



<http://ensaios.usf.edu.br/>

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM DOENÇA DE
PARKINSON EM BRAGANÇA PAULISTA**
*EVALUATION OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH PARKINSON'S DISEASE
IN BRAGANÇA PAULISTA*

ANDRADE, Ariel Vinícius de¹; PEREIRA, Graziela da Rosa¹; SOUSA, Grazielle
Aurelina Fraga de³; NONOSE, Gianna Carla Cannonieri³

¹Acadêmicos Curso de Fisioterapia da Universidade São Francisco; ²Docentes do
Curso de Fisioterapia da Universidade São Francisco – USF

arielvinicius90@gmail.com

RESUMO. O presente estudo objetiva identificar os pacientes portadores de Doença de Parkinson (DP) residentes no Município de Bragança Paulista e avaliar a percepção de qualidade de vida desses indivíduos. Métodos: Foram selecionados indivíduos, com diagnóstico clínico de Doença de Parkinson, realizando ou não reabilitação fisioterapêutica e que não apresentassem patologias ortopédicas ou respiratórias graves. Foram utilizadas a escala de Hoehn & Yahr (modificada), e o questionário PDQ-39. Resultados: Participaram deste estudo 21 indivíduos com idade média de $67,2 \pm 9,74$ anos. O tempo de evolução da doença variou entre 1 a 20 anos, com média de $5,62 \pm 4,94$. Dentre os indivíduos analisados, a maior parte apresentam-se no estágio 2 (23,8%) da escala de Hoen e Yahr (Modificada), com média de $2,67 \pm 1,24$. Observou-se correlação entre gravidade da doença e escore total do questionário PDQ-39 ($p=0,047$). A correlação mostrou-se alta entre os seguintes domínios do questionário PDQ-39 e seu escore total, "Mobilidade" ($p=0,001$) e "Bem Estar Emocional" ($p=0,001$). Conclusão: O presente estudo pode verificar que os domínios "Mobilidade" e "Bem Estar Emocional", apresentam alta correlação com escore total do questionário PDQ-39, tais domínios interferem de forma significativa na percepção da qualidade de vida dos indivíduos com DP.

Palavras-Chave: Doença de Parkinson, Qualidade de Vida, PDQ-39, Fisioterapia.

ABSTRACT. The present study aims to identify patients with Parkinson's disease (PD) living in the city of Bragança Paulista and evaluate a perception of people's quality of life. METHODS: Participated in the study subjects with clinical diagnosis of Parkinson's disease, realizing or not we performed physical therapy rehabilitation and not presenting severe orthopedic or respiratory conditions were present. The scales were used is a Hoehn & Yahr (modified), and the PDQ-39 questionnaire. Results: 21 patients with a mean of 67.2 ± 9.74 years participated in this study. The disease duration varied from 1 to 20 years, with an average of 5.62 ± 4.94 . Among the results analyzed, a greater part, presented themselves on the stage 2 (23.8%) of the Hoen and Yahr (Modified) scale, with an average of 2.67 ± 1.24 . There was a correlation between disease severity and total score of the PDQ-39 questionnaire ($p = 0.047$). Correlation was high between the following PDQ-39 domains and their total score, "Mobility" ($p = 0.001$) and "Emotional Well-Being" ($p = 0.001$). Conclusion: The present study can verify that the domains "Mobility" and "Emotional well-being", present high correlation with total score of the questionnaire PDQ-39, such domains interfere in a significant way in the perception of the quality of life of individuals with PD.

Key words: Parkinson's disease, Quality of Life, PDQ-39, Physiotherapy.

INTRODUÇÃO

A Doença de Parkinson (DP) é a segunda doença neurodegenerativa mais comum, ficando atrás apenas da Doença de Alzheimer (DA) (HAUSER, 2015), e é definida como uma doença de processo neurodegenerativa que acomete neurônios dopaminérgicos situados na substância negra do mesencéfalo. Acomete indivíduos acima de 65 anos na proporção de 1 a cada 100 habitantes (CAMARGOS, 2004).

A etiologia idiopática é a forma mais comum de DP, correspondendo a cerca de 80% dos casos. Os 20% restantes são conhecidos como parkinsonismo secundário, causado por danos aos gânglios basais em consequência de fármacos, toxicidade, encefalite, doença vascular, tumor, causas metabólicas e outras perturbações degenerativas (BURKE, 2015; SOUZA; NETO, 2013).

As manifestações clínicas se fazem através de quatro sinais principais da doença: bradicinesia, tremor em repouso, rigidez e instabilidade postural (CAMARGOS, 2004; BURKE, 2015). Outras características são a presença de alteração da postura e o congelamento da marcha. Os sintomas se iniciam com frequência unilateralmente, mas tornam-se bilaterais com evolução da doença. A doença pode permanecer confinada a um lado, mas piora continuamente por vários anos antes que o outro lado seja envolvido (ROWLAND; PEDLEY, 2010).

As manifestações acabam, com o passar do tempo, se tornando-se cada vez mais limitantes para a realização das atividades de vida diária, podendo ainda, se somar a outros fatores que podem diminuir ainda mais a independência do indivíduo como: dificuldade na fala, distúrbios autonômicos, alterações sensoriais, transtornos do humor, disfunção do sono, comprometimento cognitivo e demência¹. São decorrentes das manifestações clínicas e dependência causada, gerando assim comprometimento físico, mental, emocional, social e econômico (SILVA *et al.*, 2013).

O diagnóstico da DP ocorre através de características clínicas dos pacientes, com início insidioso, assimétrico, agravamento lento dos sintomas e a ausência de outros achados na história, ao exame ou aos testes laboratoriais indicando alguma outra causa de parkinsonismo (SOUZA; NETO; CENDES, 2013). A presença de tremor em repouso e a resposta ao uso da levodopa, principal fármaco utilizado na DP, apoiam fortemente o diagnóstico (SOUZA; NETO; CENDES, 2013; ROWLAND; PADLEY, 2010).

Não há cura para a DP, as intervenções tem como objetivo à desaceleração da progressão da doença, à prevenção de danos indiretos e ao controle de sintomas. A gentes dopaminérgicos são a base do tratamento das características mais importantes da DP (BURKE, 2015; TOY; SIMPSON; TINTNER, 2014). A eficácia do levodopa pode começar a diminuir em apenas dois anos do início do tratamento, além disso, o uso prolongado de levodopa pode levar a reações adversas a fármacos como aumento da frequência de movimentos anormais e involuntários dos membros e músculos orofaciais (discinesias) (BURKE, 2015).

O conceito de qualidade de vida é bastante complexo e, em geral, saúde é aceita como parte essencial da qualidade de vida que engloba um conceito multidimensional que reflete a avaliação subjetiva de satisfação pessoal em relação ao bem-estar físico, funcional, emocional e social.

Alguns estudos mostraram que a qualidade de vida dos pacientes tendem a piorar conforme a evolução e gravidade da doença, dentre os domínios que se encontram comumente com maior comprometimento e que influenciam diretamente na qualidade de vida dos indivíduos, estão a mobilidade, bem estar emocional e as atividades de vida diária (SILVA; FILHO; FAGANELLO, 2011; LANA *et al.*, 2007; SANCHES; CARDOSO, 2012; MELLO; BOTELHO, 2010). A fisioterapia adquire um importante papel na reabilitação dos pacientes com DP (PETERNELLA; MARCON, 2012), tendo como propósito melhorar e

manter a facilidade e segurança das AVDs e prevenir complicações secundárias, sendo empregada como tratamento adjunto aos medicamentos ou a cirurgia utilizada (SANTOS *et al.*, 2010).

No tratamento fisioterapêutico se faz necessário o uso de escalas de avaliação, que permite a tomada de decisão clínica compatível com as necessidades do indivíduo (BORGES; MENDES; LEMOS, 2014). As escalas avaliam desde a condição clínica geral, incapacidades, função motora e mental (CAMARGOS, 2004). Tais instrumentos tornam-se importantes para avaliar tanto a terapêutica aplicada, quanto a qualidade de vida do indivíduo (SCHRAG *et al.*, 2000). Dentre as várias escalas utilizadas em indivíduos com DP, as principais são:

A *Escala unificada de avaliação da doença de Parkinson (UPDRS)* (MELLO; BOTELHO, 2010; SANTOS *et al.*, 2010), O *Questionário de qualidade de vida da doença de Parkinson (PSN)* (CHAVES; MITRE; LIBERATO, 2010). O *Parkinson Disease Questionary – PDQ-39* (SANTOS *et al.*, 2010). A *Escala de Estadiamento de Hoen e Yahr (HY-Degree of Disability Scale)* (SOUZA; NETO; CENDES, 2013).

O presente estudo Identificou os pacientes portadores de Doença de Parkinson residentes no Município de Bragança Paulista e avaliou a percepção de qualidade de vida desses indivíduos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo analítico observacional transversal, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade São Francisco com o parecer de nº 1.915.453, no qual foram selecionados indivíduos com diagnóstico clínico de Doença de Parkinson Idiopática, juntamente com a Clínica de Fisioterapia da Universidade São Francisco de Bragança Paulista, e busca ativa dos indivíduos juntamente com as UBS e ESF de Bragança Paulista.

A princípio, foram contatados todas as UBS e ESF do município, e aquelas que apresentavam pacientes com DP, foram visitadas. Os pacientes que foram identificados juntamente as UBS e ESF dos bairros. Foram contatados através de telefonema, e após o consentimento do indivíduo e/ou do cuidador em participar do estudo, foram marcados as datas e horários de visita na residência do participante para realizar o estudo. Apenas os pacientes, que já eram atendidos na Clínica de Fisioterapia da Universidade São Francisco, foram avaliados na mesma, após contatados para participar do mesmo, e realizado avaliação após a sessão de fisioterapia.

Foram incluídos no estudo, os indivíduos que tivessem como diagnóstico clínico, através de um médico neurologista, a Doença de Parkinson Idiopática, que estivessem entre os estágios 1 e 5 da Escala de Incapacidade de Hoen & Yahr (Modificada) e anuência do paciente ou familiar responsável por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram excluídos do estudo, indivíduos com patologias ortopédicas ou respiratórias graves, associadas à Doença de Parkinson, que poderiam influenciar no desempenho motor ou qualidade de vida desses pacientes, ou ainda que não quisessem participar da pesquisa.

Foram utilizados, como instrumentos, a Ficha de Avaliação do Paciente, questionário próprio do estudo, com questões elementares dos pacientes como: nome, idade, sexo, início dos sintomas, queixa principal, medicação, se realiza fisioterapia e questões funcionais.

Foram utilizados ainda, a Escala de Incapacidade de Hoen & Yahr (Modificada), para avaliar a incapacidade dos indivíduos com DP, indicando o estado geral dos mesmos, classificando-os nos estágios leve (1 a 2,5), moderada (3) e grave (4 a 5).

A qualidade de vida foi avaliada segundo o questionário Parkinson Disease Questionnaire-39 (PDQ-39), compreendendo 39 questões que medem oito dimensões da saúde na DP: mobilidade, atividades da vida diária, bem estar emocional, estigma, suporte social, cognição, comunicação, desconforto corporal. A pontuação de cada item varia de zero

a quatro pontos, e sua pontuação total de zero a cem pontos, em que menor escore reflete na maior qualidade de vida.

Os dados obtidos foram organizados em planilha do Microsoft Excel 2010. Para realizar a análise estatística foi utilizado o programa IBM SPSS Statistics. As variáveis foram correlacionadas através do Coeficiente de Spearman e a magnitude das correlações classificadas segundo Munro⁸ (baixa de $r=0,26 - 0,49$, moderada de $r=0,50 - 0,69$, alta de $r=0,70 - 0,89$ e muito alta de $r=0,90 - 1,00$). Foi adotado nível de significância foi de $p < 0,05$.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

São 28 UBS e ESF do Município de Bragança Paulista, destas, foram visitadas 24 unidades, identificados 38 indivíduos com DP. Destes, 21 indivíduos preencheram os critérios de inclusão do estudo, 5 pacientes não quiseram participar do estudo, 10 pacientes não foi possível contatar, 1 paciente veio à óbito 2 dias antes do contato e 1 paciente apresentava problemas ortopédicos que interferia na QV. Os participantes do estudo apresentaram idade média de $67,2 \pm 9,74$ anos, variando entre 50 a 82 anos, com 38,09% da amostra entre 60 a 69 anos. Destes, 52,30% ($n=11$) são do gênero masculino e 47,60% ($n=10$) são do gênero feminino. A distribuição segundo a faixa etária encontra-se na Figura 1.

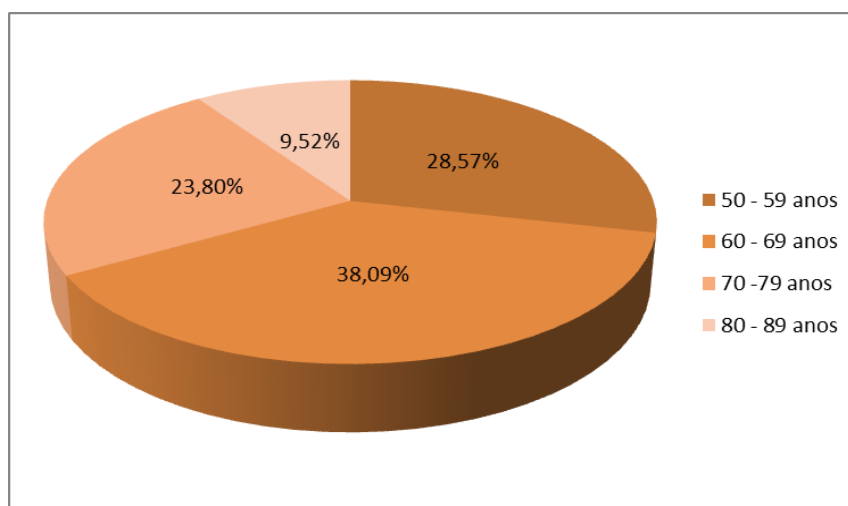


Figura 1- Distribuição por faixa etária.

O presente estudo teve como objetivo principal identificar os indivíduos com DP junto as UBS, ESF e a Clínica Escola da Universidade São Francisco de Bragança Paulista, residentes no município de Bragança Paulista, mensurando desta forma, a percepção da qualidade de vida dos mesmos. Observou-se que, os participantes do estudo, houve uma leve discrepância entre os gêneros, mas corroborando com outros estudos que apresentam um maior número de indivíduos do gênero masculino com a DP (CAMARGOS, 2004; LANA *et al.*, 2007; SANCHES; CARDOSO, 2012; PETERNELLA; MARCON, 2012; CHAVES; MITRE; LIBERATO, 2010; PAULA *et al.*, 2011).

Outra variável que acaba corroborando a literatura é a faixa etária de maior acometimento da doença. No presente estudo a maioria dos indivíduos com DP se encontraram entre a faixa etária de 60 a 69 anos. Em estudos nacionais observa-se resultados semelhantes, validando os dados obtidos no presente estudo. Em um estudo realizado em Minas Gerais, em Belo Horizonte, obteve média de idade de 60,4 anos (PAULA *at al.*, 2011). Em outro estudo realizado em São Paulo, no qual participaram 56 indivíduos a média de idade foi de 62,7 anos (SILVA *et al.*, 2013).

Tais resultados são obtidos também em estudos internacionais com resultado semelhante como o encontrado no estudo realizado na Espanha, no qual a média de idade foi de 66,5 anos (BERGANZO *et al.*, 2016).

O tempo de evolução da doença variou entre 1 a 20 anos (Figura 2), sendo que a maioria (71,42%) apresentou a evolução da doença entre 1 a 5 anos, com média de $5,62 \pm 4,94$ anos.

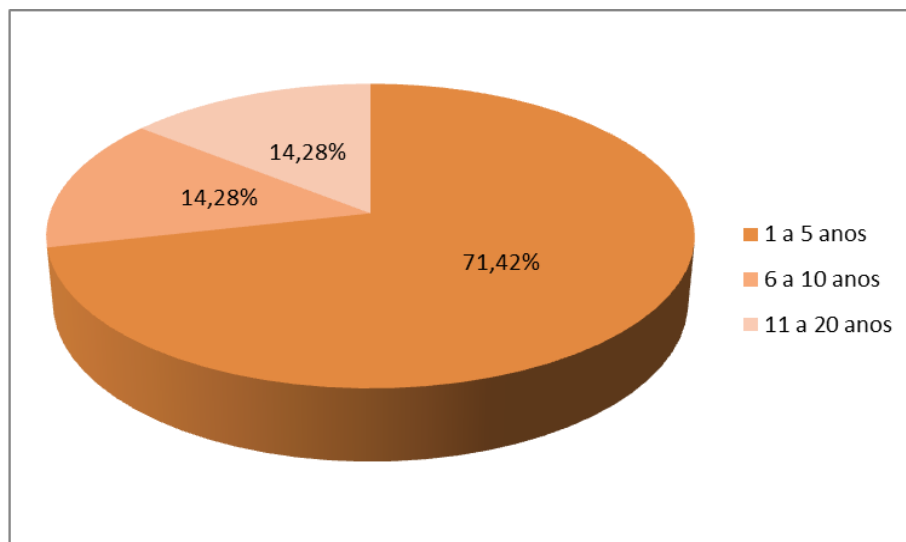


Figura 2- Distribuição por evolução da doença.

O tempo de evolução da doença variou entre 1 a 20 anos, com maior quantidade de indivíduos entre 1 a 5 anos. Encontra-se na literatura estudos que obtiveram a variação da doença entre 1 a 39 anos e a média entre 6,5 e 7,5 (SILVA *et al.*, 2013; SILVA; FILHO; FAGANELLO, 2011).

No presente estudo não houve correlação entre o tempo de evolução da doença e o escore total do questionário PDQ-39, resultado parecido ao estudo de Schrag *et al.* (2000), ao compararem o tempo de evolução da doença e o escore total do questionário PDQ-39 e ao estudo de Peternella e Marcon (2012), não obtendo correlação (PETERNELLA; MARCON, 2012; SCHRAG *et al.*, 2000).

Dentre os indivíduos analisados, 66,66% (n=14) encontravam-se no estágio leve (1 a 2,5) da escala de Hoen e Yahr Modificada, 9,52% (n=2) no estágio moderado (3) e 23,80% (n=5) no estágio grave (4 a 5) (Figura 3), com média de $2,67 \pm 1,24$.

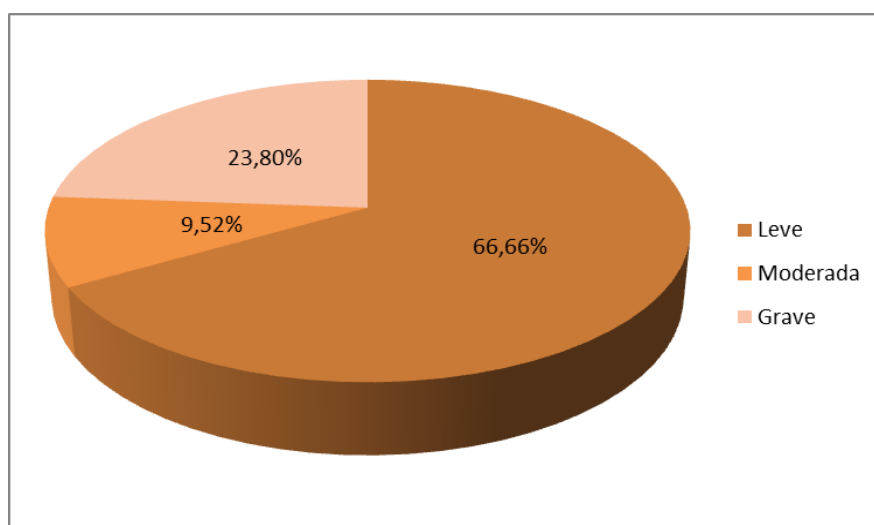


Figura 3- Distribuição segundo escala de H & Y.

A avaliação da incapacidade dos indivíduos foi realizada através da Escala de Estadiamento de Hoen & Yahr (Modificada), instrumento este que permite ao terapeuta conhecer o estágio da doença em que o indivíduo se encontra e ter um breve resumo de seus sinais e sintomas (MELLO; BOTELHO, 2010). A maior parte dos participantes do estudo encontram-se no estadiamento leve da doença. Resultados semelhantes obtiveram os estudos nacionais e estudos internacionais (SILVA; FILHO, FAGANELLO, 2011; AZMIN *et al.* 2014; YU; TAN; WU, 2015; KWON *et al.*, 2013).

Podemos observar que o presente estudo apresenta, sendo confirmado pela literatura, o estadiamento leve como o mais encontrado. O que diferencia o atual estudo dos demais citados é o método de coleta de dados, já que foi realizada uma busca ativa da maior parte destes pacientes, indo até as casas dos mesmos. Os estudos localizados, que avaliaram a QV na DP (SILVA *et al.*, 2013; SILVA; FILHO; FAGANELLO, 2011; LANA *et al.*, 2007; PETERNELLA; MARCON, 2012; CHAVES; MITRE; LIBERATO, 2010; BERGANZO *et al.*, 2016; SCHRAG *et al.*, 2000; SOUZA *et al.*, 2007; FILLIPIN; COSTA; MATIOLLI, 2010) recrutaram seus participantes em ambulatórios médicos ou clínicos de reabilitação, podendo desta forma não abranger toda a população com DP, afinal, quanto maior o estadiamento, mais difícil a locomoção do paciente até o local de atendimento.

No presente estudo, houve correlação entre o grau de incapacidade da doença e o escore total do questionário PDQ-39, corroborando com os resultados obtidos no estudo de Carod-Artal, Vargas e Martinez (CAROD-ARTAL; VARGAS; MARTINEZ, 2007), salientando que o comprometimento da DP acontece muito cedo, podendo demonstrar decréscimo desde os primeiros estágios (PETERNELLA; MARCON, 2012). Observa-se ainda, que a QV pode estar comprometida desde os primeiros sinais da doença, mas que quanto maior o tempo, pior estará o desempenho em todas as atividades refletindo em uma piora da percepção da QV (SILVA *et al.*, 2012; PETERNELLA; MARCON, 2012).

Na avaliação da percepção da qualidade de vida dos indivíduos, o escore total médio foi de $35,83 \pm 15,21$. Para o domínio "Mobilidade" observe-se escore médio de $48,33 \pm 29,35$; a "Atividades de Vida Diária" de $44,05 \pm 28,70$; o "Bem Estar Emocional" de $31,55 \pm 28,37$; a "Estigma" de $27,68 \pm 23,76$; o "Apoio Social" de $10,32 \pm 27,12$; a "Cognição" de $27,08 \pm 21,77$; a "Comunicação" de $26,19 \pm 26,13$ e o "Desconforto Corporal" de $44,44 \pm 31,22$ (Figura 4).

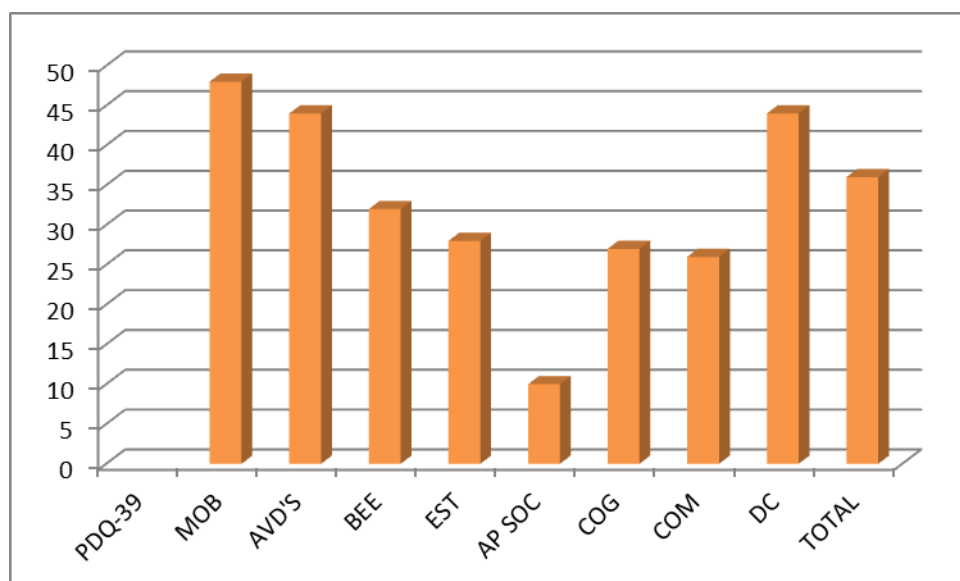


Figura 4- Distribuição da média do questionário PDQ-39.

O conceito de qualidade de vida é bastante complexo e, em geral, saúde é aceita como parte essencial da qualidade de vida que engloba um conceito multidimensional que reflete a avaliação subjetiva de satisfação pessoal em relação ao bem-estar físico, funcional, emocional e social (CAMARGOS, 2004).

Podemos observar que, no presente estudo, todos os participantes apresentaram algum comprometimento na qualidade de vida, sendo a mesma avaliada por meio do questionário PDQ-39, obtendo média do escore total de 35,8. Outros estudos realizados no Brasil em populações diferentes mostraram escores entre 25 e 35 pontos (LANA *et al.*, 2007; PETERNELLA; MARCON, 2012). Podemos encontrar resultados semelhantes em estudos internacionais (KOVÁCS *et al.*, 2016).

O presente estudo utilizou o questionário PDQ-39 para avaliar a QV dos participantes, questionário esse mais utilizado no mundo para avaliar a qualidade de vida de indivíduos com DP. Aplicado em forma de entrevista, de fácil compreensão, para abranger indivíduos de diferentes níveis de escolaridade, constituído por 39 perguntas com várias dimensões dos aspectos intrínsecos e extrínsecos do indivíduo (SILVA; FILHO; FAGANELLO, 2011; SOUZA *et al.*, 2007).

As dimensões do questionário PDQ-39 que obtiveram as maiores médias foram as de “Mobilidade”, “Atividade de Vida Diária”, “Desconforto Corporal” e “Bem Estar Emocional”, lembrando que escores maiores representam declínio na QV. Dados esses que são encontrados em outros estudos nacionais e internacionais, nos quais apresentam como os domínios de maior acometimento, a “Mobilidade”, “Bem Estar Emocional”, e “Atividade de Vida Diária”, e “Desconforto Corporal” (BERGANZO *et al.*, 2016; KWON *et al.*, 2013; FERESHTEHNEJAD *et al.*, 2014; SCORVANCEK *et al.*, 2015).

As médias das dimensões do questionário PDQ-39 do gênero masculino para “Mobilidade” foram de $63,33 \pm 26,87$; para “Atividade de Vida Diária” de $50,46 \pm 29,50$; para “Bem Estar Emocional” de $43,98 \pm 30,34$; para “Estigma” de $34,72 \pm 26,90$; para “Apoio Social” de $11,11 \pm 33,33$; para “Cognição” de $30,56 \pm 25,47$; para Comunicação de $22,22 \pm 31,46$ e para o “Desconforto Corporal” de $43,52 \pm 34,30$. As médias obtidas do gênero feminino para “Mobilidade” foi de $66,00 \pm 26,70$; para “Atividade de Vida Diária” de $49,58 \pm 27,95$; para “Bem Estar Emocional” de $39,58 \pm 31,81$; para “Estigma” de $32,50 \pm 26,32$; para “Apoio Social” de $10,00 \pm 31,62$; para “Cognição” de $28,13 \pm 25,22$; para Comunicação de $20,00 \pm 30,48$ e o “Desconforto Corporal” de $39,17 \pm 35,15$.

Ao compararmos o gênero em relação às dimensões do questionário PDQ-39 podemos observar que as mulheres obtiveram a média da dimensão “Mobilidade” maior comparado aos homens, sendo que o gênero masculino obteve a maior média nas dimensões restantes em comparação as mulheres.

Peterrella e Marcon (2012) em seu estudo tiveram os homens como média maior e as dimensões afetadas com maior frequência a “Atividade de Vida Diária”, “Apoio Social” e “Mobilidade”. Já as mulheres apresentam maior média nas dimensões “Bem Estar Emocional”, “Desconforto Corporal” e “Mobilidade”. Tais achados podem ser justificados por, em relação aos homens, normalmente apresentarem um limiar para dor mais baixo em relação as mulheres, e ainda por questão cultural, ou seja, os homens, de maneira geral, não realizam as atividades do lar, ficando a cargo das mulheres. Já as mulheres, normalmente, desempenham papel de cuidadoras dos constituintes da família, quando veem a adoecer, mas quando elas adoecem acabam ficando fragilizadas emocionalmente, por, nem sempre, terem apoio da família (PETERNELLA; MARCON, 2012).

Para realizar a correlação das dimensões em relação ao total do escore total do questionário PDQ-39, foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Spearman, que demonstrou uma alta e significativa correlação nos domínios “Mobilidade” ($r = 0,75$, $p = 0,0001$) e “Bem Estar Emocional” ($r = 0,70$, $p = 0,0001$); moderada e significativa correlação no domínio “Apoio Social” ($r = 0,52$, $p = 0,017$); baixa e significativa correlação dos domínios “Atividade

de Vida Diária" ($r = 0,45$, $p = 0,041$), "Estigma" ($r = 0,47$, $p = 0,035$) e a "Cognição" ($r = 0,48$, $p = 0,028$). Não foi observado nenhuma correlação dos domínios "Comunicação" ($r = 0,25$, $p = 0,27$) e "Desconforto Corporal" ($r = 0,11$, $p = 0,610$) (Tabela 1).

Tabela 1 - Coeficiente de correlação de Sperman entre as dimensões e o escore total do questionário PDQ-39 e classificação de Munro para magnitude das correlações

Dimensão	r	p	Classificação
Mobilidade	0,75	<0,01*	Alta
AVD	0,45	0,041*	Baixa
Bem estar emocional	0,70	<0,01*	Alta
Estigma	0,47	0,035*	Baixa
Apoio social	0,52	0,017*	Moderada
Cognição	0,48	0,028*	Baixa
Comunicação	0,25	0,27	–
Desconforto Corporal	0,11	0,61	–

* $p < 0,05$

Ao correlacionar as dimensões do questionário PDQ-39 com o escore total, pode-se observar uma alta correlação das dimensões “Mobilidade” e “Bem Estar Emocional”. Esses dados são corroborados por outros estudos que também obtiveram resultados parecidos (SILVA; FILHO; FAGANELLO, 2011; FILLIPIN; COSTA; MATTIOLI, 2010; KRIKMANN *et al.*, 2008; NOJOMI *et al.*, 2010).

Tais achados confirmam o fato de que a DP, tendo como os sinais e sintomas principais os aspectos motores, somados ainda, a falta de atividade física e ao isolamento, aspectos estes que são influenciados pelos aspectos motores, que acabam, por sua vez, juntamente com a diminuição da independência do indivíduo para realizar as AVD’s, influenciando no bem estar emocional, refletindo, desta forma, diretamente na QV dos indivíduos (SILVA; FILHO; FAGNELLO, 2011; LANA *et al.*, 2007).

O fato de que o indivíduo, reconhecendo em ter uma doença crônica, e podendo ainda com a progressão da doença se tornar física, emocional e financeiramente dependente, pode influenciar diretamente na piora da dimensão “Bem Estar Emocional” (SOUZA *et al.*, 2007).

O presente estudo apresenta correlação apoderada da dimensão “Apoio Social”, sendo corroborada também por outros estudos (SOUZA; FILHO; FAGANELLO, 2011; KRIKMANN *et al.*, 2008).

Encontramos baixa correlação das dimensões "Atividade de Vida Diária", “Estigma” e “Cognição”. Outros estudos mostram semelhança com os resultados obtidos (SOUZA; FILHO; FAGANELLO, 2011; LANA *et al.*, 2007; SOUZA *et al.*, 2007; FILLIPIN; COSTA; MATTIOLI, 2010).

Tais achados podem ser confirmados pelo fato de a maior parte dos indivíduos estarem no estágio leve da doença, segundo a escala de estadiamento de Hoen & Yahr (Modificada). Pois tais dimensões encontram-se comprometidas de forma mais severa quando a DP está mais avançada, influenciados pelo aparecimento de sintomas secundários da doença, alto

comprometimento cognitivo, sendo influenciado inclusive, pelo uso dos medicamentos utilizados para conter os sintomas motores, que acabam causando complicações e efeitos adversos, como tonturas, flutuações motoras, discinesias, depressão, entre outros, influenciando também na QV (PETERNELLA; MARCON, 2012; SOUZA *et al.*, 2007).

Podemos observar uma discrepância em médias obtidas na dimensão “Cognição” do questionário PDQ-39, em estudos nacionais (SILVA; FILHO; FAGANELLO, 2011; LANA *et al.*, 2007; SOUZA *et al.*, 2007), que não são tão comprometidos, quanto observados em estudos internacionais (BERGANZO *et al.*, 2016; AZMIN *et al.*, 2014; KWON *et al.*, 2013), embora as dimensões motoras estejam semelhantes. Uma possível explicação pode se dever por questões educacionais, pois normalmente, a maioria dos indivíduos com DP no Brasil são pouco escolarizados e/ou não mantém um hábitos de leitura frequente (PETERNELLA; MARCON, 2012; CHAVES; MITRE; LIBERATO, 2010) não afetando tanto tal dimensão quanto nos indivíduos com DP de países como Espanha e Coréia do Sul (BERGANZO *et al.*, 2016; AZMIN *et al.*, 2014; KWON *et al.*, 2013).

Não houve correlação significativa para as dimensões “Desconforto Corporal” e “Comunicação”, embora outros estudos terem encontrado correlação baixa nesta dimensão (LANA *et al.*, 2007; SOUZA *et al.*, 2007; FILLIPIN; COSTA; MATTIOLI, 2010). Isto pode ser justificado pelo acometimento da doença, que quanto maior, pior são as atividades de vida diária, a comunicação e desconforto corporal, como câimbras e desconforto com temperatura. A maior parte dos indivíduos que participaram deste estudo se encontraram no estágio leve da doença.

Houve correlação estatisticamente significante, entre o grau de incapacidade da doença e o escore total do questionário PDQ-39 ($r=0,44$; $p=0,047$). Não houve correlação entre o escore total do questionário PDQ-39 e tempo de doença, e nem ao tempo de fisioterapia.

Dos 21 indivíduos avaliados 61,90% ($n=13$) realizavam fisioterapia e 38,09% ($n=8$). O tempo de tratamento fisioterapêutico, calculado em meses, variou entre 3 a 96 meses, com média de $19,5 \pm 25,9$.

Em nosso estudo, a maior parte dos indivíduos fazem fisioterapia e/ou atividade física, apesar de não encontrarmos correlação entre o escore total do questionário PDQ-39 e a realização de fisioterapia e/ou atividade física, pode-se presumir que a participação em um programa de reabilitação poderia retardar a progressão da doença (SILVA *et al.*, 2013; FILLIPIN; COSTA; MATTIOLI, 2010), pois a maioria dos indivíduos apresentaram estágio leve.

Apesar de identificados 38 indivíduos, não participaram do estudo 16, isto poderia ser justificado pela forma de abordagem, realizado por contato telefônico, pelos horários que foram realizados as tentativas de contato, horários esses comerciais, apesar de ter deixado recado e tentativa de no mínimo 3 vezes de tais contatos, ou ainda, pela possível desatualização cadastral dos indivíduos com as UBS e ESF.

Outro fator que dificultou a participação pode ter sido a insegurança do participante em receber os pesquisadores, talvez se houvesse o agente de saúde juntamente com os pesquisadores no momento da avaliação em suas residências, houvesse uma melhor aceitação da participação no estudo.

Sugerimos que estudos futuros realizem com um número maior de participantes e talvez uma abordagem feita juntamente com a agente de saúde das UBS e ESF dos bairros, possa trazer uma maior confiança nos pesquisadores.

CONCLUSÃO

No presente estudo pode-se observar que as dimensões “Mobilidade” e “Bem Estar Emocional” se encontram com maior comprometimento, que o tempo de evolução da doença

comparado à percepção da qualidade de vida resultou em uma correlação significativa, correlação essa que não ocorreu ao analisarmos a inserção em processo de reabilitação com a percepção da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZMIN, S. *et al.* **Nonmotor symptoms in a Malaysian Parkinson's Disease population.** Hindawi Publishing Corporation, 2014.

BERGANZO, K. *et al.* **Síntomas no motores y motores em la enfermedad de Parkinson y su relación con la calidad de vida y los distintos subgrupos clínicos.** Sociedad Española de Neurología, v. 31, n. 9, p. 585-591, 2016.

BORGES, A.E.A.; MENDES, L.M.; LEMOS, M.T.M. **Percepção fisioterapêutica de indivíduos parkinsonianos correlacionando escalas de avaliação.** Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v. 18, n. 3, p. 187-194, 2014.

BURKE, A.N. **Casos clínicos em fisioterapia e reabilitação neurológica.** Porto Alegre: AMGH Editora Ltda, p. 33 – 42, 2015.

CAMARGOS, A.C.R. **O impacto da doença de Parkinson na qualidade de vida: uma revisão de literatura.** Revista Brasileira de Fisioterapia, v. 8, n. 3, p. 267-272, 2004.

CAROD-ARTAL, F.J.; VARGAS, A.P.; MARTINEZ, M.P. **Determinants of quality of life in Brazilian patients with Parkinson's Disease.** Movement Disorder, v. 22, n. 10, 8-15, 2007.

CHAVES, C.M.C.M.; MITRE, N.C.D.; LIBERATO, F.A. **Efeitos de um programa de fisioterapia em pacientes com Doença de Parkinson.** Revista Neurociência, v. 19, n. 3, p. 484-490, 2010.

CHEN, K. *et al.* **Evaluation of PDQ-8 and its relationship with PDQ-39 in China: a three-year longitudinal study.** Health and Quality of Life Outcomes, 2017.

PAULA, F.R. *et al.* **Exercícios aeróbios e fortalecimento muscular melhoram o desempenho funcional na Doença de Parkinson.** Revista Fisioterapia em Movimento, v. 24, n. 3, p. 379-388, 2011.

FERESHTEHNEJAD, S.M. *et al.* **Motor, psychiatric and fatigue features associated with nutritional status and its effects on quality of life in Parkinson's Disease patients.** PLOS One, v. 9, n. 3, 2014.

FILLIPIN, N.T.; COSTA, P.H.L.; MATTIOLI, R. **Effects of treadmill-walking training with additional body load on quality of life in subjects with Parkinson's Disease.** Revista Brasileira Fisioterapia, v. 14, n.4, p. 44-50, 2010.

HAUSER, S.L. **Neurologia clínica de Harrison.** 3ª ed. Porto Alegre: AMGH Editora Ltda, 2015. 259 p.

KOVÁCS, M. *et al.* **Impact of sex on the nonmotor symptoms and the health related quality of life in Parkinson's Disease.** Hindawi Publishing Corporation, 2016.

- KRIKMANN, U. *et al.* **Validation of an Estonian version of the Parkinson's Disease questionnaire (PDQ-39).** Health and Quality of Life Outcomes, v.6, n.23, 2008.
- KWON, D.Y. *et al.* **Translation and validation of the Korean version of the PDQ-39-item Parkinson's Disease Questionnaire.** Korean Neurological Association, v. 9, n. 1, p. 26-31, 2013.
- LANA *et al.* **Percepção da qualidade de vida de indivíduos com doença de Parkinson através do PDQ-39.** Revista brasileira fisioterapia, São Carlos, v. 11, n. 5, p. 397-402, set./out. 2007.
- MELLO, M.P.B.; BOTELHO, A.C.G. **Correlação das escalas de avaliação utilizadas na doença de Parkinson com aplicabilidade na fisioterapia.** Fisioterapia do. Movimento, Curitiba, v. 23, n.1, p. 121-127, jan/mar, 2010.
- NOJOMI, M. *et al.* **Quality of life in patients with Parkinson's Disease: Translation and psychometric evaluation of the Iranian version of PDQ-39.** Journal of Research in Medical Sciences, v. 15, n. 2, p.63-69, 2010.
- PETERNELLA, F.M.N.; MARCON, S.S. **Qualidade de vida de indivíduos com Parkinson e sua relação com tempo de evolução e gravidade da doença.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, p. 1-8, Mar/Abr, 2012.
- ROWLAND, L.P.; PEDLEY, T.A. **Merrit: Tratado de neurologia.** Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, Cap. 122, 2010.
- SANCHES, K.C.; CARDOSO, K.G. **Estudo da fadiga e qualidade de vida nos pacientes com doença de Parkinson.** J. Health Sci. Inst., p. 391-394, 2012.
- SANTOS *et al.* **Fisioterapia na doença de Parkinson: uma breve revisão.** Distúrbios de Movimento do Serviço de Neurologia do Hospital Universitário Antonio Pedro da Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, Revista Brasileira de Neurologia, p. 17-25, 2010.
- SCHRAG, A. *et al.* **The EQ-5D a generic quality of life measure is a useful instrument to measure quality of life in patients with Parkinson's Disease.** Neural Neurosurg Psychiatry, p. 67-73, 2000.
- SCORVANCEK, M. *et al.* **Relationship between the nonmotor items of the MDS-UPDRS and quality of life in patients with Parkinson's Disease.** Journal of the Neurological Sciences, p. 87-91, 2015.
- SILVA *et al.* **Efeitos da fisioterapia aquática na qualidade de vida de sujeitos com doença de Parkinson.** Clínica Escola de Fisioterapia da Faculdade Maurício de Nassau , Recife, p. 17-23, 2013.
- SILVA, J.A.M.G.; FILHO, A.V.D.; FAGANELLO, F.R. **Mensuração da qualidade de vida de indivíduos com a doença de Parkinson por meio do questionário PDQ-39.** Fisioterapia do Movimento, Curitiba, v. 24, n. 1, p. 141-146, jan/mar 2011.

SOUZA, R.G. *et al.* **PDQ-39 (Brazilian Portuguese Version) to assess patients with and without levodopa motor fluctuation.** *Neuro-psychiatry*, v. 65, n. 3, p. 787-791, 2007.

SOUZA, S.E.M.; NETO, E.P.; CENDES, F. **Tratamento das doenças neurológicas.** 3^a ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, p. 883 – 895, 2013.

TOY, E.C.; SIMPSON, E.; TINTNER; R. **Casos clínicos em neurologia.** 2^a ed. Porto Alegre: AMGH Editora Ltda, p. 39 – 46, 2014.

Yu, R.L.; TAN, C.H.; WU, R.M. **The impact nocturnal disturbances on daily quality of life in patients with Parkinson's Disease.** *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2015.