

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA

ELENA MEIRELES GONÇALVES DO NASCIMENTO

**IMPACTO DA PANDEMIA DA COVID-19 NOS ASPECTOS FÍSICOS
E EMOCIONAIS DE PACIENTES COM DOENÇA DE PARKINSON**

GOIÂNIA

2022

ELENA MEIRELES GONÇALVES DO NASCIMENTO

**IMPACTO DA PANDEMIA DA COVID-19 NOS ASPECTOS FÍSICOS
E EMOCIONAIS DE PACIENTES COM DOENÇA DE PARKINSON**

Artigo elaborado para fins de avaliação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II, do curso de Fisioterapia, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Orientadora: Prof.^a Dra. Cejane Oliveira Martins Prudente

GOIÂNIA

2022

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo a minha família, em especial ao meu pai e minha mãe, que são meus maiores incentivadores na vida e em minha jornada acadêmica.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por ter me permitido chegar até aqui, me dando forças, saúde e coragem para superar os desafios.

Agradeço a toda minha família, em especial ao meu pai, que não está mais aqui em presença física, mas sempre foi minha fortaleza e o motivo para que eu nunca desistisse. Tenho certeza de que ele está comigo em todos os momentos, orgulhoso e alegre das minhas conquistas.

A minha mãe, que nunca mediu esforços para que eu realizasse este sonho.

Aos meus irmãos, por sempre estarem comigo.

Ao meu namorado, por sempre me incentivar e acreditar em mim.

Aos meus professores do decorrer de toda minha vida estudantil, em especial aos da graduação, por todo o aprendizado, especialmente a Profa. Dra. Cejane Oliveira Martins Prudente, por ser tão maravilhosa, paciente, pelo apoio e tempo dedicado ao meu TCC, serei eternamente grata por tudo que fez por mim.

Aos meus amigos que estiveram comigo durante toda essa jornada, tornando este momento mais leve, os levarei sempre em minha vida e em meu coração.

Por fim, agradeço a todos que de alguma forma participaram da conclusão deste trabalho, direta ou indiretamente.

SUMÁRIO

1	RESUMO	6
2	INTRODUÇÃO	8
3	MÉTODOS	9
4	RESULTADOS	11
5	DISCUSSÃO	26
6	CONCLUSÃO	29
	REFERÊNCIAS	30
	ANEXO – Normas da revista para submissão do artigo	34

IMPACTO DA PANDEMIA DA COVID-19 NOS ASPECTOS FÍSICOS E EMOCIONAIS DE PACIENTES COM DOENÇA DE PARKINSON

RESUMO

Objetivo: Analisar os efeitos da pandemia da COVID-19 nos aspectos físicos e emocionais em pacientes com a doença de Parkinson. **Métodos:** trata-se de uma revisão integrativa da literatura, onde foram incluídos artigos que descreveram os aspectos físicos e emocionais de pessoas com doença de Parkinson durante a pandemia da COVID-19, publicados em 2020 e 2021, em inglês, português ou espanhol. A busca foi conduzida na *Scientific Eletronic Library Online (SciELO)*, *United States National Library of Medicine (PubMed)* e *Web of Science*. **Resultados:** a amostra finalizou com 22 artigos. Houve piora, em quase todos os estudos, dos sintomas emocionais e físicos dos pacientes com doença de Parkinson durante a pandemia da COVID-19. Os sintomas não motores que mais se agravaram ou foram adquiridos durante este período foram depressão, ansiedade, estresse, insônia e alteração de humor; e os sintomas motores foram rigidez, bradicinesia e tremor. Diversos fatores influenciaram para a piora dos sintomas, como redução de atividades físicas, diminuição das idas ao médico, mudança nos medicamentos e medo de contrair COVID-19. **Conclusão:** há necessidade de aumentar a atenção a esta população, pois são pacientes que exigem maior cuidado e com a pandemia isto se intensificou.

Descritores: Doença de Parkinson; COVID-19; Estresse Psicológico; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Objective: Analyze the effects of the COVID-19 pandemic on the physical and emotional aspects of patients with Parkinson's disease. **Methods:** this is an integrative literature review, which included articles that described the physical and emotional aspects of people with Parkinson's disease during the COVID-19 pandemic, published in 2020 and 2021, in English, Portuguese or Spanish. The search was conducted in the Scientific Electronic Library Online (SciELO), United States National Library of Medicine (PubMed) and Web of Science. **Results:** the sample ended with 22 articles. In almost all studies, the emotional and physical symptoms of Parkinson's disease patients worsened during the COVID-19 pandemic. The non-motor symptoms that worsened or were acquired during this period were depression, anxiety, stress, insomnia and mood changes; and the motor symptoms were rigidity, bradykinesia and tremor. Several factors influenced the worsening of symptoms, such as reduced physical activities, reduced visits to the doctor, change in medications and fear of contracting COVID-19. **Conclusion:** there is a need to increase attention to this population, as they are patients who require greater care and with the pandemic this has intensified.

Descriptors: Parkinson Disease; COVID-19; Stress Psychological; Quality of Life.

INTRODUÇÃO

A doença de Parkinson (DP) é a segunda patologia neurodegenerativa mais frequente, tendo apenas a doença de Alzheimer à sua frente¹. É idiopática na maioria das vezes, porém há identificação de causas genéticas em 5 a 15% dos casos². A incidência é de 1 a 2 por 1000 habitantes, com prevalência maior em pessoas acima de 60 anos².

A fisiopatologia da doença está relacionada a uma disfunção nos sistemas neurotransmissores, onde há perda de dopamina (neurotransmissor responsável por levar informações geradas no sistema nervoso ao nosso corpo), pela redução de neurônios dopaminérgicos².

Os sintomas motores da DP são geralmente gradativos, sendo o tremor em repouso, rigidez muscular, bradicinesia, perda de equilíbrio e a instabilidade postural os mais comuns². Os sintomas não motores interferem na qualidade de vida dos pacientes e são tão limitantes quanto os motores. As alterações mais frequentes são hiposmia, distúrbios do sono, transtornos do humor, depressão, demência, psicose, constipação e perda de peso³.

No dia 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde declarou oficialmente a COVID-19 uma pandemia mundial⁴, tornando-se imprescindível o isolamento e distanciamento social para evitar o contágio. Estas medidas impactaram a vida das pessoas com doenças crônicas⁵. Pacientes com DP relataram que a pandemia afetou negativamente a saúde mental, atividade física e cuidados com a saúde; com piora nos níveis de estresse, depressão e ansiedade⁶.

Essa revisão será um material de fácil e rápido acesso aos profissionais, onde em um único material estarão disponíveis os resultados dos estudos sobre o impacto da pandemia em pacientes com DP. Diante estes achados, a equipe multiprofissional terá condição de direcionar condutas específicas, por meio de evidências científicas, visando melhora dos aspectos biopsicossociais destes pacientes. Desta forma, o objetivo deste estudo foi analisar os efeitos da pandemia da COVID-19 nos aspectos físicos e emocionais em pacientes com DP.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. A revisão integrativa é um método que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática⁷. A revisão foi norteada pelas seguintes perguntas: Quais os efeitos da pandemia da COVID-19 nos aspectos físicos e emocionais de pacientes com DP? Quais fatores externos e internos influenciam nos sintomas físicos e emocionais de pacientes com DP durante a pandemia da COVID-19?

Foram consultados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH) sendo definidos os seguintes descritores: *Quality of life; Depression; Anxiety; Stress, Psychological; Parkinson Disease; Coronavirus Infections, COVID-19*. Estes descritores foram combinados da seguinte maneira: (Quality of Life OR Depression OR Anxiety OR Stress, Psychological) AND (Parkinson Disease) AND (Coronavirus Infections OR COVID-19). A busca foi conduzida na *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), *United States National Library of Medicine* (PubMed) e *Web of Science*.

Os critérios de inclusão para a seleção dos artigos foram: (a) pesquisas que descreveram os aspectos físicos e emocionais de pessoas com DP durante a pandemia da COVID-19; (b) publicados em 2020 e 2021; (c) artigos em inglês, português ou espanhol. Foram excluídos: (a) artigos que não tinham como foco os aspectos físicos e emocionais de pessoas com DP; (b) artigos duplicados; (c) editoriais, resumos de congressos, monografias, capítulo de livros, cartas, comentários, revisões, relato de caso isolado, metanálise, dissertações ou teses; (d) estudos qualitativos.

Os estudos foram selecionados seguindo os critérios de inclusão e exclusão. Inicialmente foram excluídos os estudos duplicados e selecionadas as publicações referentes à temática abordada por meio da leitura dos títulos e resumos. Após, foi realizada a leitura na íntegra dos estudos pré-selecionados. Um fluxograma da seleção dos artigos foi construído segundo o PRISMA; e os principais achados foram exibidos em um quadro. Por fim, foi realizada a análise crítica dos artigos que finalizaram a amostra.

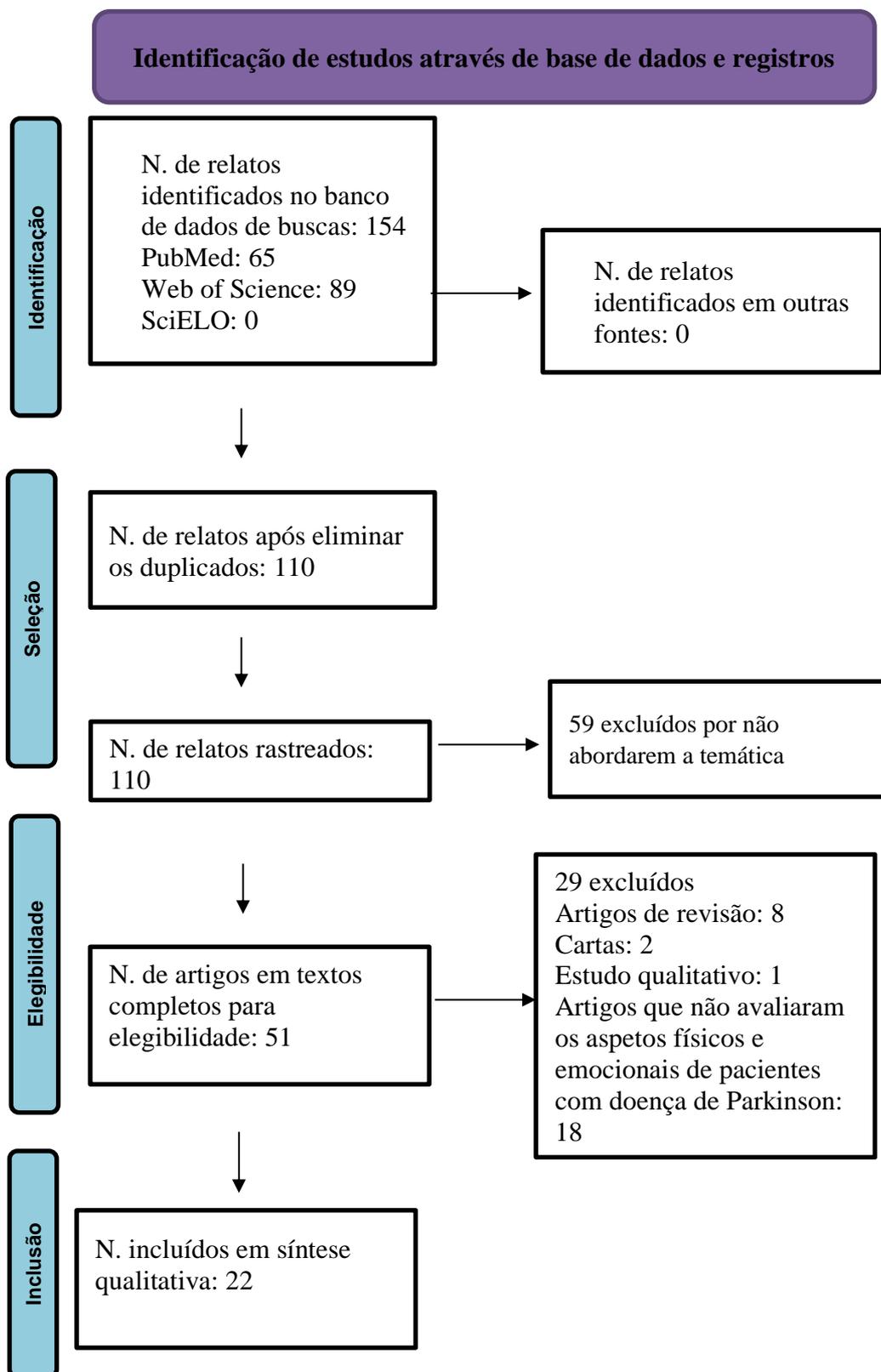


Figura 1. Fluxograma de seleção dos artigos segundo o PRISMA.

RESULTADOS

A Figura 1 apresenta o fluxograma de seleção dos artigos segundo o PRISMA. Após a combinação dos descritores nas bases de dados, foram encontrados 154 artigos, sendo 65 na *PubMed* e 89 na *Web of Science*. Foram excluídas 44 referências duplicadas, restando 110. Após a leitura dos títulos e resumos foram excluídos 59 artigos, por não abordarem a temática. Por fim, foi realizada a leitura na íntegra de 51 estudos, para que fossem aplicados os critérios de elegibilidade predefinidos. Conforme a aplicação dos critérios, 29 foram excluídos (oito artigos de revisão; duas cartas; um estudo qualitativo e dezoito que não avaliaram os aspectos físicos e emocionais de pacientes com doença de Parkinson), restando 22 artigos como amostra final desta revisão.

O Quadro 1 exhibe os principais achados dos estudos^{5,8-28}. A maioria dos artigos foi publicado em 2021 e todos estão em inglês. As pesquisas foram feitas em diversos países, sendo o continente europeu o mais estudado (34%). Apenas um estudo foi feito no Brasil⁸. Dos artigos, 39% tiveram como objetivo a avaliação de sintomas psicológicos de pacientes com DP durante a pandemia da COVID-19, os outros 61% se dividiram em estudos objetivados a avaliar os sintomas motores e psicológicos desses pacientes e sintomas apenas motores.

Dos estudos, 73% foram transversais, o número da amostra variou de 28 a 1.527 pacientes, a maioria tendo mais de 100. A idade variou de 41 a 84 anos, sendo de 60 a 70 anos a média mais encontrada. Metade dos participantes era do sexo masculino, em 50% da amostra. O instrumento de avaliação mais utilizado foi a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) (34 %).

Quase todos os estudos (95%) identificaram piora dos aspectos emocionais dos pacientes com DP durante a pandemia da COVID-19. Os sintomas não motores mais detectados foram ansiedade, depressão, estresse, insônia e alteração de humor e os motores rigidez, bradicinesia e tremor. Apenas um artigo apresentou melhora na qualidade de vida dos pacientes, embora neste também está presente o agravamento da ansiedade⁹.

Quadro 1. Síntese dos principais achados dos estudos.

Autores, ano de publicação, país de coleta de dados e periódico	Objetivos do estudo	Tipo de estudo, características da amostra	Instrumentos de avaliação	Principais resultados
SALARI <i>et al.</i> , 2020 ⁵ Irã <i>Official Journal of the International Parkinson and Movement Disorder Society</i>	Avaliar o nível de ansiedade entre pacientes em DP em comparação com a população em geral.	Estudo transversal – caso controle. 137 pacientes com DP Média de idade de 55 anos, 65,7% mulheres. 442 grupo controle - saudáveis	Inventário de Ansiedade de Beck. Questionário na web.	Média no escore total do Inventário de Ansiedade de Beck dos pacientes com DP: 18.34 ± 11.37. 25,5%: ansiedade severa Houve correlação entre a gravidade da ansiedade e o medo de contrair COVID-19, preocupação com a disponibilidade de medicamentos e presença de comorbidades crônicas. Não houve correlação entre a duração da DP e a gravidade da ansiedade.
ANOUK <i>et al.</i> , 2020 ¹⁰ Holanda <i>Journal of Parkinson's Disease</i>	Avaliar se a pandemia da COVID-19 estava associada ao aumento do sofrimento psicológico e diminuição da atividade física na DP, como essas mudanças se relacionam com a gravidade dos sintomas motores	Estudo observacional longitudinal 358 pacientes com DP Média de idade de 62 anos 61,5% homens Duração da doença: 3,9 anos	Escala de Estresse Percebido (PSS) Escala Unificada de Avaliação da Doença de Parkinson <i>Escala de Ansiedade de Parkinson (PAS)</i>	46,6% eram menos ativos em comparação com antes da pandemia Pacientes com menos atividade física tiveram piora dos sintomas de DP. Os sintomas que mais pioraram foram rigidez, fadiga,

	e não motores da DP e qual a frequência e carga dos estressores relacionados ao COVID.		<p><i>Ruminative Response Scale (RRS)</i></p> <p><i>Brief Resilience Scale</i></p> <p><i>Neuroticism subscale of the Big Five Inventory 10</i></p> <p>12 itens do <i>Cognitive Emotion Regulation Questionnaire</i></p> <p>10 itens do brief COPE</p>	<p>tremor, dor e concentração.</p> <p>Os estressores mais frequentemente vivenciados pelos pacientes com DP foram a perda de contato social (93,1%), cobertura da mídia relacionada ao COVID-19 (91,7%), não ser capaz de realizar atividades físicas ou de lazer como de costume (78,7%) e sentir-se restrito a sair de casa (75,6%).</p>
<p>GUO <i>et al.</i>, 2020¹¹</p> <p>China</p> <p><i>Hindawi Publishing Corporation</i></p>	Investigar a influência do bloqueio durante a pandemia da COVID-19 na qualidade de vida de pacientes com doença de Parkinson (DP).	<p>Estudo longitudinal</p> <p>108 responderam os questionários</p> <p>Média de idade: 69,5 anos, 66 homens</p> <p>Duração da doença: 9,3 meses</p>	<p>Questionário COVID-19 para pacientes com DP durante o período de prevenção e controle da epidemia</p> <p>39 itens do Questionário da doença de Parkinson (PDQ-39)</p>	<p>A qualidade de vida foi afetada durante o período de prevenção e controle da epidemia.</p> <p>A qualidade de vida dos pacientes que tiveram dificuldade em obter orientação médica ou que mudaram a medicação de rotina devido ao bloqueio foi ainda pior.</p>
<p>PRETE <i>et al.</i>, 2020¹²</p> <p>Toscana</p> <p><i>Journal of Neuroscience</i></p>	Avaliar a prevalência, mortalidade e letalidade do COVID-19 em uma coorte de DP, explorando também possíveis fatores de risco. Também investigar o efeito do bloqueio nos	<p>Pesquisa caso-controle</p> <p>740 pacientes com DP</p> <p>Média de idade: 75,05 anos</p> <p>Duração da doença: 3,05 anos</p>	<p>Depression Anxiety Stress Scale-21 item (DASS-21)</p>	<p>De 733 pacientes, 29,6 % notaram piora nos sintomas motores durante a pandemia da COVID-19.</p> <p>Desses 733 pacientes, 24,7 % notaram piora no humor após o início da pandemia, 25 % tiveram piora no grau de ansiedade e</p>

	<p>sintomas motores / não motores em pacientes com DP, bem como sua aceitabilidade / acessibilidade à telemedicina.</p>	<p>Comparativo entre pacientes com DP com COVID-19 e sem COVID-19</p>		<p>22,2 % obtiveram ou tiveram agravamento dos níveis de insônia.</p> <p>Em não COVID-19, o DASS-21 foi realizado em 120 pacientes e o escore médio foi de $17,0 \pm 11,03$.</p>
<p>JANIRI <i>et al.</i>, 2020¹³</p> <p>Roma</p> <p><i>Frontiers in Psychiatry</i></p>	<p>Identificar os fatores de risco / proteção associados à piora subjetiva da sintomatologia psiquiátrica durante o surto da COVID-19 em uma amostra de indivíduos com DP com 65 anos ou mais.</p>	<p>Estudo transversal</p> <p>134 pacientes com DP</p> <p>Idade entre 69,78 e 73,94 anos</p>	<p>Sintomas psiquiátricos ao longo da vida avaliados por meio de uma entrevista semiestruturada por telefone. Análise de prontuário para características sociodemográficas e clínicas.</p>	<p>De 134 indivíduos avaliados, 101 (75,4%) relataram sintomas psiquiátricos ao longo da vida. Destes, 23 (22,8%) apresentaram piora subjetiva da sintomatologia psiquiátrica durante o surto da COVID-19.</p> <p>Depressão (82,6%), e insônia (52,2%) foram os sintomas mais frequentes</p> <p>A maioria que relatou exacerbação dos sintomas eram mulheres (69,6%) e mais jovens (média de idade = 69,78 anos).</p> <p>O agravamento subjetivo dos sintomas neurológicos juntamente com irritabilidade e delírios pré-existentes ao longo da vida, ter recebido antipsicóticos e não ter recebido estabilizador de humor foram</p>

				associados ao agravamento subjetivo da sintomatologia psiquiátrica durante a pandemia da COVID-19.
<p>MONTANAR O <i>et al.</i>, 2021¹⁴</p> <p>Itália</p> <p><i>Journal of Neuroscience</i></p>	<p>Investigar o impacto psicológico do surto da COVID-19 em pacientes com DP e seus cuidadores, avaliando angústia, preocupações, sintomas depressivos e ansiosos. Além disso, avaliar as diferenças potenciais entre os pacientes tratados com terapias auxiliadas por dispositivo (DTA) em comparação com aqueles em tratamento médico padrão (SMT).</p>	<p>Estudo transversal</p> <p>100 pacientes com DP</p> <p>60% homens</p> <p>Duração da doença: 4,6 anos</p> <p>Setenta e quatro pacientes foram tratados com terapias auxiliadas por dispositivo (DAT) e 26 com tratamento médico padrão (SMT).</p>	<p>Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) em T0 (durante bloqueio do governo) e T1 (após período de bloqueio)</p> <p>Um questionário desenvolvido para investigar pensamentos, medos e emoções relacionados ao surto e bloqueio da COVID-19</p>	<p>Depressão em 35% dos pacientes com DP avançada e ansiedade em 39%, com redução significativa da ansiedade após o bloqueio ($p = 0,023$).</p> <p>Em T0, o escore de ansiedade foi maior em pacientes com tratamento médico padrão (SMT) e pacientes com uso de infusão de gel intestinal levodopa/cabidopa (LCIG).</p> <p>Em T1, o escore de ansiedade foi maior em pacientes LCIG e manteve uma tendência de significância em pacientes SMT.</p>
<p>THOMSEN <i>et al.</i>, 2021⁹</p> <p>Suécia e Dinamarca</p> <p><i>Journal of Parkinson's Disease</i></p>	<p>Avaliar o impacto potencial da pandemia da COVID-19 em pessoas com DP.</p>	<p>Estudo de coorte</p> <p>Uma coorte dinamarquesa/sueca de 67 pacientes com DP foi analisada</p> <p>47,8 % mulheres</p> <p>Média de idade: 70 anos</p>	<p>EQ-VAS (escala visual analógica EuroQol para o estado geral de saúde)</p> <p>PRO-PD (resultado relatado pelo paciente na doença de Parkinson)</p>	<p>A qualidade de vida foi melhor durante o período da COVID-19 em comparação com o período anterior.</p> <p>Apesar do agravamento da ansiedade, o sono noturno melhorou em comparação com o período pré-COVID-19</p>

		Duração da doença: 6 anos	<p>PDQ-39 (Questionário da doença de Parkinson)</p> <p>Escala de Depressão de Beck</p> <p>Escala de Avaliação de Apatia de Lille</p> <p>A mudança nos sintomas motores desde o início, antes e durante o COVID-19 também foi avaliada objetivamente usando o escore médio de bradicinesia (BK50)</p>	As pontuações motoras PRO-PD, bem como BK50 foram semelhantes antes e durante o período COVID-19.
<p>SUBRAMANI AN; FARAHNI K; MISCHLEY, 2020¹⁵</p> <p><i>Nature Publishing Group (NPG) Parkinson's Disease</i></p>	Avaliar se o isolamento social está associado à gravidade dos sintomas da DP e à QV.	<p>Estudo transversal</p> <p>1.527 pacientes com DP idiopáticos foram analisados</p> <p>Média de idade: 62,9 anos 54,9% mulheres</p> <p>Duração da doença: 4,8 anos</p>	<p>Pesquisa online</p> <p>PROMIS Global Health</p> <p>PRO-PD</p> <p>Avaliação da QV em uma escala de 1 a 5</p>	<p>Pessoas solitárias relataram maior gravidade dos sintomas para todos os 33 sintomas medidos pelo PRO-PD</p> <p>Os indivíduos que relataram uma QV "ruim" eram propensos a serem solteiros ou não terem parceiros.</p>
<p>XIA <i>et al.</i>, 2020¹⁶</p> <p>China</p>	Investigar a incidência de ansiedade, depressão e	Estudo quantitativo - caso controle	Questionário composto por cinco partes: características	Em comparação com controles saudáveis, os pacientes com DP tiveram escores mais

<p><i>Sleep Medicine Journal</i></p>	<p>distúrbios do sono em pacientes com DP e compará-la com a da população saudável, para determinar o impacto da DP nos estados mentais e de sono. Além disso, estudar as causas dos problemas do sono em pacientes com DP durante a pandemia da COVID-19</p>	<p>119 pacientes com DP 169 controles saudáveis</p> <p>Média de idade: 61,18 anos 51,3% homens</p> <p>Duração da doença: 6,84 anos</p>	<p>sociodemográficas, qualidade do sono, sofrimento psíquico, questões relacionadas à epidemia do COVID-19 e características clínicas da DP</p> <p>Escala de Hoehn e Yahr</p> <p>Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI)</p> <p>Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS)</p>	<p>altos de PSQI e depressão</p> <p>Qualidade do sono alterada (PSQI) em 68,9% dos pacientes com DP e 44,4% dos controles saudáveis.</p> <p>Distúrbios do sono mostraram associação com instabilidade postural e distúrbio da marcha, exacerbação dos sintomas de DP, ansiedade, depressão e consulta médica inadequada</p> <p>Mulheres tendem a apresentar pior qualidade do sono, menor duração do sono e sonolência diurna mais grave; são mais suscetíveis a sentir ansiedade e depressão.</p>
<p>SALUJA <i>et al.</i>, 2021¹⁷</p> <p>Índia</p> <p><i>The Annals of Indian Academy of Neurology</i></p>	<p>Investigar o impacto da pandemia na atividade da doença, nas percepções do cuidador e na qualidade de vida de pacientes com DP.</p>	<p>Estudo transversal</p> <p>64 pacientes com DP</p> <p>Média de idade: 65 anos</p> <p>60,9% homens</p>	<p>Entrevista por telefone, questionário estruturado</p> <p>Escala de sintomas não motores (NMSS)</p> <p>Parkinson Disease Questionnaire-8 (PDQ-8)</p>	<p>26 (40,6%) pacientes relataram piora sintomática durante o período de bloqueio.</p> <p>Destes,</p> <ul style="list-style-type: none"> *46,1% relataram piora dos tremores de repouso em membros superiores ou inferiores; *38,5% reclamaram de aumento na rigidez dos membros; *57,7% aumento da lentidão durante as AVDS; *53,8% queixaram-se de aumento da

				<p>lentidão durante a caminhada.</p> <p>42,3% piora do humor, ansiedade e/ou tristeza</p> <p>A insônia piorou em 34,6% pacientes e 7,7% reclamaram de aumento da sonolência.</p> <p>34,6% queixaram-se de aumento da dor corporal.</p>
<p>SONG <i>et al.</i>, 2020¹⁸</p> <p>Coréia do Sul</p>	<p>Investigar a mudança na atividade física e, subsequentemente, os sintomas clínicos de DP durante a</p>	<p>Estudo transversal</p> <p>100 pacientes com DP</p> <p>Média de idade: 70 anos</p>	<p>Exame do Estado Mental (MMSE)</p> <p>UPDRS</p>	<p>33 indivíduos relataram agravamento subjetivo dos sintomas parkinsonianos. 6 indivíduos relataram sintomas motores,</p>

<p><i>Parkinsonism Relat Disord</i></p>	<p>pandemia da COVID-19.</p>	<p>54 homens</p> <p>Duração da doença: 6 anos</p>	<p><i>Hoehn e Yahr</i> estágio</p> <p>Escala de atividades de vida diária de Schwab e Inglaterra (SE-ADL)</p>	<p>outros 6 sintomas não motores, e 21 relataram piora dos sintomas motores e não motores.</p> <p>Lentidão e tremores foram os agravos dos sintomas motores mais frequentemente relatados.</p> <p>Para sintomas não motores, sensação de estresse, fadiga e aumento das dores foram relatados como piores.</p>
<p>BALCI <i>et al.</i>, 2021¹⁹</p> <p>Turquia</p> <p><i>International journal of rehabilitation research</i></p>	<p>Comparar a atividade física, os níveis de ansiedade e depressão entre pacientes com DP e controles durante o bloqueio.</p>	<p>Estudo transversal</p> <p>45 pacientes com DP e 43 casos controle saudáveis</p> <p>Média de idade: 67 anos</p> <p>Duração da doença: 8 anos</p>	<p>Escala de Atividade Física para Idosos (PASE)</p> <p>Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)</p>	<p>Pacientes com DP tiveram pior ansiedade e atividade física do que os controles durante a pandemia da COVID-19</p> <p>Os sintomas agravados foram lentidão, rigidez, tremor, marcha, fala, fadiga, dor, distúrbios do sono, concentração, sensação de estresse, ansiedade-depressão, constipação e esquecimento</p>
<p>OTMANI <i>et al.</i>, 2021²⁰</p> <p>Marrocos</p> <p><i>Journal of Neuroscience</i></p>	<p>Avaliar o impacto de 6 semanas de confinamento total na ansiedade e depressão em pacientes Marroquinos com DP.</p>	<p>Estudo prospectivo</p> <p>50 pacientes com DP</p> <p>Média de idade: 60 anos 26 mulheres</p>	<p>Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)</p>	<p>Na primeira avaliação, a média do escore HAD para depressão foi de 8,56 e 8,24 para ansiedade, sendo que 28% dos pacientes apresentavam depressão e 32% ansiedade.</p>

				<p>Não houve mudanças significativas na escala média da HADS e vários pacientes permaneceram estáveis. No entanto, deve-se notar que alguns pacientes pioraram enquanto outros melhoraram seus escores.</p> <p>Em pacientes com idade mais jovem (abaixo de 60 anos) e pacientes que receberam terapia DBS, o que pode ser explicado pela redução acentuada das atividades físicas e o impacto do bloqueio em certos hábitos da vida diária.</p>
<p>TEMPLETON; POELLABAUER; SCHNEIDER., 2021²⁸</p> <p>EUA</p> <p><i>Journal of Parkinson's Disease</i></p>	<p>Entender os efeitos do mandato de ficar em casa do COVID-19 e a incapacidade de participar de intervenções físicas recomendadas e estruturadas como consequência desses mandatos, em pacientes com DP</p>	<p>Estudo transversal</p> <p>28 pacientes com DP</p> <p>Média de idade: entre 52 e 84 anos</p> <p>15 mulheres</p> <p>Duração da doença: 6,07 anos</p>	<p>Questionários de autorrelato</p> <p>Avaliação neurocognitiva baseada em celular</p>	<p>67,86 dos pacientes relataram sentir-se bem após exercício. 60,71 relataram sentir-se bem estando em um ambiente de apoio e estável.</p> <p>A duração geral da atividade física durante o mandato de permanência em casa diminuiu significativamente.</p> <p>Com a falta de atividade geral, 82,14% dos indivíduos relataram ter pelo menos um sintoma que piorou</p>

				moderadamente ou mais.
DOMMERSH UIJSEN <i>et al.</i> , 2021 ²¹ <i>Journal of Parkinson's Disease</i>	Identificar diferenças de subgrupo na associação de estressores da COVID-19 com saúde mental em pessoas com DP e explorar se intervenções hipotéticas sobre estressores da COVID-19 poderiam melhorar a saúde mental e a qualidade de vida.	Estudo transversal 844 pacientes com DP Média de idade: 70,3 anos 523 homens	Inventário de Depressão de Beck Inventário de Ansiedade Traço-Estado Questionário de Qualidade de Vida da Doença de Parkinson	As pontuações mais altas foram encontradas para perda de contatos sociais, eventos sociais cancelados e incapacidade de realizar atividade física ou relaxar
KNAPIK <i>et al.</i> , 2021 ²² Polônia <i>HealthCare: The Journal of Delivery Science</i>	Investigar até que ponto ficar em casa – devido às limitações relacionadas à pandemia, teve impacto na autoestima da aptidão física, atividade física e no nível de ansiedade e depressão em pessoas com DP.	Estudo transversal 30 pacientes com DP Média de idade: 69,73 anos 18 homens Duração da doença: 7,91 anos	Questionário de pesquisa Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão	O isolamento pandêmico reduziu significativamente a atividade física em pacientes com DP. Houve certa queda na autoestima da aptidão física nessas pessoas. A aptidão física é um importante preditor de prevenção dos transtornos afetivos de ansiedade e depressão.
KAPEL <i>et al.</i> , 2021 ²³ <i>Journal of Geriatrics and Rehabilitation</i>	Demonstrar o impacto das restrições da pandemia da COVID-19 em pacientes com doença de Parkinson na ausência de intervenções de fisioterapia.	Estudo transversal 42 pacientes com DP Média de idade: entre 41 e 78 anos	Questionário de 13 perguntas aplicado por meio de consulta telefônica ou videoconsulta	O impacto das intervenções ausentes foi na função motora em 73,8% dos pacientes. 61,9% apresentavam comprometimentos do estado mental, como depressão e ansiedade. 21,4% dos pacientes com DP tiveram 1 a 3

				<p>dias de crise existencial.</p> <p>A deterioração da função motora foi relatada em 90,4% dos pacientes com DP, e uma maior incidência de quedas foi observada em 55,6% dos pacientes móveis, enquanto 3 de 12 indivíduos (28,5%) foram internados no hospital por trauma.</p> <p>Dois desses 12 indivíduos ficaram imóveis quando receberam alta para casa.</p> <p>Diminuição da motivação manifestada em 40,4% dos pacientes, enquanto a perda da função motora alcançada foi detectada em 80,9% dos indivíduos com DP.</p> <p>A incidência de distúrbios do sono aumentou em 56,3% dos pacientes durante as restrições. O mesmo foi observado para os transtornos de comportamento, enquanto a prevalência aumentou para 50% dos pacientes.</p>
HAAS <i>et al.</i> , 2021 ⁸ Brasil	Avaliar sintomas de saúde mental em pessoas com Parkinson em auto-isolamento,	Estudo transversal 156 pacientes com DP	Questionário online autoaplicável e validado	A ansiedade, o medo e os pensamentos de morte pioraram durante a pandemia da COVID-19 em

<p><i>Sport Sciences for Health</i></p>	<p>antes e durante a pandemia da COVID-19, no Brasil e explorar associações entre saúde mental e níveis de atividade física.</p>	<p>Média de idade: 64 anos</p>		<p>comparação com o período anterior ao COVID-19.</p> <p>O menor nível de atividade física durante a pandemia foi relacionado a uma maior probabilidade de pensamentos de morte.</p>
<p>SELIGMANN; KAFRI., 2021²⁴</p> <p><i>BMC Neurology</i></p>	<p>Descrever os efeitos do distanciamento social COVID-19 na função, saúde e bem-estar de pessoas com doença de Parkinson (DP), e testar a associação desses efeitos com os níveis de ativação dos pacientes, ou seja, suas habilidades e confiança na gestão de sua saúde.</p>	<p>Estudo transversal</p> <p>142 pacientes com DP</p>	<p>Pesquisa anônima baseada na web</p> <p>Medida de Ativação do Paciente, que questionou sobre habilidades e confiança no gerenciamento da própria saúde.</p>	<p>24,8%–37,3% relataram diminuição em vários domínios de função</p> <p>Piora da saúde 33,8%–43% e piora no bem-estar 26,1%–47,1%</p> <p>A reabilitação cessou para 61,2%.</p> <p>Entre os que relataram piora da saúde, 67,8% associaram isso à interrupção de tratamentos de reabilitação ou diminuição da atividade física.</p>
<p>LEAVY <i>et al.</i>, 2021²⁵</p> <p>Suécia</p> <p><i>Journal of Neurologic Physical Therapy</i></p>	<p>Investigar a atividade física derivada de sensores e a saúde percebida de pessoas com DP durante a primeira onda da pandemia da COVID-19, bem como os fatores associados a esses resultados.</p>	<p>Estudo transversal</p> <p>89 pacientes com DP</p>	<p>A atividade física foi medida ao longo de 7 dias usando o acelerômetro Actigraph GT3x</p> <p>Escala de Confiança do Equilíbrio Específico de Atividades de 16 itens (escala ABC)</p>	<p>67% dos pacientes relatou uma redução relacionada à pandemia nos hábitos de exercícios.</p> <p>As mulheres relataram mais comumente uma redução no exercício programado e reabilitação cancelada do que os homens.</p> <p>Na análise multivariada, sexo</p>

			<p>Escala de impacto de caminhada de 12 itens (Walk 12G)</p> <p>Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão</p> <p>Escala analógica visual vertical</p> <p>Questionário da Doença de Parkinson-39 (PDQ-39)</p> <p>Questionário do Conselho Nacional de Saúde e Bem-Estar</p>	<p>feminino, idade igual ou superior a 70 anos e maiores problemas de mobilidade relatados foram associados a ser menos ativo fisicamente.</p> <p>Uma deterioração da saúde induzida pela pandemia foi relatada por 42% e as mulheres foram 5 vezes mais propensas do que os homens a fazê-lo</p>
<p>BASCHI <i>et al.</i>, 2020²⁶</p> <p>Itália</p> <p><i>Frontiers in Psychiatry</i></p>	<p>Avaliar as alterações motoras, cognitivas e comportamentais durante o bloqueio do COVID-19 na Itália em pacientes com doença de Parkinson com e sem comprometimento cognitivo leve (PD-MCI e PD-NC) e em pacientes com MCI não associado à DP (MCI_{no}PD).</p>	<p>Estudo transversal</p> <p>34 pacientes com PD-NC, 31 PD-MCI, 31 MCNoPD e seus cuidadores foram entrevistados</p>	<p>Inventário Neuropsiquiátrico (NPI) e a Sociedade de Distúrbios do Movimento</p> <p>Escala Unificada de Avaliação da Doença de Parkinson</p> <p>A regressão logística multivariada foi usada para avaliar as covariáveis associadas comparando PD-NC vs. PD-MCI e</p>	<p>Todos os grupos apresentaram piora dos sintomas cognitivos (39,6%), pré-existent (37,5%) e novos (26%) e sintomas motores (35,4%) durante o confinamento da COVID-19</p> <p>O PD-MCI foi significativa e positivamente associado às AIVD perdidas durante a quarentena quando comparado ao PD-NC.</p> <p>Na análise de MCI_{no}PD vs. PD-MCI, este último mostrou uma piora</p>

			MCInoPD vs. PD-MCI.	estatisticamente significativa dos sintomas motores do que MCInoPD
SUZUKI <i>et al.</i> , 2021 ²⁷ <i>Journal of the Neurological Sciences</i>	Mostrar os impactos negativos da pandemia da COVID-19 na qualidade de vida relacionada à saúde e seus determinantes em pacientes com DP e seus cuidadores.	Estudo transversal 100 pacientes com DP	<p>Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão</p> <p>Para avaliar a QV relacionada à saúde, foram utilizados os escores resumo do componente físico (PCS) e resumo do componente mental (MCS) da forma curta (SF-8)</p>	<p>Em relação à QV relacionada à saúde, função física, papel físico, saúde geral, vitalidade e o escore PCS foram significativamente piores nos pacientes com DP do que nos cuidadores.</p> <p>Agravamento dos sintomas relacionados à DP, aumento do estresse e diminuição da atividade física foram observados em 29,0%, 37,0% e 44,0% dos pacientes com DP, respectivamente.</p> <p>16,0% tiveram problemas de acesso ao hospital, mas nenhum relatou falta de medicamentos. Aumento do distúrbio e rigidez da marcha, gravidade da doença, tabagismo, dose equivalente de levodopa e diminuição do peso corporal predisseram um pior escore PCS, enquanto ansiedade, depressão, sexo feminino, estresse e longa duração da doença previram um pior escore MCS.</p>

DISCUSSÃO

A análise dos artigos que fizeram parte desta revisão demonstrou que houve piora, em quase todos os estudos (95%), dos sintomas emocionais e físicos dos pacientes com DP durante a pandemia da COVID-19. Os sintomas não motores que mais se agravaram ou foram adquiridos durante este período foram depressão^{13,14,19,20,25,27}, ansiedade^{5,8,12,14,16,19,20,25,27}, insônia^{12,13,16,17}, estresse e alteração do humor^{12,17,18,27}. A qualidade de vida^{9,11,27} dos pacientes com DP foi também significativamente afetada durante o período de prevenção e controle da pandemia e a qualidade de vida dos pacientes que mudaram sua medicação de rotina devido ao lockdown foi ainda pior¹¹.

Apenas um artigo divergiu dos demais, onde a qualidade de vida dos pacientes avaliados melhorou. Segundo os autores, isso pode ser explicado devido à diminuição da “pressão” e do nível de atividade, pois a transição para uma vida “mais tranquila” pode ser um alívio para pessoas que constantemente precisam conviver com alterações relacionadas à doença e serem avaliadas devido à sua aparência física. Assim, uma mudança no estilo de vida e redução das cobranças externas podem ter reduzido o nível de estresse nos pacientes. No entanto, houve um aumento do nível de ansiedade, mas as descrições dos participantes indicam que a ansiedade pode ser de caráter existencial, ou seja, desde antes da pandemia⁹.

Depressão e ansiedade são comuns em pacientes com DP. A depressão é a alteração não-motora mais comum nestas pessoas, presente em quase 50%^{13,29}. A perda do contato social, a falta de atividade física e das atividades de lazer e a cobertura da mídia em relação ao COVID-19 foram fatores predominantes na piora destes sintomas¹⁰. A dificuldade de obter orientação médica, a mudança das medicações e/ou o medo de não conseguir obtê-la^{11,14} e o medo de contrair COVID-19^{5,14} também foram fatores agravantes.

A presença de sintomas neuropsiquiátricos como ansiedade e depressão antes da pandemia, assim como disfunções cognitivas, predisseram aumento do sofrimento psicológico durante a pandemia da COVID-19¹⁰. O estresse, que também foi um sintoma que se fez presente em alguns estudos, pode ser explicado pela falta de estabilizadores de humor. Além disso, a piora dos sintomas motores foi um fator de risco para o agravamento de sintomas psiquiátricos em pacientes com DP durante a pandemia¹³.

O mais oneroso para pacientes com DP foi não poder comparecer ao funeral de um ente querido e ser restrito a visitar entes queridos no hospital¹⁰. Além disso, os pacientes que apresentaram piora psiquiátrica foram significativamente mais propensos a serem mulheres e mais jovens em comparação aos pacientes que não apresentaram piora dos sintomas psiquiátricos. O gênero é um importante determinante biológico da

vulnerabilidade ao estresse psicossocial, além de fatores genéticos, socioculturais, hormonais e de desenvolvimento¹³.

Os sintomas motores que mais se agravaram durante a pandemia foram rigidez, bradicinesia, tremor^{10,17-19,27} e dor¹⁰. Os pacientes relataram diversos fatores que os faziam sentir melhores, mas o principal foi a atividade física. Alguns pacientes mantiveram a vida ativa, praticando exercício físico, seguindo as restrições da pandemia. No entanto, o número de minutos ativos por dia após essas restrições foi significativamente menor em comparação com o período anterior, assim como a diversificação de atividades. Mesmo com a maioria dos pacientes sentindo melhor após o exercício, as mudanças nos níveis e no tipo de atividade física, como por exemplo protocolos estruturados de intervenção física para atividade autoguiada, levaram à progressão dos sintomas^{22,28}. Portanto, a atividade física reduzida se correlacionou com piora da rigidez, bradicinesia e tremor, já o aumento da dor pode estar associado com o aumento da ansiedade, mas também pode ser secundário à rigidez¹⁰. Diferentes razões explicam o efeito negativo do isolamento nos sintomas motores da DP, incluindo também níveis crescentes de estresse que podem piorar os sintomas motores, bem como a descontinuação da fisioterapia¹³.

A pandemia fez com que alguns profissionais da área da saúde encontrassem novas maneiras de gerenciar pacientes neurológicos remotamente. A carga de trabalho diária dos médicos foi reduzida devido ao isolamento em casa, o que deu a eles mais tempo para desenvolver o gerenciamento de pacientes com DP por meio da telemedicina. Os médicos se esforçaram para orientar seus pacientes por meio de telefone ou *software* de mídia social.

A telemedicina foi mantida, porque a experiência durante a pandemia provou que é um meio bastante eficaz e eficiente para gerenciar doenças crônicas, incluindo a DP. Mesmo após a emergência da COVID-19, a telemedicina será essencial para agilizar as consultas ambulatoriais e, ao mesmo tempo, limitar os custos¹¹.

Algumas áreas da Fisioterapia também começaram a trazer as tecnologias digitais no atendimento de pacientes com o intuito de implementar a Fisioterapia por meio digital, fazendo com que seja diminuído o impacto negativo na saúde, qualidade de vida e funcionalidade causado pelo distanciamento social e redução do acompanhamento dos profissionais de saúde. A implementação dos recursos digitais visa facilitar a compreensão e o empenho aos exercícios domiciliares. Isso pode levar ao aumento de sua participação dentro do processo terapêutico e a melhora da funcionalidade³⁰.

Diante disto, é justificada a importância de repensar ações seguras voltadas à reabilitação no sentido de minimizar os impactos causados pela pandemia, implementando orientações e/ou atendimentos supervisionados com a utilização de plataformas digitais eficazes como veículos de promoção e prevenção da saúde³⁰. Destaca-se a importância de serem criadas estratégias como a telemedicina para que estes

pacientes sejam bem assistidos e não sofram desproporcionalmente com a pandemia da COVID-19, bem como outras situações em que o isolamento possa ser necessário.

CONCLUSÃO

Os pacientes com DP foram afetados com a pandemia da COVID-19 nos aspectos emocionais e físicos, com piora dos níveis de depressão, ansiedade, estresse, insônia e alteração de humor, assim como rigidez, tremor e bradicinesia. Também foi observado piora da qualidade de vida.

Diversos fatores influenciaram para a piora destes sintomas, como redução de atividades físicas, diminuição das idas ao médico, mudança nos medicamentos e medo de contrair COVID-19. Portanto, há necessidade de aumentar a atenção a esta população, pois já são pacientes que exigem maior cuidado e com a pandemia, isto se intensificou.

REFERÊNCIAS

1. Ferraz HB. Doença de Parkinson: transtornos psíquicos e quedas contribuem para o comprometimento da qualidade de vida do paciente. *Rev Neurocienc.* 2008;16(8) 1-8.
2. Balestrino R, Schapira AHV. Parkinson disease. *Eur J Neurol.* 2020;27(1):27-42. doi:10.1111/ene.14108
3. Poewe W. Non-motor symptoms in Parkinson's disease. *Eur J Neurol.* 2008;15 Suppl 1:14-20. doi:10.1111/j.1468-1331.2008.02056
4. World Health Organization. 2020 <https://www.who.int/>
5. Salari M, Zali, A, Ashrafi, F., et al. Incidence of Anxiety in Parkinson's Disease During the Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic. *Mov disord.* 2020;35(7), 1095–1096. <https://doi.org/10.1002/mds.28116>
6. Shalash A, Roushdy T, Essam M, et al. Mental Health, Physical Activity, and Quality of Life in Parkinson's Disease During COVID-19 Pandemic. *Mov Disord.* 2020;35(7):1097-1099. doi:10.1002/mds.28134
7. Souza M, Tavares S, Michelly D, et al. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)*, 2010;20(5) 102- 106, 2010. <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>, 2010.
8. Haas AN, Passos-Monteiro E, Delabary MDS, et al. Association between mental health and physical activity levels in people with Parkinson's disease during the COVID-19 pandemic: an observational cross-sectional survey in Brazil [published online ahead of print, 2022 Jan 14]. *Sport Sci Health.* 2022;1-7. doi:10.1007/s11332-021-00868-y
9. Hørmann Thomsen T, Wallerstedt SM, Winge K, Bergquist F. Life with Parkinson's Disease During the COVID-19 Pandemic: The Pressure Is "OFF". *J Parkinsons Dis.* 2021;11(2):491-495. doi:10.3233/JPD-202342
10. Van der Heide A, Meinders MJ, Bloem BR, Helmich RC. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Psychological Distress, Physical Activity, and Symptom Severity in Parkinson's Disease. *J Parkinsons Dis.* 2020;10(4):1355-1364. doi:10.3233/JPD-202251
11. Guo D, Han B, Lu Y, et al. Influence of the COVID-19 Pandemic on Quality of Life of Patients with Parkinson's Disease. *Parkinsons Dis.* 2020;2020:1216568. Published 2020 Oct 5. doi:10.1155/2020/1216568
12. Prete E, Del et al., Prevalence and impact of COVID-19 in Parkinson's disease: evidence from a multi-center survey in Tuscany region, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32880722/>, 2020.
13. Janiri D, Petracca M, Moccia L, et al. COVID-19 Pandemic and Psychiatric Symptoms: The Impact on Parkinson's Disease in the Elderly. *Front Psychiatry.* 2020;11:581144. Published 2020 Nov 27. doi:10.3389/fpsy.2020.581144

14. Montanaro E, Artusi, C.A, Rosano, C. et al. Ansiedade, depressão e preocupações na doença avançada de Parkinson durante a pandemia COVID-19. *Neurol Sci* (2022). <https://doi.org/10.1007/s10072-021-05286-z>
15. Subramanian I, Farahnik J, Mischley LK. Synergy of pandemics-social isolation is associated with worsened Parkinson severity and quality of life. *NPJ Parkinsons Dis.* 2020;6:28. Published 2020 Oct 8. doi:10.1038/s41531-020-00128-9
16. Xia Y, Kou L, Zhang G, et al. Investigation on sleep and mental health of patients with Parkinson's disease during the Coronavirus disease 2019 pandemic. *Sleep Med.* 2020;75:428-433. doi:10.1016/j.sleep.2020.09.011
17. Saluja A, Parihar J, Garg D, Dhamija RK. The Impact of COVID-19 Pandemic on Disease Severity and Quality of Life in Parkinson's Disease. *Ann Indian Acad Neurol.* 2021;24(2):217-226. doi:10.4103/aian.AIAN_1240_20
18. Song J, Ahn JH, Choi I, Mun JK, Cho JW, Youn J. The changes of exercise pattern and clinical symptoms in patients with Parkinson's disease in the era of COVID-19 pandemic. *Parkinsonism Relat Disord.* 2020;80:148-151. doi:10.1016/j.parkreldis.2020.09.034
19. Balci B, Aktar B, Buran S, Tas M, Donmez Colakoglu B. Impact of the COVID-19 pandemic on physical activity, anxiety, and depression in patients with Parkinson's disease. *Int J Rehabil Res.* 2021;44(2):173-176. doi:10.1097/MRR.0000000000000460
20. El Otmani H, El Bidaoui Z, Amzil R, Bellakhdar S, El Moutawakil B, Abdoh Rafai M. No impact of confinement during COVID-19 pandemic on anxiety and depression in Parkinsonian patients. *Rev Neurol (Paris).* 2021;177(3):272-274. doi:10.1016/j.neurol.2021.01.005
21. Dommersh U, et al. Parkinson Disease Journal of Parkinson Disease. 2021;101(8): 103-107.
22. Knapik A, Szeffler-Derela J, Wasiuk-Zowada D, Siuda J, Krzystanek E, Brzęk A. Isolation Related to the COVID-19 Pandemic in People Suffering from Parkinson's Disease and Activity, Self-Assessment of Physical Fitness and the Level of Affective Disorders. *Healthcare (Basel).* 2021;9(11):1562. Published 2021 Nov 17. doi:10.3390/healthcare9111562
23. Kapel A, et al. Impact of Physiotherapy Absence in COVID-19 Pandemic on Neurological State of Patients with Parkinson Disease <https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/en/covidwho-1082248>, 2021.
24. Yogev-Seligmann G, Kafri M. COVID-19 social distancing: negative effects on people with Parkinson disease and their associations with confidence for self-management. *BMC Neurol.* 2021;21(1):284. Published 2021 Jul 20. doi:10.1186/s12883-021-02313-6
25. Leavy B, Hagströmer M, Conradsson DM, Franzén E. Physical Activity and Perceived Health in People With Parkinson Disease During the First Wave of Covid-19 Pandemic: A Cross-sectional Study From Sweden. *J Neurol Phys Ther.* 2021;45(4):266-272. doi:10.1097/NPT.0000000000000372

26. Baschi R, Luca A, Nicoletti A, et al. Changes in Motor, Cognitive, and Behavioral Symptoms in Parkinson's Disease and Mild Cognitive Impairment During the COVID-19 Lockdown. *Front Psychiatry*. 2020;11:590134. Published 2020 Dec 14. doi:10.3389/fpsy.2020.590134
27. Suzuki K, Numao A, Komagamine T, et al. Impact of the COVID-19 Pandemic on the Quality of Life of Patients with Parkinson's Disease and Their Caregivers: A Single-Center Survey in Tochigi Prefecture. *J Parkinsons Dis*. 2021;11(3):1047-1056. doi:10.3233/JPD-212560
28. Templeton JM, Poellabauer C, Schneider S. Negative Effects of COVID-19 Stay-at-Home Mandates on Physical Intervention Outcomes: A Preliminary Study. *J Parkinsons Dis*. 2021;11(3):1067-1077. doi:10.3233/JPD-212553
29. Fonoff E. A depressão na doença de Parkinson. 2019. <https://www.erichfonoff.com.br/depressao-na-doenca-de-parkinson/>
30. Vasconcelos E, et al. Implementação da Fisioterapia mediada por tecnologias digitais no Centro de Reabilitação do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto em tempos de pandemia da COVID-19. *Revista Qualidade HC*. 2020

Informação para Autores

ATUALIZADO EM 10 DE DEZEMBRO DE 2019

ANTES DE INICIAR A SUBMISSÃO DE SEU MANUSCRITO, LEIA COM BASTANTE ATENÇÃO AS ORIENTAÇÕES CONTIDAS NO TEXTO E NOS LINKS, POIS, SUA SUBMISSÃO PODERÁ SER SUMARIAMENTE ARQUIVADA CASO NÃO ESTEJA EM CONFORMIDADE COM AS NORMAS DA RPCFO.

O PROCESSO DE AVALIAÇÃO PODE LEVAR ATÉ 6 MESES PARA QUE O PARECER DOS AVALIADORES SEJA EMITIDO.

Diretrizes para Autores

A Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental On Line [RPCFO] foi transferida para o formato eletrônico (SEER) em maio de 2009, sem fins lucrativos. Atualmente é editada pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF)- Mestrado e Doutorado em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro [UNIRIO], com periodicidade em FLUXO CONTÍNUO, compondo-se de um volume por ano. Está classificada no QUALIS/CAPES como B2.

Quando da submissão dos manuscritos, em METADADOS DA SUBMISSÃO devem constar todos os AUTORES que por ventura estejam mencionados como << AUTOR >> no corpo do texto. O encaminhamento do manuscrito, anexos e o preenchimento de todos os dados, são de inteira responsabilidade do autor que está submetendo o manuscrito e não do Editor.

A inclusão dos Registros ORCID nos Metadados da Submissão é OBRIGATÓRIA, bem como o RESUMO em PORTUGUÊS e as REFERÊNCIAS. Caso contrário, a submissão PODER SUMARIAMENTE arquivada.

Todos os manuscritos são previamente apreciados pelo Editor no que se refere à adequação às Normas da RPCFO de *FORMATAÇÃO* e *ESTRUTURA* e, se considerados adequados, serão encaminhados para os consultores *Ad hoc*, de reconhecida competência na temática abordada. Em caso de desacordo, será enviado para uma segunda avaliação. No caso da identificação de conflito de interesse por parte dos consultores, será encaminhado para outro consultor.

FORMATAÇÃO GERAL DO MANUSCRITO

FORMATO: ".doc"

FOLHA: Tamanho A4;

MARGENS: 2,5 cm nas quatro margens;

FONTE: Trebuchet MS; fonte 11 (incluindo tabelas e referências). Para citação direta com mais de 3 linhas, utilizar fonte 10.

ITÁLICO: Somente para palavras ou expressões em idioma diferente do qual o manuscrito foi redigido ou em transliteração de depoimentos.

NOTAS DE RODAPÉ: a partir da segunda página, usar os seguintes símbolos e nesta sequência: †, ‡, §, ††, †‡, §§, †††, etc.

ESPAÇAMENTO: Duplo no decorrer do manuscrito, inclusive no resumo e referências.

Simple para título, descritores, citação direta com mais de três linhas e em transliteração de depoimento.

LIMITE DE PALAVRAS CONFORME CATEGORIA DE ARTIGO (incluindo referências):

1. Editorial – Limite máximo de 1.600 palavras;
2. Artigos originais – Limite máximo 4500 palavras;
3. Revisão – Limite máximo de 5000 palavras;

ANÁLISE DE PLÁGIO

A partir de Janeiro de 2021, uma nova etapa será inserida no processo de revisão dos manuscritos. Um software irá avaliar a questão de plágio, tendo os seguintes resultados:

- Até 25% de plágio – será enviada uma carta aos autores, contendo orientações e recomendações;
- Mais de 50% de plágio – será realizada a captação dos autores e da instituição, sendo cumpridas as questões e deveres éticos em relação aos trabalhos científicos.

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

1. Título (Português, Inglês, Espanhol). Tudo em caixa ALTA.
2. Resumo (nos 3 idiomas do título). Após : usar letra minúscula.
3. Descritores (nos 3 idiomas do título). De acordo com o DECS. <http://decs.bvs.br/>
4. Introdução
5. Método
6. Resultados
7. Discussão
8. Considerações finais/conclusão
9. Referências

OBS: AGRADECIMENTOS, APOIO FINANCEIRO OU TÉCNICO, DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE FINANCEIRO E/OU DE AFILIAÇÕES:

É responsabilidade dos autores as informações e autorizações relativas aos itens mencionados acima;

Deverá contar em uma nova seção, logo após a conclusão. Citar o número do edital ao qual a pesquisa está vinculada.

FORMATAÇÃO DA ESTRUTURA DO MANUSCRITO

O manuscrito não poderá ter a identificação dos autores, esta identificação deverá estar somente na página de identificação.

As palavras "RESUMO", "DESCRITORES", "INTRODUÇÃO", "MÉTODO", "RESULTADOS", "DISCUSSÃO", "CONSIDERAÇÕES FINAIS/CONCLUSÃO", "REFERÊNCIAS" e demais que iniciam as seções do corpo do manuscrito devem ser digitadas em CAIXA ALTA, NEGRITO E ALINHADAS À ESQUERDA.

TÍTULO

Deve aparecer nos 3 idiomas do Resumo;

Tem limite de 16 palavras;

CAIXA ALTA, NEGRITO, ESPAÇAMENTO SIMPLES E CENTRALIZADO.

RESUMO

Incluir, de forma estruturada, informações de acordo com a categoria do artigo. Incluir: objetivo, método, resultados e conclusão.

Texto limitado a 150 palavras, no idioma no qual o artigo foi redigido;

Não poderão conter abreviaturas, nem siglas.

DESCRITORES

Apresentados imediatamente abaixo do resumo e no mesmo idioma deste, sendo a palavra "descritores" em: CAIXA ALTA E EM NEGRITO;

Inserir de 3 a 5 descritores, separando-os por ponto e vírgula, e a primeira letra de cada descritor em caixa alta. Ex. Cuidado de enfermagem; Terapia intensiva; Enfermagem pediátrica.

Os descritores devem identificar ou refletir os principais tópicos do artigo;

Preferencialmente, as palavras utilizadas nos descritores não devem aparecer no título;

Para determiná-los, consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DECS) → <http://decs.bvs.br>; Lembrar de clicar em: "Descriptor Exato".

Também poderão ser utilizados descritores do Medical Subject Headings (MeSH) → www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html.

Espaçamento simples entre linhas, conforme exemplo:

DESCRITORES: Educação; Cuidados de enfermagem; Aprendizagem; Enfermagem; Ensino.

INTRODUÇÃO

Deve conter justificativa, fundamentação teórica e objetivos. A justificativa deve definir claramente o problema, destacando sua importância, lacunas do conhecimento, e o referencial teórico utilizado quando aplicável.

MÉTODO

Deve conter o método empregado, período e local em que foi desenvolvida a pesquisa, população/amostra, critérios de inclusão e de exclusão, fontes e instrumentos de coleta de dados, método de análise de dados.

Para pesquisa que envolva seres humanos os autores deverão explicitar a observação de princípios éticos, em acordo com a legislação do país de origem do manuscrito, e informar o número do parecer de aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa de acordo com a legislação vigente.

Ressalta-se a obrigatoriedade da inserção do Parecer do Comitê de Ética na sessão "documentação suplementar", no ato da submissão do artigo.

RESULTADOS

Informações limitadas aos resultados da pesquisa. O texto deve complementar informações contidas em ilustrações apresentadas, não repetindo os dados.

Inserir sempre o valor de "n" e a porcentagem entre parênteses. Lembrando que n abaixo de 10 deverá estar escrito por extenso e igual ou acima de 10 deverá ser numérico.

Exemplo: "Dos 100 participantes, 15 (15%) referiram melhora do quadro e seis (6%) referiram piora".

DISCUSSÃO

Apresentação de aspectos relevantes e interpretação dos dados obtidos. Relação e discussão com resultados de pesquisas, implicações e limitações do estudo. Não devem ser reapresentados dados que constem nos resultados.

CONCLUSÕES OU CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destacar os achados mais importantes, comentar as limitações e implicações para pesquisas futuras;

Fundamentadas nos objetivos, resultados e discussão, evitando afirmações não relacionadas ao estudo e/ou novas interpretações. Incluir as contribuições do estudo realizado.

AGRADECIMENTOS

Destinar nesta seção os agradecimentos às agências de financiamentos ou organizações que de alguma forma contribuíram para a realização do estudo.

Não se aplica agradecer pessoas ou autores que colaboraram na pesquisa.

REFERÊNCIAS

As referências devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto pela primeira vez, e apresentadas de acordo com o estilo Vancouver.

Limite máximo de 30 referências para artigos originais;

Exclusivamente, para Artigo de Revisão, não há limite quanto ao número de referências;

Sugere-se incluir referências atuais e estritamente pertinentes à problemática abordada, evitando número excessivo de referências em uma mesma citação (80% dos artigos deve ter no máximo 5 anos de publicação);

Artigos disponíveis online devem ser citados segundo normas de versão eletrônica, conforme exemplos abaixo disponibilizados;

Ex:

Artigos

1. Magalhães MV, Melo SCA. Morte e luto: o sofrimento do profissional da saúde. *Psicol. Saúde Debate*. [Internet]. 2015 [acesso em 20 de agosto 2019]; 1(1). Disponível em: <http://psicodebate.dpgpsilfpm.com.br/index.php/periodico/article/view/775>.

OBS.: O acesso e a disponibilidade devem estar no mesmo idioma do artigo. **Ver exemplo abaixo**

Bittencourt GKGD, Moreira MASP, Meira LCS, Nóbrega MML, Nogueira JA, Silva AO. Beliefs of older adults about their vulnerability to HIV/Aids, for the construction of nursing diagnoses. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2015 [cited 2020 fev 18]; 68(4). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.20156804021>.

Organizações

2. World Health Organization (WHO). Definition of palliative care. [Internet]. 2019 [cited 2019 jul 11]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>.

3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde [Internet]. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [acesso em 23 de agosto 2020]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf.

4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico HIV/Aids: 2019 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde [acesso em 14 de fevereiro 2020]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hiv-aids-2019>.

Livros

5. Liberato R. O luto do profissional de saúde: a visão do psicólogo. In: Casellato G. O resgate da empatia: suporte psicológico ao luto não reconhecido. São Paulo: Summus Editorial; 2015.

6. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2016.

Conselhos

7. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (SP). Uso seguro de medicamentos: guia para preparo, administração e monitoramento. São Paulo: COREN/SP; 2017.

8. Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009. Ed. Brasília: COFEN; 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html.

Teses/Dissertações, Monografias

9. Silva WA. A experiência de conviver com HIV/aids na velhice. [Doutorado em Psicologia Social]. São Paulo (Brasil): Universidade de São Paulo; 2009. [acesso em 27 de outubro 2019]. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-16122009-102915/pt-br.php>.

Documentos Legais

10. BRASIL. Decreto n. 89.271, de 4 de janeiro de 1984. Dispõe sobre documentos e procedimentos para despacho de aeronave em serviço Internacional. *Lex: Coletânea de Legislação e Jurisprudência*. 1984 jan/mar 4:48:3-4. Legislação Federal e marginália.

11. BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. *Portal da Legislação: Leis Ordinárias*. 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm

Portarias

12. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Portaria nº. 470, de 24 de novembro de 1999. Institui as características básicas dos rótulos das embalagens de águas minerais e potáveis de mesa. *Diário Oficial da União* 25 nov 1999; Seção 1.

Resoluções

13. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução nº. 22, de 15 de março de 2000. Procedimentos de Registro e Dispensa da Obrigatoriedade de Registro de Produtos Importados Pertinentes à Área de Alimentos. Diário Oficial da União 16 mar 2000;Seção 1.

14. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução nº. 23, de 15 de março de 2000. Manual de Procedimentos Básicos para Registro e Dispensa da Obrigatoriedade de Registro de Produtos Pertinentes à Área de Alimentos. Diário Oficial da União 16 mar 2000;Seção 1.

15. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução nº. 259, de 20 de setembro de 2002. Regulamento Técnico para Rotulagem de Alimentos Embalados. Diário Oficial da União 23 set 2002;Seção 1.

Códigos

16. Brasil. Código Civil. Organização dos textos, notas remissivas e índice por Juarez de Oliveira. 46. ed. São Paulo: Saraiva; 1995.

Patentes

17. Hoffmann K, Herbst H, Pfaendner R, inventores; Ciba-Geigy, depositante. Processo para estabilização de pead. BR patente 9507145-8 A. 1997 Set 02.

18. Meier HR, Evans S, Dubs P, inventors; Ciba-Geigy Corporation, assignee. Substituted phenols as stabilizers. US patent 5,008,459. 1991 Apr 16.

Decretos

19. Brasil. Decreto n.º 3.304, de 27 de abril de 1999. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e funções gratificadas, do Fundo Nacional de Desenvolvimento, e dá outras providências. Diário Oficial da União 28 abr 1999; 123(8):4-5.

Relatório científico ou técnico

20. Quimby EH, Shafiro G, Stickley EE. Radiation protection for medical and allied health personnel: recommendations of the National Council on Radiation Protection and Measurements. Bethesda (MD): National Council on Radiation Protection and Measurements (US), Council's Scientific Committee 49 on Radiation Protection Guidance for Paramedical Personnel; 1976. NCRP. Report , 48.

Material Didático ou Instrucional

Fitas de Vídeo

21. Capovilla FC, Guidi MAA. Recursos de hardware para análise experimental do comportamento humano [videocassete]. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 1990.

DVD

22. Kandersley D. O corpo humano [DVD]. São Paulo: Globo, 1997.

CD-ROM

23. Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

Filmes Cinematográficos

Inclui também suporte em DVD e fitas de vídeo.

Filme

24. Deus e o diabo na terra do sol [filme]. Direção: Glauber Rocha. Rio de Janeiro: Copacabana Filmes; 1964.

DVD

25. Blade Runner [DVD]. Direção: Ridley Scott. Los Angeles: Warner Brothers; c1999.

Mapas

26. Instituto Geográfico. Regiões do Brasil [mapa]. São Paulo: Instituto Geográfico; 1995.

Livro em formato eletrônico

27. Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [monografia na Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [acesso em 9 jul 2002]. Disponível em: <http://www.nap.edu/books0309074029.html>.

Documentos Jurídicos em formato eletrônico

28. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Portaria nº. 15, de 23 de ago de 1988. Determina que o registro de produtos saneantes domissanitários com finalidade antimicrobiana seja procedido de acordo com as normas regulamentares [portaria na internet]. Diário Oficial da União 05 set 1988 [acesso em 13 jul 2007]. Disponível em: <http://legis.bvs.br/leisrefpublicshowAct.php?id=12546>.

29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº. 286, de 19 de abril de 2006. Habilitar os Centros de Atenção Psicossocial abaixo discriminados, para realizar os procedimentos previstos na Portaria nº. 189, de 20 de Março de 2002 [portaria na internet]. Diário Oficial da União 20 abr 2006 [acesso em 10 jun 2007]; Seção 1, (76). Disponível em: <http://www.in.gov.br/materiasxml/dosecao12100827.xml>.

Homepage/Website

30. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil [acesso em 27 mar 2005]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

Eventos

31. Ramos Junior HS. Considerações sobre a privacidade no espaço cibernético In: 2º Ciberética. Simpósio Internacional de Propriedade Intelectual, Informação e Ética [evento na internet]. 2003 nov 12-14; Florianópolis, Brasil [acesso em 12 jan 2007]. Disponível em: <http://www.ciberetica.org.br>.

Anuário Impresso

32. Anais do 4. Congresso Paulista de Saúde Pública; 1993 jul. 10-14; São Paulo; Brasil. São Paulo: Associação Paulista de Saúde Pública; 1995.

33. Zionl F. Controle popular: discussões temáticas. In: Anais do 4. Congresso Paulista de Saúde Pública; 1993 jul 10-14; São Paulo, Brasil. São Paulo: Associação Paulista de Saúde Pública; 1995. p. 25-6.

Para casos de mais de um evento realizado simultaneamente, deve-se seguir as mesmas regras aplicadas a autores corporativos.

34. Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort-statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. Genetic programming. Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p.182-91.

Trabalhos apresentados em Eventos (pôsteres e similares) e não publicados.

35. Carvalho AB, Lima Filho JL, Dutra RAF, Silva NLLC. Biossensor para doenças de chagas [Apresentação na II Bienal de Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz; 2000 dez 1-11; Rio de Janeiro, Brasil].

Anuário Online

36. 25.Aosani TR, Lima ACC. A terapia comunitária como estratégia metodológica de trabalho das equipes de núcleo de apoio a saúde da família (nasf) no atendimento a saúde mental. APESmo [Internet]. 30 de outubro de 2018 [acesso em 30 de junho de 2020]; 30:e19658. Disponível em: <https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/apeusmo/article/view/19658>.

ANEXOS

Os anexos, quando indispensáveis, devem ser citados no texto e inseridos após as referências.

ORIENTAÇÕES PARA ILUSTRAÇÕES

Por ilustrações entendem-se tabelas, quadros e figuras (gráficos, diagramas, fotos).

São permitidas, no máximo, 5 ilustrações as quais devem ser numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos

Devem ser indicadas no texto com a primeira letra maiúscula.

Exemplo: Tabela 2, Quadro 1, Figura 3.

A fonte das informações da ilustração, quando resultante de outra pesquisa, deve ser citada e constar nas referências.

Tabelas e quadros

Dimensão máxima de 22 cm de altura por 16,5 cm de largura

Utilizar traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e, na parte inferior da tabela;

Não devem apresentar nem linhas verticais e horizontais no interior da tabela;

Devem ser inseridas o mais próximo possível da indicação, e desenhadas com ferramenta apropriada do Microsoft Word for Windows 98® ou compatíveis;

Utilizar fonte Trebuchet MS, tamanho 11, espaçamento simples entre linhas;

O título de tabelas e quadros deve ser colocado imediatamente acima destes, com espaçamento simples, com negrito. Seguindo os exemplos abaixo:

Exemplo 1: Quadro 1 – Intervenções de enfermagem. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2010 (Sem ponto final)

Exemplo 2: Tabela 1 – Características socioeconômicas de gestantes portadoras de diabetes mellitus tipo II. Curitiba, PR, Brasil, 2015 (Sem ponto final)

Figuras (Gráficos, Diagramas, Fotos)

Dimensão máxima de 22 cm de altura por 16,5 cm de largura.

Devem ser apresentadas no texto, o mais próximo possível da indicação, e anexadas em arquivo separado, com qualidade necessária à publicação. Preferencialmente, no formato JPEG, GIF ou TIFF, com resolução mínima de 300 dpi.

O título da figura deve ser colocado acima desta, separado por ponto do nome da cidade, estado, país e ano. Esses últimos separados por vírgula e sem ponto final.

Exemplo: Figura 1 – Estilos de liderança segundo a Teoria do Grid Gerencial. São Paulo, SP, Brasil, 2011

Poderão ser publicadas fotos coloridas e fotos de pessoas (exceto as de acesso público, já publicadas).

ORIENTAÇÕES PARA CITAÇÕES E DEPOIMENTOS

1) Citação indireta ou paráfrase

Informar o número da referência imediatamente ao término do texto, sem espaço, sem parênteses, e após o sinal gráfico (pontuação).

Exemplo: O conceito de conforto está diretamente relacionado ao bem-estar.¹

2) Citação sequencial/intercalada

Separar os números de cada referência por traço, quando for sequencial.

Exemplo: 8-10 – a informação refere que as referências 8, 9 e 10 estão inclusas.

Separar os números de cada referência por vírgula, quando for intercalada.

Exemplo: 8,10 – a informação refere que as referências 8 e 10 estão inclusas.

3) Citação direta com até três linhas

Inserida no corpo do parágrafo e entre aspas. O número e página correspondentes à citação literal devem constar sobrescritos, sem parênteses e separados por dois pontos.

Exemplo: 8:13 – a informação se refere à referência 8, página 13.

4) Citação direta com mais de três linhas

Constar em novo parágrafo, justificado à direita e com recuo de 4 cm da margem esquerda, digitada em fonte Trebuchet MS 10, espaço simples entre linhas, sem aspas.

O número e página correspondentes à citação direta devem constar sobrescritos, sem parênteses e separados por dois pontos.

Exemplo: 8:345-6 o número 8 se refere à referência e o 345-6 às páginas.

5) Depoimento

A transliteração de depoimento deverá constar em novo parágrafo, digitada em fonte Trebuchet 11, itálico, com espaçamento simples entre linhas, sem aspas.

Comentários do autor devem estar entre colchetes e sem itálico.

A identificação do sujeito deve ser codificada (explicar a codificação na metodologia), entre parênteses, sem itálico e separada do depoimento por ponto.

Exemplo: [Comunicação] é você expressar algo, dizer alguma coisa a alguém é o ato de se comunicar [...]. (Familiar 2)

PÁGINA DE IDENTIFICAÇÃO

Título

Deve ser conciso e refletir a ideia principal do manuscrito, com no máximo 16 palavras e excluindo a localização geográfica da pesquisa.

CAIXA ALTA, NEGRITO, ESPAÇAMENTO SIMPLES, CENTRALIZADO

IMPORTANTE: Em caso do manuscrito ter origem em tese, dissertação, monografia ou trabalho de conclusão de Curso, deverá conter asterisco (*) ao final do título e a respectiva informação em nota de rodapé.

Autoria (fonte Trebuchet MS 11)

Limitado a seis autores;

Nomes, completos, apresentados imediatamente abaixo do título, alinhados à direita, separados por vírgula, numerados com algarismos arábicos sequenciais e sobrescritos.

Espaçamento simples entre as linhas;

As informações dos autores (formação, maior titulação acadêmica, cargo ocupado, nome da instituição, cidade, estado e país), deverão ser apresentadas imediatamente abaixo dos nomes, justificado, com fonte Trebuchet MS 10 e espaçamento entre as linhas em 1,15.

Cidade, estado e país, separados por hífen.

Autor Correspondente

Autor correspondente é aquele para o qual a RPCFO encaminhará os comunicados a respeito do processo de análise do manuscrito. É responsável por representar os demais autores quanto às alterações no texto, fluxo do manuscrito e aceite formal da versão final do manuscrito para publicação.

Informar nome, instituição vinculada, endereço (rua, nº, CEP, cidade, estado, país), telefone e e-mail (fonte 10).

O nome do autor correspondente constará como tal por ocasião da publicação do artigo. É sua responsabilidade comunicar à RPCFO qualquer mudança no endereço e/ou problemas com o e-mail, a fim de evitar atrasos no processo de análise do manuscrito.

Modelo para download: [modelo de página de identificação](#)

CÓPIA DO PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Para artigo de pesquisa que envolva seres humanos, enviar cópia do parecer de aprovação, com o respectivo número do protocolo, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa e de acordo com a legislação do país de origem do manuscrito. A cópia deve ser anexada como documento suplementar.

A cópia deve ser anexada como documento suplementar e, na íntegra, contendo o parecer de "Aprovado".

DOCUMENTO DE SUBMISSÃO

Este documento inclui a declaração de responsabilidade, de transferência de direitos autorais, de participação no manuscrito e de conflito de interesses.

Deve ser preenchido e assinado por todos os autores e anexado como documento suplementar.

Exemplo: [Documento de submissão](#)

O manuscrito que **NÃO** cumprir tais Normas, por **INCOMPLETUDE** ou **INADEQUAÇÃO**, **SERÁ SUMARIAMENTE DEVOLVIDO** antes mesmo de ser submetidos à avaliação **PELO CONSULTOR**. Portanto, solicitamos atenção na das normas para submissão de manuscritos. Caso não seja atendida a solicitação ajustes no prazo de 3 (três) dias, o mesmo será **ARQUIVADO** e se houver interesse ainda em publicá-lo, deverá ser submetido novamente, onde será iniciado novo processo de julgamento por pares.

O processo de avaliação utiliza o sistema *Doubleblind peer review*, preservando a identidade dos autores e consultores, com emprego de formulário da RPCFO. O prazo de devolução para os pareceres é, no máximo, 28 dias, quando for aceita a realização da avaliação pelos avaliadores. Caso contrário, será enviado para outros consultores. Em persistindo a não aceitação, dois membros do Conselho Editorial avaliarão o artigo.

Os pareceres dos avaliadores serão disponibilizados *online* para o autor responsável pela submissão que terá o prazo de 10 (dez) dias para atender as solicitações. Caso contrário, o manuscrito será **ARQUIVADO** após envio de comunicado para todos os autores por entendermos que não houve interesse em atender a solicitação para ajustes de acordo com as avaliações realizadas. Porém, se houver interesse ainda em publicá-lo, o artigo deverá ser submetido novamente, onde será iniciado novo processo de julgamento por pares.

Política de Referência Cruzada da RPCFO: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/about/edit>

