

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA
BACHARELADO EM FISIOTERAPIA

Pâmela Iná Wolffenbüttel

Relação do tratamento de fisioterapia quanto à qualidade de vida de acordo com a percepção de sujeitos com Doença de Machado-Joseph

Porto Alegre

2013

Pâmela Iná Wolffenbüttel

Relação do tratamento de fisioterapia quanto à qualidade de vida de acordo com a percepção de sujeitos com Doença de Machado-Joseph

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Comissão de Graduação em Fisioterapia da Escola de Educação Física da UFRGS, como requisito parcial para obtenção do título Bacharel em Fisioterapia.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Carla Skilhan de Almeida.

Porto Alegre

2013

Pâmela Iná Wolffenbüttel

Relação do tratamento de fisioterapia quanto à qualidade de vida de acordo com a percepção de sujeitos com Doença de Machado-Joseph

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Comissão de Graduação em Fisioterapia da Escola de Educação Física da UFRGS, como requisito parcial para obtenção do título Bacharel em Fisioterapia.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Carla Skilhan de Almeida.

Conceito final:

Aprovado em de de

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr^a Luciana Paiva – UFRGS

Ms. Ana Maria Kulzer - HCPA

Orientadora Prof^a. Dr^a Carla Skilhan de Almeida – UFRGS

DEDICATÓRIA

A minha formação profissional não teria sido concretizada sem a ajuda dos meus amáveis pais Silvio e Cibeli, que desde pequena me incentivaram e aconselharam nos meus estudos, por isso dedico esse trabalho a eles, pois sem o apoio deles, a conclusão dessa etapa não seria alcançada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que iluminou as minhas escolhas e a minha jornada acadêmica. Aos meus pais Silvio e Cibeli, e a minha irmã Brenda, pela força e palavras encorajantes, que sempre estiveram ao meu lado me apoiando nas minhas decisões e me incentivando a continuar quando o caminho estava repleto de obstáculos.

Aos colegas pela companhia diária durante toda a minha formação. Às minhas amigas que permaneceram ao meu lado durante toda a jornada acadêmica, pela compreensão em momentos que não pude estar presente e pelos ótimos momentos de descontração e comemorações, em especial à Aline, Luísa e Mariana que estiveram sempre me incentivando e colaborando com palavras confortantes, dividindo as angústias em momentos difíceis e comemorando nos mais alegres.

À Prof^a. Dr^a. Carla Skilhan de Almeida pela paciência na orientação e incentivo em tornar possível a conclusão desse artigo. A todos os professores do curso que foram tão importantes na minha vida acadêmica e para o desenvolvimento desse artigo. À Associação de Amigos, Parentes e Portadores de Ataxias Dominantes que colaborou para a execução do trabalho.

RESUMO

A Doença de Machado-Joseph é uma ataxia cerebelar autossômica dominante, hereditária, que afeta a funcionalidade dos sujeitos e a qualidade de vida. O objetivo desse trabalho foi investigar, a partir da percepção dos sujeitos com Doença de Machado-Joseph, qual é o resultado do tratamento fisioterapêutico quanto à qualidade de vida. O estudo é de caráter qualitativo com delineamento do tipo estudo de casos, composto por um grupo de nove sujeitos. O instrumento para coletar as informações foi uma entrevista estruturada; posteriormente as informações foram analisadas e interpretadas através da técnica de análise de conteúdo. Foi possível verificar que a fisioterapia foi vinculada ao ganho de força, equilíbrio na marcha, como também à realização das atividades de vida diárias. Da mesma forma, a fisioterapia tem aspecto relevante na qualidade de vida, pois possibilita mais convívio social e melhora das habilidades funcionais.

Palavras-Chave: Fisioterapia. Ataxia cerebelar. Qualidade de vida

SUMÁRIO

Apresentação.....	07
Capa do artigo (título e resumo).....	08
1 Introdução.....	09
2 Metodologia.....	10
3 Resultados e Discussão.....	11
4 Conclusão.....	21
Referências.....	21
Anexo1 (Normas da revista).....	24

APRESENTAÇÃO

O Trabalho de Conclusão de Curso foi realizado em formato de artigo para publicação na Revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação.

A ideia da temática do artigo surgiu a partir da leitura de uma nota no jornal Zero Hora no dia 19 de abril de 2012 informando sobre a Doença de Machado-Joseph, foi exposto sobre esse assunto: “Não há medicação específica para tratar a doença e o paciente tende a morrer de complicações. Mas quanto mais fisioterapia fizer, melhor se torna a qualidade de vida desse paciente”. Este trabalho é qualitativo com delineamento do tipo estudo de casos, em que foram realizadas entrevistas com sujeitos com Doença de Machado-Joseph. A análise e interpretação das entrevistas forneceu o material para construção o artigo, assim como possibilidade de publicar alguns dos relatos, dos entrevistados, pertinentes aos objetivos do trabalho.

O artigo foi formatado com fonte Arial 12 e escrito em documento Word, com espaçamento 1,5. Os relatos dessas entrevistas estão em fonte Arial 11. O título, as palavras-chave e o resumo do trabalho estão na língua original e também traduzidos para inglês e espanhol, assim como respeitando o número máximo de palavras exigido pelas normas da revista. As referências estão de acordo com normas adaptadas da ABNT (NBR 6023/2002). Em vista de publicar na Revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação, o artigo foi escrito de acordo com as normas exigidas por essa (ANEXO 1).

Relação do tratamento de fisioterapia quanto à qualidade de vida de acordo com a percepção de sujeitos com Doença de Machado-Joseph

Relation between physiotherapy treatment and quality of life according to the perception of Machado-Joseph disease subjects

Relación del tratamiento fisioterapéutico con la calidad de vida de acuerdo con la percepción de sujetos con enfermedad de Machado-Joseph

Carla Skilhan de Almeida¹

Pâmela Iná Wolffenbüttele²

Resumo

A Doença de Machado-Joseph é uma ataxia cerebelar autossômica dominante, hereditária, que afeta a funcionalidade dos sujeitos e a qualidade de vida. O objetivo desse trabalho foi investigar, a partir da percepção dos sujeitos com Doença de Machado-Joseph, qual é o resultado do tratamento fisioterapêutico quanto à qualidade de vida. O estudo é de caráter qualitativo com delineamento do tipo estudo de casos, composto por um grupo de nove sujeitos. O instrumento para coletar as informações foi uma entrevista estruturada; posteriormente as informações foram analisadas e interpretadas através da técnica de análise de conteúdo. Foi possível verificar que a fisioterapia foi vinculada ao ganho de força, equilíbrio na marcha, como também à realização das atividades de vida diárias. Da mesma forma, a fisioterapia tem aspecto relevante na qualidade de vida, pois possibilita mais convívio social e melhora das habilidades funcionais.

Palavras-Chave: Fisioterapia. Ataxia cerebelar. Qualidade de vida

Abstract

Machado-Joseph is as hereditary disease, is an autosomal dominant cerebellar ataxia that affects people's functionality and their quality of life. The aim of this study was to investigate the results of physiotherapy on the quality of life from the subjects with Machado-Joseph disease perspective. This study is qualitative with a case study design type based on a sample of nine subjects. The instrument used was a structured interview; which was later analyzed and interpreted using the content analysis technique. It was possible to verify that physiotherapy was related to strength gains, balance on gait, as well as daily living activities performance. The same as the physiotherapy was perceived as an important factor to enhance the quality of life, since it maintains the socializing ability and improves functional skills.

Keywords: Physiotherapy. Cerebellar ataxia. Quality of Life

Resumen

La enfermedad de Machado-Joseph es una ataxia cerebelosa autosómica dominante, hereditaria, que afecta a la funcionalidad de los sujetos, y la calidad de vida. El objetivo de este estudio fue investigar, desde la percepción de los sujetos con la enfermedad de Machado-Joseph, cuál es el resultado de la fisioterapia en la calidad de vida. El estudio es cualitativo con el tipo de diseño de estudio de caso que consiste en una muestra de nueve sujetos. El instrumento utilizado fue una entrevista estructurada; las entrevistas hechas fueron analizadas y interpretadas según la técnica de análisis de contenido. Fue posible verificar que la fisioterapia fue vinculada al gano de fuerza, equilibrio en la marcha y también relacionada con el desempeño de las actividades de la vida cotidiana. Del mismo modo, la relación de la fisioterapia con la calidad de vida se consideró como un factor importante, una vez que mantiene la socialización y mejora las habilidades funcionales.

Palabras clave: Fisioterapia. Ataxia cerebelosa. Calidad de Vida

¹ Doutora em Ciências do Movimento Humano. Docente do curso Bacharelado de Fisioterapia da UFRGS

²Discente do curso Bacharelado de Fisioterapia da UFRGS

1 INTRODUÇÃO

A Doença de Machado-Joseph (DMJ) é hereditária, progressiva e caracterizada como uma ataxia cerebelar autossômica dominante de tipo III (SCA3) (Rotoneset *al.*, 2008). Os sintomas estão principalmente relacionados ao equilíbrio e a coordenação motora além de disartria, disfagia e visão dupla (Coutinho, 1992). Essa doença possui elevada variabilidade fenotípica e por isso foram descritos três tipos clínicos principais, o tipo 1 que tem início precoce com evolução rápida; o tipo 2 com início aproximadamente aos 40 anos e é o mais frequente; e o tipo 3, que inicia mais tardiamente e seu desenvolvimento é lento (Coutinho, 1992). Sua história tem início na década de 70 com diferentes famílias que moravam nos Estados Unidos. Essa doença se disseminou para o mundo a partir das emigrações açorianas (Coutinho, 1992). Dados sugerem que esse tipo de ataxia é o mais comum mundialmente (Schölset *al.*, 2004) e que nos Açores a doença está distribuída entre 32 famílias (Lima, Bettencourt, 2008).

A DMJ afeta a funcionalidade dos sujeitos e provoca diminuição da qualidade de vida e depressão (Rodrigues, 2012). Hoje em dia, a qualidade de vida está sendo muito estudada, visto que se trata de um tema relevante, principalmente quando relacionada à promoção de saúde (Kluthcovsky, Takayanagui, 2007). De acordo com a Organização Mundial de Saúde, que criou um instrumento que avalia a qualidade de vida, os aspectos que devem ser avaliados para classificá-la são o físico, o psicológico, as relações sociais e o meio ambiente (Flecket *al.*, 2000). Para que seja possível minimizar os efeitos da doença e melhorar a qualidade de vida desses sujeitos é imprescindível a atuação de uma equipe de saúde multiprofissional (Rodrigues, 2012).

Dentre as equipes de saúde envolvidas, a fisioterapia tem um papel relevante com relação a manter a qualidade de vida dos sujeitos com DMJ (Rodrigues, 2012). A atuação da fisioterapia tem a principal intenção de manter a funcionalidade e a independência dos sujeitos nas suas atividades de vida diárias (AVD's) (Araújo *et al.*, 2010).

Nessa perspectiva, o objetivo do presente estudo é investigar, a partir da percepção dos sujeitos com DMJ, qual é o resultado do tratamento fisioterapêutico quanto à qualidade de vida.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com delineamento do tipo estudo de casos. A população abrangida pelo estudo foi de sujeitos com a doença de Machado-Joseph indicados pela Associação dos Amigos, Parente e Portadores de Ataxias Dominantes (AAPPAD) de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

O grupo participante do estudo foi composto por nove sujeitos com Doença de Machado-Joseph com idade entre 36 e 64 anos, dentre esses, cinco eram mulheres e quatro homens. Para a definição do número de sujeitos participantes seguiu-se o critério de saturação, que propõe finalizar as entrevistas quando se consegue o entendimento da homogeneidade, das diversidades e das intensidades das informações (Minayo, 2010). O critério de inclusão, no estudo, foi a de que o participante estivesse realizando fisioterapia ou já tivesse realizado devido ao acometimento da DMJ. O critério de exclusão foi não ter capacidade de comunicação devido ao agravamento da doença.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi uma entrevista estruturada aberta composta por dezesseis questões que foi realizada pelo pesquisador, direcionada a sujeitos com DMJ. A entrevista visou contemplar questões sobre o início da doença, a descoberta da doença pelos pacientes e familiares, atuação da fisioterapia na qualidade de vida dos sujeitos entrevistados e atuação de uma equipe multiprofissional no tratamento da doença. A entrevista, juntamente com os objetivos do trabalho, foram submetidos à apreciação de dois fisioterapeutas que fizeram as modificações necessárias. Com objetivo de testar a entrevista, realizou-se um roteiro piloto, o qual possibilitou a verificação da necessidade de adequações. Os entrevistados foram contatados por telefone e foi marcado um dia, horário e local para realização da entrevista. As entrevistas foram individuais e duraram entre dez e quarenta minutos sendo registradas por um gravador. Os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que lhes foi entregue antes de responderem às perguntas e iniciar as coletas.

Após a transcrição das entrevistas gravadas pelo entrevistador, os sujeitos entrevistados receberam a transcrição para aprovarem o conteúdo e fazerem as devidas modificações que achassem necessárias e, somente a partir dessa etapa, foi iniciada a análise do conteúdo dos depoimentos registrados.

As entrevistas foram submetidas à leitura preliminar para aumentar o contato da investigadora com o material coletado, em seguida procedeu-se a exploração propriamente dita do material, em que foram identificadas as ideias centrais das respostas. Além disso, buscou-se interpretar, após transcrever, os conteúdos explícitos nas falas e comparar os diferentes relatos dos entrevistados, elaborando uma síntese em torno das temáticas principais da entrevista, segundo os pressupostos preconizados pela análise de conteúdo de Bardin (1995), a partir da análise, interpretação e construção de categorias. Para a realização dessas etapas, foram selecionadas frases e palavras que representavam as experiências dos sujeitos participantes, bem como as recorrências encontradas nas falas. Essas unidades de contexto foram analisadas e agrupadas em categorias temáticas por meio das quais se classificou o material analisado (Minayo, 2010). Foram criadas categorias de análise que respondiam aos objetivos específicos do trabalho, e comparou-se as respostas dos entrevistados nas distintas categorias para o desenvolvimento do trabalho (Gaya, 2008). Foram criadas oito categorias sendo elas: Grau de parentesco; Idade de aparecimento da doença; Primeiros sintomas e limitações percebidos; Atuação de uma equipe multiprofissional; Início da fisioterapia; Atuação da fisioterapia; Realização das atividades de vida diárias (AVD's) e a relação com a fisioterapia; Relação da fisioterapia com a qualidade de vida. Após esse processo foi possível fazer inferências às informações colhidas e inter-relacioná-las com a revisão de literatura realizada (Minayo, 2010).

Para manter o anonimato dos participantes seus nomes foram substituídos por nomes de cidades portuguesas.

O presente trabalho foi realizado de acordo com os parâmetros éticos da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa só foi iniciada após a aprovação, do projeto de trabalho de conclusão de curso de fisioterapia, no Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Grau de parentesco

Três famílias norte-americanas com a DMJ foram estudadas, a Machado, a Thomas e a Joseph, que têm descendentes açorianos, podendo-se concluir assim,

que a doença se disseminou a partir da emigração dos açorianos (Coutinho, 1992). Pode-se perceber o relato, de um dos participantes, que vai ao encontro da informação citada.

“[...] o que tudo indica na pesquisa genealógica foi através de minha bisavó, tinha 15 anos e foi brincar nos fundos do jardim de um vizinho e gerou minha vó, e esse vizinho era de origem açoreana [...]” (Lisboa)

De um modo geral os entrevistados tinham no mínimo um familiar em cada geração que apresentava a doença, sempre constando um descendente como pai ou mãe, o que caracteriza a doença hereditária autossômica dominante. Alguns entrevistados desconheciam o diagnóstico de familiares, no entanto, esses apresentavam sintomas como desequilíbrio e disfagia. Sabe-se que a DMJ é uma doença hereditária, progressiva, categorizada como uma ataxia cerebelar autossômica dominante (Rotonos *et al.*, 2008).

“[...] meu pai tinha muito engasgo né, coisas que a gente tem né, e eu acho que foi dele [...]” (Coimbra)

“Meu pai, duas tias mais velhas que faleceram, [...] da minha tia mais velha que faleceu, ela teve 11 filhos, acho que tem 5 ou 6 que tem a doença” (Braga).

Idade de aparecimento da doença

A doença de Machado-Joseph possui elevada variabilidade fenotípica, pode ter início precoce em média aos 24,3 anos, ou com cerca de 40,5 anos que é o mais frequente, ou até mesmo em torno dos 46,8 anos (Coutinho, 1992). Essa ataxia está ligada a expansão de um trinucleotídeo CAG na região codificadora do gene da doença. Ocorre uma mutação instável, e a correlação entre o número de repetições do códon e a idade de início, propõe tendência ao fenômeno de antecipação da aparição da doença em gerações sucessivas (Oliveira, Viana, Labronici, 2011). O número de repetições de CAG é um fator de risco para o tempo de sobrevivência, sendo

que este, após o início dos sintomas é em média de 21,18 anos (Kieling *et al.*, 2007).

No transcorrer das entrevistas, pode-se perceber que quanto mais precoce o aparecimento dos sintomas da Doença de Machado-Joseph, mais acometido estava o indivíduo. Dentre os entrevistados, a aparição dos sintomas ficou em idades entre 30 e 52 anos. Este achado vai ao encontro de um estudo realizado por DeStefano *et al.* (1996) em que a idade de início do aparecimento da DMJ esteve entre dez e sessenta e dois anos com início em média de 37,9 anos. Para Kieling *et al.* (2007) a idade média de aparecimento dos sintomas foi 36,37 anos.

“Foi em 2004 que eu descobri [...] eu to com 53 anos [...]” (Porto)

“[...] meus 30 anos começou a aparecer os sintomas né, mas aos 35 que eu descobri que realmente eu tinha.” (Coimbra)

“[...] em 2003 eu fiz o exame, eu acho que tinha 42, é 40.” (Évora)

Primeiros sintomas e limitações percebidos

Segundo os sujeitos participantes do estudo, os sintomas e limitações provocados pela doença estão principalmente relacionados ao desequilíbrio, à diminuição de força, à visão dupla, dificuldade na fala e engasgos. Os entrevistados relataram a dificuldade para deambular como um dos primeiros sintomas percebidos, ressaltando a falta de equilíbrio e as quedas da própria altura. O equilíbrio e a marcha são os sintomas que aparecem de forma mais marcantes, além da redução da força e do condicionamento físico, posto que, em longo prazo, os sujeitos acometidos parecem sofrer atrofia muscular e tendência à fadiga (Martinelli *et al.*, 2005). Um dos entrevistados relatou que começou com a visão dupla e desequilíbrio para deambular.

“Muitos tombos, eu comecei a cair demais [...] quando eu tinha que apresentar algum trabalho eu me engasgava [...]” (Porto)

“Cambaleiar e falta de equilíbrio, caminhar em linha reta, eu não conseguia caminhar em linha reta [...] bêbado (risos), era exatamente como eu me sentia.” (Guimarães)

Juntamente com os sintomas, uma das limitações citadas pelos participantes está relacionada à dificuldade de continuar trabalhando, o que ocasionou a necessidade de solicitar a aposentadoria devido aos acometimentos da doença. A Doença de Machado-Joseph, por ser progressiva, afeta a funcionalidade dos pacientes gerando alterações na qualidade de vida e manifestação de sintomas de depressão (Silva, 2008).

“[...] as limitações foi a aposentadoria por causa da marcha, os alunos diziam que eu era a professora Santana (personagem de novela que era uma professora alcoólatra) que ia trabalhar bêbada.”
(Braga)

“As vezes meu passo não era firme, as pessoas achavam que eu tinha bebido [...] lutei com isso muito tempo, [...] não tenho porque ta dizendo pras pessoas né o porque, ai eu digo ah não, vou parar de trabalhar, dai fui fiz a perícia e em quase 1 ano depois eu consegui pela doença” (Évora).

Atuação de uma equipe multiprofissional

A atuação da fisioterapia sobre a marcha; sessões de terapia da fala e desenvolvimento de técnicas que facilitem a deglutição com a fonoaudiologia; a terapia ocupacional e psicologia têm importância para atenuar as consequências sociais e psicológicas da doença sobre indivíduos que tem DMJ (Rodrigues, 2012). Conforme os relatos dos sujeitos com DMJ, a atuação de uma equipe multiprofissional é importante, visto que os sintomas são diversos e envolvem diferentes áreas da saúde, o que os levam a manter um acompanhamento profissional com diferentes especialistas.

“[...] porque a gente tem problema de equilíbrio motor, tem problema de articulação nas juntas, tem problema de dicção, tem problema neurológico que comanda tudo isso, e até cardíaco” (Lisboa)

“[...] sim tanto como fisioterapeuta como fonoaudióloga, tudo é importante, assim eu vou retardar, juntos né, mas eu vou retardar junto a fala, os movimentos né.” (Guimarães).

A atuação de uma equipe multiprofissional é indispensável para um cuidado humanizado aos sujeitos enfermos, pois dessa forma é possível atentar-se a unicidade do indivíduo sem fragmentar a assistência e negligenciar a individualidade. Cada profissional necessita ampliar e aprofundar os saberes específicos de sua área sem esquecer o enfoque interdisciplinar e multidimensional. (Nascimento *et al.*, 2008)

Início da fisioterapia

Um programa de tratamento fisioterapêutico pode ser útil para ajudar a manter a função do indivíduo com doença cerebelar e tem o intuito de propiciar um maior grau de independência (Oliveira, Viana, Labronici, 2011). Conforme relatos dos entrevistados, logo que a doença foi diagnosticada eles já eram encaminhados para a fisioterapia, e sabiam que a doença não tinha cura, no entanto poderiam retardar a piora dos sintomas mantendo por mais tempo uma qualidade de vida que almejavam.

“Acho que 1 mês depois, foi bem rápido, porque o Clinicas manda né [...] eles já falam: olha tem fisioterapia, tem que fazer fisioterapia.” (Coimbra)

“Logo em seguida que descobri que tinha a doença comecei a fisioterapia [...] por terem me falado que essa doença eu podia retardar ela, retardar, não curar né, com a fisioterapia.” (Guimarães)

“Eu detectei em 2003 com diagnóstico e comecei a fazer em 2007, foi quando ela começou realmente a atacar [...]e a minha médica foi clara, se tu quiser uma sobrevivência, uma qualidade de vida, tu tens que assumir a doença, mas não tem nenhum remédio a tomar, só tem a fisioterapia.” (Évora)

Atuação da fisioterapia

Com relação à fisioterapia, os sujeitos com Doença de Machado-Joseph relataram achar relevante essa intervenção terapêutica, principalmente relacionada a melhora do equilíbrio e da força muscular. Um dos participantes relatou que sua maior dificuldade era a marcha, e que na sessão de fisioterapia caminhava em diferentes situações que o ajudavam muito, inclusive para o seu dia-a-dia. Este relato vem ao encontro do estudo de Oliveira e Freitas (2006) que realizaram treino de marcha em diferentes ambientes com pisos regulares e irregulares, rampas, escadas, obstáculos, zig-zag e circuitos, e obtiveram resultado positivo quanto ao equilíbrio.

“É bom pra mim, é ótimo, me deixa mais flexível, consigo me movimentar mais rápido [...] dentro do que aprendo eu passo pra minha vida, [...] procuro uma linha do chão pra caminhar, seguir aquela linha pra não mostrar que eu tenho muito desequilíbrio e não parecer que eu estou bêbada (risos).” (Porto)

“Boa, muito bom, é tão bom que até agora to andando ainda né, até agora normal né.” (Açores)

“Ah sem ela eu não taria caminhando porque essa doença não tem melhora né, ela para ou continua né, e no meu caso, ela tá andando a passos muito lentos.” (Évora).

O tratamento fisioterapêutico selecionado deve constar de tarefas funcionais associadas a exercícios de aumento de força muscular com adequação do tônus e estabilidade postural; exercícios proprioceptivos visando estabilidade proximal e distal; treino e reação de endireitamento em superfícies instáveis; treino de marcha em pisos irregulares e com obstáculos (Araújo *et al.*, 2010). É importante que sujeitos com DMJ realizem avaliações anuais de marcha e também sessões periódicas de fisioterapia para os membros superiores e inferiores. (Rodrigues, 2012)

Realização das atividades de vida diárias (AVD's) e a relação com a fisioterapia

Uma abordagem neurofuncional oferece uma maior independência ao paciente, mantendo ou melhorando sua capacidade para realização de AVD's, marcha, manutenção de equilíbrio e aumento da força muscular, com sensível melhora da qualidade de vida e minimizando, assim, o avanço da doença (Araújo *et al.*, 2010). De acordo com os indivíduos entrevistados, eles realizam as AVD's da maneira que conseguem, referiram ter perdido a agilidade, a destreza, o equilíbrio e que para vencer essas limitações optam por se adaptarem a novos métodos para conseguirem fazer o que faziam. Além disso, alguns sujeitos relataram que determinadas atividades não conseguem mais fazer e que é necessária ajuda de outras pessoas. Um dos indivíduos entrevistados relatou ter se adaptado a fazer as atividades, como varrer a casa, utilizando a bicicleta elétrica, referiu que não consegue bater palmas ritmadas tampouco escrever, faz tudo que consegue ao seu tempo.

“[...] mexer no computador, eu sinto problema quanto à digitação, [...] principalmente carregar alguma coisa com mais peso, não é que eu não tenha força para suspender, ela me tira do centro de gravidade [...] tem que buscar a melhor maneira pra fazer tudo [...], por exemplo tomar banho, ninguém usava banqueta de PVC e muita gente caía lá, eu uso dentro do box um mochinho de plástico.” (Lisboa)

“Ah é com pouca dificuldade, mas faço tudo, tem que ser tudo muito atento, [...] eu faço tudo, mas eu tenho que fazer tudo ao meu tempo, cada um tem o seu tempo, o meu é meio lento, mas eu faço tudo.” (Évora)

Quando questionados quanto à influência da fisioterapia na realização das AVD's, os indivíduos relataram ser essencial, visto que adquirem maior destreza, mobilidade e confiança para realizar as tarefas de casa que são necessárias, propicia uma maior funcionalidade e independência para eles. Além disso, um dos entrevistados referiu que a associação dos exercícios com movimentos oculares é essencial e ajuda muito na questão da visão e equilíbrio. Os relatos vêm ao encontro dos resultados mostrados em um estudo realizado por Oliveira, Viana e Labronici

(2011), em que foi utilizado um tratamento baseado em um protocolo, tendo como base duas pistas proprioceptivas e movimentos oculares, para sujeitos com DMJ, e obteve resultados positivos, pois a doença encontrava-se no estágio inicial e, no fim do tratamento, pode-se perceber melhora do equilíbrio e da independência funcional.

“Importantíssimo porque promove mais equilíbrio, mais destreza, melhora meu tato fino” (Lisboa)

“Muito boa, porque antigamente, quando não fazia fisioterapia, eu me sentia meio travado né, comecei a fazer fisioterapia e melhorei” (Açores)

“Me da mais mobilidade né, firmeza em fazer as coisas [...] e na fisioterapia tu já vai fazendo o trabalho de motricidade que me da muita confiança no que eu faço.” (Évora).

O estudo de Oliveira e Freitas (2006) propôs um tratamento para uma paciente com diagnóstico de ataxia espinocerebelar em que foi realizado um treino funcional com simulação de atividades diárias, treino de equilíbrio estático e dinâmico, transferências de posição, treino de marcha e movimentos finos. Ao final do estudo concluiu-se que a paciente obteve ganho de independência funcional com melhora do equilíbrio para realizar as atividades de vida diária.

Relação da fisioterapia com a qualidade de vida

A Organização Mundial de Saúde determinou quatro domínios considerados essenciais para que sejam abrangidos todos os aspectos que envolvem a qualidade de vida dos seres humanos para que ela possa ser avaliada, são eles: físico, psicológico, relação social e meio ambiente (Fleck *et al.*, 2000). Quando questionados quanto a percepção da qualidade de vida que tinham, os participantes da estudo relataram como boa, cada um expressou livremente como classificava sua qualidade de vida, sempre lembrando que antes de ter a doença era melhor, mas que apesar disso estão satisfeitos. Os aspectos citados relacionados à qualidade de vida foram condições financeiras, possibilidade de deambular, ter ajuda de familiares e ter um ambiente adaptado para suas necessidades. Um dos entrevistados relatou

que a sua qualidade de vida é boa, pois tem autonomia para realizar algumas tarefas, e as atividades que não consegue tem a ajuda do marido e das filhas, refere não estar feliz com a doença, mas já que a tem convive bem com ela.

“A minha qualidade de vida é muito boa [...] sou uma pessoa que eu me contento com o que eu tenho [...] porque eu vejo gente que tem o meu problema que tá em cadeira de rodas, eu to dirigindo, eu to passeando, eu vou visitar as minhas amigas, eu faço todo serviço da casa sabe?” (Porto)

“Acho que boa né, em vista de outros, porque minha casa é toda projetada pra minha doença né, [...] eu tenho nos banheiro, depois posso te mostrar, tenho as barras né, tudo tudo, o meu quarto foi todo projetado para cadeira de rodas” (Évora)

Com o intuito de manter a qualidade de vida de pessoas com Doença de Machado-Joseph a fisioterapia tem papel relevante dentre os profissionais das equipes de saúde envolvidos, além da importância da realização de avaliações anuais da fala, da marcha e da deglutição para melhorá-la (Rodrigues, 2012). Os sujeitos entrevistados relataram que a fisioterapia ajuda muito para manter uma qualidade de vida boa. Relatam, também, que a fisioterapia permite uma aproximação com outras pessoas com a mesma doença, que vivenciam a mesma situação, com um ambiente alegre, mantêm um convívio social e ensina muito quanto ao que pode ser melhorado e adaptado para a vida; auxilia com indicações de adaptações em seus domicílios, propiciando maior possibilidade de continuar realizando as AVD's e mantendo um bom equilíbrio.

“Eu, frequentando a fisioterapia, não tenho afastamento do grupo social, me envolvo com jovens, brinco alegre, brinco, dou piada, participo num grupo e elas estão me ajudando no mesmo tempo.” (Lisboa)

“Ela melhora tudo né, melhora agente a andar, a fazer os deveres, atividades de casa, acho que é isso (risos).” (Coimbra)

“O cara fica mais ágil, mais de bem com a vida, e por quê? Porque a companhia das pessoas que tão junto com a gente melhora também né, o apoio que eles dão pra gente também.” (Açores)

“Claro, porque sem ela, como eu te disse, ela me da confiança, firmeza no que eu vou fazer né, e sem ela, eu já sei que meu estado seria horrível né, eu estaria direto na cadeira de rodas.” (Évora)

Os participantes, além de relatarem que a fisioterapia contribui positivamente na qualidade de vida deles, referem, quando questionados quanto à relação com o fisioterapeuta, que este vínculo é muito importante, que normalmente estabelecem uma relação de amizade.

“Ai, eu acho que amizade [...] é tão importante ter afinidades, gostar da pessoa, porque tu faz com prazer, tudo que ela pede pra mim eu faço com maior prazer porque eu gosto da companhia dela, porque a gente ri, a gente brinca, a gente conversa as coisas dentro da fisioterapia mesmo.” (Porto)

“É amizade, a segurança [...] são bem legais, eles se preocupam com a gente, gosto muito.” (Coimbra)

“A confiança, eu considero mais importante a confiança.” (Braga)

“O laço de amizade que se torna com ela que é bom né, a gente cria um laço de amizade importante pra gente né.” (Açores)

No decorrer das entrevistas, foi detectado que apenas um dos sujeitos não realizava fisioterapia, parou de fazer por adversidades de locomoção até o local de atendimento e não voltou mais. Esse entrevistado foi o único que relatou que tem uma qualidade de vida ruim e que acredita que a fisioterapia não o beneficiou neste sentido. Além disso, era a pessoa que apresentava os sintomas mais graves, com dificuldade de dicção, dependente da cadeira de rodas, e apresentava tônus elevado tanto em membros superiores quanto inferiores, sendo muito dependente para realização das suas atividades diárias.

4 CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu verificar que os sujeitos com Doença de Machado-Joseph consideram importante a atuação da fisioterapia na busca de uma qualidade de vida mais positiva, principalmente pela melhora do equilíbrio para deambular e maior independência nas AVD's. Além disso, a convivência com outras pessoas e o bom relacionamento com o fisioterapeuta mostra-se primordial para manter um convívio social.

A partir do relato dos participantes com a Doença de Machado-Joseph foi possível entender quais são as maiores necessidades desse grupo e o que consideram mais relevante, quanto ao tratamento fisioterapêutico, para manter uma boa qualidade de vida.

A carência de estudos, e restrito subsídio na literatura científica, relacionado à Doença de Machado-Joseph, dificultou a discussão dos resultados. Sugere-se novas pesquisas com esta temática e metodologia similar sejam realizadas, pois mostra-se essencial identificar quais são as maiores necessidades dos indivíduos com DMJ quanto à atuação da fisioterapia. Os resultados permitirão implementar recursos que atendam as necessidades desses sujeitos durante os atendimentos fisioterapêuticos.

A contribuição da pesquisa direcionou-se a investigar a eficiência do tratamento fisioterapêutico para essas pessoas e, dessa maneira, divulgar esse tratamento para que ele possa ser uma alternativa para melhora da qualidade de vida da população com Doença de Machado-Joseph.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M.J.L.; *et al.* A Atuação da Fisioterapia Neurofuncional na Doença de José-Machado: Relato de Caso. **NEUROBIOLOGIA**, v. 73, n.1, p. 75-83, jan./mar., 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 1995

COUTINHO, P. **Doença de Machado-Joseph: Tentativa de definição**. 1992. Dissertação (Doutorado) - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.1992.

DESTEFANO, A. L. *et al.* A familial factor independent of CAG repeat length influences age at onset of Machado-Joseph disease. **American journal of human genetics**, v. 59, n. 1, p. 119, 1996.

FLECK, M. P. A. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista Saúde Pública [online]**, v.34, n.2, p. 178-183, 2000.

GAYA, A. **Ciência do Movimento Humano: Introdução à Metodologia da Pesquisa**. Porto Alegre: Ed. Artmed., 2008.

KIELING, C. *et al.* Survival estimates for patients with Machado–Joseph disease (SCA3). **Clinicalgenetics**, v. 72, n. 6, p. 543-545, 2007.

KLUTHCOVSKY A. C. G. C.; TAKAYANAGUI A. M. M. Qualidade de vida – Aspectos conceituais. **Revista Salus** (Guarapuava-PR),v. 1, n.1, p. 13-15, jan./jun. 2007.

LIMA, M.; BETTENCOURT, C. Doença de Machado-Joseph na Ilha das Flores: Atualização de dados epidemiológicos. In: XIII expedição científica do Departamento de Biologia" / Universidade dos Açores. - Ponta Delgada : Universidade dos Açores, p. 33-34, 2008.

MARTINELLI, B. *et al.* Doença de José-Machado e Fisioterapia: Estudo de Caso. **Fisioterapia em Movimento** (Curitiba), v. 18, n. 4, p. 69-75, 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2010.

NASCIMENTO, K.C. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Revistada Escola de Enfermagem USP**, v. 42, n. 4, p 643-648, 2008.

OLIVEIRA, A.P.R; FREITAS, A.M. Efeitos da intervenção fisioterapêutica nas habilidades funcionais e no equilíbrio de uma paciente com ataxia espinocerebelar: estudo de caso. **Revista Fisioterapia e Pesquisa**, v. 13, n. 3, p. 53-59, 2006.

OLIVEIRA, A.C.A.M; VIANA, A.C.B; LABRONICI, R.H.D.D. Utilização de Pistas Proprioceptivas e Movimentos Oculares na Doença de Machado Joseph: estudo de caso. **Revista Neurociências**,2011; in press.

RODRIGUES, J.C.R. **Doença de Machado-Joseph: da teoria à prática clínica - A propósito de um caso clínico**.2012.Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciência da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã (Portugal). 2012.

ROTNES, W. G. V. *et al.* Utilização dos movimentos oculares no tratamento da ataxia cerebelar na doença de Machado-Joseph. **Revista Neurociências**, v. 16, p. 53-61, 2008.

SCHÖLS, L *et al.* Autosomal dominant cerebellar ataxias: clinical features, genetics, and pathogenesis. **The Lancet Neurology**, v. 3, n. 5, p. 291-304, 2004.

SILVA, R.C.R. **Avaliação do Efeito da Terapia Ocupacional no Perfil Funcional de Pacientes com Diagnóstico de Doença de Machado-Joseph.** 2008. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2008.

Anexo 1

Normas da Revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação

PROJETO E POLÍTICA EDITORIAL

INTERFACE — Comunicação, Saúde, Educação publica artigos analíticos e/ou ensaísticos, resenhas críticas e notas de pesquisa (textos inéditos); edita debates e entrevistas; e veicula resumos de dissertações e teses e notas sobre eventos e assuntos de interesse. Os editores reservam-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, mantendo estilo e conteúdo.

A submissão de manuscritos é feita apenas online, pelo sistema Scholar OneManuscripts.

Toda submissão de manuscrito à Interface está condicionada ao atendimento às normas descritas abaixo.

FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

SEÇÕES

Dossiê — textos ensaísticos ou analíticos temáticos, a convite dos editores, resultantes de estudos e pesquisas originais (até seis mil palavras).

Artigos — textos analíticos ou de revisão resultantes de pesquisas originais teóricas ou de campo referentes a temas de interesse para a revista (até seis mil palavras).

Debates — conjunto de textos sobre temas atuais e/ou polêmicos propostos pelos editores ou por colaboradores e debatidos por especialistas, que expõem seus pontos de vista, cabendo aos editores a edição final dos textos. (Texto de abertura: até seis mil palavras; textos dos debatedores: até mil palavras; réplica: até mil palavras.).

Espaço aberto — notas preliminares de pesquisa, textos que problematizam temas polêmicos e/ou atuais, relatos de experiência ou informações relevantes veiculadas em meio eletrônico (até cinco mil palavras).

Entrevistas — depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista (até seis mil palavras).

Livros — publicações lançadas no Brasil ou exterior, sob a forma de resenhas críticas, comentários, ou colagem organizada com fragmentos do livro (até três mil palavras).

Teses — descrição sucinta de dissertações de mestrado, teses de doutorado e/ou de livre-docência; título, palavras-chave e resumo (até quinhentas palavras) em português, inglês e espanhol. Informar o endereço de acesso ao texto completo, se disponível na internet.

Criação — textos de reflexão com maior liberdade formal, com ênfase em linguagem iconográfica, poética, literária etc.

Notas breves — notas sobre eventos, acontecimentos, projetos inovadores (até duas mil palavras).

Cartas — comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores (até mil palavras).

Observação: na contagem de palavras do texto, excluem-se título, resumo e palavras-chave.

SUBMISSÃO DE ORIGINALS

Interface - Comunicação, Saúde, Educação aceita colaborações em português, espanhol e inglês para todas as seções. Apenas trabalhos inéditos serão submetidos à avaliação. Não serão aceitas para submissão traduções de textos publicados em outra língua.

Nota: para submeter originais é necessário estar cadastrado no sistema. Acesse o link <http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo> e siga as instruções da tela. Uma vez cadastrado e logado, clique em “Author Center” e inicie o processo de submissão.

Os originais devem ser digitados em Word ou RTF, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista. Todos os originais submetidos à publicação devem dispor de resumo e palavras-chave alusivas à temática (com exceção das seções Livros, Criação, Notas breves e Cartas).

As informações sobre a folha de rosto foram excluídas porque estão todas explicitadas no sistema, devendo ser atendidas obrigatoriamente pelo autor, ao submeter o manuscrito. O não atendimento impede o autor de continuar a submissão.

Da primeira página devem constar (em português, espanhol e inglês): título (até 25 palavras), resumo (até 140 palavras) e no máximo cinco palavras-chave.

Observação: na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave.

Notas de rodapé - numeradas, sucintas, usadas somente quando necessário.

Citações - referências no texto devem subordinar-se à forma -Autor, ano, página, em caixa baixa (apenas a primeira letra do sobrenome do autor em caixa alta) conforme o exemplo: "...e criar as condições para a construção de conhecimentos de forma colaborativa (Kenski, 2001, p. 31).

Casos específicos:

a. Citações literais de até três linhas: entre aspas, sem destaque em itálico e, em seguida, entre parênteses (Sobrenome do autor, data, p.xx, sem espaço entre o ponto e o número). Ponto final depois dos parênteses.

b. Citações literais de mais de três linhas: em parágrafo destacado do texto (um enter antes e um depois), com 4 cm de recuo à esquerda, em espaço simples, fonte menor que a utilizada no texto, sem aspas, sem itálico, terminando na margem direita do texto. Em seguida, entre parênteses: (Sobrenome do autor, data, página).

Observação: em citações, os parênteses só aparecem para indicar a autoria. Para indicar fragmento de citação utilizar colchete: [...] encontramos algumas falhas no sistema [...] quando relemos o manuscrito, mas nada podia ser feito [...]. (Fulano, Sicrano, 2008, p.56).

c. Vários autores citados em sequência: do mais recente para o mais antigo, separados por ponto e vírgula: (Pedra, 1997; Torres, 1995; Saviani, 1994).

d. Textos com dois autores: Almeida e Binder, 2004 (no corpo do texto); Almeida, Binder, 2004 (dentro dos parênteses).

e. Textos com três autores: Levanthal, Singer e Jones (no corpo do texto); Levanthal, Singer, Jones (dentro dos parênteses).

f. Textos com mais de três autores: Guérin et al., 2004 (dentro e fora dos parênteses).

g. Documentos do mesmo autor publicados no mesmo ano: acrescentar letras minúsculas, em ordem alfabética, após a data e sem espaçamento (Campos, 1987a, 1987b).

REFERÊNCIAS

Todos os autores citados no texto devem constar das referências listadas ao final do manuscrito, em ordem alfabética, seguindo normas adaptadas da ABNT (NBR 6023/2002).

Exemplos:

LIVROS: FREIRE, P. **Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros escritos**. São Paulo: Ed. Unesp, 2000.

* Título sempre destacado em negrito; sub-título, não.

**Sem indicação do número de páginas.

***A segunda e demais referências de um mesmo autor (ou autores) devem ser substituídas por um traço sublinear (seis espaços) e ponto, sempre da mais recente para a mais antiga. Se mudar de página, é preciso repetir o nome do autor. Se for o mesmo autor, mas com colaboradores, não vale o travessão. Ex: Freire, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 27.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003. (Coleção Leitura).

_____. **Extensão ou comunicação?** 10.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

**** Dois ou três autores, separar com ponto e vírgula; mais de três autores, indicar o primeiro autor, acrescentando-se a expressão et al. Ex.:

CUNHA, M.I.; LEITE, D.B.C. **Decisões pedagógicas e estruturas de poder na Universidade**. Campinas: Papirus, 1996. (Magistério: Formação e Trabalho Pedagógico).

FREIRE, M. et al. (Orgs.). **Avaliação e planejamento: a prática educativa em questão**. Instrumentos metodológicos II. São Paulo: Espaço Pedagógico, 1997. (Seminários)

CAPÍTULOS DE LIVRO: QUÉAU, P. O tempo do virtual. In: PARENTE, A. (Org.). **Imagem máquina: a era das tecnologias do virtual**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1996. p.91-9.

* Apenas o título do livro é destacado, em negrito.

**Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do capítulo citado.

Regras específicas

1. Autor do livro igual ao autor do capítulo: HARTZ, Z.M.A. Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde. In: _____ (Org.). **Avaliação**

em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p.19-28.

2. Autor do livro diferente do autor do capítulo: VALLA, V.V.; GUIMARÃES, M.B.; LACERDA, A. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2004. p.103-18.

3. Autor é uma entidade: BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros curriculares nacionais: meio ambiente e saúde. 3.ed. Brasília: SEF, 2001.

4. Séries e coleções: MIGLIORI, R. Paradigmas e educação. São Paulo: Aquariana, 1993. (Visão do futuro, v.1).

ARTIGOS EM PERIÓDICOS: FERNANDEZ, J. C. A.; WESTPHAL, M. F. O lugar dos sujeitos e a questão da hipossuficiência na promoção da saúde. *Interface (Botucatu)*, v. 16, n. 42, p.595-608, jul./set. 2012.

As mudanças foram por conta das orientações do IBICT em relação ao nome da revista e a sua citação.

*Apenas o título do periódico é destacado, em negrito.

**Obrigatório indicar, após o volume e o número, as páginas em que o artigo foi publicado.

TESES E DISSERTAÇÕES: IYDA, M. Mudanças nas relações de produção e migração: o caso de Botucatu e São Manuel. 1979. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1979.

RESUMOS EM ANAIS DE EVENTOS: PAIM, J.S. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 33., 1995, São Paulo. Anais... São Paulo, 1995. p.5.

*Apenas a palavra Anais é destacada, em negrito.

**Quando o trabalho for consultado on-line, mencionar o endereço eletrônico: Disponível em:<...>. Acesso em (dia, mês, ano).

***Quando o trabalho for consultado em material impresso, colocar página inicial e final.

DOCUMENTOS ELETRÔNICOS: Wagner, C.D.; Persson, P.B. Chaos in cardiovascular system: anupdate. *Cardiovasc. Res.*, v.40, p.257-64, 1998. Disponível em: <<http://www.probe.br/science.html>>. Acesso em: 20 jun. 1999.

* Apenas o título do periódico é destacado, em negrito.

**Os autores devem verificar se os endereços eletrônicos (URL) citados no texto ainda estão ativos.

Nota: se a referência incluir o DOI, este deve ser mantido. Só neste caso (quando a citação for tirada do SciELO, sempre vem o Doi junto; em outros casos, nem sempre).

ILUSTRAÇÕES: Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 200 dpi, tamanho máximo 16 x 20 cm, em tons de cinza, com legenda e fonte arial9. Tabelas e gráficos torre podem ser produzidos em Word ou Excel. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de imagem (photoshop ou coreldraw).

As submissões devem ser realizadas on-line no endereço: <http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>

ANÁLISE E APROVAÇÃO DOS ORIGINAIS

Todo texto enviado para publicação será submetido a uma pré-avaliação inicial, pelo Corpo Editorial. Uma vez aprovado, será encaminhado à revisão por pares (no mínimo dois relatores). O material será devolvido ao (s) autor (es) caso os relatores sugiram mudanças e/ou correções. Em caso de divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro relator, para arbitragem. A decisão final sobre o mérito do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial (editores e editores associados).

Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Corpo Editorial da revista.

Todo o conteúdo do trabalho aceito para publicação, exceto quando identificado, está licenciado sobre uma licença CreativeCommons, tipo DY-NC. É permitida a reprodução parcial e/ou total do texto apenas para uso não comercial, desde que citada a fonte. Mais detalhes, consultar o link:<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>