

O IMPACTO DA DOENÇA DE PARKINSON NA QUALIDADE DE VIDA DE DOIS GRUPOS DE DOENTES – A FISIOTERAPIA COMO DIFERENÇA*

Daniela Alves

Licenciada em Fisioterapia
Faculdade de Ciências da Saúde
Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal
15555@ufp.edu.pt

Fátima Santos

Mestre Assistente
Faculdade de Ciências da Saúde
Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal
fatimas@ufp.edu.pt

RESUMO

O objectivo do estudo foi medir o impacto da Doença de Parkinson na qualidade de vida (QV) de 30 participantes divididos em dois grupos (Grupo1- não faziam Fisioterapia, n=15; Grupo 2 -realizavam Fisioterapia, n=15), através da administração da Parkinson Disease Quality of Life Questionnaire (PDQL). Não se verificaram diferenças entre os resultados dos grupos, excepto no item "sensação de cansaço extremo", em que os indivíduos do Grupo 2 apresentaram melhores resultados relativamente aos do Grupo 1.

PALAVRAS-CHAVE

Doença de Parkinson, Qualidade de Vida, Fisioterapia, PDQL.

ABSTRACT

The aim of this study was to measure the impact of Parkinson's disease on quality of life (QOL) of 30 participants divided in 2 groups (Group1- no physiotherapy, n=15; group 2- performed physiotherapy, n=15) through the administration of Parkinson Disease Quality of Life Questionnaire (PDQL). There were no differences between the results of the groups, except in the item "a feeling of extreme exhaustion", in which individuals from Group 2 showed better results compared to results from individuals of Group 1.

KEYWORDS

Parkinson's disease, Quality of Life, Physiotherapy, PDQL.

* Trabalho baseado no Projecto de Graduação "O efeito da Fisioterapia na qualidade de vida dos doentes de Parkinson", elaborado por Daniela Jesus da Rocha Alves e discutido em 18 de Fevereiro de 2010, para a obtenção da Licenciatura em Fisioterapia.

1. INTRODUÇÃO

A Doença de Parkinson é uma patologia neurodegenerativa crónica, progressiva e idiopática do sistema nervoso central que afecta os gânglios da base e resulta em perturbações do tónus, posturas anormais e movimentos involuntários (Levy e Ferreira 23).

Segundo dados epidemiológicos estima-se que a DP tenha uma prevalência de 128-187/100.000 pessoas, e uma incidência anual de 20/100.000 pessoas (Dibble et al. 752). Em Portugal estima-se que a prevalência desta patologia afecte cerca de 12.000 pessoas. Segundo Associação Portuguesa de Doentes de Parkinson, afecta ambos os sexos com ligeira preponderância para o sexo masculino.

O seu quadro clínico é constituído pela tríade sintomática: tremor, rigidez e bradicinesia (Levy e Ferreira 34), cujas manifestações são devidas a uma perda progressiva de neurónios dopaminérgicos da substância nigra (Schulz e Falkenburger 135). Quando ocorrem os primeiros sinais clínicos cerca de 60% das células produtoras de dopamina na substância nigra degeneraram (Ellis et al. 626). Esta degeneração conduz a uma redução de velocidade dos movimentos sequenciais, particularmente das habilidades motoras como o andar, o equilíbrio, o controle postural, a mobilidade na cama e a deglutição. Ainda são evidenciadas alterações na cognição, no humor e no comportamento (Morris et al. 2).

A progressão da doença varia entre 2 a 30 anos, conduzindo a uma incapacidade grave ou morte (Ellis et al. 626). À medida que a doença progride, os sintomas físicos começam a afectar outros aspectos da vida diária, criando problemas adicionais a nível psicológico e social (Jenkinson et al. 158). A limitação do estado funcional e das actividades da vida diária muitas vezes resulta numa perda de independência e declínio da qualidade de vida (Yousefi et al. 2).

A qualidade de vida é definida como a percepção de um indivíduo relativamente à sua posição na vida, no contexto cultural e dos sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações. Este é um conceito abrangente que incorpora de uma maneira complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e o seu relacionamento com as principais características do ambiente (Qudsten, Heck e Vries 1529).

As limitações motoras relacionadas com a mobilidade e actividades de vida diária possuem uma relação significativa com a percepção geral da qualidade de vida dos indivíduos com DP (Yousefi et al. 2).

No que se refere à intervenção terapêutica na DP, o tratamento médico é essencialmente composto pela terapia de reposição da dopamina (Goede et al. 509). No entanto, o uso prolongado da terapêutica dopaminérgica embora melhore a função motora, resulta em discinésias e flutuações na resposta motora que são irreversíveis. Têm sido publicados diversos estudos sobre os efeitos da medicação e qual a terapêutica medicamentosa que melhor se ajusta às alterações da função motora e outras, durante a progressão da doença. Paralelamente também as intervenções cirúrgicas (cirurgia palidal, subtalâmica e talâmica) apresentam-se como uma outra hipótese de tratamento para os doentes com DP, contudo estas acarretam riscos e não podem ser utilizados na maioria dos casos (Mimoso 44).

Dada a natureza progressiva da DP e a duração relativamente curta da eficácia da medicação simples, é fundamental identificar intervenções de reabilitação que minimizem as consequências da doença (Dibble et al. 752).

Os programas de fisioterapia têm como objectivo desacelerar a progressão da doença (Goodwin et al. 638), impedindo o desenvolvimento de complicações e deformidades secundárias mantendo as capacidades funcionais do paciente, proporcionando o máximo de funcionalidade para a execução de tarefas das actividades da vida diária, com a maior independência possível (Morris 579).

Vários estudos referem benefícios sobre o efeito da Fisioterapia nos doentes com Parkinson, na força muscular, orientação sensorial, redução do número de quedas (Tanaka et al. 436), na marcha, nas actividades da vida diária (Ellis et al. 631; Goede et al. 512; Yousefi et al. 6), no aumento dos efeitos psicossociais do paciente e da sua família (Goede et al. 509) e da socialização e participação de eventos da comunidade (Ellis et al. 631).

Dadas as evidências em diversos estudos realizados sobre os efeitos positivos que a Fisioterapia tem na vida dos doentes de Parkinson (Ellis et al. 631), o objectivo principal deste estudo foi medir o impacto da Doença de Parkinson na qualidade de vida de indivíduos de 2 grupos, em que uns realizavam fisioterapia enquanto outros não a realizavam. Pretendeu-se também caracterizar o tipo de Fisioterapia realizada pelos doentes de Parkinson que participaram no estudo.

2. METODOLOGIA

2.1. TIPO DE ESTUDO

Este estudo é do tipo transversal, comparativo, tendo os dados sido recolhidos nos dias 7 e 12 de Dezembro de 2009.

2.2. AMOSTRA

A amostra de conveniência foi constituída por indivíduos com a Doença de Parkinson inscritos na Delegação do Porto da Associação Portuguesa de Doentes de Parkinson (APDPK), que obedeciam aos seguintes critérios de Inclusão: Doença de Parkinson Idiopática; Estágio I, II, III, IV e V da Doença; Idades compreendidas entre os 55-85 anos. Os critérios de Exclusão foram: Alterações Visuoperceptivas; Doença cognitiva associada e outras doenças neurológicas diagnosticadas.

2.3. PROCEDIMENTOS

A realização do estudo pressupôs o pedido de autorização à delegação do Porto da APDPK, do Mapi Research Trust para a utilização da Escala Parkinson Disease Quality of Life Questionnaire (PDQL) e o consentimento informado dos doentes para participarem no estudo.

Os participantes foram informados sobre a realização do estudo pela delegação do Porto da APDPK numa reunião realizada pela mesma. Aí, foi agendada com os doentes que voluntariamente decidiram participar e obedeciam aos critérios de inclusão, uma data para a apli-

cação dos questionários na delegação. Posteriormente foi preenchido pelo investigador um questionário que continha dados de caracterização dos participantes (idade, sexo, estágio da doença, realização ou não de fisioterapia, a sua frequência, tipo e duração das sessões, anos de realização de fisioterapia, entre outros). Após o questionário, a escala PDQL foi também preenchida pelos doentes.

2.4. INSTRUMENTOS

A PDQL é uma escala que mede o impacto da Doença de Parkinson na qualidade de vida percebida pelos doentes. Apresenta 37 itens divididos em 4 categorias: i) Sintomas Parkinsónicos inclui 14 itens (1, 4, 6, 9, 11, 14, 16, 20, 22, 25, 27, 30, 32, 35); ii) Sintomas Sistémicos inclui sete itens (2, 7, 13, 19, 24, 28 e 33); iii) Função Emocional engloba nove itens (5, 10, 15, 18, 21, 26, 31, 34 e 37) e iv) Função Social engloba sete itens (3, 8, 12, 17, 23, 29 e 36) (Rochow et al. 18; De Boer et al., "Quality" 74). Os itens são os seguintes: 1- ter rigidez muscular, 2 – não se sentir bem fisicamente, 3 – já não conseguir ocupar-se com os seus passatempos 4 – estar tenso/a, 5 – se sentir inseguro/a devido às suas limitações físicas 6 – ter mão(s) trémula(s), 7- se sentir cansado/a ou com falta de energia, 8- ter dificuldade em praticar actividades desportivas ou de tempos livres, 9-ser desajeitado/a, 10-se sentir embarçado/a por causa da sua doença, 11- arrastar os pés, 12- ter de adiar ou cancelar actividades sociais por causa da sua doença, 13- uma sensação de extremo cansaço, 14- ter dificuldade em virar-se (quando anda), 15- recluir o possível avanço da doença, 16- ter dificuldade em escrever, 17- não poder ir de férias como dantes, 18- se sentir inseguro/a quando está com outras pessoas, 19- ter dificuldade em descansar bem de noite, 20- períodos «on/off» [alternância de períodos de boa e má mobilidade relacionados com a sua doença], 21- ter dificuldade em aceitar a sua doença, 22- ter dificuldade em falar, 23- ter dificuldade em assinar o seu nome em público, 24- ter dificuldade em andar, 25-babar-se, 26- se sentir deprimido/a ou sem coragem, 27- ter dificuldade em ficar sentado/a quieto/a [durante muito tempo seguido], 28-ter perdas de urina ou ter de urinar muitas vezes, 29- ter dificuldades nos transportes, 30- fazer movimentos descontrolados e repentinos, 31- ter dificuldade de concentração, 32- ter dificuldade, em se levantar [de uma cadeira, por exemplo], 33- ter prisão de ventre, 34-ter dificuldades de memória, 35- ter dificuldade em se virar na cama, 36- a doença limitar a sua vida sexual e 37- se sentir preocupado/a por [possíveis consequências de] uma operação relacionada com a sua doença (Hobson et al., "Measuring" 346; De Boer et al., "Predictors" 773).

A questão colocada aos doentes é: "*Quantas vezes, nos últimos 3 meses, se sentiu incomodado/a por...*", seguida de cada um dos itens da escala que estes terão de classificar segundo uma escala de 1 a 5 (Rochow et al., 2) correspondente a: 1-Sempre, 2-Frequentemente, 3-Às vezes, 4-Raramente, 5-Nunca (Damiano et al. 240).

A pontuação varia entre 37 e 185, sendo que uma pontuação maior indica um menor impacto da DP na qualidade de vida dos doentes (Rochow et al. 2; Hobson et al., "Measuring" 344; Boer et al., "Predictors" 773). Este questionário demonstrou ser um importante instrumento de avaliação, que reflecte o impacto da DP pela perspectiva do próprio doente (Hobson et al., "Measuring" 341).

A validade de construto, de conteúdo e a consistência interna da PDQL foram consideradas boas (Rito 36), demonstrando uma consistência interna adequada de 0.80-0.87 para as sub escalas avaliadas, e de 0.94 para o score total da escala (De Boer et al., "Quality" 72; Damiano et al. 240).

Esta escala foi traduzida e validada para a população portuguesa em 1999 pelos colaboradores do Mapi Research Trust (Mapi Institute).

2.5. PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A realização do estudo pressupõe o consentimento informado dos doentes em que foi salvaguardada a sua confidencialidade e anonimato segundo a Declaração de Helsínquia.

2.6. PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

Para o tratamento estatístico dos dados foi utilizado o software Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 17.0. A estatística descritiva foi usada para calcular as médias, somatórios e percentagens. Verificou-se a normalidade das distribuições através do teste de Shapiro-Wilk. Recorreu-se ao Test T Student, uma vez que se verificaram os pressupostos da utilização do Teste T para amostras independentes, considerando-se os resultados significativos para um $p \leq 0,05$.

3. RESULTADOS

Na tabela 1 observa-se a comparação dos grupos relativamente à idade dos elementos da amostra.

	GRUPO 1 (n = 15)	GRUPO 2 (n =15)	P
	Média (DP)	Média (DP)	
Idade	65,87 (6,08)	64,33 (5,83)	0,49

TABELA 1 - Comparação dos grupos face à idade dos elementos da amostra (Legenda: Grupo 1 – Não realiza Fisioterapia; Grupo 2 – Realiza Fisioterapia; DP – Desvio de Padrão; P- Nível de significância).

Na tabela 1 podemos observar que a média de idades no Grupo 1 é de 65,87 e no Grupo 2 de 64,33 anos, não existindo diferenças significativas.

SEXO	GRUPO 1 (N = 15)		GRUPO 2 (N =15)	
	N	%	N	%
Masculino	9	60	10	66,7
Feminino	6	40	5	33,3

TABELA 2 - Caracterização dos indivíduos da amostra por sexo (Legenda: Grupo 1 – Não realiza Fisioterapia; Grupo 2 – Realiza Fisioterapia).

Podemos verificar na tabela 2 que o Grupo 1 e 2 são constituídos, respectivamente, por 60% e 66,7% de elementos do sexo masculino. Relativamente aos elementos do sexo feminino, verifica-se a presença de 40% mulheres no grupo 1 e 33,3% no grupo 2.

Na Tabela 3 apresentamos a caracterização dos elementos da amostra por estágio da doença. Segundo a Escala de Hoehn e Yahr, a doença de Parkinson divide-se nos seguintes Estádios: Estádio 1 – Doença Bilateral; Estádio 2 – Doença bilateral sem sinais axiais; Estádio

3 – Doença bilateral de ligeira a moderada, com alguma instabilidade postural, independente fisicamente; Estádio 4 – Doença marcada, necessita de ajuda para algumas ou todas as Actividades da Vida Diária (AVD's), consegue estar de pé e andar sem ajuda, impossível viver sozinho e Estádio V – cadeira de rodas ou acamado, se não tem ajuda (Levy 14).

Caracterização dos indivíduos da amostra relativamente ao Estádio da Doença						
				Grupo 1	Grupo 2	Total
				(que não realiza Fisioterapia)	(Realiza Fisioterapia)	
Estádio da Doença	Estádio 1	N		2	2	4
		%		13,3%	13,3%	13,3%
	Estádio 2	N		5	9	14
		%		33,3%	60,0%	46,7%
	Estádio 3	N		7	4	11
		%		46,7%	26,7%	36,7%
	Estádio 4	N		1	0	1
		%		6,7%	,0%	3,3%
	Total	N		15	15	30
		%		100,0%	100,0%	100,0%

TABELA 3 - Caracterização dos indivíduos da amostra relativamente ao Estádio da Doença.

Como observado na Tabela 3, não existem indivíduos da amostra no Estádio 1 e Estádio 4 da doença em ambos os grupos. Relativamente ao Estádio 1, existe o mesmo número de elementos em ambos os grupos ($n=2$). No Estádio 2 verifica-se que o Grupo 1 (não faz Fisioterapia) tem mais elementos ($n=9$) do que o Grupo 2 (faz Fisioterapia) ($n=5$), contrariamente ao que ocorre no Estádio 3 da doença, em que o Grupo 2 tem mais elementos ($n=7$) do que o Grupo 1 ($n=4$). O Estádio 4 tem apenas um elemento ($n=1$) que pertence ao Grupo 2.

Em termos gerais na amostra, os indivíduos estão distribuídos pelos Estádios 1, 2, 3, e 4, sendo a sua constituição respectivamente de 13,3%, 46,7%, 36,7% e 3,3%.

		N	%
Frequência Semanal	2/semana	3	20
	3/semana	10	66,6
	5/semana	2	13,4
	Total	15	100
Duração da Sessão de Fisioterapia	50 Minutos	4	26,6
	60 Minutos	11	73,4
	Total	15	100
Fisioterapia em Grupo ou Individual	Fisioterapia em Grupo	9	60
	Fisioterapia Individual	6	40
	Total	15	100
Número de anos que faz Fisioterapia	Inferior ou igual a 1ano	2	13,4
	2 anos	4	26,6
	3 anos	3	20
	4 anos	3	20
	5 ou mais anos	3	20
	Total	15	100

TABELA 4 - Caracterização das sessões de fisioterapia (Grupo 2) [Legenda: N=número de indivíduos].

Como observado na Tabela 4, relativamente ao Grupo de indivíduos que faz Fisioterapia (Grupo 2), verifica-se que a maioria dos indivíduos (66,6%; N=10) realiza três sessões semanais, 20% (N=3) fazia 2 sessões semanais e 13,4% (N=2) cinco sessões semanais.

Quanto à duração da sessão de Fisioterapia verifica-se que 73,4% (N=11) dos indivíduos realizam sessões de 60 minutos e 26,6% (N=4) dos indivíduos efectuavam 50 minutos de tratamento.

Nesta tabela pode-se observar que a maioria dos indivíduos (60%; N=9) faz Fisioterapia em Grupo, enquanto os restantes 40% (N=6) fazem Fisioterapia individualmente. Relativamente ao número de anos que estes indivíduos realizam Fisioterapia, verifica-se que 13,4% (N=2) dos indivíduos fazem há um período menor ou igual há um ano, 26,6% (N=4) fazem-no há dois anos, e 60% (n=9) fazem há três ou mais anos.

A seguir são apresentados os resultados da comparação dos 2 grupos relativamente aos scores da escala PDQL (Tabela 5).

	GRUPO 1 (n=15)	GRUPO 2 (n=15)	
PDQL Score	Média	Média	P
Sintomas Parkinsonicos	43,27	48,20	0.21
Sintomas Sistémicos	20,07	23,87	0.05
Função Emocional	26,13	28,20	0.43
Função Social	20,53	23,87	0.12
Total Score	110	124,13	0.23

TABELA 5 - Comparação dos resultados da escala PDQL entre o Grupo 1 e o Grupo 2 (Legenda: Grupo 1 – Não realiza Fisioterapia; Grupo 2 – Realiza Fisioterapia).

Na Tabela 5 observa-se que o Grupo 2 tem um score total e o score das sub-escalas superiores ao Grupo 1, porém estas diferenças não são significativas, excepto na dimensão Sintomas Sistémicos ($p=0,05$).

Sub-escala Sintomas Sistémicos	GRUPO 1 (n=15)	GRUPO 2 (n=15)	P
	Média	Média	
Item 2	2,87	3,27	0,19
Item 7	2,60	3,27	0,06
Item 13	3,00	3,80	0,049
Item 19	2,93	3,53	0,17
Item 24	3,00	3,27	0,57
Item 28	3,27	3,53	0,53
Item 33	2,40	3,20	0,12
Total do Score	20,07	23,87	0,05

TABELA 6 - Comparação dos Resultados dos itens da Sub-escala Sintomas Sistémicos entre o Grupo 1 e o Grupo 2 (Legenda: Grupo 1 – Não realiza Fisioterapia; Grupo 2 – Realiza Fisioterapia).

Como se observa na Tabela 6, os elementos do grupo 2 apresentam melhores resultados do que os do grupo 1, sendo apenas essa diferença significativa ($p=0,49$) no item 13 da sub-escala (“uma sensação de extremo cansaço”).

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Da análise dos resultados verifica-se que o Grupo 1 tem uma média de idades de 65,87 e o Grupo 2 de 64,33, não existindo diferenças significativas entre os dois grupos ($p=0,049$). Relativamente ao sexo, observa-se uma predominância de indivíduos do sexo masculino no total da amostra (63,3%) comparativamente com os elementos do sexo feminino (37,7%), salientando-se também esse predomínio em cada um dos grupos, o que está de acordo com os dados da Associação Portuguesa de Doentes de Parkinson e os resultados de estudos em que se constata que o número de homens é superior a 55% (Hobson, “The Parkinson’s” 243; Ellis 630; Reuther 109).

Quanto ao Estádio da Doença verifica-se que não existem elementos da amostra no Estádio 0 e Estádio 5. Os elementos da amostra dividem-se pelos Estádios 1, 2, 3 e 4 sendo a sua constituição de 13,3%, 46,7%, 36,7% e 3,3%. Estes resultados vão de encontro ao estudo de Ellis (630) em que a maioria dos elementos que participavam no estudo estava no Estádio 2, ao contrário do verificado nos estudos de Reuther (109) e Yousefi (3) em que a amostra era constituída por mais elementos do Estádio 3.

Quanto à caracterização da Fisioterapia verificou-se que a maioria dos indivíduos realizava Fisioterapia 3 vezes por semana (66,6%) e tinha uma duração de 60 minutos cada sessão (73,4%). Segundo a Association of Physiotherapists in Parkinson’s Disease Europe, a frequência e a duração das sessões de tratamento dependem fortemente da necessidade e potencialidade do paciente e da sua resposta ao tratamento, o que poderá sugerir que os indivíduos da amostra poderiam ter mais necessidade de realizar Fisioterapia quer em número de sessões semanais, quer a nível da duração de cada uma delas.

Quanto ao tipo de Fisioterapia verifica-se que a maioria dos indivíduos (60%) faz Fisioterapia em grupo, o que vai de encontro ao defendido por Gillison (1707) que refere que a terapia em grupo tem vantagens a nível psicológico. Opinião contrária foi defendida por Morris (5) e Boelen (260) que afirmam que o tratamento de pessoas com DP deve ser realizado individualmente, tendo em conta a sua medicação, o seu nível de desempenho e os seus objectivos.

Quanto ao número de anos que efectuem fisioterapia, a maioria dos indivíduos (60%; N=9) realizam-na há um período igual ou superior a três anos. Segundo Ellis (632), as pessoas com necessidade de intervenção terapêutica devido a doenças degenerativas devem realizar Fisioterapia durante um longo período de tempo, de modo a manter os ganhos. Gillison (1707) constata ainda que os pacientes referem uma melhoria da qualidade de vida geral e psicológica em terapia continuada.

Quando comparados os grupos relativamente aos *scores* da escala PDQL verifica-se uma ligeira diferença entre os *scores* totais obtidos, apresentando o Grupo 1 uma média de 110 e o Grupo 2 uma média de 124,13, porém esta diferença não foi significativa ($p=0,23$), ao contrário dos resultados obtidos em vários estudos que verificaram diferenças significativas entre os grupos que realizavam Fisioterapia comparativamente aos grupos que não realizavam (Yousefi 4; Reuther 110). O mesmo aconteceu nas sub-escalas Sintomas Parkinsónicos (Grupo1, $\mu=43,27$; Grupo 2, $\mu=48,20$ com $p=0,21$), Função Emocional (Grupo1, $\mu= 26,13$; Grupo 2, $\mu=28,20$ com $p=0,43$), e Função Social (Grupo1, $\mu=20,53$; Grupo 2, $\mu=23,87$, com $p=0,12$) em que as diferenças entre os resultados dos grupos não foram significativas.

Contudo, estes dados contradizem, na sua grande maioria, os resultados de outros estudos. No estudo de Yousefi (2), cujo objectivo foi avaliar a percepção do estado de saúde de doentes de Parkinson após um programa de dez semanas de fisioterapia, foram encontradas diferenças significativas entre os resultados do grupo que fazia fisioterapia comparativamente com o que não fazia, no score total da PDQL e em todas as sub-escalas, excepto na da Função Emocional. Já na investigação prospectiva (*follow-up* 12 meses) realizada por Reuther (110), os resultados dos indivíduos que efectuaram fisioterapia foram, aos 3 meses, significativamente superiores aos dos que não faziam fisioterapia, somente na sub-escala Sintomas Parkinsónicos da PDQL, sendo que no final do estudo (após 12 meses) os resultados do score total da mesma escala e de todas as sub-escalas, excepto o da Função Social, foram significativamente superiores nos elementos da amostra que realizavam Fisioterapia. De salientar que os estudos citados foram longitudinais o que permitiu uma comparação entre os resultados antes e após a intervenção da fisioterapia enquanto no nosso estudo, tal não foi possível pois foi de carácter transversal, o que poderá ter influenciado os resultados. Outra possível explicação para os resultados obtidos no estudo é o facto de, na amostra, existirem mais elementos do Grupo 2 no Estádio 3 ($n=7$) e 4 ($n=1$) da doença do que no grupo 1 (Estádio 3, $n=4$; Estádio 4: $n=0$), o significa que os primeiros apresentavam mais alterações posturais e de movimento, dado que poderá ter condicionado a percepção dos doentes sobre o impacto da doença na sua qualidade de vida e consequentemente, nos resultados dos *scores* da PDQL.

Relativamente à categoria Sintomas Sistémicos, verificou-se que os elementos do grupo 2 (que faziam fisioterapia), embora tivessem apresentado resultados superiores aos do grupo 1 (não faziam fisioterapia), estes só foram significativos no item "sensação de extremo cansaço" o que poderá prever que a realização de fisioterapia poderá ter diminuído a percepção de fadiga, contribuindo para uma melhor tolerância ao esforço, no entanto o tipo do presente estudo não permite fazer essa inferência.

5. CONCLUSÃO

No presente estudo os indivíduos do Grupo 2 (realizavam Fisioterapia) apresentaram resultados significativamente superiores no item “sensação de cansaço extremo” da sub-escala Sintomas Sistêmicos da PDQL, em relação aos do Grupo 1 (não realizavam Fisioterapia). O estudo apresenta como limitações o tamanho reduzido da amostra, a selecção dos indivíduos ter sido efectuada por conveniência e o seu carácter transversal. Futuramente sugere-se a realização estudos longitudinais, com uma amostragem aleatória, que avaliem a influência da intervenção da fisioterapia no impacto da doença de Parkinson através da PDQL e de outras escalas específicas para a Doença de Parkinson (por. ex. a Unified Parkinson’s Disease Rating Scale). Importa salientar que futuras investigações deverão considerar o tipo de tratamento de Fisioterapia realizado, assim como a realização de outras terapias pelo movimento concomitantes com este ou anteriormente realizadas.

6. BIBLIOGRAFIA

Boelen, Miriam. “The Role of Rehabilitative Modalities and Exercise in Parkinson’s Disease.” *Movement Disorders Society* 53.5 (2007): 259-64.

Coelho, Maria Helena. “A doença de Parkinson.” *Associação Portuguesa de Doentes de Parkinson*. 2007. Internet. 5 Jan. 2010. <<http://www.parkinson.pt/?lop=conteudo&op=3988c7f88ebcb58c6ce932b957b6f332&id=66f041e16a60928b05a7e228a89c3799>>.

Damiano, Anne, et al. “A Review of Health-Related Quality of Life Concepts and Measures for Parkinson Disease.” *Quality of Life Research* 8.3 (1999): 235-43.

De Boer, Angela, et al. “Predictors of Health Care Use in Patients with Parkinson’s Disease: a Longitudinal Study.” *Movement Disorders Society* 14.5 (1999): 772-79.

De Boer, Angela, et al. “Quality of Life in Patients with Parkinson’s Disease: Development of a Questionnaire.” *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry* 61.1 (1996): 70-74.

Dibble, Leland, et al. “High Intensity Eccentric Resistance Training Decreases Bradykinesia and Improves Quality of Life in Persons with Parkinson’s Disease: a Preliminary Study.” *Parkinsonism and Related Disorders* 15.10 (2009): 752-57.

Ellis, Terry, et al. “Efficacy of a Physical Therapy Program in patients with Parkinson’s Disease: a Randomized Controlled Trial.” *Archives Physical Therapy Rehabilitation* 86.4 (2005): 626-32.

Gillison, Fiona, et al. “The Effects of Exercise Interventions on Quality of Life in Clinical and Healthy Population, a Meta Analysis.” *Social Science and Medicine* 68.9 (2009): 1700-10.

Goede, Cees, et al. “The Effects of Physical Therapy in Parkinson’s Disease: a Research Synthesis.” *Archives Physical Therapy Rehabilitation* 82.4 (2001): 509-15.

Goodwin, Victoria, et al. “The Effectiveness of Exercise, Interventions for People with Parkinson Disease: Systematic Review and Meta-Analysis.” *Movement Disorders Society* 15 (2008): 451-460.

Hobson, J., N. Edwards, e R. Meara. "The Parkinson's Disease Activities of Daily Living Scale: a New Simple and Brief Subjective Measure of Disability in Parkinson's Disease." *Clinical Rehabilitation* 15.3 (2001): 241-46.

Hobson, Peter, Arthur Holden, e Jolyon Meara. "Measuring the Impact of Parkinson's Disease with the Parkinson's Disease Quality of Life Questionnaire." *Age and Aging* 28.4 (1999): 341-46.

Jenkinson, Crispin, Ray Fitzpatrick, e Viv Peto. "Health-Related Quality of life Measurement in Patients with Parkinson's Disease." *Pharmacoeconomics* 15.2 (1999): 157-65.

"KNGF Guidelines for Physical Therapy in Patients with Parkinson's Disease." *Association Physiotherapist in Parkinson Disease in Europe*. 2004. Internet. 15 Jan. 2010. <<http://www.appde.eu/EN/pdfs/Dutch%20Parkinson%27s%20Physiotherapy%20Guidelines.pdf>>.

Levy, A. Ferreira, J. *Doença de Parkinson: Manual prático*. Lisboa: Edições Lidel, 2003.

Mimoso, Teresa. "Intervenção nos utentes com a doença de Parkinson." *EsssFisiOnline* 2.2. (2006). Internet. 11 Jan. 2010. <http://www.afisioterapia.com/artigos/pdf/AF1_2_27-45.pdf>.

Morris, Meg, et al. "Quantifying the Profile and Progression of Impairments, Activity, Participation, and Quality of Life in People with Parkinson's Disease: Protocol for a Perspective Cohort Study." *BMC Geriatrics* 9.2 (2009): s.p.

Morris, Meg. "Movements Disorders in People with Parkinson Disease: a Model for Physical Teraphy" *Physical Therapy* 80.6 (2000): 578-97.

Oudsten, Brenda, Guus Van Heck, e Joland Vries. "Quality of Life and Related Concepts in Parkinson's Disease: a Systematic Review." *Movement Disorders Society* 22.11 (2007): 1528-37.

Reuther, M., et al. "Assessing health-related quality of life in patients with Parkinson's disease in a prospective longitudinal study." *Parkinsonism and Related disorders* 13 (2007): 108-14.

Rito, M. "Doença de Parkinson: instrumentos avaliativos." *Arquivos de fisioterapia - A revista portuguesa de fisioterapia* 1.2 (2006): 27-45.

Rochow, S., A. Blackwell, e V. Brown. "Quality of Life in Parkinson's Disease: Movement Disorders Clinic vs General Medical Clinics - a Comparative Study." *Scottish Medical Journal* 50.1 (2005): 18-20.

Schulz, Jorg, e Bjorn Falkenburger. "Neuronal Pathology in Parkinson Disease." *Cell and Tissue Research* 318.1 (2004): 130-37.

"Specific Questionnaires: Nervous System Diseases." *Mapi Institute*. 5 Jan. 2010. <<http://www.mapi-institute.com/questionnaires-and-translation/ourcatalog/125-specific-questionnaires-neurology>>.

Tanaka, Kátia, et al. "Benefits of Physical Exercise on Executive Functions in Older People with Parkinson Disease." *Brain and Cognition* 69.2 (2009): 435-41.

Yousefi, Bahram, et al. "Exercise Therapy, Quality of Life, and Activites of Daily Living Patients with Parkinson Disease: a Small Scale Quasi-Randomised Trial." *Trials* 10 (2009): s.p.