

Anexo 1 – Autorização da Direção da Associação Portuguesa de Doentes de Parkinson- Delegação Centro

De: Gonçalo Marques Simões Martins | <mailto:goncalo@caspae.pt>
Enviada: quinta-feira, 12 de Junho de 2014 11:32
Para: geral@ufp.pt
Cc: caspae
Assunto: CASPAE

Exmos. Srs.

No que concerne ao pedido, por Vós endereçado, a 27 de Maio de 2014, vem o **CASPAE** reiterar a sua disponibilidade para participar no estudo da aluna Ana Margarida Lemos Nunes, autorizando que o estudo proposto se realize.

Ao dispor!

Com os melhores cumprimentos

Gonçalo Martins
CASPAE

Anexo 2 – Autorização do Repositório de Instrumentos de Medição em Saúde (RIMAS) da Universidade de Coimbra



**Centro de Estudos
e Investigação em Saúde
da Universidade de Coimbra**



rimas@fe.uc.pt
ceisuc@fe.uc.pt

Coimbra, 26 de Junho de 2014

Ex.ma Senhora:

Em resposta ao pedido que me formalizou é com todo o prazer que envio a versão portuguesa do instrumento de medição PDQ-39 (*Parkinson's Disease Questionnaire*) para doentes. Este instrumento permite medir e avaliar a qualidade de vida em doentes com Parkinson.

A sua validação para português encontra-se na seguinte referência:

Vieira, EM. Qualidade de vida na doença de Parkinson. [Dissertação de Mestrado]. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2008.

Mais informação sobre as características desta medida poderá encontrar em

<http://www.uc.pt/org/ceisuc/RIMAS/Lista/Instrumentos/PDQ-39>

Desejo-lhe o melhor êxito para o seu trabalho.

Com os meus melhores cumprimentos.

Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

Carta enviada por correio electrónico

Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
Av. Dias da Silva, 165; 3004-512 Coimbra • Portugal
Tel./Fax (+351) 239 790 507

Anexo 3 – Informação ao Participante

Informação ao Participante

Por favor, leia atentamente a seguinte informação e se concordar com o que lhe é apresentado, queira assinar este documento.

Eu, Ana Margarida Lemos Nunes, aluna regularmente matriculada na Licenciatura de Fisioterapia da Universidade Fernando Pessoa, sob orientação da Professora Doutora Fátima Santos, encontro-me a efetuar um Projeto de investigação intitulado: **“O impacto da Doença de Parkinson na Qualidade de Vida, no equilíbrio e na velocidade da marcha”**, para obtenção de grau de Licenciada.

Pretendo, com esta investigação, compreender até que ponto foi afetada a qualidade de vida, o equilíbrio e a velocidade da marcha dos doentes com Doença de Parkinson. Neste contexto venho solicitar a Vossa Excelência a colaboração neste estudo, autorizando a recolha de dados. A informação recolhida será tratada de forma anónima e confidencial e apenas utilizada exclusivamente para o presente estudo.

Nome do investigador: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Anexo 4 – Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando o “Declaração de Helsínquia” do Associado Médico Mundial
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Designação do Estudo (em português):

O Impacto da Doença de Parkinson na Qualidade de Vida, no Equilíbrio e na Velocidade da Marcha

Eu, abaixo-assinado, Ana Margarida Lemos Nunes

Responsável pelo participante no projeto (nome completo) _____

_____, Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da sua participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que será incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória. Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos e os métodos e, se ocorrer uma situação de prática clínica, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a sua participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

Data: ____ / ____ / 20____ _____

Assinatura do responsável pelo participante no projeto

O Investigador responsável:

Nome: _____

Assinatura: _____

Anexo 5 – Escala PDQ-39

HEALTH SERVICES RESEARCH UNIT
DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH AND PRIMARY CARE
UNIVERSITY OF OXFORD

**Portuguese
PDQ-39**

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

Version 1.1

December 1997

DEVIDO A TER A DOENÇA DE PARKINSON, com que frequência, durante o último mês,...

Devido a ter a doença de Parkinson, durante o último mês com que frequência...

*Por favor assinale **uma caixa** para cada questão*

	Nunca	Ocasionalmente	Às Vezes	Frequentemente	Sempre <i>ou não posso de todo fazer</i>
1. teve dificuldades em participar em actividades recreativas que gostaria de fazer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. teve dificuldades ao cuidar da sua casa, p. ex., Faça Você Mesmo, lida da casa, cozinhar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. teve dificuldade em carregar sacos de compras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. teve problemas ao andar um quilómetro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. teve problemas ao andar 100 metros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. teve problemas ao movimentar-se em casa tão facilmente como gostaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. teve dificuldades em movimentar-se em locais públicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. necessitou de alguém para o acompanhar quando saiu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. se sentiu assustado ou preocupado acerca de cair em público?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor verifique se assinalou uma caixa por cada questão antes de passar à página seguinte.

***Devido a ter a doença de Parkinson,
durante o último mês com que
frequência...***

*Por favor assinale **uma caixa** para cada questão*

	Nunca	Ocasionalmente	Às Vezes	Frequentemente	Sempre
10. esteve confinado a casa mais do que gostaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. teve dificuldades em lavar-se?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. teve dificuldades em vestir-se?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. teve dificuldade em apertar botões ou atacar sapatos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. teve problemas em escrever legivelmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. teve dificuldade em cortar a comida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. teve dificuldade em pegar numa bebida sem a entornar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. se sentiu deprimido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. se sentiu isolado e só?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. se sentiu lacrimoso ou choroso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor verifique se assinalou uma caixa por cada questão antes de passar à página seguinte.

***Devido a ter a doença de Parkinson,
durante o último mês com que
frequência...***

Por favor assinale uma caixa para cada questão

	Nunca	Ocasionalmente	Às Vezes	Frequentemente	Sempre
20. se sentiu zangado ou amargurado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. se sentiu ansioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. se sentiu preocupado acerca do seu futuro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. sentiu que teve de ocultar a sua doença a outras pessoas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. evitou situações que envolvam comer ou beber em público?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. se sentiu embaraçado em público devido a ter a doença de Parkinson?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. se sentiu preocupado com as reacções de outras pessoas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. teve problemas de relacionamento com as pessoas mais chegadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. lhe faltou o apoio da maneira que precisava da parte do seu esposo ou companheiro/a? <i>Se não tem esposo ou companheiro/a por favor assinale nesta caixa</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. lhe faltou o apoio da maneira que precisava da parte da sua família ou amigos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor verifique se assinalou uma caixa por cada questão antes de passar à página seguinte.

***Devido a ter a doença de Parkinson,
durante o último mês com que
frequência...***

*Por favor assinale **uma caixa** para cada questão*

	Nunca	Ocasionalmente	Às Vezes	Frequentemente	Sempre
30. adormeceu inesperadamente durante o dia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. teve problemas de concentração, p. ex. ao ler ou ao ver televisão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. sentiu que a sua memória era má?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. teve sonhos perturbadores ou alucinações?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. teve dificuldades com a sua fala?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. se sentiu incapaz de comunicar devidamente com pessoas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. se sentiu ignorado pelas outras pessoas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. teve câibras ou espasmos musculares dolorosos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. teve dores nas articulações ou noutras partes do corpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. se sentiu desconfortavelmente quente ou frio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor verifique se assinalou uma caixa por cada questão.

© Health Services Research Unit, University of Oxford, 1995

This work is funded by
The Parkinson's Disease Society of Great Britain

This questionnaire is made available free of charge, with the permission of the authors, to all those undertaking non-profit making research. The questionnaire is also available, with the permission of the authors, to profit making organisations, provided a full copy of the research protocol is deposited with the authors. No changes may be made to the questionnaire without written permission.

The Health Services Research Unit is a non-profit making organisation which is part of the University of Oxford. The Parkinson's Disease Society of Great Britain is a charitable organisation.

For further information, please contact

Viv Peto, Crispin Jenkinson or Ray Fitzpatrick

Health Services Research Unit
Department of Public Health
University of Oxford
Institute of Health Sciences
Headington, Oxford, OX3 7LF, UK

Tel: (01865) 226636 / 226857

Emails: VIV.PETO@DPHPC.OX.AC.UK
CRISPIN.JENKINSON@DPHPC.OX.AC.UK

URL: <http://hsru.dphpc.ox.ac.uk>

Fax: (01865) 226711

Anexo 6- Escala de Hoehn &Yahr

Escala de Hoehn e Yahr (Clark et al, 2001)

(colocar um X no estadio correspondente)

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