



A Doença de Parkinson na Pessoa Idosa e a Relação com sua Qualidade de Vida

Kátia Policarpo de Sousa Luz¹; Virgínia Maria Mendes Oliveira Coronago²

Resumo: O presente estudo teve como objetivo fornecer informações sobre a fisiopatologia, manifestações clínicas e os impactos físicos, sociais e emocionais que influenciam na qualidade de vida de idosos portadores de doença de Parkinson. A doença de Parkinson é considerada uma enfermidade neurodegenerativa crônica e progressiva que limita a independência nas atividades funcionais e na qualidade de vida dos pacientes podendo causar uma série de desafios. Apresenta sintomatologia complicada, com disfunções de ordem motora, como fortes tremores de mãos, pés e corpo, rigidez muscular, alterações posturais, desequilíbrio, incontinência urinária, alterações na fala, entre outros. É caracterizada, também, por manifestações não motoras, como as sensitivo-sensoriais, autonômicas, afetivas, cognitivas, comportamentais e do sono, que poderão causar incapacidades e contribuir com a dependência do portador. A qualidade de vida atua como um indicador nos conceitos clínicos de doenças específicas por meio da avaliação do impacto físico e psicossocial que algumas enfermidades podem gerar, possibilitando assim um melhor conhecimento do paciente e de sua adaptação a determinada condição. Devido à possibilidade de incapacidade produzida pelos sintomas da doença, é fundamental a adoção de estratégias para melhorar a qualidade de vida dos portadores, como adoção de recursos terapêuticos complementares. Foi realizado um levantamento bibliográfico através de busca eletrônica de trabalhos científicos que nos possibilitou perceber que, devido ao caráter progressivo e degenerativo da doença é preciso que profissionais da área de saúde estejam atentos para conhecer e indicar maneiras adequadas para prevenir e minimizar os efeitos da enfermidade, proporcionando aos portadores manutenção/ melhoria qualidade de vida.

Palavras-Chave: atividade física, envelhecimento, equilíbrio postural, qualidade de vida.

Parkinson's Disease in the Elderly and the Relationship with their Quality of Life

Abstract: O presente estudo teve como objetivo fornecer informações sobre a fisiopatologia, manifestações clínicas e os impactos físicos, sociais e emocionais que influenciam na qualidade de vida de idosos portadores de doença de Parkinson. A doença de Parkinson é considerada uma enfermidade neurodegenerativa crônica e progressiva que limita a independência nas atividades funcionais e na qualidade de vida dos pacientes podendo causar uma série de desafios. Apresenta sintomatologia complicada, com disfunções de ordem motora, como fortes tremores de mãos, pés e corpo, rigidez muscular, alterações posturais, desequilíbrio, incontinência urinária, alterações na fala, entre outros. É caracterizada, também, por manifestações não motoras, como as sensitivo-sensoriais, autonômicas, afetivas, cognitivas, comportamentais e do sono, que poderão causar incapacidades e contribuir com a dependência do portador. A qualidade de vida atua como um indicador nos conceitos clínicos de doenças específicas por meio da avaliação do impacto físico e psicossocial que algumas enfermidades podem gerar, possibilitando assim um melhor conhecimento do paciente e de sua adaptação a determinada condição. Devido à possibilidade de incapacidade produzida pelos sintomas da doença, é fundamental a adoção de estratégias para melhorar a qualidade de vida dos portadores, como adoção de recursos terapêuticos complementares. Foi realizado um levantamento bibliográfico através de busca eletrônica de trabalhos científicos que nos possibilitou perceber que, devido ao caráter progressivo e degenerativo da doença é preciso que profissionais da área de saúde estejam atentos para conhecer e indicar maneiras adequadas para prevenir e minimizar os efeitos da enfermidade, proporcionando aos portadores manutenção/ melhoria qualidade de vida.

Keywords: motor activity, aging, postural balance, quality of life.

¹ Curso de Enfermagem da Faculdade Independente do Nordeste – FAINOR, Vitória da Conquista – BA, 2017.

E-mail: kattiasousa@hotmail.com

² Doutorado e Mestrado em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP). Especialização em Musicoterapia (FHR) e Alfabetização (UFRB) e Licenciatura em Música (UCSAL). Atualmente é analista universitário da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, colaborador da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia e Docente da Faculdade Independente do Nordeste – FAINOR, Vitória da Conquista – BA.



Introdução

Este estudo teve como principal objetivo fornecer informações sobre a fisiopatologia, manifestações clínicas e identificar os impactos físicos, sociais e emocionais que influenciam na qualidade de vida de idosos portadores de doença de Parkinson. O envelhecimento consiste em um processo biológico contínuo marcado por efeitos ou consequências da passagem do tempo no organismo e resultam em grandes transformações na vida, sobretudo na saúde, relações interpessoais, sociais e econômicas. Quando associado às doenças crônicas decorrentes desse processo pode alterar consideravelmente a qualidade de vida, principalmente quanto a autonomia e independência (QUEIROZ, 2012).

O processo de envelhecimento implica em uma série de exigências relacionadas a enfermidades e agravos prevalentes dessa faixa etária. Estatísticas revelam que as pessoas idosas são mais suscetíveis às doenças degenerativas, e, entre as principais delas estão as doenças cardiovasculares, musculoesqueléticas, psicológicas e neurológicas (ZASLAVSKY e GUS, 2002). Dentre as doenças progressivas e degenerativas do sistema nervoso que atingem as pessoas idosas, a doença de Parkinson (DP) é uma das mais comuns.

Considerada um distúrbio neurodegenerativo e progressivo do sistema nervoso central, a doença de Parkinson limita a independência nas atividades funcionais e na qualidade de vida dos pacientes causando uma grande incapacidade (QUEIROZ, 2012).

Manifesta-se principalmente em adultos acima dos 50 anos, sem predomínio de etnia ou gênero, e atinge de 150 a 200 pessoas a cada 100 mil habitantes, sua distribuição é homogênea em todo o mundo e sua prevalência aumenta conforme o avanço da idade (GONÇALVES et al., 2010).

A doença apresenta uma sintomatologia complicada, com disfunções de ordem motora, como fortes tremores de mãos, pés e corpo; rigidez muscular com o enrijecimento da face e língua; acinesia; bradicinesia; alterações posturais; desequilíbrio; incontinência urinária; alterações na fala, entre outros (NETO, 2006). Além dessas alterações, ocorrem manifestações em outros sistemas representando os sintomas não motores da doença, como disfunções miccionais, autonômicos, anormalidades do sono, alterações cognitivas e psiquiátricas (MENESES e TEIVE, 2009).



Devido à grande incapacidade produzida pelos sintomas motores da doença, é fundamental a adoção de estratégias para melhorar a qualidade de vida dos portadores. Programas terapêuticos que exijam agilidade sensório-motora vem sendo aplicados na DP, a fisioterapia é bastante utilizada pois mantêm os músculos ativos e preservam a mobilidade, melhora o equilíbrio e a marcha (GONÇALVES et al., 2010). Outras especialidades também podem ser incluídas no tratamento como os cuidados de enfermagem, de fisioterapia, de educação física, fonoaudiologia e terapia ocupacional, entre outras. Nos últimos anos, a musicoterapia vem conquistando um campo promissor com resultados positivos no tratamento de doenças com comprometimento motor, como a DP (CÔRTE e NETO, 2009).

É fundamental a atenção com as enfermidades que acometem a população idosa, e quando cuidadas com carinho e dedicação, podem reduzir e até mesmo evitar as doenças gerando uma melhor qualidade de vida (ZASLAVSKY, 2002).

A qualidade de vida (QV) atua como um indicador nos conceitos clínicos de doenças específicas por meio da avaliação do impacto físico e psicossocial que algumas enfermidades, disfunções ou incapacidades podem gerar, possibilitando assim um melhor conhecimento do paciente e de sua adaptação a determinada condição (SEILD, 2004).

Nesse contexto, por ser a DP um dos distúrbios de movimento que mais acomete os idosos é importante conhecer a sua sintomatologia para que possamos compreender as alterações físicas e emocionais que podem afetar o indivíduo e assim criar propostas de tratamentos fisioterapêuticos adequados para amenizar o declínio do estado físico e melhorar a sua qualidade de vida.

Com o intuito de promover e ampliar a discussão sobre esse assunto e visando contribuir para subsidiar estudos na área de saúde, o presente estudo teve como objetivo fornecer informações, por meio de uma revisão sistemática da literatura, sobre a fisiopatologia, manifestações clínicas, tratamentos medicamentoso e fisioterapêutico, impactos físicos, sociais e emocionais da doença de Parkinson em idosos.



Metodologia

O estudo em questão trata-se de uma revisão bibliográfica baseada na literatura especializada através de consulta a artigos científicos selecionados através de busca no banco de dados do Scielo e Google Acadêmico, a partir de palavras-chave.

Para tanto, foi realizado um levantamento bibliográfico através de busca eletrônica de trabalhos científicos e utilizamos como critérios de inclusão publicações referentes ao período de 2006 a 2016.

Os critérios de inclusão para os estudos encontrados foram à abordagem terapêutica do emprego de diversas alternativas no tratamento da DP especificamente publicações: Referentes ao ano de 2006 a 2016; disponíveis em veículo de publicação contemplando artigos, teses, dissertações e trabalhos de conclusão de curso, em idioma de publicação na língua portuguesa. Constituíram como critério de exclusão as publicações de trabalhos sem caráter científico e publicações antecedentes ao ano de 2006.

A Revisão bibliográfica consiste em explicar e mostrar um problema, utilizando certos conhecimentos disponíveis a partir da temática em estudo. Incide ainda em revelar o pesquisador o conhecimento disponível na área, identificando as teorias produzidas, analisando-as e avaliando sua contribuição para auxiliar a compreender ou explicar o problema tendo a análise da investigação do texto (KOCHE, 1997).

Resultados e Discussão

Aspectos gerais relacionados à doença de Parkinson

A doença de Parkinson é considerada uma enfermidade neurodegenerativa crônica e progressiva, e recebeu esse nome em homenagem a quem a descreveu de forma sistemática pela primeira vez em 1817, o médico inglês James Parkinson, que a denominou como Paralisia Agitante (ARAGÃO e NAVARRO, 2006). Parkinson observou um grupo de seis pacientes que possuíam em comum os sintomas de braços e mãos trêmulas, dificuldade de locomoção, acentuada lentidão de movimento nas pernas e sinais de fraqueza muscular, assim, concluiu



após análise criteriosa que os pacientes eram portadores de uma nova doença, ainda não descrita até esse período (FREITAS, 2015). Na época havia pouco conhecimento sobre a enfermidade, e mesmo com muitos estudos recentes, suas causas e mecanismos ainda são controversos (MAIA, 2009).

De acordo com Kuster et al. (2014) estudos demonstram que sua ocorrência pode ter relação com fatores genéticos quando sua manifestação é relativamente cedo, por volta da terceira ou quarta década de vida, e também por fatores ambientais, como exposição a pesticidas e outras substâncias químicas.

Na visão de Freitas (2015) consiste em uma doença cosmopolita, sem distinção entre classes sociais e raça, que acomete homens e mulheres na faixa etária de 55 a 65 anos, contudo, observa maior frequência nos homens. Para Lima-Costa e Camarano (2008) é comumente diagnosticada por volta da sexta década de vida. Já Limongi (2002) diz que a doença predomina em pessoas idosas com início do quadro clínico entre os 50 e 70 anos de idade, embora também ocorra de forma mais precoce. Steidl, Zielgler e Ferreira (2007) também ressalta o risco da doença precoce, que pode se manifestar em indivíduos com menos de 40 anos.

Mesmo os autores supracitados relatando diferentes idades para predisposição à doença, a faixa etária englobada é bem próxima. A Organização Mundial de Saúde destaca que a doença afeta um em cada mil indivíduos acima de 65 anos, e um em cada cem após os 75 anos (SANTOS et al., 2010).

Nesse contexto, Jones e Godwin-Austen (2002) concluíram em sua pesquisa que a DP apresenta forte relação com a fase do envelhecimento, e ainda enfatizaram que não houve diferença quanto a prevalência referente ao sexo e a classe social.

Quanto as causas da enfermidade Freitas (2015) afirma que as análises dos dados de mortalidade e de estudos familiares sugerem causas genéticas associadas a exposição a agentes ambientais no início da vida. Langston (2002) observa que fatores ambientais possuem relação com a DP principalmente em zonas industrializadas. Em pesquisa realizada por Limongi (2002) houve maior ocorrência da doença em populações que estiveram expostas a pesticidas e a água de poço contaminada, relacionada com toxinas ambientais.

A etiologia da doença é considerada desconhecida, mas estudos comprovam sua relação com o processo de envelhecimento e supõe envolvimento de fatores genéticos, ambientais,



excitotoxicidade, estresse oxidativo e anormalidades mitocondriais (BARTELS e LENNERS, 2009; LI et al. 2010; LUCAS-CARRASCO et al. 2011).

Limongi (2002) observa que o desenvolvimento da doença ocorre quando neurônios da substância negra morrem ou deixam de funcionar, esses neurônios são os produtores da dopamina, um neurotransmissor responsável pela transmissão dos sinais entre a substância negra e o corpo estriado. O autor ressalta que a diminuição da dopamina incide decisivamente no corpo estriado causando mau funcionamento ou perda da capacidade de controlar os próprios movimentos.

Segundo Pavei (2011) em situação normal o equilíbrio dos eventos inibitórios e excitatórios nos núcleos da base e no córtex motor possibilitam a manutenção da postura e dos movimentos normais. Contudo, ressalta que o detrimento do equilíbrio faz surgir sinais e sintomas de rigidez de movimentos involuntários associados a anormalidades, bem como lentidão de movimento e perda da base subconsciente automática da postura e movimento.

Os sinais e sintomas da DP derivam de uma perturbação da função em duas regiões dos núcleos da base, a substância negra e o corpo estriado, essas massas nucleares centrais de substâncias cinzenta detém quase toda a dopamina do cérebro humano (STOKES, 2000). Segundo Carrasco et al. (2011) a associação da doença com o processo de envelhecimento se dá porque para o surgimento dos sinais e sintomas é preciso a redução de 85 a 90% da concentração de dopamina nos gânglios da base.

O primeiro sinal pode ser uma sensação de cansaço ou mal-estar no fim do dia, também pode ocorrer diminuição do tamanho da caligrafia tornando-se menos legível, e a fala pode ficar monótona e menos articulada (PAVEI, 2011). O autor ainda destaca como características iniciais o tremor em repouso ou micrografia; além da rigidez e bradicinesia que causam alterações posturais, aumento na flexão de pescoço, tronco e quadril, e redução nas respostas de endireitamento e equilíbrio. O aumento da rigidez transforma a bradicinesia em acinesia.

A bradicinesia é caracterizada pela diminuição dos movimentos e a acinesia consiste na falta de movimentos (EDWARDS, 2009). Dessa forma, o autor enfatiza que todos os aspectos do movimento são afetados, como o início deste, alteração de direção e habilidade para interromper e iniciar um movimento.

Para Prado et al. (2007) o início da DP transcorre de forma insidiosa afetando primeiro um lado do corpo tornando bilateral de acordo com a progressão da doença. Aborda ainda que



o quadro clínico é caracterizado por sintomas motores como bradicinesia, rigidez muscular, tremor de repouso, alterações da postura e da marcha.

Silva et al. (2011) salienta que as alterações motoras decorrente da DP são as principais causas de menor mobilidade e dificuldades na execução das atividades da vida diárias, ocasionando em perda da independência funcional e comprometimento da qualidade de vida.

A doença é caracterizada também por manifestações não motoras, como as sensitivo-sensoriais, autonômicas, afetivas, cognitivas, comportamentais e do sono, que são incapacitantes e contribuem com a dependência do portador DP (ROSSO, NICARETTA e MATTOS, 2008).

Meneses e Teiver (2006) observam que podem ocorrer alterações emocionais e déficits cognitivos conforme progressão da doença, e ainda distúrbios da fala, alteração da voz e da escrita, disfunção olfatória, disfunção sexual, hiperidrose, câimbras, dores, disfagia, incontinência urinária, obstipação intestinal, depressão e dormência.

Quanto às alterações cognitivas, também são citadas como característica da DP por Prado et al. (2007), contudo, ao avaliarem o desempenho motor e cognitivo na DP concluíram que não houve uma relação de dependência significativa entre essas variáveis capaz de sugerir uma relação de interdependência entre elas, porém verificaram que os sinais motores da doença interferem no comportamento dos portadores.

Além disso, Limongi (2002) ressalta que o paciente constantemente tende a ficar deprimido sem motivo aparente, podendo ocorrer lapsos de memória, irritabilidade e dificuldade de concentração, bem como dores musculares na região lombar.

Em pesquisa realizada por Navarro-Peternella e Marcon (2012) com 40 indivíduos, visando avaliar a qualidade de vida de indivíduos com Parkinson e identificar se existe relação com o tempo de evolução e severidade da doença, verificaram que entre os sinais e sintomas o mais frequente e relatado por 37 deles foi a bradicinesia, seguido pelo tremor, instabilidade postural e rigidez. O tremor foi citado na maioria dos casos (27) como a primeira manifestação da doença. E outros sintomas iniciais referidos foram a lentidão na marcha e execução de atividades da vida diárias, fadiga, fraqueza muscular, rigidez e falta de equilíbrio.

No estudo de Coronago (2009) realizado com quatro idosos portadores da DP, as manifestações clínicas citadas e confirmadas foram alterações na postura, no padrão da marcha, no padrão respiratório e na qualidade da voz. A referida autora observa que essas alterações



apresentam consequências relacionadas as questões de bem-estar social, econômico e psicológicos dos portadores. Além desses, os participantes do estudo ainda relataram sentimentos de vergonha, de desvalorização e potencialização da baixa autoestima, estado depressivo e ansiedade, todos esses com grande interferência na manutenção/ diminuição da qualidade de vida.

Além das manifestações citadas, Cardoso e Pereira (2002) observam que portadores de DP podem apresentar disfunções respiratórias resultante da redução da amplitude torácica e dos volumes pulmonares.

A principal complicação da doença, segundo Stokes (2000), é a broncopneumonia, decorrente da diminuição nas atividades em geral. Para o autor, essa imobilidade crescente resulta, na fase final da doença, em perda de peso, úlceras de decúbito e complicações respiratórias, causa mais comum dos óbitos.

Em relação ao diagnóstico precoce da DP, é complicado por não haver um teste único e definitivo. Graça (2015) reforça que até mesmo os médicos neurologistas consideram o diagnóstico clínico difícil já que o quadro nem sempre se inicia da mesma forma em todos os casos, já que os sintomas da doença são muito inespecíficos e podem incluir sintomas primários.

Mananhas et al. (2007, p. 1001) refere que “o diagnóstico é feito clinicamente a partir do histórico e sintomas apresentados, pois não existe exames de diagnósticos conclusivos, podendo ser confirmado em especial pela resposta do indivíduo a medicação”. De acordo com Vaz (2007, p.8) “estudos e os atuais critérios de diagnóstico consideram portadores de DP ao apresentarem bradicinesia junto com outros sintomas como tremor, rigidez, instabilidade postural, desde que não tenha outras causas conhecidas”.

Após o diagnóstico concreto da patologia, deve ser iniciado o tratamento adequado, evidenciando que a doença é degenerativa e que o prognóstico e plano de tratamento são modificados conforme a evolução da doença.

A intenção com o tratamento é o controle dos sintomas, já que nenhuma droga ou procedimento cirúrgico é capaz de inibir a progressão da doença. No entanto, Rowland (2002) destaca que o tratamento deve ser individualizado, pois cada paciente apresenta um conjunto único de sintomas, sinais, resposta a medicações e necessidades sociais, ocupacionais e emocionais que devem ser considerados ao estabelecer o tratamento mais apropriado.



Graça (2015) reforça que a terapêutica medicamentosa contribui para controlar os sintomas da DP, apesar disso, por ser uma doença progressiva e degenerativa, com o tempo ocorre uma perda da eficácia medicamentosa, tornando necessário consultas permanentes e readaptação com novos medicamentos. O autor ainda realça que o tratamento deve ser multidisciplinar com associação do tratamento farmacológico com o não farmacológico.

Nesse sentido, Silva et al. (2012) afirmam que além do uso farmacológico, a atividade física regular é um grande aliado para prevenir perdas de massa muscular e favorecer a independência do paciente.

O tratamento precoce favorece a prevenção dos comprometimentos musculoesqueléticos avassaladores que os pacientes podem desenvolver. Poewe et al. (2010) sugerem o uso primordial do tratamento farmacológico para a reintegração das vias de dopamina.

A importância de atividades no tratamento da doença de Parkinson e a relação com a Qualidade de Vida

Por ser a DP uma enfermidade incurável e degenerativa, Steidel e Ziegler (2007) apontam que o tratamento tende a melhorar os sintomas e retardar seu progresso, contudo, o tratamento irá depender da condição do paciente e o estágio em que a doença se encontra.

Segundo Silva et al. (2012), além do uso farmacológico, a atividade física regular contribui grandemente para evitar perdas da massa muscular, que dá sustentação e fornece maior independência ao paciente. Corroborando com esse aspecto Vara e Medeiros (2011) relatam que o exercício aumenta a mobilidade e pode alterar a progressão da doença, impedir contrações e ajudar no retardamento da demência.

Na visão de Ortega et al. (2014) os exercícios induzem a maior secreção de fatores neurotróficos ligados a glia que influenciam positivamente e possui ação neuroprotetora na sobrevivência e na neuroplasticidade de neurônios dopaminérgicos, e aumenta a secreção de dopamina no núcleo estriado.

A prática regular de exercícios físicos com orientação adequada promove muitos benefícios e contribuem para a melhor qualidade de vida das pessoas em geral. Em pacientes



com DP os exercícios apresentam relevância essencial e buscam não só os aspectos motores como também os aspectos psicológicos e sociais (CRUZ, 2016). O autor ainda destaca que a redução do controle motor e os efeitos psicológicos que afetam a QV dos idosos com essa enfermidade requerem a procura por atividades que possam favorecer a melhoria da aptidão física, impulsionem sensações prazerosas e colabore com a sua socialização.

Ao avaliar o impacto da atividade física na função e na QV de pessoas com DP, Goulart et al. (2005) observaram que a prática de atividade física semanal resultou em melhoras no desempenho funcional dos participantes do estudo.

Santos et al. (2010) apontam que estudos realizados em indivíduos com a doença de Parkinson a prática de exercícios físicos aumenta o comprimento do passo, por reduzir a rigidez e a bradicinesia, tonando melhor a marcha a longo tempo e o equilíbrio. Segundo Freitas (2015) a fisioterapia e a terapia ocupacional possui papel fundamental no tratamento da DP, em especial para os pacientes com distúrbio acentuado do equilíbrio e da marcha.

Como observa Pavei (2011) a bradicinesia e a rigidez decorrente da doença afetam os músculos respiratórios causando fadiga e diminuição da ventilação tornando necessário um programa de tratamento preventivo ou reabilitador não só direcionado aos sintomas motores mas também à função respiratória.

Para Haase, Machado e Oliveira (2008) a fisioterapia na doença de Parkinson tem o propósito de adiar o avanço da doença através de procedimentos e técnicas que evitam o agravamento das condições físicas que se caracteriza por insuficiência de movimento. Nesse mesmo sentido, Freitas (2015) salienta que a fisioterapia voltada para a DP visa minimizar os problemas motores ajudando o paciente a manter a independência para realizar as atividades diárias melhorando assim sua qualidade de vida.

Contra essa lógica, Pavei (2011) destaca que os exercícios não atenuam a progressão da doença, porém podem ajudar a manter a força, o tônus muscular e a prevenir contraturas.

Em estudo de Ortega et al. (2014) para avaliar os efeitos da fisioterapia aquática na marcha, equilíbrio e na qualidade de vida de 10 pacientes com doença de Parkinson, verificaram que quanto ao equilíbrio e a marcha, a fisioterapia aquática não demonstrou significância estatística, contudo, concluíram que a intervenção fisioterapêutica na piscina exerce efeito significativo na qualidade de vida dos pacientes estudados melhorando os escores das dimensões aspectos físicos, estado geral de saúde e saúde mental. Os autores observam ainda



que a hidroterapia com água aquecida em temperatura de 30 a 34° C reduz a tensão, as dores musculares e rigidez, proporcionando relaxamento para realização de exercícios terapêuticos.

Na visão de Freitas (2015) a hidroterapia tem como benefícios o fortalecimento muscular, a redução da rigidez do tronco bem como melhoria dos movimentos e coordenação favorecendo a independência do paciente e facilitando a realização de atividades diárias.

Cruz (2011) realizou um estudo cujo objetivo foi avaliar os benefícios da caminhada na água na QV de pacientes com DP, comparando os resultados entre a população ativa e sedentários. Participaram da pesquisa 14 indivíduos diagnosticados com DP, 6 deles praticantes da atividade e 8 sedentários. Após 3 meses de início da atividade, aplicou-se um questionário avaliativo da QV, os resultados encontrados comprovam que a atividade de caminhada na água desempenha importante papel no controle da DP, demonstrando diferenças nos sintomas, função social e sintomas sistêmicos da doença.

O autor do estudo acima referenciado menciona que a prática de exercícios aquáticos tem sido considerada uma excelente opção de tratamento para diversas patologias, e a caminhada na água mostrou-se muito eficiente auxiliando no tratamento de disfunções da DP.

Diversas especialidades podem ser utilizadas no tratamento de pacientes com DP, entre elas a musicoterapia, que nos últimos anos vem sendo um recurso promissor na área de saúde com resultados positivos no tratamento de doenças com comprometimento motor (CÔRTE e NETO, 2009).

A musicoterapia direcionada para a DP é uma modalidade terapêutica que consiste em um conjunto de técnicas de comunicação verbal e não verbal, que utiliza a música e seus elementos (melodia, som, ritmo e harmonia) por um profissional qualificado visando a prevenção, tratamento ou reabilitação de uma pessoa ou um grupo de pessoas com DP (NETO, 2006). É um ótimo recurso para melhoria da qualidade de vida dos indivíduos portadores da doença.

O autor destaca bons resultados da musicoterapia na DP no sentido de melhorar a vida do doente na relação com a doença e também quanto a sintomatologia, atuando de forma coadjuvante ao tratamento medicamentoso e às vezes até com outros tratamentos complementares. Ainda enfatiza que os efeitos benéficos de um tratamento com música no portador da DP são notados devido a melhorias em suas ações, de ordem físicas, biológicas,



psicológicas e sociais, além de melhorar a convivência consigo mesmo e outras pessoas do meio social.

Em pesquisa realizada por Paccetti et al. (2002) sobre os potenciais efeitos da música num grupo de pacientes com DP os resultados indicaram que a musicoterapia pode favorecer a melhora de parâmetros clínicos como motor, afetivo e comportamental. Os autores ainda incentivaram a inclusão do método como uma ferramenta potencial em programas de reabilitação em indivíduos com a doença.

Meira et al. (2008) realizaram um estudo com objetivo de desenvolver, adaptar e testar uma tecnologia assistiva/cuidada utilizando preceitos musicais específicos com a finalidade de aprimorar a dicção e expressão oral, coordenação motora e habilidade rítmica, aumentar a percepção auditiva e a dinâmica respiratória e oferecer momentos de descontração, criatividade e socialização.

De acordo com Coronago (2009) o tratamento da DP objetiva o controle de sintomas mantendo a pessoa idosa o maior tempo possível com autonomia, independência funcional e equilíbrio psicológico, sugerindo a música como alternativa devido a sua capacidade de minimizar os comprometimentos causados pela DP. Em estudo realizado pelo autor com o propósito de compreender os sentidos das experiências das vivências musicais de quatro idosos portadores da DP na cidade de Jequié-BA, com base nos resultados expressos nos testes aplicados, evidenciou-se que houve melhora na qualidade da emissão vocal, falada ou cantada. Além dos ganhos nos aspectos físicos os participantes se beneficiaram pelo fato de se manterem incluídos socialmente e em convivência com seus familiares acompanhantes, e também por descobrirem capacidade e possibilidades dentro dos limites impostos pela doença.

Outro recurso utilizado para amenizar a sintomatologia característica da enfermidade é a equoterapia. Medeiros e Dias (2002), Martinez (2005) e Alvez (2009) ressaltam que através da Equoterapia pelo programa básico de hipoterapia dando ênfase no tronco, marcha e equilíbrio pode contribuir com a redução dos sintomas clássicos, contudo, salientam que por ser uma patologia de características variáveis pode não apresentar resultados.

Conforme Pavei (2011) a equoterapia visa a melhora da funcionalidade do praticante, como retração da musculatura interna da articulação, melhora da postura e equilíbrio que torna os membros superiores mais independentes facilitando os movimentos funcionais, melhora da coordenação, adequação do tônus muscular e redução dos movimentos sinérgicos.



Em pesquisa proposta pelo autor supracitado com o objetivo de avaliar a mecânica ventilatória, o equilíbrio, a marcha e a QV de portadores da DP antes e após o protocolo de hipoterapia, observou-se efeitos benéficos da equoterapia com resultados positivos tanto no sistema motor como pneumofuncional da população estudada, sugerindo a equoterapia como ferramenta complementar ao tratamento da DP.

A Terapia Miofuncional (TMF) também é um recurso utilizado no tratamento da DP. A TMF consiste em um método para reestabelecer a função fisiológica da língua e da deglutição, concedendo suporte terapêutico para o tratamento reabilitativo de sintomas de muitas doenças, entre elas a DP (FERRANTE, 2004).

Visando verificar a eficácia do tratamento de TMF associada a atividades físicas e a terapia medicamentosa em sujeitos com DP nos estágios inicial e intermediário da doença, Ferrante et al. (2014) realizou um estudo com 54 portadores de DP submetidos a TMF, que foram divididos em três grupos aleatoriamente. O grupo A fazia uso somente do tratamento farmacológico, o grupo B além do tratamento farmacológico fazia atividade físicas coletivas duas vezes por semana e o grupo C, todas essas mais o uso da TMF. A intervenção foi feita por 12 semanas, com frequência de duas vezes por semana e duração de 20 minutos cada, sempre aplicada ao final de cada sessão de atividade física.

Como resultado do estudo acima, os autores verificaram que no grupo C houve uma melhora significativa no equilíbrio em diferentes posições, nas mudanças posturais e nos movimentos, quando comparados aos outros dois grupos. Dessa forma, concluíram que os resultados evidenciaram melhoras no equilíbrio quando utilizou-se além do tratamento farmacológico, a prática de atividades físicas e a terapia miofuncional.

Gonçalves et al. (2010) buscaram desenvolver, adaptar e testar a intervenção assistiva/cuidativa de vivência corporal em 17 portadores de DP. A vivência corporal constituiu-se de exercícios físicos desenvolvidos de forma lúdica e adequados às necessidades, interesses e possibilidades físicas de cada participante, utilizando exercícios de alongamento, de resistência muscular localizada, de coordenação, flexibilidade, agilidade e equilíbrio, além de dança e alongamento e recreação.

No estudo, os autores concluíram que a intervenção assistiva de vivências corporais composta de exercícios físicos específicos não impede que a DP evolua, porém pode fazer com que o portador mantenha em bom estado de funcionamento seus músculos, ossos e articulações



tornando-o independente para as atividades da vida diária por mais tempo. Ainda reforçam que além dos benefícios de ordem motora as vivências corporais concederam momentos de socialização e integração favorecendo seu bem-estar físico, psicológico e social, e fortalecimento para enfrentamento da doença.

Qualidade de vida em pessoas com doença de Parkinson

Segundo Silva, Dibai Filho e Faganello (2011) a qualidade de vida de pacientes com DP pode se comprometer desde o conhecimento dos primeiros sinais, entretanto o avanço dos sintomas e o surgimento das complicações do tratamento favorece ainda mais o seu declínio.

Corroborando com esse aspecto, Navarro-Peternella e Marcon (2012) enfatizam que o comprometimento da QV ocorre muito cedo e pode apresentar decréscimo desde os primeiros estágios da doença e piorando com a sua severidade.

Para Minayo, Hartz e Buss (2002) a QV é um termo complexo e, de forma geral, representa uma noção sobretudo humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental, a estética existencial e grandemente influenciada pela saúde.

O comprometimento físico-mental, emocional, social e econômico relacionado aos sinais, sintomas e complicações secundárias da DP afeta o nível de incapacidade do indivíduo, fatores que influenciam de forma negativa a QV e provoca o isolamento e pouca participação na vida social (CAMARGOS et al., 2004).

Ao avaliar a qualidade de vida em 40 indivíduos com Parkinson através da aplicação de questionários, Navarro-Peternella e Marcon (2012) verificaram que os resultados possibilitam um melhor entendimento do quanto que a DP afeta na QV de seus portadores e a maior percepção da QV pode gerar impacto positivo na saúde. Como forma de melhorar a convivência dos portadores e familiares com a DP, sugerem a atuação adequada dos profissionais de saúde, direcionada na melhoria da QV e diminuição dos impactos da doença.

Ao descrever a QV de pacientes com DP, Camargos et al. (2004) afirmam que as debilidades da doença causam inúmeras complicações na realização das atividades da vida



diária que podem se manifestar desde o início da patologia, além dos fatores motores, os aspectos emocionais e sociais precisam ser observados pois estão relacionados a baixos índices de QV.

Na visão de Seidl e Zannon (2004) outro fator que afeta negativamente a QV na DP é o tempo da doença, pois quanto maior o tempo de doença há piora no desempenho das atividades motoras ou cognitivas.

Em estudo de Silva, Dibai Filho e Faganello (2011) com 25 indivíduos diagnosticados com DP, objetivaram investigar os fatores relacionados à queda na percepção da QV através da aplicação do Parkinson Disease Questionary-39. Os resultados obtidos demonstram que as piores percepções sobre a QV estão relacionadas ao domínio “mobilidade”, com média de 55% de comprometimento e ao domínio “atividade de vida diária”, com 52,7%. Os autores constataram que carências de origem motora associadas aos sinais, sintomas e complicações secundárias da DP interferem de forma negativa sobre a percepção da QV dos indivíduos.

Resultado semelhante foi observado na pesquisa de Lana et al. (2007) cujo objetivo foi avaliar a percepção da QV de 33 indivíduos com DP utilizando o mesmo instrumento de pesquisa citado acima. Os autores encontraram pior percepção da QV nas dimensões “atividade da vida diária”, com 41,6% e “mobilidade”, com 34,2%.

Contra essa lógica, Grosset et al. (2007) observam que não se considera somente os sintomas motores como fatores importantes na QV dos portadores de DP, mas deve-se levar em conta também os não motores, já que a evolução da doença faz surgir novas alterações que por certo comprometem outras dimensões da QV.

Navarro-Peternella e Marcon (2012) ressalta que a severidade da DP pode ter maior impacto na QV em relação às áreas físicas, mobilidade e atividades da vida diária. Contudo, Suzukamo et al. (2006) destaca que a adaptação psicológica para a doença, como índices de cognição, ansiedade, depressão, opinião própria, aceitação e atitude, também são fatores que interferem diretamente na QV.

Kanashiro, Fujihara e Oliveira (2009) concluíram em sua pesquisa que a QV de sujeitos com DP é marcada em primeiro lugar pela depressão, e em seguida influenciada pelos sintomas físicos acrescido do isolamento social e sedentarismo.



Considerações Finais

A realização do estudo permitiu perceber que devido ao caráter progressivo e degenerativo da doença de Parkinson, é preciso que os profissionais da área de saúde estejam atentos para conhecer e indicar maneiras adequadas para prevenir e retardar os efeitos da enfermidade, proporcionando aos portadores melhor qualidade de vida com envelhecimento mais saudável com a prática de terapias, além das farmacológicas, associadas com a prática de atividades físicas.

A nossa finalidade, nesta pesquisa, foi a de ampliar o nosso conhecimento, mostrando a caráter complexo e integral do ser humano e especialmente o portador de DP, destacando como estão conectados aspectos físico-culturais e psíquicos no experimento do adoecimento, tomando a referência idosos portadores. Destacamos o momento do aparecimento de sintomas e sinais físicos que influenciam na qualidade e a importância de cada intervenção e essa influência na qualidade de vida.

Pela análise de estudos direcionados à doença de Parkinson, ficou evidente que atividades físicas propiciam benefícios, principalmente quanto a mobilidade, equilíbrio e respiração, sintomas estes que não apresentam melhoras somente através do tratamento farmacológico, que agem especialmente no combate aos tremores e rigidez.

De acordo Coronago (2009) o grande desafio ‘é manter a pessoa idosa o maior tempo possível com autonomia, independência funcional e equilíbrio psicológico’. A referida autora aponta as vivências musicais como alternativa. As observações da pesquisadora indica nos resultados expressos em sua pesquisa que essas práticas influenciam na melhoria na qualidade da emissão vocal, falada ou cantada como também, na auto-estima e bem estar geral do portador.

Dessa forma, considera-se adequado a combinação do tratamento fisioterapêutico e alternativo associado com o medicamentoso pretendendo assim melhorar o quadro geral dos portadores, auxiliando a estabilização ou melhoria dos déficits físicos e consequentemente da qualidade de vida.



Referências

ALVES, Evili Maluf Rodrigues. **Prática em equoterapia: uma abordagem fisioterápica.** São Paulo: editora Atheneu. 2009.

ARAGÃO, F.A.; NAVARRO, F.M. Análise da correlação entre os distúrbios do equilíbrio e a propensão a quedas em uma população parkinsoniana. **Fisioterapia em Movimento**, v.19, n.3, p.4-54, 2006.

BARTELS, A.L.; LEENDERS, K.L. Parkinson's disease: the syndrome, the pathogenesis and pathophysiology. **Cortex**, n.45, p.915-21, 2009.

CARDOSO, S.R.X.; PEREIRA, J.S. Análise da função respiratória na doença de Parkinson. **Arq Neuro-Psiquiatr.**, v.60, n.1, p.91-95, 2002.

CAMARGOS, A.C.R.; CÓPIO, F.C.Q.; SOUSA, T.R.R.; GOULART, F. O impacto da doença de Parkinson na qualidade de vida: uma revisão de literatura. **Rev Bras Fisiot**, 8(3):267-72, 2004.

CORONAGO, Virginia Maria Mendes Oliveira. **“Papagaio véio não aprende a fala!?”** Um ensaio polifônico sobre os significados das vivências musicais em grupo de idosos portadores de doença de Parkinson. [dissertação]. 99f. Pontifícia Universidade Católica, São Paulo-SP, 2009,

CÔRTE, B.; NETO, P.L. A musicoterapia na doença de Parkinson. **CiênciaSaúdeColetiva**, 16(6):2295-304, 2009.

CRUZ, João Maria da. **Benefícios da caminhada na qualidade de vida de pacientes com doença de Parkinson.** [trabalho de conclusão de curso]. 21f. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, 2016.

EDWARDS, susan. **Fisioterapia neurológica, uma abordagem centrada na resolução de problemas.** Porto Alegre: ArtMed, 2009.

FERRANTE, A.; et al. **Efeito da terapia funcional no tratamento terapêutico do mal de Parkinson.** Unoesc e Ciência-ACBS-Edição Especial, p.47-52, 2014.

FREITAS, Francisca Rosicléia Lima de. **Cinesioterapia no tratamento das disfunções decorrentes da doença de Parkinson.** [dissertação]. 52f. Faculdade FAIPE, Manaus-AM, 2015.

GRAÇA, Pedro Emanuel Semedo. **A importância dos cuidados prestados pelos familiares a um portador de doença de Parkinson.** [trabalho de conclusão de curso]. 79f. Universidade do Mindelo, 2015.



GONÇALVES, G.B.; LEITE, M.A.A.; PEREIRA, J.S. Influência das distintas modalidades de reabilitação sobre as disfunções motoras decorrentes da doença de Parkinson. **Revista Brasileira de Neurologia**, 47(2):22-30, 2011.

GONÇALVES, L.H.T.; BENEDETTI, T.R.B.; LOPES, M.A.; VILELA, A.B.A.; SANTOS, C.A. Vivência corporal para portadores de doença de Parkinson: efeitos na capacidade funcional. **Geriatrics e Gerontologia**, 4(2):62-8, 2010.

GOULART, F.R.P.; et al. O impacto de um programa de atividade física na qualidade de vida de pacientes com doença de Parkinson. **Rev Bras Fisioter**, v.9, n.1, p.49-55, 2005.

GROSSET, D.; TAURAH, L.; BURN, D.J.; MACMAHON, D.; FORBES, A.; TURNER, K.; et al. A multicentre longitudinal observational study of changes in self-reported health status in people with Parkinson's disease left untreated at diagnosis. **J Neurol Neurosurg Psychiatry**, 78:465-9, 2007.

HAASE, D.C.B.V.; MACHADO, D.C.; OLIVEIRA, J.G.D. Atuação da fisioterapia no paciente com doença de Parkinson. **Fisioterapia em Mov**, 21:79-85, 2008.

JONES, D.; GODWIN-AUSTEN, R.B. **Doença de Parkinson**. In: CASH Neurologia para Fisioterapeutas. STOKES, Maria. São Paulo: Premier, p.167-177, 2002.

KANASHIRO, M.G.; FUJIHARA, C.; OLIVEIRA, C.S. **Fatores que contribuem na qualidade de vida dos pacientes com doença de Parkinson**. Ter Man., 7(34):484-7, 2009.

KOCHE, José Carlos. **Fundamentos de Metodologia Científica**: teoria da ciência e prática da pesquisa. 14ª edição, Petrópolis, Editora: Vozes, 1997.

KUSTER, B.J.K.; SILVA, L.A.A.; LEITE, M.T.; COSTA, M.C. Cuidados de Enfermagem aos usuários com doença de Parkinson na atenção básica de saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, 4(1):10-18, 2014.

LANA, R.C.; ÁLVARES, L.M.R.S.; NASCIUTTI-PRUDENTE, C.; GOULART, F.R.P.; TEIXEIRA-SALMELA, L.F.; CARDOSO, F.E. Percepção da qualidade de vida de indivíduos com doença de Parkinson através do PDQ-39. **Rev Bras Fisioter**, v.11, n.5, p.397-402, 2007.

LANGSTON, J.W. Búsqueda de la causa de la enfermedad de Parkinson. **Archivos de Neurologia**, 54: 264-271, 2002.

LI, H.; et al. Nonmotor symptoms are independently associated with impaired health-related quality of life in Chinese patients with Parkinson's disease. **Mov Disor**, v.25, n.16, p.2740-6, 2010.

LIMONGI, J.C.P. **Conhecendo melhor a doença de Parkinson: uma abordagem multidisciplinar com orientações práticas para o dia a dia**. São Paulo: Plexus; 2002.



LIMONGI, J.C.P. Doença de Parkinson. **Rev Bras Med**, 50:1079-1084, 2003.

LIMA-COSTA, M.F.; CAMARANO, A.A. **Demografia e epidemiologia do envelhecimento no Brasil**. In: Moraes EN. Princípios básicos de geriatria e gerontologia. Belo Horizonte: Coopmed, p.01-19, 2008.

LUCAS-CARRASCO, R.; PASCUAL-SEDANO, B.; GALÁN, I.; KULISEVSKY, J.; SASTRE-GARRIGA, J.; GÓMEZ-BENITO, J. Using the WHOQOL-DIS to measure quality of life in persons with physical disabilities caused by neurodegenerative disorders. **Neurodegener Dis**, 8(4):178-86, 2011.

MAIA, F.M. **Avaliação da geração de palavras, em indivíduos com doença de Parkinson, através de ressonância magnética funcional**. [tese]. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo, 2009.

MANAHAS, D.V.; et al. **Perspectiva da Saúde e Doença**. 3ed. Portugal: editora Porto, 2007.

MARTINEZ, Sabrina Lombardi. **Fisioterapia e equoterapia**: análise de seus efeitos sobre o portador de necessidades especiais. São Paulo: Editora Ideias e Letras, 2005.

MEDEIROS, Mylena; DIAS, Emília. **Equoterapia**: bases e fundamentos. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

MEIRA, E.C.; SENA, E.L.S.; SOUZA, A.S.; CORONAGO, V.M.M.O.; GONÇALVES, L.H.T.; SANTOS, E.T.; SORTE, A.A.S.; SANTOS, L.T. Tecnologia assistida de vivências musicais na recuperação vocal de idosos portadores de doença de Parkinson. **Rev Bras Geriatr e Gerontol**, 11(3):341-355, 2008.

MENESES, M.S.; TEIVE, H.A.G. **Doença de Parkinson**: Aspectos clínicos e Cirúrgico. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência da Saúde Coletiva**, 5(1):7-18, 2002.

NAVARRO-PETERNELLA, F.M.; 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**, 20(2):08-15, 2012.

NETO, Pedro Lodovici. **A musicoterapia como tratamento coadjuvante à doença de Parkinson**. [dissertação]. 224f. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo-SP, 2006.

ORTEGA, J.S.; OLIVEIRA, T.L.; OLIVEIRA, D.V.; BENEDETI, M.R.; BERTOLINI, S.M.G. Avaliação da marcha, equilíbrio e qualidade de vida em indivíduos com a doença de Parkinson submetidos ao tratamento por meio da hidroterapia. **Revista Inspirar-Movimento e Saúde**, v.6, n.4, 2014.



PACCHETTI, C.; MANCINI, F.; AGLIERI, R.; FUNDARÓ, C.; MARTIGNONI, E.; NAPPI, G. Active music therapy in Parkinson's disease: an integrative method for motor and emotional rehabilitation. **Psychosom Med**, 62:386-93, 2002.

PAVEI, Alice Zanette. **A equoterapia como recurso fisioterapêutico na doença de Parkinson**. [trabalho de conclusão de curso]. 82f. Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma-SC, 2011.

POEWE, W.; et al. Levodopa in the treatment of Parkinson's disease: an old drug still going strong. **Clin. Interv. Aging**, v.5, p.229-238, 2010.

PRADO, A.L.C.; et al. Avaliação do desempenho motor e cognitivo na doença de Parkinson. **Fisioterapia Brasil**, v.8, n.6, p.420-424, 2007.

QUEIROZ, Fabíola Sousa. **Autocuidado e qualidade de vida de idosas com Parkinson e disfunção miccional**. [dissertação]. 130f. Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Salvador-BA, 2012.

ROSSO, A.L.Z.; NICARETTA, D.H.; MATTOS, J.P. Correlação anatômica-clínica na doença de Parkinson. **Rev Bras Neurol**, v.44, n.4, p.41-47, 2008.

ROWLAND, L.P. **Tratado de Neurologia**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SANTOS, V.V.; LEITE, M.A.A.; SILVEIRA, R.; ANTONIOLLI, R.; NASCIMENTO, O.J.; FREITAS, M.R. Fisioterapia na doença de Parkinson: uma breve revisão. **Rev Bras Neurol**, 46 (2):17-25, 2010.

SEIDL, E.M.F.; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, 20 (2):590-8, 2004.

SILVA, M.F.; et al. Relação entre níveis de atividade física e qualidade de vida de idosos sedentários e fisicamente ativos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.15, n.4, p.635-642, 2012.

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.

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. **Fisioterapia e Movimento**, 24(1):141-6, 2011.

STEIDL, E.M.S.; ZIEGLER, J.R.; FERREIRA, F.V. Doença de Parkinson: revisão bibliográfica. **Ciências da Saúde**, v.8, n.1, p.115-129, 2007.

STEIDE, E.M.S.; ZIEGLER, J.R. Doença de Parkinson: Revisão Bibliográfica. **Ciências da Saúde**, v.8, n.1, p.115-129, 2007.



STOKES, M. **Neurologia para Fisioterapeutas**, traduzido do original em inglês NeurologicalPhysioterapy. Colômbia: Premier, 2002.

SUZUKAMO, Y.; OHBU, S.; KONDO, T.; KOHMOTO, J.; FUKUHARA, S. Psychological adjustment has a greater effect on health-related quality of life than nonseverity of disease in Parkinson's disease. **MovDisord.**, 21(6):761-6, 2006.

VARA, A.C.; MEDEIROS, R. **O tratamento fisioterapêutico na doença de Parkinson – Revisão**. Rev Neuricienc, p.1-7, 2011.

VAZ, R. **Guias de Saúde da doença de Parkinson**. Hospital de São João: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Portugal: editor Porto, 2011.

ZASLAVSKY, C.; GUS, I. **Idosos: doença cardíaca e comorbidades**. Arq Bras Cardiol., v.79, n.6, p.635-639, 2002.



Como citar este artigo (Formato ABNT):

LUZ, Kátia P. S.; CORONAGO, Virgínia M.M.O. A Doença de Parkinson na Pessoa Idosa e a Relação com sua Qualidade de Vida. **Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, Abril de 2017, vol.11, n.35, p.116-136. ISSN: 1981-1179.

Recebido: 18.05.2017

Aceito: 19.05.2017