



ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM DOENÇA DE PARKINSON SUBMETIDOS AO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO NO SOLO E NA ÁGUA

**Karine Franciele Toldo¹; Juliana Barbosa Barroca¹;
Siméia Gaspar Palácio²; Ligia Maria Facci²**

RESUMO: A doença de Parkinson é uma afecção crônica, levando ao aparecimento de sinais e sintomas, que prejudicam a qualidade de vida do portador como tremores, rigidez muscular, bradicinesia. Tanto a cinesioterapia como a hidroterapia são modalidades terapêuticas efetivas para o tratamento dos pacientes com doença de Parkinson. No entanto, ainda não há um consenso sobre quais destas alternativas seja mais eficaz para o tratamento da doença. Sendo assim, este estudo tem por objetivo comparar os efeitos dos tratamentos fisioterapêuticos na piscina aquecida e no solo em relação à qualidade de vida dos pacientes com doença de Parkinson. A amostra constou de 10 pacientes com idade de 45 a 65 anos, deambuladores, com bom nível de compreensão, sem deformidades instaladas e que não apresentavam incontinência urinária e/ou fecal. Para avaliação utilizou-se o Pad-Test, e o questionário de qualidade de vida SF-36. Após a avaliação os indivíduos foram distribuídos em dois grupos, sendo que um deles recebeu o tratamento no solo e o outro na água, com 5 participantes cada grupo. Os atendimentos totalizaram 20 sessões de fisioterapia, com duração de 45 minutos, utilizando o método Isostretching. Ao final do tratamento pode-se observar uma melhora geral na qualidade de vida dos pacientes. Analisando-se os grupos de tratamento não se pode concluir qual o grupo, solo ou água, obteve melhor resultado quando a qualidade de vida entre o pré e o pós tratamento, pois cada grupo foi melhor em quatro das oito dimensões do questionário de qualidade de vida SF-36. Conclui-se que o tratamento fisioterapêutico proposto pela pesquisa seja no solo ou na água apresentou eficácia na melhora da qualidade de vida dos pacientes no geral.

PALAVRAS-CHAVE: Cinesioterapia; Doença de Parkinson; Fisioterapia; Hidroterapia.

INTRODUÇÃO

A doença de Parkinson foi descrita inicialmente em 1817 pelo médico inglês James Parkinson, sendo considerada uma afecção extrapiramidal, degenerativa crônica e progressiva caracterizada pela degeneração e perda constante de células da substância negra do mesencéfalo, ocorrendo uma diminuição da dopamina, afetando principalmente o sistema motor (CHRISTOFOLETTI, 2006; TEIXEIRA e ALOUCHE, 2007).

Para Souza et al. (2007), esta patologia afeta da mesma maneira homens e mulheres, geralmente após os 50 anos. Fahn e Przedborski (2002) relatam predomínio no sexo masculino, com uma proporção de três homens para cada duas mulheres.

A etiologia e etiopatogenia da DP têm sido fonte de numerosas teorias e especulações, permanecendo ainda obscuras. Atualmente consideram-se como fatores etiopatogênicos mais importantes os fatores ambientais associados a uma predisposição genética (BASSETO et al., 2007).

¹ Acadêmicas do curso de Fisioterapia. Departamento de Fisioterapia do Centro Universitário de Maringá – CESUMAR, Maringá – PR. Bolsista do Programa de Bolsas de Iniciação Científica do PIBIC/CNPq-Cesumar, karine_toldo@hotmail.com, julibarroca@hotmail.com

² Docentes do CESUMAR. Departamento de Fisioterapia do Centro Universitário de Maringá – CESUMAR, Maringá – PR, simeiafisio@cesumar.br; ligiafacci@cesumar.br

O início da patologia normalmente é assimétrico, com evolução progressiva das alterações motoras (KÜMMER et al., 2006). Estas, por interferirem na comunicação, na mobilidade e atividades da vida diária dos pacientes, acabam prejudicando a qualidade de vida destes indivíduos.

A Organização Mundial de Saúde, define saúde como sendo o estado de completo bem estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença. Atualmente, esse conceito tornou-se mais amplo, passando-se a utilizar o termo Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) que se refere à percepção que o indivíduo possui em relação à sua doença e de seus efeitos na própria vida, incluindo a satisfação pessoal associada ao bem estar físico, funcional, emocional e social (LANA et al., 2007).

A tríade característica da doença consiste em tremor, rigidez e bradicinesia. O tremor é o sintoma mais freqüente, porém, não o mais incapacitante. O mesmo é rítmico, ocorrendo principalmente quando o membro está em repouso e intensificando-se durante a marcha. No início da doença ocorre em um membro superior ou em um hemicorpo. Após algum tempo o outro lado também é acometido, podendo aparecer no mento, cabeça e lábios. Situações de estresse emocional, esforço mental ou a sensação de ser observado exacerbam o tremor, enquanto o estado de relaxamento e o sono tendem a fazê-lo desaparecer por completo (SCHESTATSKY et al., 2006).

Outro sintoma dessa patologia é a rigidez, ou aumento do tônus muscular, conseqüência do aumento da resistência que o músculo oferece quando um segmento do corpo é deslocado de maneira passiva. Na doença de Parkinson, os músculos tornam-se mais tensos e contraídos e o portador sente-se rígido e com pouca mobilidade (BARBOSA e CARDOSO, 2005).

Completando a tríade característica dos sinais e sintomas, a bradicinesia é definida como a lentidão na execução do movimento. Devido a este fator os membros superiores se movimentam com menor freqüência caracterizando a marcha em bloco. Entretanto, em determinadas situações pode haver aceleração dos passos de forma involuntária, fenômeno denominado de festinação. A bradicinesia é o sintoma mais limitante para o paciente, interferindo nas atividades motoras voluntárias, automáticas e na execução das atividades de vida diária (BARBOSA e CARDOSO, 2005).

Outros sinais e sintomas consistem em fraqueza muscular, contraturas, depressão; distúrbios do sono, cognitivos, da fala, déficit de equilíbrio e da marcha, prejudicando a qualidade de vida do portador como um todo (LANA et al., 2007).

Sendo assim, é com ênfase nas alterações que esta patologia gera em portadores que o tratamento fisioterapêutico vai permitir o desaceleramento do ritmo de progressão da doença e a manutenção da independência do portador por um período mais prolongado, para que ele desfrute de uma melhor qualidade de vida (FAHN e PRZEDBORSKI, 2002).

O Isostretching é um método fisioterapêutico criado por Bernard Redondo na França sendo considerado um complemento ao tratamento dos inúmeros desequilíbrios que afetam a postura, contribuindo para o ganho da amplitude de movimento, da força muscular, melhora da conscientização corporal e da capacidade respiratória (BRANDT et al., 2004).

Assim, tendo em vista os benefícios descritos na literatura a respeito do método, este estudo tem por objetivo analisar os efeitos do tratamento fisioterapêutico na piscina aquecida e no solo em relação a qualidade de vida dos pacientes com doença de Parkinson, utilizando-se do método Isostretching, associados a ambos tratamentos fisioterápicos

MATERIAL E MÉTODOS

Após a aprovação do comitê de ética do CESUMAR (COPEC), foram selecionados 10 pacientes com a Doença de Parkinson na faixa etária de 45 a 65 anos, deambuladores, com bom nível de compreensão, sem deformidades instaladas e que não apresentavam

incontinência urinária e/ou fecal, sendo solicitado aos mesmos a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Para avaliação dos pacientes utilizou-se o Pad-Test, instrumento que permite verificar se o paciente apresenta incontinência urinária e o questionário de qualidade de vida (SF-36), sendo este composto por 36 itens que envolvem a capacidade funcional, os aspectos físicos, a dor, o estado geral da saúde, a vitalidade, os aspectos sociais, emocionais e a saúde mental, com um escore total variando de 0 a 100, onde o zero representa o pior resultado, conseqüentemente, o pior estado de saúde.

Após a avaliação os indivíduos foram distribuídos em dois grupos, sendo que um deles recebeu o tratamento no solo e o outro na água, com 5 participantes cada grupo. Os atendimentos realizados na clínica escola de Fisioterapia do CESUMAR, constaram de 20 sessões, com duração de 45 minutos, realizadas 3 vezes por semana, utilizando o Método Isostretching. Ao término das sessões, os pacientes foram submetidos aos mesmos instrumentos de avaliação para verificação dos resultados alcançados. Os dados obtidos foram analisados pelo teste t student, sendo considerados como resultados estatisticamente significativos os valores cujo p for < 0.05 .

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram estabelecidos 47 contatos telefônicos com pacientes com doença de Parkinson, sendo que 11 não foram encontrados por telefone, nove não quiseram participar por falta de transporte, 15 não preencheram os critérios de inclusão, treze pacientes foram avaliados um foi excluído por apresentar deformidade, um mudou de endereço, tendo realizado quatro sessões e o outro já estava fazendo fisioterapia em outro local.

Terminaram o estudo dez indivíduos, estes foram divididos em dois grupos sendo um de tratamento no solo composto pelos indivíduos 2, 5, 6, 7, 10, e outro de tratamento na água, composto pelos sujeitos 1, 3, 4, 8, 9.

Dos dez pacientes que participaram deste estudo seis eram homens e quatro mulheres, com média de idade de $65,2 \pm 10,2$ anos, e média de tempo de doença de 5,2 anos, todos com marcha festinante, com inclinação anterior de tronco, e passos curtos. Em relação aos tremores, todos apresentavam em pelo menos um dos membros, prevalecendo nos membros superiores.

Observando os resultados obtidos entre a avaliação inicial e final pode ser verificar um bom desempenho dos pacientes participantes. Todos se mostraram interessados na reabilitação e colaborativos com os exercícios propostos pelas sessões.

Foi aplicado um questionário de qualidade de vida SF-36, sendo este composto pelos seguintes domínios: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais e emocionais.

Ao se analisar os resultados gerais de toda amostra verificou-se que a primeira avaliação realizada pelo questionário de qualidade de vida SF-36 não apresentou diferença estatisticamente significativa, caracterizando homogeneidade da amostra inicialmente.

Observou-se também que não houve diferença estatisticamente significativa entre as variáveis analisadas pelo questionário SF-36 entre a avaliação inicial e final. Porém, houve melhora numérica dos domínios quanto a pontuação do pré e o pós tratamento ao se verificar as médias iniciais e finais de cada grupo de tratamento, como visto na tabela 1.

Tabela 1 - Valores referentes às médias alcançadas no questionário de qualidade de vida SF-36 na avaliação inicial e final na amostra total.

	Amostra Total		
	Início	Final	p < 0,05
Capacidade Funcional	69,50%	70%	0,863
Aspectos Físicos	67,5%	70%	0,840
Dor	46,4%	57,90%	0,443
Estado Geral de Saúde	53,40%	57,90%	0,203
Vitalidade	63,40%	78,0%	0,064
Aspectos Sociais	50%	59,0%	0,054
Aspectos Emocionais	62,5%	85%	0,126
Saúde Mental dos pacientes	49,33%	70%	0,234

Ao se analisar os dados entre cada grupo de tratamento (solo e água), da avaliação inicial e final pode-se verificar que o grupo de tratamento solo foi melhor nos domínios capacidade funcional ($p=0,837$), aspecto geral da saúde ($0,147$), saúde mental ($p=0,144$) e dor ($p=0,89$). Ao se analisar o aspecto dor observa-se que o grupo com obteve menor resultado estatístico foi o grupo água ($p=0,24$) porém não se pode considerar este como sendo o melhor resultado pois neste item o menor resultado estatístico significaria um aumento da dor entre o pré e o pós tratamento.

Considerando os resultados obtidos pelo grupo água entre a avaliação inicial e final os resultados mais satisfatórios foram nos itens vitalidade ($p=0,095$), aspectos sociais ($p=0,181$), aspectos emocionais ($p=0,340$) e aspectos físicos ($p=0,778$). A tabela 2 disposta na seqüência ilustra os resultados do grupo submetido ao tratamento aquático e terrestre no pré e pos tratamento.

Tabela 2 - Valores referentes aos resultados alcançados pelo grupo de tratamento água e solo no questionário de qualidade de vida SF-36 entre a avaliação inicial e final.

	Grupo Água			Grupo Solo		
	Início	Fim	p < 0,05	Início	Fim	p < 0,05
Capacidade Funcional	58%	58%	1	87%	82%	0,837
Limitação por Aspectos Físicos	45%	50%	0,778	90%	90%	1
Dor	30,2%	49,4%	0,24	70,6%	84,2%	0,147
Estado Geral de Saúde	56,2%	71,8%	0,504	62,6%	66,4%	0,89
Vitalidade	50%	65%	0,095	50%	53%	0,501
Aspectos Sociais	70%	92,5%	0,181	55%	77,5%	0,244
Aspectos Emocionais	31,98%	53,30%	0,340	66,6%	86,64%	0,426
Saúde Mental dos pacientes	56,80%	63,30%	0,630	53,4%	63,20%	0,144

Jenkinson et al (1995) e Karsen et al (1999) apud Lana et al (2007) observaram uma pior percepção da QV nas dimensões físicas, por meio do SF-36. Tais achados corroboram os do presente estudo onde se encontrou uma pior percepção da qualidade de vida nas dimensões capacidade funcional e aspectos físicos (Tabela 1). Conforme Camargos et al. (2004), tais resultados indicam que as dimensões relacionadas aos aspectos físicos da doença são aquelas em que os parkinsonianos apresentam uma pior percepção da sua qualidade de vida. Os principais sinais e sintomas da doença de Parkinson são motores e os mesmos, somados interferem significativamente, nas aptidões físicas e função nas atividades diárias.

Segundo Lopes et al., a qualidade de vida representa importante consequência da eficácia do tratamento, observou-se ainda que os pacientes deste mesmo estudo apresentaram um aumento da pontuação de todos os itens relacionados a percepção na avaliação inicial e final, sendo concordante com os resultados encontrados no estudo de Lopes et al, onde os pacientes também apresentaram melhora em todas as dimensões do questionário de qualidade de vida SF-36.

CONCLUSÃO

Com este estudo conclui-se que apesar de não se obter resultados estatisticamente significantes com a amostra, pode-se observar uma melhora geral na qualidade de vida dos pacientes com doença de Parkinson participantes do estudo.

Analisando-se os grupos de tratamento não se pode concluir qual o grupo, solo ou água, obteve melhor resultado quando a qualidade de vida entre o pré e o pós tratamento, pois cada grupo foi melhor em quatro das oito dimensões do questionário de qualidade de vida SF-36.

Em suma, o tratamento fisioterapêutico proposto pela pesquisa seja no solo ou na água apresentou eficácia na melhora da qualidade de vida dos pacientes no geral.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, M.T. ; CARDOSO, F.E.C. Epidemiologia e quadro clínico da Doença de Parkinson. IN: FERRAZ, H. B. **Doença de Parkinson: prática clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 103 – 119.

BASSETTO, J. M. et al. Reabilitação vestibular em idosos com Parkinson. **Revista Cefac**, v. 9, n. 2, p. 269-281, 2007.

BRANDT, C.A. et al. Repercussões respiratórias da aplicação da técnica de Isostretching em indivíduos saudáveis. **Revista Fisioterapia Brasil**, Curitiba, v. 5, n. 2, p. 103 – 110, 2004.

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, 267-272, 2004.

CHRISTOFOLETTI, G. et al. Risco de quedas em idosos com Doença de Parkinson e demência de Alzheimer: um estudo transversal. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 10, n. 4, p. 429-433, 2006.

FAHN, S. ; PRZEDBORSKI, S. Parkinsonismo. IN: ROWLAND, L.P. **Merritt Tratado de Neurologia**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002. p. 589 – 602.

KÜMMER, A. et al. Transtorno Esquizoafetivo e doença de Parkinson: uma comorbidade possível? **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.33, n.1, p. 28-31. 2006.

LANA, R.C. et al. Percepção da qualidade de vida em indivíduos com doença de Parkinson através do PDQ-39. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 11, n. 5, p. 397-402, 2007.

SCHESTATSKY, P. et al. Quality of life in a Brazilian sample of patients with Parkinson's disease and their caregivers. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 3, p. 209-211, 2006.

SOUZA, et. al. Quality of life scale in Parkinson's disease. **Arquivo de Neuropsiquiatria**, v. 65, n. 3, p. 787-791, 2007.

TEIXEIRA, N. B.; ALOUCHE, S. R. O desempenho da dupla tarefa na Doença de Parkinson. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 11, n. 2, p. 127-132, 2007.