



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR DE REABILITAÇÃO E SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FONOAUDIOLOGIA**

CAMILA COUTINHO DE SOUZA SILVA

**AUTOPERCEPÇÃO DOS SUJEITOS COM DOENÇA DE PARKINSON
EM RELAÇÃO À FALA, DEGLUTIÇÃO E SALIVA**

Salvador
2022

CAMILA COUTINHO DE SOUZA SILVA

**AUTOPERCEPÇÃO DOS SUJEITOS COM DOENÇA DE PARKINSON
EM RELAÇÃO À FALA, DEGLUTIÇÃO E SALIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Fonoaudiologia da Universidade Federal da Bahia apresentado como pré-requisito parcial para a obtenção do título de bacharel em Fonoaudiologia.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Caline Nóbrega

Salvador
2022

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DP	Doença de Parkinson
QV	Qualidade de vida
CREASI	Centro de Referência Estadual de Atenção a Saúde do Idoso
HUPES	Hospital Universitário Professor Edgard Santos
CAEE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
ROMP	Radboud Inventário Motor Oral para Doença de Parkinson
H&Y	Hoehn e Yahr
N.I	Não informado

SUMÁRIO

PÁGINA DE IDENTIFICAÇÃO	5
RESUMO	6
ABSTRACT	7
INTRODUÇÃO.....	8
MÉTODO	10
RESULTADOS	12
DISCUSSÃO	14
CONCLUSÃO	22
REFERÊNCIAS	23
TABELA 1: DADOS CLÍNICOS DOS PARTICIPANTES E PONTUAÇÃO NO QUESTIONÁRIO ROMP	28
ANEXO 1: APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	29
ANEXO 2 – RADBOUD INVENTÁRIO MOTOR ORAL PARA DOENÇA DE PARKINSON – ROMP	34
ANEXO 3 – ESCALA DE HOEHN & YAHR MODIFICADA	38
ANEXO 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	39

PÁGINA DE IDENTIFICAÇÃO

Título:

Autopercepção dos sujeitos com doença de Parkinson em relação à fala,
deglutição e saliva.

Autoperception of the people with Parkinson's disease in regard of speech,
swallow and saliva.

Camila Coutinho de Souza Silva: Graduanda em Fonoaudiologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Ana Caline Nóbrega da Costa: Fonoaudióloga. Professora Associado III do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal da Bahia.

Trabalho realizado no Instituto de Ciências da Saúde localizado em Av. Reitor Miguel Calmon, 1272 – Canela, Salvador-BA, 40231-300

Autor da correspondência:

Nome: Camila Coutinho de Souza Silva

E-mail: camila_souza98@outlook.com

Declaração de inexistência de conflitos de interesse de cada autor:

Todos os autores declaram não apresentarem conflito de interesse.

RESUMO

Objetivo: Descrever a autopercepção dos sujeitos com doença de Parkinson em relação à fala, deglutição e saliva. **Método:** Estudo de delineamento transversal, observacional e descritivo, realizado com uma amostra por conveniência de 20 sujeitos com doença de Parkinson em estágio leve a moderado. Os participantes responderam ao protocolo Radboud Inventário Motor Oral para Doença de Parkinson – ROMP. Esse é dividido nos domínios de fala, deglutição e saliva. O paciente marca a frequência crescente de sintomas de 1 a 5. **Resultados:** O valor total de cada sujeito variou de 26 a 71 pontos, com média $41,75 \pm 12,78$. Apenas 2 participantes ultrapassaram a metade da pontuação possível. O valor referente ao domínio da fala teve média $16,25 \pm 5,46$; no domínio da deglutição, a média foi $10,8 \pm 3,92$; e o domínio da saliva teve média $14,7 \pm 6,12$. **Conclusão:** Os participantes apresentaram uma autopercepção baixa em relação à fala, deglutição e saliva. As questões pertencentes ao domínio da fala são as mais percebidas, seguida do domínio da saliva e em último lugar da deglutição. Cada alteração observada tem uma implicação e um reflexo individual na vida desses sujeitos, sendo o prejuízo subjetivo desses distúrbios condizentes ou não com a gravidade clínica do problema.

Descritores: Fala; Deglutição; Saliva; Doença de Parkinson; Autopercepção.

ABSTRACT

Purpose: To describe the autoperception of people diagnosed with Parkinson's disease regarding speech, swallow and saliva. **Method:** Cross sectional, observational and descriptive study, made with a sample by convenience of 20 people with Parkinson's disease at low to mild stage. The patients answered to the Radboud Oral Motor Protocol inventory for Parkinson's disease - ROMP. This is divided in speech, swallow and saliva. The patient marks the increasing frequency of the symptoms by 1 to 5. **Results:** The total value of each person has ranged from 26 to 71 points, with an average of $41,75 \pm 12,78$. Only 2 participants has exceeded half of the possible score. the value referring to mastery of speech had average of $16,25 \pm 5,46$; in matter of mastery of swallow, the average was $10,8 \pm 3,92$; and mastery of saliva had average of $14,7 \pm 6,12$. **Conclusion:** The participants showed a low autoperception towards speech, swallow and saliva. The questions regarding the mastery of speech re the most perceived, followed by the mastery of saliva in second and swallow in last place. Each alteration observed has an implication and an individual reflex on these people's lives, being the subjective prejudice of these disturbs consistent or not with the clinical severity of the problem.

Keywords: Speech; Swallow; Saliva; Parkinson's disease; Autoperception.

INTRODUÇÃO

A doença de Parkinson (DP) é uma das afecções degenerativas mais frequentes do sistema nervoso central¹ e a segunda enfermidade neurodegenerativa mais frequente das desordens de movimento². Uma vez que a prevalência aumenta com o avançar da idade, a DP se revela evidente na população idosa, atingindo cerca de 1 a 3% desse grupo populacional³.

Caracteriza-se pela degeneração das células na região da substância negra do cérebro responsáveis pela produção de dopamina. A redução desses neurotransmissores responsáveis pelas conduções nervosas, leva às principais manifestações clínicas que envolvem o sistema motor: tremor de repouso, rigidez muscular, bradicinesia (lentidão dos movimentos voluntários), hipocinesia (redução na amplitude dos movimentos), acinesia (ausência dos movimentos), e alterações posturais, além de déficits no equilíbrio e na marcha^{1,4}. A rigidez ou aumento de tônus muscular, muito presente na DP, afeta todos os músculos estriados dando origem a dificuldades na respiração, mastigação, deglutição e fala, com diminuição da expressão facial⁵. Estas manifestações acabam repercutindo na capacidade comunicativa dessas pessoas, tornando-se difícil compreender a mensagem quando é transmitida verbalmente.

Discretas alterações na qualidade da voz e na articulação podem ser observadas em fases relativamente iniciais da DP, mas não representam sintomas significativos a ponto de prejudicar a comunicação¹. Nessa fase, as modificações que ocorrem nas funções orais de fala, deglutição e saliva, são mais difíceis de serem percebidas. No entanto, em suas fases intermediária e tardia ocorre o maior comprometimento nas atividades do cotidiano, onde já são claras as alterações decorrentes do desenvolvimento da DP².

Com a evolução da doença, sintomas não motores também podem ocorrer, como: depressão, distúrbios do sono, alterações cognitivas, distúrbios autonômicos, déficits de memória e lentidão nas respostas psicológicas, o que se revela extremamente incapacitante para o indivíduo^{1,6}. Todos esses sintomas podem provocar isolamento e pouca participação na vida social, fazendo com que o paciente se revolte com sua incapacidade. Dessa forma, é importante destacar a relação entre todos os aspectos, sejam eles físico, mental, emocional, social ou econômico, pois são fatores que interferem no nível de incapacidade do

indivíduo e afetam diretamente a sua qualidade de vida (QV)^{4,5}.

Com isso, é possível observar a relação desses distúrbios com uma maior limitação funcional, prejuízos nas atividades cotidianas e influência na QV desses sujeitos. No entanto, não são encontrados muitos estudos que avaliem a visão dos pacientes em relação às suas alterações.

Dessa forma, torna-se importante desenvolver projetos que abordem a temática desses distúrbios e seus impactos, pela visão do próprio paciente, através da validação e aplicação de protocolos, questionários e avaliações que permitam dar informações relevantes de forma a tornar o tratamento terapêutico mais eficaz⁵. Assim, poderão ser realizados diagnósticos mais precisos, plano terapêutico individualizado e encaminhamentos necessários de maneira mais adequada, melhorando a eficácia comunicativa, a deglutição e o controle de saliva por mais tempo⁷.

Tendo em vista a escassez de dados sobre a percepção dos parkinsonianos sobre suas alterações fonoaudiológicas e o crescente envelhecimento da população (que cada vez mais chega aos 60 anos). O objetivo desse trabalho é descrever a autopercepção dos sujeitos com DP em relação às suas alterações de fala, deglutição e saliva, analisando quais destes distúrbios são mais percebidos pelos sujeitos em estágio leve a moderado da doença. Com isso, será possível compreender melhor suas ocorrências, distribuição e impacto na vida dos seus portadores, e assim, traçar melhores estratégias de tratamento e ações de saúde, diminuindo as comorbidades e melhorando a qualidade de vida dessas pessoas.

MÉTODO

Estudo de delineamento transversal, observacional e descritivo, realizado com uma amostra por conveniência de 20 sujeitos com doença de Parkinson em estágio leve a moderado. Esses sujeitos fazem parte de dois bancos de dados de pesquisas feitas no Centro de Referência Estadual de Atenção a Saúde do Idoso (CREASI) e no Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES).

O estudo faz parte de um projeto-mãe, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, sob Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAEE) de número 93568818.9.0000.5662; com número do parecer de aprovação: 3.377.527 (ANEXO 1). A pesquisa foi realizada na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Federal da Bahia, na cidade de Salvador. Os dados foram coletados a partir do segundo semestre de 2019, onde todos os participantes responderam ao protocolo Radboud Inventário Motor Oral para Doença de Parkinson – ROMP (ANEXO 2). A aplicação do protocolo, com leitura e registro das respostas, foi realizada pela pesquisadora quando os sujeitos compareceram para o atendimento do projeto-mãe.

Os participantes da pesquisa cumpriram critérios de inclusão e exclusão. Como critérios de inclusão aplicaram-se: estar em uso regular da medicação de reposição dopaminérgica para a DP, ter idade maior ou igual a 50 anos, apresentar estágio 2, 2,5 ou 3 segundo a Classificação de Hoehn e Yahr modificada (H&Y) (ANEXO 3). Todos os participantes precisaram ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO 4).

Como critérios de exclusão: apresentar diagnóstico de doenças neurodegenerativas excluindo-se a DP, demências, doenças osteomioarticulares que impossibilitem a prática de atividade física, doenças crônicas não controladas, doenças cardiovasculares instáveis (insuficiência cardíaca aguda, infarto de miocárdio recente, angina instável e arritmias não controladas), fazer uso de álcool e outras substâncias tóxicas.

O protocolo Radboud Inventário Motor Oral para Doença de Parkinson (ROMP) é um questionário desenvolvido conceitualmente para a autoavaliação do controle da fala, deglutição e saliva em pacientes com Doença de Parkinson e parkinsonismo atípico. O ROMP foi traduzido e adaptado linguisticamente e culturalmente para a versão brasileira. Consiste em três domínios sobre fala,

deglutição e saliva. Estes estão distribuídos em 23 questões, sete itens para o domínio da fala, sete itens para o domínio da deglutição e nove relacionados à saliva. O paciente marca a frequência de sintomas de 1 a 5 (1=normal; 5=pior escore). Desta forma, o menor escore possível é 23 e o maior é 115 pontos⁷. Por domínios, a fala e a deglutição podem chegar a 35 pontos e a saliva 45 pontos.

Os dados obtidos com a aplicação do protocolo foram armazenados em uma planilha Excel, analisados por meio de estatística descritiva e apresentados no formato de média, desvio padrão e porcentagens, os resultados foram apresentados em tabelas sendo discutidos posteriormente. Os pacientes que apresentaram resultados indicativos dos sintomas analisados e que ainda não estavam em acompanhamento fonoaudiológico foram devidamente encaminhados para avaliação especializada.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 20 sujeitos, sendo 70% (14) do sexo masculino. A idade dos participantes variou de 57 a 76 anos, com média $67,42 \pm 6,30$. O tempo de doença variou de 1 a 17 anos, com média $8,37 \pm 3,63$. Na classificação de Hoehn and Yahr modificada 45% (9) dos sujeitos encontravam-se no estágio 2,5; 40% (8) no estágio 2; 5% (1) no estágio 3 e 10% (2) não foi informado, sendo sua média de $2,3 \pm 0,3$.

Os dados referentes ao sexo, idade, tempo de doença, classificação de Hoehn and Yahr, soma das pontuações nos domínios de fala, deglutição e saliva separadamente e o escore total de cada indivíduo no protocolo ROMP, encontram-se na tabela 1.

Em relação ao protocolo ROMP, o escore total (soma de todos os domínios) de cada sujeito variou de 26 a 71 pontos, com média $41,75 \pm 12,78$. Apenas 2 participantes apresentaram um escore maior que 57,5 pontos, valor que representa metade da pontuação total possível.

O valor referente ao domínio de fala variou de 9 a 26 pontos, com média de $16,25 \pm 5,46$. No domínio da deglutição, o valor variou de 7 a 21 pontos, com média de $10,8 \pm 3,92$. No domínio da saliva, o valor variou de 9 a 28 pontos, com média de $14,7 \pm 6,12$.

No que se refere às questões do protocolo ROMP, no domínio fala, a questão de número II “Minha capacidade para falar com pessoas familiares” foi a que obteve maior pontuação entre os participantes, somando-se 49 pontos; a questão III do domínio da deglutição “Você fica limitado durante a alimentação?” foi a mais pontuada com 41 pontos e a questão I do domínio da saliva “Você tem perda de saliva durante o dia?” foi a mais pontuada com 46 pontos.

Em relação às questões que obtiveram menor pontuação, no domínio de fala a questão III “Minha capacidade para falar com pessoas desconhecidas” foi a menos pontuada entre os participantes, com 45 pontos. No domínio de saliva, a questão IV “A sua (perda de) saliva o prejudica no comer e beber?” foi a que obteve menor pontuação com 24 pontos.

Sobre a questão mais pontuada no domínio da fala, 11 sujeitos (55%) marcaram a alternativa “Para pessoas familiares, às vezes eu sou menos ininteligível/compreensível quando estou cansado ou não presto atenção”. Na

questão mais pontuada no domínio da deglutição, 11 sujeitos (55%) marcaram a alternativa “Eu consigo comer de tudo, mas demora mais tempo do que antes”. Na questão mais pontuada no domínio da saliva, 8 sujeitos (40%) marcaram “Eu não perco saliva durante o dia e não sinto acúmulo de saliva na minha boca” e 5 sujeitos (25%) marcaram “Eu não perco saliva, mas eu sinto acúmulo de saliva na minha boca”.

DISCUSSÃO

A pesquisa buscou descrever como se deu a autopercepção de sujeitos com doença de Parkinson em estágio leve a moderado, em relação à fala, deglutição e saliva, através do protocolo de autoavaliação Radboud Inventário Motor Oral para Doença de Parkinson – ROMP.

A maioria dos indivíduos da amostra em estudo é do sexo masculino. A literatura aponta não existir diferença na distribuição da doença entre os sexos. Contudo, tem sido registrada tendência de maior acometimento entre os homens^{3,8}. Estudos sugerem que uma explicação para essa predominância tem sua hipótese fundada na neuroproteção do estrógeno nas mulheres, que pode estar interferindo na aquisição e/ou progressão da DP^{9,10,11}. No entanto, os resultados das pesquisas ainda são conflitantes.

A média da idade da amostra do estudo foi próxima ao encontrado por outros autores⁹ em estudo descritivo observacional realizado com pacientes com DP acompanhados em um outro serviço de referência em Salvador, que registraram média de idade de $66,7 \pm 11,5$ anos.

Os resultados do presente estudo mostram que as pontuações totais dos participantes se encontram baixas, levando em consideração a possibilidade de pontuação que o instrumento apresenta. A maioria dos sujeitos apresentaram escores abaixo da metade do total possível, mesmo em indivíduos com longo tempo de doença. Essa baixa pontuação encontrada refere-se a uma reduzida percepção sobre as alterações de fala, deglutição e saliva decorrentes da DP.

Um aspecto que pode ter contribuído para a baixa pontuação analisada, foi que a maioria dos sujeitos da pesquisa encontravam-se na classificação 2 e 2,5 de H&Y modificada, estágios da doença ainda considerados leves. A literatura traz que a gravidade da DP é um fator importante que afeta a capacidade funcional e as características clínicas dos seus portadores¹², fato que pode ter influenciado nos escores totais relativamente baixos dos participantes.

Em um estudo que propôs analisar a relação do tempo de evolução e estágio de acometimento da doença com o comprometimento na qualidade de vida¹³, foi relatado que quanto maior o comprometimento, pior as atividades de vida diária, distúrbios da comunicação e desconforto corporal. O tempo de evolução da doença também teve relação com a piora em algumas dimensões da qualidade de vida.

No entanto, não houve relação significativa entre o tempo de evolução da doença com o estágio de acometimento. Estes resultados corroboram com os achados deste estudo, não sendo encontrada relação entre o tempo de doença e estágios mais avançados na classificação de H&Y modificada. Como pode ser visto, analisando o sujeito MMBB com 17 anos de doença no estágio 2 de de H&Y, enquanto MAN com apenas 5 anos de doença já se encontra no estágio 3.

Esse fato justifica indivíduos com longo tempo de doença, mas em estágios relativamente leves de comprometimento, estarem apresentando escores totais baixos com a aplicação do protocolo.

Atualmente, há uma escassez extrema de estudos avaliando a autopercepção do sujeito com Parkinson em relação as alterações de fala, deglutição e saliva, e os estudos encontrados referentes à percepção, tratam da qualidade de vida¹⁴. No entanto, avaliar a visão dos sujeitos sobre o impacto negativo da DP na qualidade de vida envolve aspectos muito mais amplos e multidimensionais da doença e do indivíduo, abordando diversas variáveis de comprometimento que podem influenciar nesse julgamento^{4,6}.

Os protocolos utilizados para avaliação da qualidade de vida, como o PDQ-39, são normalmente divididos e analisados por dimensões, como “atividade de vida diária”, “mobilidade” “comunicação”, “bem-estar emocional” etc⁴. Sabe-se que a disartria, disfagia e sialorreia podem interferir em pelo menos um desses domínios supracitados. No entanto, não são encontrados muitos dados sobre a autopercepção de tais alterações que possibilitem uma melhor compreensão, e conseqüentemente, possíveis associações de seus respectivos impactos na qualidade de vida dos parkinsonianos.

A versão em português brasileiro do questionário ROMP foi comprovadamente confiável e válida e sua aplicação facilita a identificação de distúrbios da fala, distúrbios da deglutição e sialorreia em sujeitos com DP, o que é importante para encaminhamentos adequados, avaliação e reabilitação oportuna. Além de todas essas vantagens, a autoavaliação mostra o ponto de vista do indivíduo em tratamento e não apenas a visão do clínico⁷. Com relação ao escore total do ROMP, ainda não está disponível na literatura, um ponto de corte que indique quais valores representam uma boa ou ruim percepção desses distúrbios.

Ainda hoje, não compreendemos completamente o início, o avanço ou a

etiologia de muitos déficits da DP, incluindo disfunções da fala e deglutição. Embora as ferramentas atualmente utilizadas para rastrear a progressão e a gravidade da DP avaliem diversos aspectos motores da doença, elas são limitadas em relação a dados qualitativos específicos para avaliações adequadas da função de fala e deglutição. Isso dificulta a utilidade clínica dessas avaliações no diagnóstico e tratamento da disartria e disfagia nessa população¹⁵.

Em relação a divisão por domínios do ROMP, observa-se que mesmo o domínio da fala apresentando a mesma quantidade de questões que o domínio da deglutição, o primeiro obteve a maior pontuação entre os participantes. Enquanto o domínio da saliva, que apresentava maior possibilidade de pontuação devido a quantidade superior de questões, ficou em segundo lugar, deixando a deglutição como o domínio menos pontuado.

A literatura aponta que 75% a 92% dos indivíduos com DP desenvolvem um distúrbio motor da fala conhecido como disartria hipocinética. Geralmente as disartrias podem afetar as cinco bases motoras: respiração, fonação, ressonância, articulação e prosódia¹⁶. Nos estágios iniciais e intermediários são mais evidentes alterações na voz e na articulação, que acabam aumentando consideravelmente o prejuízo na comunicação com a gravidade da doença¹⁷.

Em síntese, esta disartria tem características particulares: A nível da fonação, a qualidade vocal apresenta rouquidão, soprosidade, aspereza e tremor. É possível observar também disfunção laríngea desde os anos iniciais da doença, tempo máximo de fonação mais curto, gama tonal reduzida, intensidade monótona e redução dos níveis de intensidade vocal^{5,18}.

A nível da articulação, sabe-se que o tremor é normalmente o primeiro sintoma observado e também o mais expressivo, anunciando o início da doença¹⁹. Associado ao tremor, outros aspectos motores como rigidez, bradicinesia e hipocinesia podem interferir na expressão oral e na capacidade comunicativa dos indivíduos. Ao atingir a face, esses sintomas alteram a mobilidade e a motricidade dos lábios, mento, língua e mandíbula, estruturas importantes na realização das diferentes funções orofaciais, incluindo a fala, o que acarreta em alterações da articulação dos fonemas e inteligibilidade de fala²⁰.

As desarmonias no processo de fonação e articulação gerada pelos sintomas motores da DP causam transtornos na comunicação oral dos seus portadores e conseqüente reflexo na qualidade de vida²⁰. A voz é uma das

manifestações da personalidade humana, e permite a dinâmica nas relações interpessoais, o que é essencial para uma comunicação efetiva e para realização de atividades de vida diária, de lazer e de trabalho, permitindo assim, a expressão de sentimentos e ideias¹⁸.

Tais achados podem explicar o fato do domínio da fala ter sido o mais pontuado entre os participantes da pesquisa, já que a adaptação psicológica está diretamente relacionada com a qualidade de vida dos indivíduos parkinsonianos²¹. Com isso, sintomas que afetam mais diretamente nos aspectos psicológicos, interferem significativamente nas questões emocionais e impactam na qualidade de vida, em consequência das alterações nos hábitos, no relacionamento familiar e na limitação social^{6,13}.

Observa-se que a questão mais pontuada no domínio da fala está relacionada com a visão das pessoas familiares sobre a inteligibilidade/compreensão dos participantes. Enquanto a questão menos pontuada nesse mesmo domínio está relacionada com a visão de pessoas desconhecidas sobre a inteligibilidade/compreensão dos mesmos. Esse fato pode estar associado à relação de proximidade/intimidade que o familiar tem, que os possibilitam notar com maior facilidade as mudanças e dificuldades apresentadas na fala desses sujeitos, e na liberdade que os mesmos sentem para relatar suas opiniões.

A literatura traz que a inteligibilidade da fala medida tanto pelas percepções do ouvinte quanto pelos autorrelatos do paciente, diminui na DP. Sendo que, 65% a 70% dos falantes acometidos estão abaixo de uma faixa típica¹⁵.

Um estudo que objetivou estabelecer a prevalência da inteligibilidade de fala prejudicada em pessoas com DP e a relação do declínio da mesma com indicadores de progressão da doença²², revelou que segundo os ouvintes da pesquisa, mais de 50% dos indivíduos com DP são difíceis de entender e 38% dos pacientes classificaram suas próprias dificuldades de fala como uma grande preocupação. Esses resultados sugerem que a inteligibilidade da fala é significativamente reduzida na DP; pode estar entre as principais preocupações das pessoas acometidas, mas não depende da gravidade, duração ou fenótipo motor da doença.

O fato do domínio da deglutição ter sido menos pontuado entre os três analisados no estudo não significa que os participantes apresentam menor

incidência e/ou prevalência de alterações nessa função.

As taxas de prevalência da disfagia na DP são muito variadas. Essa heterogeneidade clínica pode ser explicada pelas diferenças na gravidade da doença e nas técnicas de avaliação, assim como relata um estudo de meta-análise que busca determinar essa informação. Nessa pesquisa, foram encontradas estimativas baseadas em resultados objetivos e subjetivos de avaliação²³.

Os resultados baseados em medidas objetivas foram estatisticamente homogêneos, com estimativa de prevalência de 82%. Já os resultados subjetivos mostraram-se estatisticamente heterogêneos, com uma estimativa de prevalência de 35%. O estudo complementa que a disfagia orofaríngea é prevalente em pelo menos um terço dos pacientes com DP, sendo esses três vezes mais propensos a ter distúrbios de deglutição do que os controles saudáveis. Tais achados sugerem que a disfagia é comum na DP, mas os pacientes nem sempre relatam dificuldades de deglutição²³. Nestes casos a disfagia é frequente, porém é subclínica. Daí o maior risco de complicações por não ser intervida de forma adequada.

Embora a disfagia na DP seja frequentemente considerada uma complicação do fim da doença, os sinais de disfagia orofaríngea e esofágica podem ser vistos desde o início, sugerindo indícios precoces da DP. Infelizmente, essas características inicialmente sutis, são muitas vezes perdidas ou atribuídas ao processo natural de envelhecimento, de modo que não são diagnosticadas e tratadas precocemente^{15,24}.

Com a progressão e maior comprometimento da DP, os déficits de deglutição costumam ser significativamente debilitantes, reduzindo a qualidade de vida e contribuindo para a desidratação, desnutrição e pneumonia por aspiração, a principal causa de morte de pacientes com DP^{25,26}. Além disso, a alimentação é um ato social. Por muitas vezes uma disfagia pode levar ao isolamento social desses indivíduos, o que gera um impacto na qualidade de vida.

A presença de aspiração muitas vezes vem acompanhada da ausência de sintomas clínicos, como o reflexo da tosse, possivelmente justificada pela alteração sensorial encontrada nesses sujeitos^{26,27}. Conhecida como aspiração silente, esse transtorno dificulta a percepção de uma possível alteração por parte do paciente e limita a possibilidade de um diagnóstico precoce da disfagia. Com isso, aumenta-se o risco de desenvolvimento de broncopneumonia com consequente aumento da morbidade e mortalidade do paciente parkinsoniano²⁷.

Os achados da literatura sobre a frequente presença de aspiração silente nessa população juntamente com a constante subnotificação da disfagia, corroboram com o fato do domínio da deglutição ter sido o menos pontuado no presente estudo. Essa situação exige uma abordagem clínica proativa para esse distúrbio, particularmente à luz das graves consequências clínicas que o acompanham^{15,23}.

A questão mais pontuada no domínio da deglutição foi sobre a limitação durante a alimentação, e a progressão das respostas leva em consideração mudanças no tempo de duração, consistência dos alimentos e a via de ingestão.

A literatura diz que portadores de DP apresentam dificuldade em realizar de forma rápida e coordenada, a movimentação necessária para deglutir, já que a rigidez dos músculos dificulta a mastigação, tornando difícil a formação de um bolo coeso, o que leva a comprometimentos na deglutição²⁷.

Isso pode justificar o fato de que a alternativa marcada pela maioria dos participantes nessa questão foi que comem de tudo, porém precisam de mais tempo para se alimentar.

Esse fato pode estar associado a uma possível presença de disfagia mascarada por adaptações da alimentação ou compensações do paciente. Sejam elas por mudança de consistência por via oral, restrições alimentares, beber e comer em pequenos goles e porções, ingerir líquido enquanto come sólidos, entre outras alterações que não são consideradas um problema importante por parte dos sujeitos por já estarem inconscientemente adaptados a tais modificações²⁴.

O domínio da saliva pode ter sido mais percebido que o domínio da deglutição por se apresentar como uma alteração mais estigmatizada e fácil de se observar. Enquanto um grande número de pacientes com DP não possui consciência da presença de disfagia, devido as alterações iniciais de deglutição serem mais sutis e difíceis de se perceber^{15,24}.

No entanto, as alterações de salivação (sialorreia ou ptialismo), podem por si só ser um sinal de disfagia, visto que, os pacientes que apresentam disfunção da deglutição, podem também manifestar dificuldades para engolir a saliva, resultando no acúmulo desta em cavidade oral com posterior extravasamento.

A sialorreia tem prevalência estimada entre 32 e 74% nestes pacientes, com média de 56%. Essa variabilidade é determinada, principalmente, pelas diferenças na sua definição ou frequência da salivação, além de que os achados sobre o tema

são totalmente baseados nas respostas subjetivas dos pacientes (ou cuidadores) às perguntas e, portanto, altamente dependente de como os pacientes são entrevistados²⁸.

Sua fisiopatologia exata ainda não foi totalmente explicada, mas tem sua origem multifatorial²⁹. Esse acúmulo de saliva é logo associado com a hipersalivação, no entanto, estudos mostram que pacientes com DP produzem menos saliva do que o normal³⁰, o que pode ser explicado pela disfunção autonômica encontrada nesses pacientes³¹. Sendo o uso de levodopa um fator influenciador na produção de saliva³⁰.

O que pode justificar esse acúmulo com possível extravasamento da saliva associa-se a abertura involuntária da boca, postura de cabeça flexionada, problemas na percepção sensitiva da orofaringe e a dificuldade e/ou diminuição da frequência de deglutição^{15,31,32}. Estudos mostram nítida relação entre a gravidade da baba e da disfagia³³, além do aumento de queixas com a gravidade da DP³². Tal alteração pode levar a dificuldades para falar, comer e interagir socialmente, com consequente prejuízo na qualidade de vida³⁴.

A questão mais pontuada no domínio da saliva foi em relação à perda de saliva durante o dia. A alternativa que foi marcada pela maioria dos participantes foi “Eu não perco saliva durante o dia e não sinto acúmulo de saliva na minha boca”. A segunda alternativa mais escolhida foi “Eu não perco saliva, mas eu sinto acúmulo de saliva na minha boca”. Essas respostas podem estar associadas com o fato dos pacientes do estudo se encontrarem em estágios leve a moderado da doença, com sua maioria no estágio leve.

Pesquisas indicam que a sialorreia geralmente não é uma queixa precoce e que leva em média 3 anos para desenvolver baba diurna depois que o paciente começa a sentir acúmulo de saliva na boca ou notou um travesseiro molhado ao acordar. Há evidências de que a percepção sobre o acúmulo de saliva e baba noturna pode preceder queixas sobre o gotejamento real da mesma³². Fato que também justifica a questão menos escolhida pelos participantes ser em relação ao prejuízo da saliva no comer e beber, já que por estarem em sua maioria, nos estágios leves da doença, a gravidade desse sintoma não chegaria a afetar outras funções.

Nota-se que a apresentação dos sintomas de disartria, disfagia e baba é variável entre os parkinsonianos. Essas alterações podem ser indicações precoces

de DP, no entanto, são inicialmente sutis e conseqüentemente pouco percebidas.

É possível observar que as alterações que impactam de forma mais notável no social, psicológico, emocional estético e interacional, como a fala e a salivação, acabam interferindo ainda mais na qualidade de vida. O que leva a uma maior percepção pelos sujeitos comparada a deglutição, que é facilmente adaptada e compensada pelo paciente, e normalmente só é trazida como queixa em estágios mais avançados, onde os sintomas já se encontram mais perceptivos e graves.

Alguns pontos que podem ter sido uma limitação do estudo foi o número reduzido da amostra e os estágios da doença restritos a 2, 2.5 e 3 de H&Y, não sendo analisado como se daria a percepção desses sintomas pelos pacientes em estágios mais avançados da doença. No entanto, esses resultados podem servir de subsídios para novas pesquisas e inferir assertivas sobre o impacto das alterações fonoaudiológicas nas fases leve e moderada da doença e como elas são percebidas pelos seus portadores.

Outro ponto a se destacar é o fato da coleta de dados ter sido realizada pelas fichas de avaliação do projeto mãe, o que limitou o acesso a algumas informações, seja por falta de registro ou dificuldade no entendimento do que foi escrito.

CONCLUSÃO

Os participantes apresentaram uma autopercepção baixa em relação à fala, deglutição e saliva. Observa-se que as questões pertencentes ao domínio da fala foram as mais percebidas, seguida do domínio da saliva e em último lugar o domínio da deglutição.

Os resultados encontrados nos possibilitam dizer que mesmo planejando o cuidado para o idoso com doença de Parkinson, cada indivíduo tem a sua particularidade, havendo pessoas em faixa etária e tempo de diagnósticos diferentes, com percepção de sua situação de saúde e de suas alterações também diferente.

Cada alteração tem uma implicação e um reflexo individual na vida desses sujeitos, sendo o prejuízo subjetivo desses distúrbios condizentes ou não com a gravidade clínica do problema.

Diante de toda a complexidade que envolve o quadro clínico da DP, é muito importante buscar conhecer todas as dimensões afetadas, para que sejam desenvolvidos programas de tratamento adequados, minimizando as incapacidades e consequências desses sintomas no declínio da QV de seus portadores. Isso pode ser alcançado com maior proximidade dos profissionais, de forma que a assistência prestada, incluindo orientações e esclarecimentos sobre a doença, sua apresentação, evolução e formas de enfrentamento, correspondam às reais necessidades do doente e de seus familiares.

Com isso, o presente estudo pode contribuir para o conhecimento de todos os que se interessam pelo tema, servindo tanto para a prática clínica quanto para pesquisas futuras. Podendo ainda servir de reflexões a cerca desta patologia neurodegenerativa, de seus sintomas e de suas consequências que se fazem tão presente e de maneira tão incapacitante na vida dos idosos acometidos.

REFERÊNCIAS

1. Dias AE, Limongi JC. Tratamento dos distúrbios da voz na doença de Parkinson: o método Lee Silverman. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria* [online]. 2003;61(1):61-66. doi: 10.1590/S0004-282X2003000100011.
2. Valcarenghi RV, Alvarez AM, Santos SS, Siewert JS, Nunes SF, Tomasi AV. The daily lives of people with Parkinson's disease. *Rev Bras Enferm.* 2018, 71(2):272–279. doi:10.1590/0034-7167-2016-0577.
3. Navarro-Peternella FM, Marcon SS. Qualidade de vida de indivíduos com Parkinson e sua relação com tempo de evolução e gravidade da doença. *Rev. lat.-am. enferm.* [Internet]. 2012 abr;20(2):384-91. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/48519>.
4. Lana R, Álvares L, Nasciutti-Prudente C, Goulart F, Teixeira-Salmela L, Cardoso F. Percepção da qualidade de vida de indivíduos com doença de parkinson através do PDQ-39. *Rev Bras Fisioter.* 2007;11(5). doi:10.1590/s1413-35552007000500011.
5. Vaz IG. Disartria e qualidade de vida relacionada com a disartria: Aplicação do QAD e do QoLDys a pessoas com doença de Parkinson, um contributo para a validação para o Português Europeu. Alcoitão: Escola Superior de Saúde do Alcoitão, 2017 out.
6. Camargos AC, Copio FC, Sousa TR, Goulart F. O impacto da doença de Parkinson na qualidade de vida: uma revisão da literatura. *Rev Bras Fisioter.* 2004 set-dez;8(3):267-272.
7. Presotto M, Olchik MR, Kalf JG, Rieder CR. Tradução, adaptação linguística e cultural, confiabilidade e validade do questionário Radboud Oral Motor Inventory for Parkinson's Disease – ROMP. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria.* 2018;76(5):316–323. doi:10.1590/0004-282x20180033.
8. Fernandes I, Filho AS. Estudo Clínico-Epidemiológico de pacientes com Doença

de Parkinson em Salvador-Bahia. *Rev Bras Neurol Psiq.* 2018;22(1):45-59.

9. Burn DJ. Sex and Parkinson's disease: a world of difference? *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2007 Aug;78(8):787. doi:10.1136/jnnp.2006.109991.

10. Brann DW, Dhandapani K, Wakade C, Mahesh VB, Khan MM. Neurotrophic and neuroprotective actions of estrogen: basic mechanisms and clinical implications. *Steroids.* 2007 May;72(5):381-405. doi: 10.1016/j.steroids.2007.02.003.

11. Sánchez MG, Bourque M, Morissette M, Di Paolo T. Steroids-dopamine interactions in the pathophysiology and treatment of CNS disorders. *CNS Neurosci Ther.* 2010 Jun;16(3):e43-71. doi: 10.1111/j.1755-5949.2010.00163.x.

12. Barbieri FA, Rinaldi NM, Santos PC, Lirani-Silva E, Vitória R, Teixeira-Arroyo C, et al; PROPARKI Group. Functional capacity of Brazilian patients with Parkinson's disease (PD): relationship between clinical characteristics and disease severity. *Arch Gerontol Geriatr.* 2012 Mar-Apr;54(2):e83-8. doi: 10.1016/j.archger.2011.07.008.

13. Silva FS, Pabis JV, de Alencar AG, da Silva KB, Peternella FM. Evolução da doença de Parkinson e comprometimento da qualidade de vida. *Rev Neurocienc [Internet].* 2010 dez;18(4):463-8. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/8432>.

14. Freitas SE. Percepção do paciente com doença de Parkinson sobre a deglutição. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Comunicação Humana. Recife, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/33802>.

15. Broadfoot CK, Abur D, Hoffmeister JD, Stepp CE, Ciucci MR. Research-based Updates in Swallowing and Communication Dysfunction in Parkinson Disease: Implications for Evaluation and Management. *Perspect ASHA Spec Interest Groups.* 2019 Oct;4(5):825-841. doi: 10.1044/2019_pers-sig3-2019-0001.

16. Presotto M. Validação do protocolo de avaliação dos distúrbios adquiridos de fala em pacientes com doença de Parkinson e do Radboud Inventário Motor Oral para doença de Parkinson. Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas. Faculdade de Medicina: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2018.
17. Lopes BP, Das Graças RR, Bassi IB, Neto AL, De Oliveira JB, Cardoso FE, et al. Qualidade de Vida em Voz: estudo na doença de Parkinson idiopática e na disfonia espasmódica adutora. *Revista CEFAC* [online]. 2013;15(2):427-435. doi: 10.1590/S1516-18462012005000072.
18. Ferreira FV, Cielo CA, Trevisan ME. Medidas vocais acústicas na doença de Parkinson: estudo de casos. *Revista CEFAC* [online]. 2010;12(5):889-898. Doi: 10.1590/S1516-18462010005000020.
19. Silva AB, Pestana BC, Hirahata FA, Horta FB, Oliveira ES. Doença de Parkinson: revisão de literatura / Parkinson's Disease: literature review. *BJDV* [Internet]. 2021 jun;7(5):47677-98. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/29678>.
20. Schilling GR, Hilbig A, Cardoso MC. Aspectos fonoaudiológicos e qualidade de vida na Doença de Parkinson: estudos de Casos. *Rev Geriatr Gerontol* 2014;9(2):124-31.
21. Suzukamo Y, Ohbu S, Kondo T, Kohmoto J, Fukuhara S. Psychological adjustment has a greater effect on health-related quality of life than on severity of disease in Parkinson's disease. *Mov Disord*. 2006 Jun;21(6):761-7666. doi: 10.1002/mds.20817.
22. Miller N, Allcock L, Jones D, Noble E, Hildreth AJ, Burn DJ. Prevalência e padrão de alterações de inteligibilidade percebida na doença de Parkinson. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2007 nov;78(11):1188-90. doi: 10.1136/jnnp.2006.110171.
23. Kalf JG, De Swart BJ, Bloem BR, Munneke M. Prevalence of oropharyngeal dysphagia in Parkinson's disease: a meta-analysis. *Parkinsonism Relat Disord*.

2012 May;18(4):311-5. doi: 10.1016/j.parkreldis.2011.11.006.

24. Esteves CC. Perfil clínico e qualidade de vida em pacientes com doença de parkinson disfágicos. Universidade Federal de Minas Gerais, 2018 mai.

Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/BUOS-B7JH9H>.

25. Andrés SM, Rabanal LM, Membiela CM, Gutiérrez MJ, Rodríguez PS, Marcos CA. Swallowing disorders in Parkinson's disease. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2017 Jan-Feb;68(1):15-22. English, Spanish. doi: 10.1016/j.otorri.2016.02.001.

26. Monteiro L, Souza-Machado A, Pinho P, Sampaio M, Nóbrega AC, Melo A. Swallowing impairment and pulmonary dysfunction in Parkinson's disease: the silent threats. *J Neurol Sci*. 2014 Apr;15;339(1-2):149-52. doi: 10.1016/j.jns.2014.02.004.

27. Gasparim AZ, Jurkiewicz AL, Marques JM, Santos RS, Marcelino PC, Junior FH. Deglutição e tosse nos diferentes graus da doença de Parkinson. *Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia [online]*. 2011, 15(2):181-188. doi: 10.1590/S1809-48722011000200010.

28. Kalf JG, de Swart BJ, Borm GF, Bloem BR, Munneke M. Prevalence and definition of drooling in Parkinson's disease: a systematic review. *J Neurol*. 2009 Sep;256(9):1391-6. doi: 10.1007/s00415-009-5098-2.

29. Polychronis S, Nasios G, Dardiotis E, Messinis L, Pagano G. Pathophysiology and Symptomatology of Drooling in Parkinson's Disease. *Healthcare (Basel)*. 2022 Mar;10(3):516. doi: 10.3390/healthcare10030516.

30. Proulx M, De Courval FP, Wiseman MA, Panisset M. Salivary production in Parkinson's disease. *Mov Disord*. 2005 Feb;20(2):204-7. doi: 10.1002/mds.20189.

31. Bagheri H, Damase-Michel C, Lapeyre-Mestre M, Cismondo S, O'Connell D, Senard JM, et al. Um estudo da secreção salivar na doença de Parkinson. *Clin Neurofarmacol*. 1999 jul-ago;22(4):213-5.

32. Kalf JG, Bloem BR, Munneke M. Baba diurna e noturna na doença de Parkinson. *J Neurol*. 2012 Jan;259(1):119-23. doi: 10.1007/s00415-011-6138-2.

33. Nóbrega AC, Rodrigues B, Torres AC, Scarpel RD, Neves CA, Melo A. Is drooling secondary to a swallowing disorder in patients with Parkinson's disease? *Parkinsonism Relat Disord*. 2008;14(3):243-5. doi: 10.1016/j.parkreldis.2007.08.003.

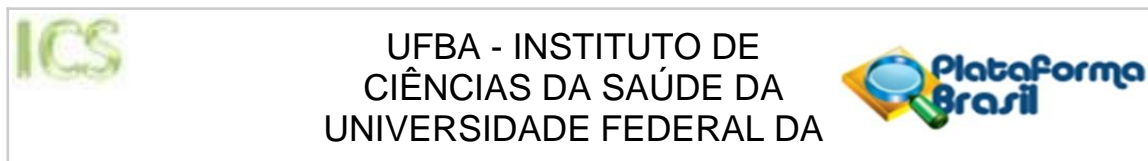
34. Leibner J, Ramjit A, Sedig L, Dai Y, Wu SS, Jacobson C 4th, Okun MS, Rodriguez RL, Malaty IA, Fernandez HH. The impact of and the factors associated with drooling in Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord*. 2010 Aug;16(7):475-7. doi: 10.1016/j.parkreldis.2009.12.003.

Tabela 1: Dados clínicos dos participantes e pontuação no questionário ROMP

NOME	SEXO	IDADE	TEMPO DE DOENÇA	HOEHN AND YAHR	FALA	DEGLUTIÇÃO	SALIVA	TOTAL ROMP
WOC	M	66	+/- 1 ano	2	10	7	10	27
WJOA	M	70	+ 10 anos	2,5	14	10	11	35
JVS	M	76	6 anos	2	16	8	11	35
FLJ	M	72	6 anos	2	14	10	9	33
MMFS	F	67	9 anos	2,5	18	10	10	38
JBS	M	72	8 anos	2,5	22	21	28	71
VS	M	61	6 anos	2,5	14	12	13	39
MAN	F	76	5 anos	3	26	8	9	43
CBS	M	75	9 anos	2,5	22	18	21	61
FLS	M	74	10 anos	2,5	9	11	17	37
MMBB	F	57	17 anos	2	23	15	16	54
CMCS	M	57	9 anos	2	25	12	20	57
EFOF	M	61	13 anos	2	11	7	10	28
JBSV	M	60	13 anos	2	13	8	10	31
MRS	F	N.I	N.I	N.I	17	16	21	54
AAS	M	73	10 anos	2,5	19	7	28	54
MAA	F	66	7 anos	2,5	10	11	14	35
DRBM	F	68	10 anos	2,5	10	7	9	26
CASP	M	68	4 anos	N.I	21	9	17	47
JDA	M	62	6 anos	2	11	9	10	30
TOTAL:					325	216	294	-

Legenda: N.I - Não informado.

ANEXO 1



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Comparação entre o treino de resistência respiratória e periférica de membro superior sobre a função respiratória de pacientes com doença de Parkinson: um ensaio clínico randomizado.

Pesquisador: DANIEL DOMINGUEZ FERRAZ

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 93568818.9.0000.5662

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.377.527

Apresentação do Projeto:

"Pacientes com Doença de Parkinson apresentam comprometimento da função respiratória que pode ser mais facilmente observado em fases mais avançadas da doença (PEREIRA; CARDOSO, 2002). As alterações da função respiratória possuem origem multicausal e é responsável por uma elevada morbimortalidade nessa população (PEREIRA; CARDOSO, 2002). Esses pacientes apresentam como manifestações secundárias uma postura em flexão de tronco e diminuição da amplitude de movimento das articulações torácicas e da coluna vertebral (PEREIRA; CARDOSO, 2002). Essas manifestações clínicas acabam por repercutir diminuindo a expansibilidade torácica e os volumes pulmonares (PEREIRA; CARDOSO, 2002). Também se pode encontrar um comprometimento do reflexo da tosse, dificultando a remoção das secreções pelo sistema respiratório o que contribui para o desenvolvimento das complicações broncopulmonares, uma das principais causas de mortalidade nessa população (COSTA et al., 2016). O tratamento farmacológico também constitui um dos responsáveis pelas alterações respiratórias encontradas nos pacientes com DP, e entre as repercussões deste, estão: obstrução das vias aéreas superiores, diminuição da complacência da caixa torácica e discinesias musculares, que culminam em dispneia, hipoventilação, atelectasias, retenção de secreções pulmonares, tornando os pacientes predispostos a infecções respiratórias (COSTA et al., 2016). Além de apresentarem diminuição da força muscular respiratória relacionada à diminuição da Pressão Inspiratória Máxima (Pimáx) e

Endereço: Miguel Calmon

Bairro: Vale do Canela

UF: BA

Telefone: (71)3283-8951

Município: SALVADOR

CEP: 40.110-902

E-mail: cepics@ufba.br



UFBA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA



Continuação do Parecer: 3.377.527

Pressão Expiratória Máxima (P_{emáx}), principalmente expiratória (COSTA et al., 2016). Será realizado um ensaio clínico randomizado com o objetivo de verificar o efeito sobre a função respiratória, capacidade de marcha e habilidade de levantar e sentar de dois treinamentos com duração de 12 semanas e frequência de 2 dias na semana. O grupo experimental realizará sessões de 55 minutos: 10 minutos de alongamentos de membros inferiores e superiores e 45 minutos (30 minutos de treino aeróbico em bicicleta estacionária e 15 minutos de exercício resistido de membro superior). O grupo controle realizará sessões de 55 minutos: 10 minutos de alongamentos de membros inferiores e superiores e 45 minutos (30 minutos de treino aeróbico em bicicleta estacionária e 15 minutos de exercícios respiratórios)."

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- "Comparar o impacto do treino de resistência respiratória e da musculatura periférica de membro superior sobre a função respiratória de pacientes com DP."

Objetivos Secundários:

- "Comparar o impacto do treino de resistência respiratória e periférica sobre a capacidade da marcha e habilidade de levantar e sentar de pacientes com DP;
- Avaliar a função respiratória de pacientes com DP e classifica-los em indivíduos normais, obstrutivos ou restritivos;
- AVALIAR O IMPACTO DO TREINO DE RESISTÊNCIA RESPIRATÓRIA E PERIFÉRICA SOBRE AS QUEIXAS DE FALA, DEGLUTIÇÃO E SIALORREIA EM INDIVÍDUOS COM DOENÇA DE PARKINSON."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

"Os possíveis riscos da pesquisa são decorrentes da aplicação dos testes e das intervenções terapêuticas realizadas. Entre os possíveis inconvenientes de ocorrer encontram-se os traumáticos e vasculares. Os traumáticos englobam estiramentos ou pequenas rupturas musculares, lesões ligamentares (entorses) ou articulares (cartilagosas) e fraturas ósseas por quedas. Os vasculares são consequência da sobrecarga cardíaca e envolve desde crises de angina de peito até colapsos

Endereço: Miguel Calmon

Bairro: Vale do Canela

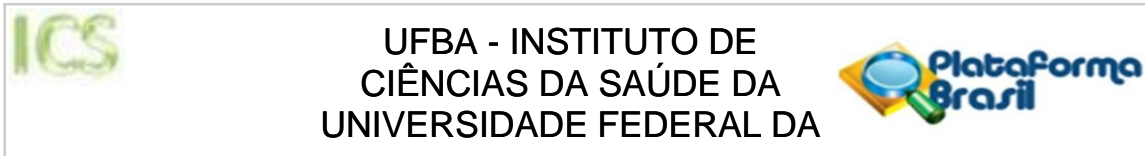
UF: BA

Município: SALVADOR

CEP: 40.110-902

Telefone: (71)3283-8951

E-mail: cepics@ufba.br



Continuação do Parecer: 3.377.527

desidratação, furunculoses na pele, cólicas renais, resfriados, dispneia intolerável, sudorese, palidez, dor torácica, câimbras e tonturas.

TAMBÉM EXISTE O RISCO DE VAZAMENTO DE DADOS, QUE SERÁ MINIMIZADO ATRAVÉS DO SIGILO ABSOLUTO DOS DADOS QUE SERÃO GUARDADOS EM UM SOFTWARE CUJO ACESSO SERÁ RESTRITO AO PESQUISADOR RESPONSÁVEL PELO PROJETO."

Benefícios:

"Entre os possíveis benefícios das intervenções podem-se citar: melhora do condicionamento físico, da força muscular e melhora da função respiratória. ALÉM DISSO A INVESTIGAÇÃO DAS FUNÇÕES DE FALA, SALIVA E DEGLUTIÇÃO POR MEIO DO QUESTIONÁRIO PODE SINALIZAR PRECOCEMENTE A PRESENÇA DE ALTERAÇÃO NESTAS FUNÇÕES, VISTO QUE A LITERATURA APONTA QUE ESTES PACIENTES NÃO PERCEBEM E NÃO SE QUEIXAM DE SUAS ALTERAÇÕES DE DEGLUTIÇÃO. CASO OS PACIENTES RESPONDAM POSITIVAMENTE A PRESENÇA DE ALTERAÇÕES NESTAS FUNÇÕES, SERÃO ENCAMINHADOS PARA TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA NA CLÍNICA-ESCOLA DE FONOAUDIOLOGIA DA UNEB APÓS A FINALIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O risco de vazamento de dados não é necessariamente minimizado restringindo-se o acesso ao computador. Mesmo só a equipe tendo acesso é possível que, no momento da digitação ou mesmo da abertura do arquivo, haja vazamento de dados. Caso o nome dos participantes esteja no arquivo, poderá haver a identificação dos mesmos e conseqüente quebra de sigilo. Codificar os participantes seria uma alternativa para minimizar este dano. Assim, mesmo havendo vazamento as informações do participante se mantêm em sigilo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não há.

Recomendações:

Solicita-se informar estratégias de minimização de dano referente à quebra de confidencialidade dos participantes, caso haja vazamento de dados. Favor incluí-las no TCLE, projeto (brochura) e na

Endereço: Miguel Calmon

Bairro: Vale do Canela

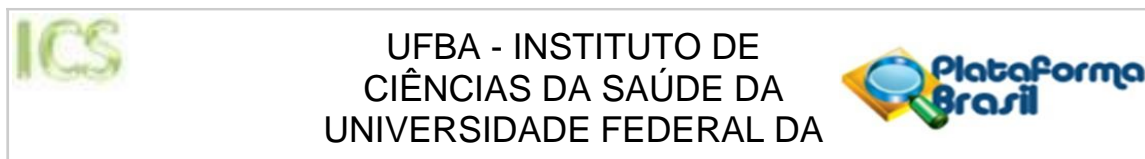
UF: BA

Município: SALVADOR

CEP: 40.110-902

Telefone: (71)3283-8951

E-mail: cepics@ufba.br



Continuação do Parecer: 3.377.527

Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Tendo em vista o exposto, o CEP/ICS aprova a emenda solicitada pelo pesquisador principal.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_1293619_E1.pdf	07/05/2019 11:24:14		Aceito
Outros	Carta_Resposta.pdf	07/05/2019 11:22:29	DANIEL DOMINGUEZ FERRAZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_NOVO.doc	07/05/2019 11:19:22	DANIEL DOMINGUEZ FERRAZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PARKINSON_ComFono_NOVO.doc	07/05/2019 11:18:32	DANIEL DOMINGUEZ FERRAZ	Aceito
Outros	QUESTIONARIO.pdf	04/02/2019 23:18:39	DANIEL DOMINGUEZ FERRAZ	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	emenda.docx	04/02/2019 23:07:10	DANIEL DOMINGUEZ FERRAZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PARKINSON_ComFono.docx	04/02/2019 23:06:46	DANIEL DOMINGUEZ FERRAZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PARKINSON_30_05_2018.pdf	11/07/2018 12:17:47	DANIEL DOMINGUEZ FERRAZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PESQUISA_PARKINSON_respi.pdf	11/07/2018 12:17:30	DANIEL DOMINGUEZ FERRAZ	Aceito
Outros	Parecer_UFBA_secretaria_municipal.pdf	08/07/2018 19:46:57	DANIEL DOMINGUEZ FERRAZ	Aceito
Outros	carta_anuencia.pdf	08/07/2018 19:44:49	DANIEL DOMINGUEZ FERRAZ	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	08/07/2018	DANIEL	Aceito

Endereço: Miguel Calmon

Bairro: Vale do Canela

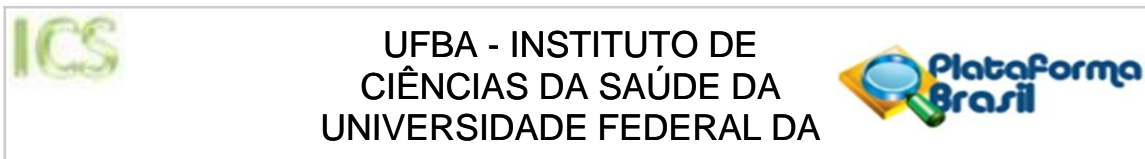
UF: BA

Município: SALVADOR

CEP: 40.110-902

Telefone: (71)3283-8951

E-mail: cepics@ufba.br



Continuação do Parecer: 3.377.527

Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	19:41:49	DOMINGUEZ FERRAZ	Aceito
Declaração de Pesquisadores	eqpe.pdf	05/06/2018 22:18:31	DANIEL DOMINGUEZ FERRAZ	Aceito
Declaração de Pesquisadores	encamnhamentp.pdf	05/06/2018 22:17:44	DANIEL DOMINGUEZ FERRAZ	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_responsabilidade.pdf	05/06/2018 22:14:33	DANIEL DOMINGUEZ FERRAZ	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 07 de Junho de 2019

Assinado por:
Maria Lúcia Vaz Masson
(Coordenador(a))

Endereço: Miguel Calmon

Bairro: Vale do Canela

UF: BA

Município: SALVADOR

CEP: 40.110-902

Telefone: (71)3283-8951

E-mail: cepics@ufba.br

ANEXO 2

RADBOUD INVENTÁRIO MOTOR ORAL PARA DOENÇA DE PARKINSON - ROMP

ROMP- FALA

NOME: _____ DATA _____

I. Atualmente, minha voz é:

1. Minha voz é normal.
2. Minha voz é um pouco mais fraca ou mais rouca do que costumava ser.
3. Minha voz é claramente mais fraca ou mais rouca.
4. Minha voz é muito fraca ou muito rouca.
5. Minha voz dificilmente é ouvida.

II. Minha capacidade para falar com pessoas familiares:

1. Pessoas familiares me acham inteligível compreensível como sempre; eu não tenho que repetir.
2. Para pessoas familiares, as vezes eu sou menos inteligível compreensível quando estou cansado ou não presto atenção.
3. Para pessoas familiares, frequentemente eu sou menos inteligível compreensível; eu tenho que repetir muitas vezes.
4. Para pessoas familiares, muitofrequentemente eu sou ininteligível incompreensível, especialmente quando estou cansado.
5. Para pessoas familiares, geralmente eu sou ininteligível incompreensível também quando repito.

III. Minha capacidade de para falar com pessoas desconhecidas:

1. Pessoas desconhecidas me acham inteligível compreensível como sempre; eu não tenho que repetir.
2. Pessoas desconhecidas, as vezes eu sou menos inteligível compreensível quando estou cansado ou não presto atenção.
3. Pessoas desconhecidas, frequentemente eu sou menos inteligível compreensível; eu tenho que repetir muitas vezes.
4. Para pessoas desconhecidas, muito frequentemente eu sou ininteligível incompreensível, especialmente quando estou cansado.
5. Para pessoas desconhecidas, geralmente eu sou ininteligível incompreensível, também quando repito.

IV. O uso do meu telefone:

1. Usar o telefone não é nenhum problema para mim.
2. Eu uso o telefone como eu costumava fazer, mas eu preciso prestar mais atenção do que antes.
3. Eu tenho que repetir várias vezes quando estou no telefone.
4. Eu fico relutante em usar o telefone porque as pessoas não me entendem.
5. Usar o telefone é impossível para mim porque minha fala é inadequada.

V. Quando começo a falar:

1. Eu consigo dizer o que eu quero tão facilmente como eu costumava fazer.
2. As vezes eu preciso pensar um pouco mais do que eu costumava.
3. Eu preciso de mais tempo ou esqueço facilmente o que eu queria dizer.
4. Eu preciso de ajuda para formular meus pensamentos.
5. Eu geralmente não sei o que dizer e prefiro ficar em silêncio.

VI. Conversando em um grupo

1. Eu consigo participar em conversas como sempre.
2. Eu consigo participar em conversas, mas preciso prestar mais atenção.
3. Eu consigo participar em conversas apenas quando os outros levam em conta que eu preciso de mais tempo.
4. Eu consigo participar em conversas apenas quando pessoas familiares me ajudam.
5. Eu me sinto excluída porque não consigo participar.

VII. O quanto você se sente incomodado devido a sua dificuldade de falar

1. Eu não tenho dificuldade para falar.
2. Minha dificuldade para falar me incomoda um pouco.
3. Eu me incomodo com minha dificuldade para falar, mas não é minha principal preocupação.
4. Minha dificuldade para falar me incomoda muito porque é muito limitante.
5. A dificuldade para falar é o pior aspecto da minha doença.

ROMP - DEGLUTIÇÃO

I. Quantas vezes você se engasga quando está comendo ou bebendo

1. Eu nunca me engasgo ou não me engasgo mais que o costume.
2. Eu me engasgo cerca de uma vez por semana.
3. Eu me engasgo quase diariamente.
4. Eu me engasgo cerca de 3 vezes por dia ou durante cada refeição.
5. Eu me engasgo mais que 3 vezes por dia ou várias vezes durante as refeições.

II. Você fica limitado durante a ingestão de líquidos

1. Eu consigo beber líquidos tão facilmente quanto eu costumava fazer.
2. Eu consigo beber líquidos facilmente, mas eu me engasgo um pouco mais fácil que costumava.
3. Eu consigo beber com segurança somente quando me concentro nisso.
4. Para beber com segurança, eu preciso usar um copo ou uma técnica especial.
5. Eu consigo beber com segurança somente quando ingiro líquidos espessados (engrossados).

III. Você fica limitado durante a alimentação

1. Eu consigo comer tão facilmente quanto eu costumava fazer.
2. Eu consigo comer de tudo, mas demoro mais tempo do que antes.
3. Eu preciso evitar alimentos sólidos ou duros (carne, amendoins, etc).
4. Eu consigo comer somente alimentos macios ou fáceis de mastigar.
5. Eu preciso usar alimentação suplementar ou por via não oral.

IV. Você tem dificuldade para engolir comprimidos

1. Eu engulo comprimidos como eu costumava fazer.
2. Eu tenho um pouco mais de dificuldade para engolir comprimidos do que costumava.
3. Eu consigo engolir comprimidos somente com alimento cremoso junto ou usando uma técnica específica.
4. Engolir comprimidos é um grande esforço atualmente.
5. Eu não consigo mais engolir comprimidos e preciso de outra maneira para tomar a medicação.

V. Sua dificuldade de engolir limita sua refeição com outras pessoas

1. Comer com os outros não é um problema pra mim.
2. Eu como e bebo com os outros, mas eu preciso tomar cuidado devido a minha dificuldade de engolir.
3. Eu prefiro comer na presença de pessoas conhecidas em locais familiares.
4. Eu como somente em casa e na presença de pessoas conhecidas.
5. Eu consigo comer somente em casa e com a ajuda de um cuidador.

VI. Você se preocupa com a sua dificuldade de engolir

1. Eu não tenho dificuldade de engolir.
2. Eu tenho alguma dificuldade de engolir, mas não estou preocupado com isso.
3. Eu me preocupo um pouco com minha dificuldade de engolir.
4. Eu tenho ficado mais preocupado com minha dificuldade de engolir.
5. Eu estou muito preocupado com minha dificuldade de engolir.

VII. O quanto você se sente incomodado devido a sua dificuldade de engolir

1. Eu não tenho dificuldade de engolir
2. Minha dificuldade de engolir me incomoda um pouco.
3. Eu me incomodo com minha dificuldade de engolir, mas não é minha principal preocupação.
4. Minha dificuldade de engolir me incomoda bastante porque é muito limitante.
5. Minha dificuldade de engolir é o pior aspecto da minha doença.

ROMP – SALIVA

I. Você tem perda de saliva durante o dia

1. Eu não perco saliva durante o dia e não sinto acúmulo de saliva na minha boca.
2. Eu não perco saliva, mas eu sinto acúmulo de saliva na minha boca.
3. Eu perco saliva nos cantos da boca ou no queixo.
4. Eu perco saliva na minha roupa.
5. Eu perco saliva na minha roupa e também em cima de livros ou no chão.

II. Com que frequência você tem aumento de quantidade ou perda de saliva

1. Menos de uma vez por dia.
2. Ocasionalmente: em média uma ou duas vezes por dia.
3. Frequentemente: 2 a 5 vezes por dia.
4. Muito frequentemente: 6 a 10 vezes por dia.
5. Quase constantemente.

III. Você tem perda de saliva durante a noite

1. Eu não tenho perda de saliva durante a noite.

2. As vezes meu travesseiro fica molhado durante a noite.
3. Meu travesseiro frequentemente fica molhado durante a noite.
4. Meu travesseiro sempre fica molhado durante a noite.
5. Todas as noites meu travesseiro e a roupa de cama ficam molhados.

IV. A sua (perda de) saliva o prejudica no comer e beber?

1. Não, minha perda de saliva não me prejudica ao comer e beber.
2. Sim, minha perda de saliva ocasionalmente me prejudica ao comer e beber.
3. Sim, minha perda de saliva frequentemente me prejudica ao comer e beber.
4. Sim, minha perda de saliva muito frequentemente me prejudica ao comer e beber.
5. Sim, minha perda de saliva sempre me prejudica ao comer e beber.

V. A sua perda de saliva prejudica sua fala?

1. Não, minha perda de saliva não prejudica minha fala.
2. Sim, minha perda de saliva ocasionalmente prejudica minha fala.
3. Sim, minha perda de saliva frequentemente prejudica minha fala.
4. Sim, minha perda de saliva muito frequentemente prejudica minha fala.
5. Sim, minha perda de saliva sempre prejudica minha fala.

VI. O que você precisa fazer para remover a saliva

1. Eu não preciso remover saliva.
2. Eu sempre carrego um lenço para remover possível saliva.
3. Diariamente, eu uso 1 ou 2 lenços para remover saliva.
4. Diariamente, eu preciso mais de 2 lenços para remover saliva.
5. Eu preciso remover saliva tão frequentemente que eu sempre tenho lenços por perto ou uso uma toalha para proteger minhas roupas.

VII. Sua perda de saliva limita seu contato com outras pessoas?

1. Minha perda de saliva não limita meu contato com outras pessoas.
2. Eu preciso prestar atenção, mas isso não me incomoda.
3. Eu preciso prestar mais atenção porque eu sei que os outros podem ver minha saliva escorrendo.
4. Eu tento evitar contato quando eu sei que perco saliva.
5. Eu percebo que os outros evitam ter contato comigo porque eu perco saliva.

VIII. Sua perda de saliva limita suas atividades dentro ou fora de casa?

1. Minha perda de saliva não limita minhas atividades.
2. Eu preciso prestar atenção quando estou ocupado, mas isso não me incomoda.
3. Eu preciso prestar mais atenção, o que é trabalhoso.
4. Minha perda de saliva me limita em ser ativo.
5. Devido a minha perda de saliva, atividades importantes não são mais possíveis para mim.

IX. O quanto incomodado você fica como resultado da sua perda de saliva?

1. Eu dificilmente percebo perda de saliva.
2. Sentir ou perder saliva me incomoda um pouco.
3. Eu me incomodo com a minha perda de saliva, mas não é minha principal preocupação.
4. Minha perda de saliva me incomoda bastante porque é muito limitante.
5. Perder saliva é o pior aspecto da minha doença.

ANEXO 3

ESCALA DE HOEHN & YAHR MODIFICADA

Estágio	Descrição
Estágio 0	Nenhum sinal da doença
Estágio 1	Doença unilateral
Estágio 1,5	Envolvimento unilateral e axial
Estágio 2	Doença bilateral sem déficit de equilíbrio
Estágio 2,5	Doença bilateral leve, com recuperação no “teste do empurrão”
Estágio 3	Doença bilateral leve a moderada; alguma instabilidade postural ou capacidade de viver independente
Estágio 4	Incapacidade grave, ainda capaz de caminhar ou permanecer de pé sem ajuda
Estágio 5	Confinado à cama ou cadeira de rodas a não ser que receba ajuda

ANEXO 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº _____ TÍTULO DO PROJETO: Comparação entre o treino de resistência respiratória e periférica de membro superior sobre a função respiratória de pacientes com doença de Parkinson: um ensaio clínico randomizado.

O presente estudo respeita os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos constantes na resolução CNS 466/12. O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar de um projeto de pesquisa que pretende comparar e conhecer os efeitos de dois tipos diferentes de tratamento para melhorar a função respiratória, a capacidade para caminhar e a habilidade para sentar e levantar de indivíduos com doença de Parkinson. O motivo que nos leva a realizar este estudo é que as complicações respiratórias, a dificuldade da marcha e para realizar as tarefas do dia a dia são muito frequentes em indivíduos com doença de Parkinson. Essas complicações podem interferir no bem-estar e na qualidade de vida desses indivíduos. Acredita-se que a fisioterapia pode contribuir no tratamento dessas complicações, embora existam poucos estudos sobre o assunto. Através de um sorteio o(a) senhor(a) poderá ser incluído no Grupo Experimental, cujo tratamento será através de exercício em bicicleta ergométrica e treino da musculatura respiratória ou no Grupo Controle que realizará exercício em bicicleta ergométrica e treino de resistência para a musculatura dos braços e tronco. Todos os participantes realizarão alongamentos musculares de pernas e braços. O tratamento terá uma frequência de 2 vezes por semana e um período mínimo de 12 semanas, com sessões de 55 minutos de duração. O(a) senhor(a) será acompanhado por um pesquisador durante todo período da pesquisa. Também serão monitoradas sua pressão arterial, frequência cardíaca e a saturação de oxigênio (concentração de oxigênio no sangue) antes, durante e depois da realização dos exercícios, proporcionando assim uma maior segurança. Após a realização da pesquisa serão dadas recomendações de como o(a) senhor(a) poderá continuar estimulando um envelhecimento ativo e saudável, além de explicações de porque o paciente com doença de Parkinson deve praticar exercício físico durante toda a vida. Esta pesquisa será realizada na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Federal da Bahia, telefone:

(71) 3283-8801, situada na Rua Padre Feijó, 312, Canela, CEP: 40110-170, Salvador, Bahia. Esse projeto apenas será executado quando aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Federal da Bahia, localizado na Avenida Reitor Miguel Calmon s/n, Vale do Canela, CEP: 40.110-100, Telefone: (71) 3283- 8951, e-mail: cepics@ufba.br, em Salvador, Bahia, Brasil. A função do Comitê de Ética em Pesquisa é avaliar previamente e acompanhar até o término as pesquisas em seres humanos, por ele liberadas, principalmente sob os aspectos processuais e éticos. Em caso de dúvidas o(a) senhor(a) também poderá entrar em contato com este Comitê de Ética em Pesquisa. Inicialmente, o(a) senhor(a) responderá a algumas perguntas para identificação dos dados pessoais. Os testes/questionários/escalas que serão realizados terão o objetivo de avaliar sua função respiratória, queixas de fala, deglutição e saliva, capacidade para caminhar e habilidade para levantar e sentar. Entre os possíveis

inconvenientes que podem ocorrer encontram-se: estiramento (alongamento excessivo do músculo) ou pequenas rupturas musculares, lesões ligamentares (entorses) ou articulares (cartilaginosas), fraturas ósseas por quedas, crises de angina de peito até desmaios e infartos verdadeiros, diminuição da glicose no sangue, desidratação, furúnculos na pele, cólicas renais, resfriados, sensação de falta de ar intolerável, suor abundante, palidez, dor torácica, câimbras e tonturas. Serão realizadas as medidas necessárias para diminuir os riscos. Esses riscos serão minimizados com a monitoração da pressão arterial, frequência cardíaca e oximetria (informa a concentração de oxigênio no sangue), antes, durante e após o exercício físico. O(a) senhor(a) também contará com supervisão constante por algum membro da pesquisa, que estará atento a qualquer sinal e/ou sintoma que pode aparecer durante o estudo. Caso aconteça algum dano decorrente da pesquisa, o(a) senhor(a) receberá os primeiros socorros na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Federal da Bahia, e caso seja necessário, será conduzido(a) ao atendimento Unidade de Emergência do Complexo Municipal Dr. Clementino Fraga, localizado na Avenida Centenário, s/n, Barris, Salvador, Bahia. O risco de vazamento de dados dos participantes da pesquisa também será minimizado através do sigilo absoluto dos dados que serão guardados em um software cujo acesso será restrito a um pesquisador do estudo. O senhor(a) e futuros participantes poderão se beneficiar com os resultados desse estudo. Os resultados obtidos irão colaborar com o conhecimento científico, e direcionar o profissional de saúde para uma melhor abordagem terapêutica na área de saúde de pacientes com Doença de Parkinson. O(a) senhor(a) receberá uma via com todos os resultados obtidos, o que permitirá conhecer os possíveis benefícios encontrados na sua saúde. Esses possíveis benefícios são: melhora do condicionamento físico, ou seja, maior sensação de disposição para que o(a) senhor(a) realize as tarefas do dia a dia, melhora do equilíbrio e da força muscular geral, proporcionando uma redução no risco de sofrer quedas e melhora em sua qualidade de vida. A sua participação é voluntária e o(a) senhor(a) tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado. O(a) senhor(a) pode desistir da participação em qualquer momento, mesmo após as avaliações que serão realizadas. Está garantida a total autonomia na decisão da participação, bem como na desistência ou retirada da participação no estudo. Para participar deste estudo o senhor(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso seja identificado e comprovado danos provenientes desta pesquisa, o(a) senhor(a) tem assegurado o direito a indenização. O(a) senhor(a) não receberá nenhuma forma de pagamento e também não existirão gastos, visto que sua participação constará em realizar os exercícios seja no Grupo Experimental ou no Grupo Controle. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Clínica Escola de Fisioterapia e a outra será fornecida ao senhor(a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos. O(a) senhor(a), caso esteja de acordo em ser um(a) participante do presente projeto de pesquisa, deve ler e compreender toda a informação repassada sobre o estudo e posteriormente assinar, de forma voluntária, esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como participante da pesquisa o(a) senhor(a) tem o

direito, de agora ou mais tarde, discutir qualquer dúvida que venha a ter com relação à pesquisa com os pesquisadores: Daniel Dominguez Ferraz, email: danieldf@ufba.br, Telefone: (71) 91282993; Gabriel Pereira Duarte, email: gabrielgfbu@gmail.com, Telefone (71) 991546866.

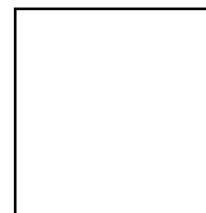
Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “Comparação entre o treino de resistência respiratória e periférica sobre a função respiratória de pacientes com doença de Parkinson: um ensaio clínico randomizado”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Salvador, _____ de _____ de 20__.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Assinatura da Testemunha



Polegar Direito