidade dos autores a indicação e adequação das referências aos trabalhos consultados.

É de responsabilidade dos autores a revisão dos artigos de acordo com a norma culta da língua portuguesa.

ANEXO K- Carta autorização secretaria de saúde



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA - PR
AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE - DGTES
Avenida Theodoro Victorelli, 103 - Jardim Helena - CEP 86027-750 - Londrina - PR
Telefone (43) 3372-9822 / e-mail: oficina@saude.londrina.pr.gov.br

AUTORIZAÇÃO DEFINITIVA DE PESQUISA

C. D. 21/2021-GPQS/DGTES/AMS/PML.

Informamos que está autorizada a pesquisa: "TERAPIA COM DANÇA E MÚSICA E SEUS EFEITOS NA QUALIDADE DE VIDA NA DOENÇA DE PARKINSON: UM ESTUDO DE CASO", das discentes Carolina Duarte Pereira e Heloisa Pallasi Agner, da Graduação em Fisioterapia, do Centro Universitário Filadélfia - UNIFIL, orientada pela professora Aline de Souza Freitas, docente da mesma instituição, de acordo com o parecer nº 4.786.626, do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro Universitário Filadélfia - UNIFIL, de 17/06/2021.

Informamos ainda ser imprescindível que ao término desta pesquisa, nos seja enviado uma cópia através de mídia eletrônica, para ser divulgada na Autarquia Municipal de Saúde de Londrina.

55

Londrina, 19 de julho de 2021.

Maria Aparecida da Costa Perini
Gerente de Planejamento
e Qualificação de Servidores
DGTES/AMS/PML

Evelysa Aparecida Sanches
Técnica de Gestão Pública
GPQS/DGTES/AMS/PML