



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA**

**CLAUDIA ALINY DA SILVA**

**CORRELAÇÃO ENTRE O ESTADIAMENTO DA DOENÇA DE PARKINSON E A  
QUALIDADE DE VIDA EM INDIVÍDUOS ASSISTIDOS NAS UNIDADES BÁSICAS  
DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PB**

**CAMPINA GRANDE – PB**

**SETEMBRO/2013**

**CLAUDIA ALINY DA SILVA**

**CORRELAÇÃO ENTRE O ESTADIAMENTO DA DOENÇA DE PARKINSON E A  
QUALIDADE DE VIDA EM INDIVÍDUOS ASSISTIDOS NAS UNIDADES BÁSICAS  
DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PB**

Trabalho de Conclusão de Curso- TCC apresentado sob a forma de artigo ao Curso de Graduação em Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia.

Orientador (a): Dr<sup>a</sup> Carlúcia Ithamar Fernandes Franco

CAMPINA GRANDE – PB

2013

S586c

Silva, Claudia Aliny da.

Correlação entre o estadiamento da doença de parkinson e a qualidade de vida em indivíduos assistidos nas Unidades Básicas de Saúde da Família no município de Campina Grande/PB [manuscrito] / Claudia Aliny da Silva.– 2013.

27 f. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2013.

“Orientação: Profa. Dra. Carlúcia Ithamar Fernandes Franco, Departamento de Fisioterapia”.

1. Doença de Parkinson. 2. Qualidade de vida. 3. Saúde da família.  
I. Título.


21. ed. CDD 616.833

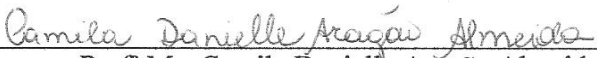
**CLAUDIA ALINY DA SILVA**

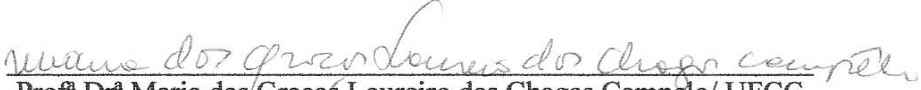
**CORRELAÇÃO ENTRE O ESTADIAMENTO DA DOENÇA DE PARKINSON E A  
QUALIDADE DE VIDA EM INDIVÍDUOS ASSISTIDOS NAS UNIDADES BÁSICAS  
DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Graduação Em Fisioterapia da  
Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento  
à exigência para obtenção do grau de  
Bacharel/Licenciado em Fisioterapia.

Aprovada em 02/09/2013.

  
Prof.ª Dr.ª Carlúcia Ithamar Fernandes Franco/ UEPB  
Orientadora

  
Prof.ª Ms. Camila Danielle Aragão Almeida  
Examinadora

  
Prof.ª Dr.ª Maria das Graças Loureiro das Chagas Campêlo/ UFCG  
Examinadora

**CORRELAÇÃO ENTRE O ESTADIAMENTO DA DOENÇA DE PARKINSON E A QUALIDADE DE VIDA EM INDIVÍDUOS ASSISTIDOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PB**

SILVA, Claudia Aliny da

**RESUMO**

A doença de Parkinson (DP) é uma afecção do sistema nervoso central e ocorre nos núcleos da base, cuja função é assegurar a motricidade automática, os reflexos posturais e a harmonia da motricidade voluntária. Clinicamente caracteriza-se por tremor de repouso, rigidez muscular, bradicinesia e instabilidade postural. Objetivou-se analisar a relação entre o estadiamento da DP e a qualidade de vida em portadores da DP assistidos pelas unidades básicas de saúde da família (UBSFs) do município de Campina Grande/ PB. Este estudo tem caráter transversal, exploratório, descritivo e analítico, com abordagem quantitativa. Realizado com 36 pacientes assistidos pelas UBSFs. Os instrumentos utilizados foram o Protocolo de Avaliação Neurológica, Escala de Estágios de Incapacidade de Hoehn e Yahr modificada (HYm) e o Parkinson's Disease Questionnaire-PDQ-39. Os dados foram analisados através do programa SPSS versão 20.0, sendo os valores expressos em percentual, média, desvio padrão da média, considerando-se significantes valores de  $p < 0,05$ . O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEPB, sob protocolo nº 0709.0.133.000-11. Observou-se que a amostra foi composta por 52,3% casados, com idade média de  $70,8 \pm 8,4$  anos, sendo 52,8% do gênero masculino, tempo de doença  $7,7 \pm 5,0$  anos, apresentando incapacidade leve à moderada. Os resultados encontrados permitem sugerir que não há correlação entre o estadiamento da DP e a QV.

**PALAVRAS- CHAVES:** Doença de Parkinson. Qualidade de vida. Saúde da Família.

---

<sup>1</sup> Acadêmica do 10º período do Curso de Fisioterapia  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande, Paraíba, Brasil  
**Email:** claudiaaliny@hotmail.com

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um acontecimento mundial e a busca da sobrevivência tem feito parte dos sonhos dos indivíduos ao longo da história. No mundo, inclusive no Brasil, as taxas de mortalidade da população idosa são as que têm sofrido maior queda. Além disto, a fecundidade também vem sendo reduzida de forma acentuada, contribuindo no nível e ritmo do envelhecimento populacional (CARAMANO, 2006).

Segundo Silva (2012), a diminuição da fecundidade é devida ao uso de métodos contraceptivos pelas mulheres, aumento do nível de conhecimento escolar e principalmente a aderência do sexo feminino ao mercado de trabalho. Já o declínio da taxa de decorre das melhores condições de saneamento básico, controle das doenças transmissíveis, assistências médicas, mudanças comportamentais no estilo de vida dos indivíduos quanto à alimentação, combate ao fumo, drogas e álcool, realização de exercícios físicos, aumentando assim, a expectativa de vida (DRIUSSO; CHIARELLO, 2007).

Independentemente dos fatores étnicos, sociais e culturais inerentes a cada população, o envelhecimento está associado a uma maior probabilidade de acometimento por doenças crônicas não transmissíveis (GOTTLIEB et al., 2011). A prevalência de doenças crônico-degenerativas tende a aumentar com a idade, evidenciando uma população crescente com morbidades que potencializam síndromes geriátricas, o que compromete a capacidade funcional dos idosos (GAZZOLA et al., 2004).

A Doença de Parkinson (DP) é uma afecção do sistema nervoso central, a qual é expressa de forma crônica e progressiva. É resultante da depleção dos neurônios produtores de dopamina da substância negra, com conseqüente debilidade na precisão e uniformidade dos movimentos, bem como falta de coordenação nas mudanças de posição. Clinicamente caracteriza-se por quatro sinais: tremor de repouso, rigidez muscular, bradicinesia e instabilidade postural (STOKES, 2000; COHEN, 2001). Esta última leva o indivíduo a adotar uma “postura simiesca”, caracterizada por joelhos e quadris semi-fletidos, ombros arqueados e cabeça inclinada para frente (STOKES, 2000).

Por se tratar de uma doença neurológica e que geralmente atinge a terceira idade, a DP desenvolve incapacidades funcionais. De acordo com Tavares e Dias (2012), a capacidade funcional consiste em importante indicador do grau de independência nas atividades da vida diária dos indivíduos. Sabe-se que o mal de Parkinson desenvolve limitações motoras, podendo prejudicar a qualidade de vida de seus portadores.

A Qualidade de Vida (QV) pode ser considerada como um conceito multidimensional que reflete a avaliação subjetiva da satisfação pessoal do indivíduo em relação à sua vida e a outros aspectos como relacionamento familiar, independência, moradia e atividades de lazer (GOULART et al., 2007). O principal foco do tratamento em indivíduos com doenças crônicas, como a DP, deve ser a manutenção da QV, enfatizando a importância de conhecer as dimensões que abrangem esse conceito e os instrumentos de medida que avaliam o impacto da DP na QV (CAMARGOS et al., 2004).

Sendo assim, o presente estudo tem por objetivo analisar a possível relação entre o estadiamento da DP e a qualidade de vida em portadores da DP assistidos pelas unidades básicas de saúde da família do município de Campina Grande/ PB.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

De acordo com o Estatuto do Idoso, a idade igual ou superior a 60 anos, no Brasil, é considerada uma fase da vida pertencente aos idosos (BRASIL, 2003). O censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), destacou que haviam no Brasil 14.536.029 idosos, sendo 6.533.784 do gênero masculino e 8.002.245 do gênero feminino (IBGE, 2000), comparado com o censo demográfico de 2010 do IBGE, evidenciou-se um crescimento de 20.590.599 idosos, representando um aumento na população de 6.054.570 idosos (IBGE, 2010), o que corresponde a aproximadamente 30,4%. Tendo como base as estatísticas do mesmo instituto brasileiro, é plausível observar que houve um considerável crescimento da população idosa no Brasil em dez anos.

A respeito da população do município de Campina Grande – PB, o IBGE (2000) quantificou 32.957 idosos, destes, 13.228 pertenciam ao sexo masculino e 19.729 ao sexo feminino. O censo realizado em 2010 apresentou 42.817 idosos, sendo 16.820 relativos ao gênero masculino e 25.997 ao sexo oposto, havendo um aumento do número de idosos de 9.860, o que representa 23% em 10 anos.

O processo de envelhecimento pode ser devido, ao aumento da expectativa de vida, diminuição da taxa de natalidade, redução da taxa de mortalidade entre as pessoas mais idosas e a melhor condição de vida da população. Entretanto, com o aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, no número de idosos no país, percorre paralelamente a esse crescimento o aumento das doenças relacionadas ao envelhecimento, destacando-se as crônicas degenerativas que incapacitam os indivíduos acometidos, constituindo um dos maiores problemas de saúde pública, tendo uma mudança de paradigma da saúde, sendo crescente seu impacto para a sociedade.

As doenças diagnosticadas num indivíduo idoso geralmente não admitem cura e, se não forem devidamente tratadas e acompanhadas ao longo dos anos, tendem a apresentar complicações e seqüelas que comprometem a independência e a autonomia do paciente. Assim, a saúde não é mais medida pela presença ou não de doenças, e sim pelo grau de preservação da capacidade funcional (RAMOS, 2003).



## 2.2 DOENÇA DE PARKINSON

A DP é o mais frequente distúrbio do sistema extrapiramidal, sendo uma afecção crônica, progressiva e degenerativa, decorrente da diminuição de neurônios produtores de dopamina da substância negra, acarretando diminuição das células produtoras de dopamina na via nigroestriatal, com conseqüente debilidade na precisão e uniformidade dos movimentos, bem como falta de coordenação nas mudanças de posição (SOUZA et al., 2011). Conforme Yamim e Melo (2011), a afecção ocorre nos núcleos da base, estruturas presentes do sistema extrapiramidal, cuja função é assegurar a motricidade automática, os reflexos posturais e a harmonia da motricidade voluntária.

Em 1817, a DP foi descrita pela primeira vez, por James Parkinson, denominando-a de “Paralisia Agitante” (ARAGÃO, 2005). É conhecida como moléstia com manifestações motoras e é a segunda doença neurodegenerativa mais comum em idosos. Doença lentamente progressiva, afeta um em cada 1000 indivíduos acima de 65 anos e um em cada 100 após os 75 anos. Entretanto, pode ocorrer em indivíduos com menos de 50 anos. Acomete preferencialmente, o sexo masculino a partir da sexta década de vida (GOULART, 2005).

A etiologia é ainda desconhecida, porém costuma-se classificar a DP entre as afecções degenerativas do sistema nervoso central, que levam ao envelhecimento precoce e a degeneração de certas estruturas (SOUZA FILHO, 2009). Essa degeneração do sistema nervoso central leva à falência dos dispositivos neuronais, que, além de serem incapazes de se renovar, são particularmente, sensíveis ao envelhecimento. Com a senescência, reduz-se, fisiologicamente, o número de neurônios (PEREIRA et al., 2000).

Conforme Mascarenhas e Souza (2010), clinicamente, essa afecção resulta em perturbações no tônus, posturas anormais e movimentos involuntários. Caracteriza-se por quatro sinais essenciais de bradicinesia, acinesia, tremor de repouso, rigidez, além de distúrbios da marcha e instabilidade postural (MASSANO, 2011).

A bradicinesia e acinesia constituem sinais típicos da doença. Na bradicinesia o paciente exibe uma “carência geral de movimentos”, sendo os movimentos realizados devagar e com esforço. Embora exista preservação da força muscular, os atos motores cotidianos ficam comprometidos, tornando-se difícil vestir-se, alimentar-se e lavar-se. A acinesia é caracterizada na face, pois praticamente desaparece a mímica emocional e diminui a frequência do piscar. Ao escrever a letra torna-se ilegível, e na marcha os movimentos associados de balanço dos membros superiores diminuem acentuadamente (DORETTO, 2001).

O tremor, na maioria dos casos, é o primeiro sinal que o paciente percebe. Apresenta-se durante o repouso e afeta mais comumente as mãos, conferindo os gestos semelhantes ao de “enrolar pílulas” ou de “contar dinheiro”.

A rigidez é caracterizada pela co-contracção da musculatura agonista e antagonista gerada por um aumento da contratilidade muscular basal, ocasionando, por consequência, uma limitação na amplitude de movimento articular, promovendo assim dificuldades para a realização das atividades da vida diária, comprometendo a QV do indivíduo (SILVA, DIBAI FILHO E FAGANELLO, 2011).

Na instabilidade postural os pacientes experimentam dificuldades crescentes durante atividades dinâmicas como o alcance funcional, andar e girar, em decorrência da deficiência do equilíbrio por conta da redução dos ajustes posturais (HAASE, MACHADO E OLIVEIRA, 2008).

Os comprometimentos motores e cognitivos presentes na DP interferem diretamente no desempenho funcional e independência dos indivíduos acometidos por tal patologia (SILVA et al., 2010). A capacidade funcional é um dos importantes marcadores de um envelhecimento bem sucedido e da qualidade de vida dos idosos. A perda dessa capacidade está associada à predição de fragilidade, dependência, institucionalização, risco aumentado de quedas, problemas de mobilidade, trazendo complicações a longo do tempo, e gerando cuidados de longa permanência e alto custo (CORDEIRO et al, 2002).

Com a evolução da doença, complicações secundárias decorrentes dos sinais e sintomas físicos determinam o comprometimento mental/emocional, social e econômico, o que se revela extremamente incapacitante para o indivíduo, além de contribuir para a piora da QV dos mesmos (CAMARGOS et al., 2004). Desta maneira, as alterações motoras presentes na DP se revelam incapacitantes para os indivíduos que passam a acumular modificações próprias do envelhecimento associadas aos déficits provenientes da DP, interferindo de modo significativo na capacidade funcional e na qualidade de vida.

### 2.3 QUALIDADE DE VIDA

O termo Qualidade de Vida (QV) de acordo com Rebelatto e Morelli (2007), é remoto. Contudo, a importância recente do tema pode decorrer da ausência de definições satisfatórias para os cientistas. O investimento neste assunto teve início quando, nos países desenvolvidos, evidenciou-se o envelhecimento populacional, a maior longevidade, maior número de casos envolvendo patologia, acarretando altos custos para o indivíduo e para sociedade. Nesta

perspectiva, os estudos visam retardar o início das doenças, manter a saúde, a funcionalidade e a aparência de adultos jovens, visando promover a qualidade de vida na velhice.

Ferreira, Cunha e Menut, (2010), descreveram que a QV pode ter relação com capacidade física, estado emocional, interação social, atividade intelectual, situação econômica e auto-proteção de saúde. O conceito de qualidade de vida não só está relacionado à ausência de doença, como também à auto-estima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos, como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com as atividades diárias e o ambiente em que se vive. Entretanto, o conceito de qualidade de vida varia de acordo com o ponto de vista de cada indivíduo.

Portanto, a definição de qualidade de vida é considerada como multidimensional, variando de autor para autor e, além disso, é um conceito subjetivo, dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo (SOUZA et al., 2003). O principal foco do tratamento na DP deve ser o conhecimento dos fatores relacionados à percepção da qualidade de vida e a investigação desses fatores se torna crucial para a compreensão do curso da doença e pela busca de estratégias que visam promover o bem-estar físico e psíquico desses indivíduos (NAVARRO- PETERNELLA E MARCON, 2012).

### 3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Este estudo é originado do Programa de Incentivo à Pós-Graduação e Pesquisa (*PROPESQ*) da UEPB, intitulado como “Caracterização funcional e acessibilidade de pacientes com doença de Parkinson atendidos pelo Programa de Saúde da Família no município de Campina Grande – PB”. Daí surgiu o interesse em realizar o presente estudo de caráter transversal, exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa.

A pesquisa foi realizada nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs) do município de Campina Grande/ PB, compreendendo um número de 72 unidades distribuídas em 6 Distritos Sanitários, sendo que três dessas não foram visitadas por difícil acesso, resultando assim em um total de 69 unidades visitadas.

Foi realizado um cálculo amostral a partir da fórmula descrita no estudo de Jekel et al. (2005), para cálculo de amostra infinita:  $N = Z_{\alpha}^2 \cdot (S)^2 / (d)^2$ , sendo N = tamanho da amostra;  $Z_{\alpha}^2$  = nível de confiança escolhido, expresso em número de desvios-padrão;  $(S)^2$  = Variância (Variância =  $p(1-p)$ ); e  $d^2$  = Erro máximo permitido. Foi levada em consideração a população do município de Campina Grande que é de 383.764 (IBGE, 2009) e utilizada como base para prevalência (p) 3,3%. Utilizou-se para o cálculo, um nível de confiança de 95%, 1,96 em números de desvio-padrão, e um erro amostral de 2%. Ao serem visitadas as UBSFs, para obtermos informações sobre o possível número de indivíduos portadores de DP assistidos por elas, foi observado que a quantidade de indivíduos inseridos nas unidades era muito inferior à esperada o que não condizia com o número do cálculo amostral (n=336). Dentre os 90 indivíduos com diagnóstico clínico de DP atendidos nas UBSFs do município de Campina Grande/ PB, fizeram parte da amostra 36 indivíduos e foram excluídos 54 indivíduos por estarem dentro dos critérios de exclusão.

Fizeram parte desta pesquisa indivíduos com diagnóstico clínico de DP, de ambos os sexos, assistidos nas UBSFs do município de Campina Grande e que queria participar de livre e espontânea vontade do estudo, assinando assim o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e que possuíam nível de consciência preservado.

Foram excluídos os indivíduos que apresentaram os seguintes aspectos: presença de outras doenças crônica-degenerativas ou neurológicas; presença de déficit motor que comprometia a aplicação das escalas de avaliação motora, impossibilidade intelectual de responder aos questionários propostos; deficiência auditiva e visual, que não estejam fazendo uso de medicação e que se recusaram a serem participantes da pesquisa.

A utilização de escalas validadas e específicas na DP avalia a progressão da doença e o seu impacto na vida dos indivíduos, pois a interpretação e compreensão das escalas ajudam no planejamento, previsão e adoção de medidas específicas para o tratamento.

Para a realização dessa pesquisa, foram utilizados alguns instrumentos, dentre eles, o Questionário de Caracterização Sociodemográfica, a Escala de incapacidade de Hoehn e Yahr modificada (HYm) e o *Parkinson's Disease Questionnaire-PDQ-39*.

O Questionário de Caracterização Sociodemográfica foi utilizado para coletar as informações pessoais e clínica do paciente acerca do sexo, idade, estado civil, escolaridade, tempo da doença, medicamentos, dentre outros.

Em 1967, foi desenvolvida a escala de incapacidade de HYm, que indica o estadiamento da doença, permitindo classificá-los de forma eficaz e rápida em estágios de 1 a 3 – que representam incapacidade leve a moderada –, e de 4 e 5, incapacidade grave (GOULART, 2004). É aplicada pelo pesquisador a partir da observação do quadro clínico em oito estágios: 0 (zero) para nenhum sinal da doença; 1 para doença unilateral; 1,5 para envolvimento unilateral e axial; 2 para doença bilateral, sem comprometimento do equilíbrio; 2,5 para doença bilateral com comprometimento leve do equilíbrio; 3 para doença bilateral de leve a moderado comprometimento do equilíbrio; 4 para incapacidade grave, mas capaz de ficar em pé e andar sem ajuda e 5 para indivíduo preso a cadeira de rodas ou ao leito, necessitando de ajuda completa. Para o presente estudo os estágios foram agrupados em dois níveis de comprometimento, definidos em comprometimento leve a moderado (1,0–3,0) e grave (4,0–5,0) (GOULART, 2004).

Para avaliação da QV, o instrumento mais utilizado e apropriado pela literatura é o *Parkinson's Disease Questionnaire (PDQ-39)* desenvolvido em 1995. O PDQ-39 é uma escala específica para a avaliação da qualidade de vida na doença de Parkinson, compreendendo 39 itens que podem ser respondidos com cinco opções diferentes de respostas: “nunca”, “de vez em quando”, “às vezes”, “frequentemente”, “sempre” ou é “impossível pra mim”. As questões se referem à frequência com que os indivíduos experimentaram situações de dificuldades, o que é graduado em escores que variam de 0 (nunca) a 4 (sempre), divididos em oito dimensões: Mobilidade, atividades de vida diária, bem estar emocional, estigma, apoio social, cognição, comunicação e desconforto corporal, sendo que a sua pontuação total varia de zero a cem pontos, em que o menor escore reflete maior qualidade de vida (SILVA, 2011). O valor do escore no total ou em cada dimensão foi obtido utilizando-se o seguinte cálculo: soma dos escores de cada questão na dimensão X  $100/4$  (Máx. do escore por questão) X nº de questões na dimensão (NAVARRO-

PETERNELLA E MARCON, 2012). Para esse estudo a QV foi mensurada e agrupada em três níveis de pontuação, sendo considerada uma boa qualidade de vida (0- 50), moderada (50) e péssima qualidade de vida (50- 100).

Os dados foram coletados no período de Janeiro de 2012 a Março de 2013, no município de Campina Grande - PB, junto a indivíduos com diagnóstico de Doença de Parkinson, atendidos pelo Programa de Saúde da Família. As informações sobre esta população foram obtidas através de uma busca efetuada nos cadastros das equipes dos agentes Comunitários de Saúde (ACS) das UBSFs do município. Logo após foram realizadas pelos pesquisadores, visitas domiciliares acompanhadas pelos ACS, destinadas à coleta de dados. A coleta de dados foi realizada nas residências dos indivíduos. Estes foram submetidos a um momento avaliativo único em que foram aplicados o questionário sociodemográfico, a escala de HYm e o questionário PDQ-39.

O procedimento de coleta de dados foi dividido em três etapas, para melhor organização das atividades a serem executadas. Etapa I: Correspondeu à capacitação dos pesquisadores mediante treinamento na aplicação do formulário até que o nível de confiabilidade estivesse dentro dos padrões aceitáveis para este tipo de pesquisa. Etapa II: Diz respeito à preparação da listagem dos idosos a serem entrevistados e agendamento dos horários disponíveis, que foram realizados pelos ACS de todos os Distritos Sanitários do município envolvidos na pesquisa. Etapa III: Consistiu na aplicação do questionário de pesquisa e das escalas previamente escolhidas; Vale salientar que as aplicações das escalas foram realizadas por um único pesquisador. Avaliou-se o quadro clínico, grau de comprometimento e tempo de evolução da doença, pela escala de Hoehn e Yahr e questionário sociodemográfico, respectivamente, enquanto a qualidade de vida através do PDQ-39.

Os dados foram organizados em planilha Excel 2007 e analisados com auxílio do pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Science*), versão 20.0, para Windows. As variáveis foram categorizadas e a apreciação da estatística descritiva envolveu ainda medidas de tendência central e dispersão (média e desvio padrão), para os dados sociodemográficos e clínicos, e quando pertinente frequência absoluta e percentual. Em seguida, foi utilizado o teste de correlação de Spearman para verificar se havia correlação entre o Estadiamento da doença e qualidade de vida dos indivíduos com DP, sendo considerado significativo quando  $p < 0,05$ . O coeficiente de correlação de Spearman foi escolhido, uma vez que as variáveis utilizadas para verificar a correlação apresentam nível de mensuração ordinal. Para a interpretação da magnitude das correlações foi adotada a

classificação dos coeficientes de correlação de Munro (2001): correlação baixa= 0,26-0,49; moderada= 0,50-0,69; alta= 0,70-0,89; muito alta= 0,90-1,00.

No presente estudo foram observados os aspectos éticos relativos à pesquisa com sujeitos humanos, conforme a Resolução Nº. 466, de 12 de Fevereiro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde / MS. Esta pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, sob Nº. 0709.0.133.000-11. Toda a pesquisa foi realizada de acordo com os princípios éticos da Declaração de Helsinque, sendo os sujeitos informados sobre os procedimentos, seus resultados e da liberdade de saírem da pesquisa em qualquer momento. Por conseguinte, foi registrada sua concordância em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi solicitada, também, aos diretores das instituições envolvidas, através de uma Carta de Anuência, a autorização para realização da pesquisa nas dependências das mesmas.

## **4 DADOS E ANÁLISES DA PESQUISA**

### **4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DE INDIVÍDUOS PORTADORES DE DP ASSISTIDOS NAS UBFBS DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PB**

A amostra estudada foi constituída por 36 indivíduos com DP, sendo 19 homens (52,8 %) e 17 mulheres (47,2%), com idade média de  $70,8 \pm 8,4$  variando entre 51 a 84 anos e com tempo de diagnóstico de  $7,7 \pm 5,0$  anos com variação de 1 a 22 anos. Da mesma forma, estudos realizados por Hasse, Machado, Oliveira (2008), mostraram que a proporção de homens com DP foi maior do que a de mulheres. Por outro lado, a literatura aponta não existir diferença de incidência entre os sexos na DP (NAVARRO-PETERNELLA E MARCON, 2012). Entre os portadores de DP desse estudo a média de idade encontrada foi acima de 60 anos o que corrobora os estudos de Lana et al. (2007), e Silva et al. (2011), os quais demonstraram idade média de  $64,5 \pm 10,4$  anos entre os indivíduos com DP, o que indica que esta patologia afeta pessoas acima dessa faixa etária.

Também foi evidenciado nesse estudo que a maioria dos portadores com DP eram casados (21), faziam uso de Levodopa associada à outra droga antiparkinsoniana (26). O nível de escolaridade (15) foi considerado baixo entre os indivíduos do estudo, pois a maioria dos indivíduos estudou até o ensino fundamental e poucos (4) alcançaram o ensino superior (Tabela 1). Similarmente, Prado et al. (2008), verificaram que 70% dos indivíduos portadores de DP não haviam concluído nem mesmo o nível fundamental e apenas 10% chegaram ao

ensino superior. A levodopa é uma substância precursora da Dopamina e exerce grande influência na QV dos indivíduos portadores de DP, visto como suas complicações e efeitos adversos são as flutuações motoras, depressão, discinesias, entre outros (NAVARRO-PETERNELLA E MARCON, 2012).

**Tabela 1** – Características sociodemográficas dos indivíduos do estudo. Campina Grande, PB, Brasil, 2013.

<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	19	52,8
Feminino	17	47,2
<b>Estado Civil</b>		
Casado	21	58,3
Viúvo	7	19,4
Divorciado	1	2,8
Solteiro	7	19,4
<b>Escolaridade</b>		
Nível Fundamental Incompleto	5	13,9
Nível Fundamental Completo	10	27,8
Nível Médio Incompleto	6	16,7
Nível Superior Incompleto	3	8,3
Nível Superior Completo	1	2,8
Analfabeto	11	30,0
<b>Medicação</b>		
Levodopa + outra droga antiparkinsoniana	26	72,0
Levodopa + outras duas drogas antiparkinsonianas	2	5,0
Outra droga antiparkinsoniana	3	9,0
Sem medicação	5	14,0

**Fonte:** Dados da pesquisa. Campina Grande-PB, 2013. (n=36)

#### 4.2 ANÁLISE CLÍNICA DE INDIVÍDUOS PORTADORES DA DP ASSISTIDOS NAS UBSFS DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE – PB

No que diz respeito ao estadiamento da doença (Tabela 2), os portadores de DP foram avaliados através da escala de HYm, a qual classificou os portadores em estágio 1,0 (22,2%), estágio 1,5 (16,7%), estágio 2,0 (11,1%), estágio 2,5 (16,7%), estágio 3,0 (22,2%), estágio 4,0 (5,6%) e estágio 5,0 (5,6%). Neste estudo, a amostra conteve-se entre o estágio de 1 a 3, implicando dizer que o grau de incapacidade foi de leve a moderada(32) (Gráfico 1). Da

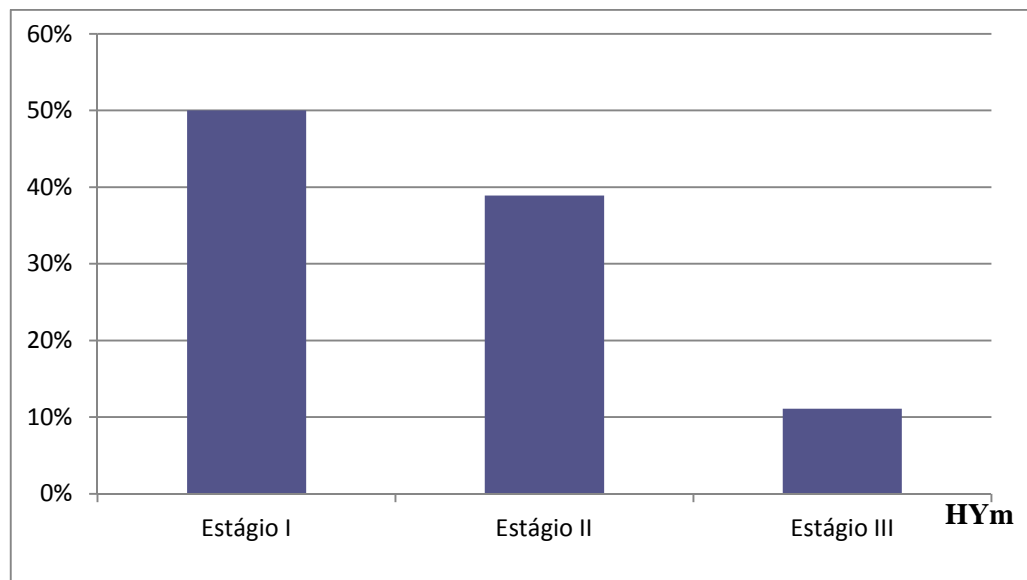


mesma forma, estudos realizados por Souza, Barreto e Santos (2010) e Silva et al. (2011), asseguraram que a maioria dos indivíduos portadores de DP se enquadravam nos estágios de 1 a 3, refletindo incapacidade leve a moderada.

**Tabela 2.** Distribuição do estágio de incapacidade através da EHY modificada em indivíduos de DP

<b>Estágio de Incapacidade de Hoehn e Yahr</b>	<b>N</b>
Estágio 0- Nenhum sinal da doença	0
Estágio 1,0- Doença unilateral	8
Estágio 1,5- Envolvimento unilateral e axial	6
Estágio 2,0- Doença bilateral e sem déficit de equilíbrio	4
Estágio 2,5- Doença bilateral leve, com recuperação no teste do empurrão	6
Estágio 3,0- Doença bilateral leve a moderada; alguma instabilidade postural; capacidade de viver independentemente	8
Estágio 4,0- Incapacidade grave, ainda capaz de permanecer em pé sem ajuda	2
Estágio 5,0- Confinado a cama ou cadeira de rodas a não ser que receba ajuda	2

**Fonte:** Dados da pesquisa. Campina Grande-PB, 2013. (n=36)



**Gráfico 1-** Níveis de comprometimento dos indivíduos com DP. (n=36)

#### 4.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE INDIVÍDUOS PORTADORES DA DP ASSISTIDOS NAS UBSFS DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE – PB

Relacionado à Qualidade de Vida observou-se que os indivíduos portadores de DP apresentaram média de  $51,5 \pm 13,9$  no PDQ-39, com piores valores nos subitens Mobilidade ( $14,8 \pm 5,5$ ) e Desconforto Corporal ( $14,3 \pm 1,6$ ), corroborando com os resultados obtidos por Ribeiro, Cunha e Coelho (2009), no domínio Mobilidade e desconforto Corporal apresentando média de 53,0 e 55,6, respectivamente. Esses subitens avaliam tarefas de origem motora, envolvendo situações como andar, realizar atividades de lazer, tomar banho ou vestir-se, as quais necessitam de um suporte motor adequado. A DP apresenta sinais e sintomas relacionados a desordens da motricidade, o que acaba por acarretar déficits durante a execução das atividades. Esse resultado é condizente com o achado dos estudos de Lana et al (2007); Silva, Dibai Filho e Faganello (2011), em que, após avaliar a qualidade de vida em indivíduos com DP utilizando o PDQ-39, verificaram que os distúrbios relacionados com o desenvolvimento de atividades motoras são detectados como fatores que denigrem a percepção da qualidade de vida.

Silva et al. (2011) e Sánchez-Arias et al. (2008), identificaram a bradicinesia como principal responsável para as dificuldades na marcha e na locomoção de indivíduos com DP, caracterizadas pela lentificação e diminuição dos passos, dificuldades em iniciar a marcha e episódios de *freezing*. Conforme Mata, Barros e Lima (2008), a deambulação de indivíduos portadores de DP torna-se prejudicada devido à perda da capacidade de reajustes musculares rápidos para realizar tal movimento. Doretto (2001) afirma que na marcha os movimentos associados de balanço dos membros superiores diminuem acentuadamente em decorrência da bradicinesia.

De acordo com Allen et al. (2009), a bradicinesia está relacionada com a diminuição da potência muscular, podendo influenciar na execução das AVDs que requerem a habilidade de recrutar força muscular rapidamente. Segundo Bartels e Leenders (2009); Massano (2011), a bradicinesia é a causa de múltiplos sintomas secundários nos portadores de DP, como hipomímia (face inexpressiva ou imóvel), a hipofonese (voz com menor volume), a micrografia (caligrafia menor e até imperceptível), e os bloqueios motores ou *freezing*. Diante dos resultados observados após a aplicação do questionário PDQ-39, os indivíduos desse estudo apresentaram percepção ruim da qualidade de vida (Tabela 3).

**Tabela 3.** Avaliação da qualidade de vida através do PDQ-39 em portadores de DP

Dimensões	Valores		
	Mínimo	Máximo	(média±dpm)
Mobilidade	7,6	25,6	14,8±5,5
AVDs	4,0	15,3	9,1 ±3,1
Bem estar	3,8	14,1	7,3 ±2,5
Estigma	2,5	10,2	4,7±2,4
Apoio Social	0,6	6,4	2,5±1,4
Cognição	2,5	9,6	4,9±1,9
Comunicação	1,9	6,4	3,4±1,1
Desconforto corporal	1,9	7,7	14,3±1,6
<b>PDQ -39 (TOTAL)</b>	<b>29,4</b>	<b>85,8</b>	<b>51,5±13,9</b>

Fonte: Dados da pesquisa. Campina Grande-PB, 2013. (n=36). AVD= Atividade de Vida Diária; PDQ-39= Parkinson Disease Questionnaire-39.

Considerando que a qualidade de vida é um termo complexo para se definir, a qual representa uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. (MINAYO, HARTZ, BUSS, 2000), foi realizado no presente estudo a correlação entre a PDQ-39 e a escala de HYm. Após a análise dos dados, verificou-se que não houve correlação entre a evolução da doença e a qualidade de vida (Tabela 4).

No entanto, a dimensão “Mobilidade” apresentou alta correlação com alteração significativa com o escore total do PDQ-39, através do teste de correlação de Spearman’s, tendo assim um maior grau de comprometimento na QV, e as dimensões AVD’s, Bem estar, Estigma, Cognição, Comunicação e Desconforto Corporal, apresentaram moderada correlação com PDQ-39. Entretanto, a dimensão “Apoio Social” obteve uma baixa correlação,  $r = 0,034$  e  $p = 0,062$ .

No estudo de Lana et al (2007); Silva, Dibai filho e Faganello (2011), a dimensão “Mobilidade” apresentou alta correlação com o escore total do PDQ-39 e as dimensões “AVDs” e “Comunicação” apresentaram moderada correlação com o mesmo. Neste estudo, como assim no de Ribeiro, Cunha e Coelho (2008), evidenciou-se uma moderada a alta

percepção da QV nas dimensões desconforto corporal, mobilidade atividade de vida diária (AVD).

Peternella- Navarro e Marcon (2012), mostraram que os escores médios das dimensões da qualidade de vida foram avaliados em relação ao estadiamento da doença, sendo identificado que a qualidade de vida dos indivíduos com DP não é afetada pelo estágio da doença o que confirma os dados desse estudo. Ainda no estudo de Peternella- Navarro e Marcon (2012), a categoria “Mobilidade” foi a única que houve uma alta correlação com o PDQ- 39 no grupo estudado, indicando que é necessário grande aumento na manifestação dos sinais e sintomas para poder refletir em pior mobilidade.

A DP possui sinais e sintomas relacionados às desordens da motricidade, o que acaba por acarretar déficits durante a execução das atividades, prejudicando assim a mobilidade dos seus portadores (SILVA, DIBAI FILHO E FAGANELLO, 2011). No que compete dizer quanto à dimensão da mobilidade, os aspectos avaliados no questionário PDQ 39 refletem a independência ou não dos indivíduos para realizar tarefas de cunho doméstico, percursos de longas distâncias e caminhadas em locais públicos.

Na questão do Apoio sócio-familiar houve correlação baixa com o escore total do PDQ-39, mostrando-nos que a percepção da QV nessa dimensão foi alta. Pertenella (2009), afirmou que diante da cronicidade e progressão da doença, a necessidade de apoio ao portador de DP se torna evidente, ressaltando o papel da família e suas responsabilidades quanto aos cuidados. Devido à inexistência da cura desta doença, a QV pode se tornar a prioridade desses indivíduos, onde o fundamental é sentir-se bem.

Com o aparecimento dos sintomas, os portadores de DP tendem a criar uma barreira social, evitando locais públicos e isolando-se de todos à sua volta, pois sentem-se envergonhados com a situação em que se encontram, negando desta forma a doença de que o acometem, dificultando, assim, o diagnóstico e tratamento prévio dela ( SOUZA FILHO, 2009; GASPARINI et al., 2003; GOULART et al., 2005; GOULART et al., 2007). A família, em geral, deve ser vista como responsável pela saúde de seus membros, necessitando por isto ser ouvida, valorizada e estimulada a participar em todo o processo de cuidar (GONÇALVES, 2007).

Portanto, o tempo da doença altera de forma negativa a QV, pois sabe-se que quanto maior o tempo de doença pior o desempenho em todas as atividades, sejam tarefas motoras ou cognitivas. Com o avanço da idade, as pessoas podem tornar-se limitadas em suas habilidades de realizar atividades de vida diária, devido, entre outros fatores, à falta de condicionamento

físico, à fraqueza muscular generalizada e às alterações do equilíbrio (TEXEIRA apud GOULART, 2007).

**Tabela 4.** Avaliação da correlação entre o escore total do PDQ-39 versus domínios do PDQ-39 e a HYm

<b>Domínio</b>	<b>(r)</b>	<b>Magnitude da Correlação</b>
<b>Mobilidade</b>	<b>0,810*</b>	<b>Alta</b>
AVDs	0,694*	Moderada
Bem estar	0,687*	Moderada
Estigma	0,678**	Moderada
<b>Apoio Social</b>	<b>0,314</b>	<b>Baixa</b>
Cognição	0,633*	Moderada
Comunicação	0,675*	Moderada
Desconforto corporal	0,634*	Moderada
<b>HYm</b>	<b>0,116</b>	<b>Não houve Correlação</b>

**Fonte:** Dados da pesquisa. Campina Grande-PB, 2013. (n=36) \* p<0,05; \*\* p<0,01

## 5 CONCLUSÃO

Não foi evidenciado correlação entre o estadiamento da doença sobre a QV nos indivíduos desse estudo, porém os sinais e sintomas da doença são efetivamente motores e os domínios que estão ligados a eles podem influenciar em uma pior percepção da QV, sendo essencial uma abordagem terapêutica, visto que qualquer intervenção deve ser direcionada a todos os aspectos que envolvem a doença. Sendo assim, se faz necessário envidar esforços para que as pessoas com doença de Parkinson e seus cuidadores possam conviver melhor com a doença.

Os resultados obtidos nesse estudo constituem indícios de que a atuação dos profissionais de saúde, em especial os fisioterapeutas, deve se voltar para a melhoria na qualidade de vida, postergando os sinais e sintomas, diminuindo o impacto da doença.

Portanto, esta análise possui grande importância para se conhecer uma realidade que se busca mudar e propiciar sólidos conhecimentos para elaborar tratamentos devidamente direcionados a tais limitações que exercem significância relevante na qualidade de vida desses indivíduos.

**CORRELATION BETWEEN THE STAGING OF PARKINSON'S DISEASE AND QUALITY OF LIFE IN INDIVIDUALS ASSISTED IN BASIC UNITS OF FAMILY HEALTH IN CAMPINA GRANDE / PB**

SILVA, Claudia Aliny Da

**ABSTRACT**

Parkinson's disease ( PD) is a disorder of the centric nervous system and occurs in the basal ganglia , whose function is to ensure the motor automatic postural reflexes and harmony of voluntary movements . Clinically characterized by resting, trepidation, muscular rigidity , bradykinesia and postural instability . This study aimed to analyze the relationship between the staging of PD and quality of life in patients with PD assisted by the primary family health ( UBSFs ) of Campina Grande / PB . This study is cross-sectional , exploratory, descriptive and quantitative approach . Conducted with 36 patients treated by UBSFs . The instruments used were the Assessment Protocol Neurological Disability Scale Stages of modified Hoehn and Yahr ( hym ) and the Parkinson 's Disease Questionnaire- PDQ -39 . Data were analyzed using SPSS version 20.0 , and values are expressed in percentage , mean , standard deviation , considering significant p values < 0.05 . The study was approved by the Research Ethics UEPB under Protocol 0709.0.133.000-11 . It was observed that the sample was composed of 52.3 % married , mean age  $70.8 \pm 8.4$  years , 52.8% male , disease duration  $7.7 \pm 5.0$  years, with mild to moderate disability. Our results suggest that there is no correlation between staging and QOL of PD .

**KEYWORDS** : Parkinson's disease . Quality of life. family health.

## REFERÊNCIAS

- ARAGÃO, F. A. et al. **Análise da correlação entre equilíbrio e a propensão a quedas em parkinsonianos, através dos testes FunctionalReach e Timed Up and Go.** Reabilitar, v.29, n.7, p.4-12, out.-dez. 2005.
- BARTELS, A. L.; LEENDERS, K. L. **Parkinson's disease: The syndrome, the pathogenesis and pathophysiology.** Cortex, n.45, p.915-21, 2009.
- BEZERRA, J.C. A Doença de Parkinson e o Processo de Envelhecimento Motor: Uma Revisão de Literatura. **Rev Neurociências**, v.19, n.4, p. 718-723, 2011.
- BRASIL, Congresso Nacional. **Estatuto do idoso.** Dispositivos Constitucionais Pertinentes a Lei nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003. Normas Correlatas, Índice temático. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <[http://www.livrosgratis.com.br/arquivos\\_livros/sf00012a.pdf](http://www.livrosgratis.com.br/arquivos_livros/sf00012a.pdf)> Acesso em: 19 jun. 2013.
- CAMARGOS, A. C. R. et al. 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.
- COHEN, Helen. **Neurociências para fisioterapeutas.** 2ª edição. São Paulo: Manole. 2001
- CARAMANO, A. A.. **Envelhecimento da População Brasileira: Uma contribuição Demográfica.** In: FREITAS et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- CORDEIRO, RC et al. Concordância entre observadores de um protocolo de avaliação fisioterapêutica em idosas institucionalizadas. **Revista de Fisioterapia** v. 9, p. 69-77. 2002.
- DORETTO, D. **Fisiopatologia Clínica do Sistema Nervoso – Fundamentos da Semiologia,** 2º ed. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 87-92
- DRIUSSO, P.; CHIARELLO, B. **Fisioterapia gerontológica.** Barueri, SP: Manole, 2007.
- FERREIRA, J. M.; CUNHA, N. C. V.; MENUT, A. Z. C. Qualidade de Vida na Terceira Idade: um Estudo de Caso do SESC Alagoas. **Revista eletrônica de gestão organizacional.** Alagoas, v. 8, n. 1, p. 118-135, jan/Abr, 2010. Disponível em:<<http://www.ufpe.br/gestaoorg/index.php/gestao/article/viewFile/23/20>>. Acesso em: 08 maio 2013.
- GAZZOLA, J. M. Caracterização funcional do equilíbrio de idosos em serviço de reabilitação gerontológica. **Revista de Fisioterapia da Universidade de São Paulo**, v. 11, n. 1, p. 1-14, jan/jun. 2004.
- GASPARINI, G.; DIAFÉRIA, G.; BEHLAU, M. Queixa vocal e análise perceptivo-auditiva de pacientes com doença de Parkinson. **Revista Ciências médicas e biológicas**, Salvador, v. 2, n. 1, p. 72-76, Jan./Jun. 2003.



GOULART, F. et al. Análise do desempenho funcional em pacientes portadores de doença de Parkinson. **Acta Fisiátr.**, v.11, n.1, p.12-16, 2004.

GOULART, F. et al. Percepção da qualidade de vida de indivíduos com doença de parkinson através do pdq-39. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 11, n. 5, p. 397-402, set./out. 2007.

GOULART, F. et al.O Impacto de um programa de atividade física na qualidade de vida de pacientes com doença de Parkinson.**Rev. bras. fisioter.**Belo Horizonte, v. 9, n.1, p.49-55, 2005.

GOTTLIEB, M. G. V et al. Envelhecimento e Longevidade no Rio Grande Do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbi-mortalidade dos idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e gerontologia**, v 14, n. 2, p. 365-380, 2011.

GOULART, F.; PEREIRA, L. X. Uso de escalas para avaliação da doença de Parkinson em fisioterapia. **Fisioterapia e Pesquisa**. v. 11, n. 1, p. 49-56, jan/abr. 2005.

HAASE, D. C. B. V.; MACHADO, D. C.; OLIVEIRA, J. G. D. Atuação da fisioterapia no paciente com doença de parkinson. **Fisioter Mov**, v.21, n.1, p.79-85,jan/mar. 2008.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sinopse dos resultados do censo 2000**. BRASIL. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/>>. Acesso em: 29 jun. 2013.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sinopse dos resultados do censo**. Brasil **2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/default.php?cod1=25&cod2=250400&cod3=25&frm=piramide>>. Acesso em: 29 jun. 2013.

JEKEL, James F. et al. **Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

LANA, R.C; ÁLVARES, L.M.R.S; NASCIUTTI-PRUDENTE, C; GOULART, F.R.P; TEIXEIRA-SALMELA, L.F e CARDOSO, F.E. Percepção da qualidade de vida de indivíduos com doença de parkinson através do pdq-39. **Rev. bras. fisioter**, São Carlos, v. 11, n. 5, p. 397-402, set./out. 2007.

MASSANO, J. Doença de Parkinson actualização clínica. **Revista Acta Médica Portuguesa**, v.24, n. 54, p. 827-834, 2011.

MASCARENHAS, C.H.M; SOUZA, M.P. Avaliação funcional de indivíduos portadores da doença de Parkinson. **Arq Ciênc Saúde**, v. 4, n. 17, p. 179- 184, 2010.

MINAYO, M.C.S, HARTZ ZMA, BUSS PM. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário**. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2000; 5(1):7-18.

MUNRO, B.H. Correlation. In: Munro BH. **Statistical methods for health care research**. 4ª ed. Philadelphia: Lippincott; 2001. p. 223-43

NAVARRO-PETERNELLA FM, MARCON SS. Qualidade de vida de indivíduos com Parkinson e sua relação com tempo de evolução e gravidade da doença. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. mar.-abr. 2012.

PEREIRA, J. S.; CARDOSO, S. R. Distúrbio respiratório na doença de Parkinson. **Revista Fisioterapia Brasil**, v. 1, n. 1, p. 23-26, set./out.2000.

PRADO, A. L. C. et al. Análise das manifestações motoras, cognitivas e depressivas em pacientes com doença de Parkinson. **Rev Neurociênc**, v.16, n.1, p.10-15, 2008

RAMOS, LR. **Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo**. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo>. Acesso em: 16 de Junho de 2013.

REBELATTO, J. R. ; MORELLI, J. G. S. **Fisioterapia geriátrica**, 2. ed. Manole. 2007.

RIBEIRO, M, K; CUNHA, D. R.D; COELHO, A. L. **Avaliação do Estadiamento e influências na qualidade de vida de idosos com doença de Parkinson**. XII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VIII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba, 2009.

SÁNCHEZ-ARIAS, M. D. R. et al. **Preditores espaço-temporais do andar para testes de capacidade funcional em pacientes com Doença de Parkinson**. Rev Bras Fisioter, v.12, n.5, p.359-65, set.-out., 2008.

SILVA, A.R.D.L. **Qualidade de vida em idosos que participam de um grupo de convivência no município de Campina Grande – PB**. 2012. 56 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Faculdade de Ciências Médicas, Campina Grande, 2012.

SILVA, J.A. M. G; DIBAI FILHO, A.V; FAGANELLO, F.R. Mensuração da qualidade de vida de indivíduos com a doença de Parkinson por meio do questionário PDQ-39. **Fisioter. mov. (Impr.)** 2011, v.24, n.1, p. 141-146, 2011.

SILVA, F.S.S; PABIS, J.V.P.C; ALENCAR, A.G.D; SILVA, K.B.D; NAVARRO-PETERNELLA, F.M. Evolução da Doença de Parkinson e comprometimento da Qualidade de Vida. . **Rev. Neurociências**, v.18, n.4, p. 463-468, 2010.

SILVA, P. F. C. et al. **Correlação entre perfil clínico, qualidade de vida e incapacidade dos pacientes da Associação Brasil Parkinson**. ConScientiae Saúde, v. 10, n.4, p.650-656, 2011.

SOUZA, C.F.M; ALMEIDA, H.C.P; SOUSA, J.B; COSTA, P.H; SILVEIRA, Y.S BEZERRA, J. C .L. A Doença de Parkinson e o Processo de Envelhecimento Motor: Uma Revisão de Literatura. **Rev Neurociências** 2011, v.19, n.4,p.718-723.

SOUZA, L; GALANTE, H; FIGUEIREDO, D. Qualidade de vidas e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. **Rev Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. 364-370, 2003.

SOUZA FILHO, V.P.P. **Análise da qualidade de vida na doença de parkinson: correlação entre as escalas de estadiamento de hoehn e yahr modificada e o questionário de qualidade de vida pdq-39**. Belém, 2009, 58p. Trabalho de Conclusão de curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade da Amazônia.

SOUZA, A.; BARRETO, M. M.; SANTOS, S. M. S. Avaliação da atividade funcional e qualidade de vida em mulheres com doença de Parkinson. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 3, n.2, p.167-172, 2010.

STOKES, M. **Neurologia para fisioterapeutas**. São Paulo: Premier, 2000.

TAVARES, D. M. S; DIAS, F. A. **Capacidade Funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos, Florianópolis**, v: 21, n.1, p.112-120, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a13v21n1.pdf>> Data de acesso: 12 de maio de 2013.

TEIXEIRA-SALMELA LF, MAGALHÃES LC, SOUZA AC, LIMA MC, LIMA RCM, GOULART F. Adaptação do perfil de saúde de Nottingham: um instrumento simples de avaliação da qualidade de vida. **Cad Saúde Púb** 2004;20:905-14.

YAMIN, C.M.M; MELLO, M.P.V.D. **Função Ventilatória e Qualidade de Vida dos Pacientes com Doença de Parkinson**. 2011. 61 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora , 2011.