

ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM DOENÇA PARKINSON

Analysis of quality of life in patients with Parkinson's disease

Luciana Dias Belchior¹; Betina Santos Tomaz²; Delijane Ponte Dias Aragão³; Ingrid Correia Nogueira⁴; Maria Ayrtes Ximenes Ponte Colaço⁵; Maira de Oliveira Viana⁶

RESUMO

Contextualização: A Doença de Parkinson (DP) é uma doença crônica e degenerativa do sistema nervoso central que resulta da morte de neurônios motores da substância negra, acarretando diminuição da dopamina na via nigroestriatal. É caracterizada por quatro sinais clínicos clássicos como o tremor de repouso, rigidez, bradicinesia e instabilidade postural. **Objetivo:** Analisar a qualidade de vida dos pacientes acometidos por DP. **Metodologia:** Estudo transversal de caráter quantitativo realizado na Universidade de Fortaleza – UNIFOR, no período de janeiro a Março de 2014. Para mensuração da qualidade de vida foi utilizado como instrumento o WHOQOL-BREF em 12 pacientes com DP. **Resultados:** Os doze pacientes (seis do sexo feminino, e seis do sexo masculino), apresentaram idade média de $69,2 \pm 11,3$. Todos os indivíduos avaliados apresentaram déficits mensurados pelo WHOQOL-BREF. Verificou-se que os domínios mais acometidos foram o domínio físico com $51,4 \pm 20,8$ e o domínio ambiental com $59,6 \pm 14,9$. **Conclusão:** Pacientes com doença de Parkinson apresentaram comprometimento na qualidade de vida, podendo ser explicado pelas manifestações clínicas provocadas pela doença, que causam danos em sua independência e autonomia.

Palavras-chave: Doença de Parkinson, qualidade de vida, fisioterapia.

ABSTRACT

Background: Parkinson Disease (PD) is a chronic degenerative disease of the central nervous system that results in the death of motor neurons in the substantia nigra, resulting in decreased dopamine in the nigrostriatal pathway. It is characterized by four classic signs such as resting tremor, rigidity, bradykinesia and postural instability. **Objective:** To analyze quality of life of patients affected by PD. **Method:** Cross-sectional and quantitative survey developed at the Universidade de Fortaleza - UNIFOR, on January to March, 2014. To measure quality of life, the instrument used was the WHOQOL-BREF. Twelve patients with PD participated in this research. **Results:** This research include twelve patients (six females and six males) with average age of $69.2 (\pm 11.3)$ years old. All subjects evaluated had deficits measured by WHOQOL-BREF. It was found that the most affected domains were physical with $51.4 (\pm 20.8)$ scores and the environmental with $59.6 (\pm 14.9)$ scores. **Conclusion:** Patients with Parkinson's Disease had impaired quality of life, that may be explained by the clinical manifestations of this disease, causing damages to their independence and autonomy.

Keywords: Parkinson Disease. Quality of Life. Physiotherapy

1. Fisioterapeuta, Doutora em Farmacologia Clínica e Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade de Fortaleza (UNIFOR)
2. Discente do curso de Fisioterapia pela Universidade de Fortaleza
3. Fisioterapeuta, Graduada pela Universidade de Fortaleza
4. Fisioterapeuta, Doutoranda em Ciências Médicas pela Universidade Federal do Ceará (UFC)
5. Fisioterapeuta, Diretora da Faculdade Inspirar de Fortaleza, Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade de Fortaleza
6. Fisioterapeuta, Doutoranda em Ciências Médicas pela Universidade de São Paulo

AUTOR CORRESPONDENTE:

Luciana Dias Belchior
Av. Washington Soares, 1321, Edson Queiroz – Fortaleza-Ce.
E-mail: ldbelchior@unifor.br

INTRODUÇÃO

Na medida em que a expectativa de vida vai aumentando e a população envelhecendo, deparamo-nos com um novo perfil epidemiológico, onde há um aumento de doenças crônicas e degenerativas que são típicas de idades mais avançadas. Tais afecções são caracterizadas por períodos de agravamento continuado, um sofrimento para o portador e todo seu grupo familiar, além de estarem se tornando uma grande preocupação aos profissionais da saúde, já que a maior parte dos recursos financeiros do serviço público ainda tem o enfoque curativo e de reabilitação¹.

A Doença de Parkinson (DP) é uma doença crônica e degenerativa do sistema nervoso central que resulta da morte de neurônios motores da substância negra, acarretando diminuição da dopamina na via negroestriatal. Essa é uma doença de progressão lenta², tendo prevalência de 1% a 2% na população mundial e de 3% nos brasileiros. É uma enfermidade que atinge todos os grupos étnicos e classes sociais, sendo a mortalidade mais ligada as frequentes quedas devida alteração na marcha. Estima-se que até o ano de 2020, mais de quarenta milhões de pessoas no mundo poderão ser acometidos pela doença, já que sua prevalência e incidência aumentam com a idade³.

A DP é um dos distúrbios de movimento que mais acomete os idosos. É caracterizada por quatro sinais clínicos essenciais: tremor de repouso, rigidez, bradicinesia e instabilidade postural. Apresenta como manifestações secundárias incoordenação motora, micrografia, embaçamento da visão, disartria, edema, sialorréia, face em máscara, deformidade de mão e pé, distonia, escoliose, cifose, demência, depressão⁴.

Quanto ao tratamento medicamentoso, ainda não existem drogas capazes de interromper o curso da doença nem de evitá-la. Os medicamentos existentes visam o controle dos sintomas com o objetivo de manter o portador com autonomia, independência funcional e equilíbrio psicológico, o que se obtém com a reposição de dopamina estriatal. A administração de levodopa é a terapia medicamentosa mais recomendada no controle satisfatório dos sintomas. Geralmente, é necessário associar outros medicamentos para potencializar a ação da levodopa ou para combater os efeitos colaterais, como náuseas, vômitos e arritmias cardíacas⁵. Todos estes fatores associados geram um impacto negativo na qualidade de vida de pessoas com DP^{2,5,6}.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a qualidade de vida (QV) é definida como a percepção do indivíduo em relação a sua vida, no contexto da cultura, sistemas de valores nos quais ele vive e aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações⁷.

Desde os primeiros sinais da DP poderá ocorrer um comprometimento da qualidade de vida desses indivíduos, declinando, ao passo, da progressão desses sintomas e das complicações advindas do tratamento. O tempo da doença também se mostrou um fator negativo que altera a qualidade de vida, pois, quanto maior o tempo da doença menos desempenho o parkinsoniano terá em suas atividades, sejam elas motoras ou cognitivas⁸.

Assim, compreender a que ponto esses fatores influenciam na qualidade de vida desses indivíduos se torna relevante para que os profissionais da área da saúde tenham um conhecimento aprofundado sobre a patologia, para que possam buscar estratégias de intervenção adequada visando à diminuição do impacto da doença sobre esses aspectos. Por se tratar de uma patologia

com uma alta incidência e de grande impacto sobre a saúde da população, o presente estudo teve como objetivo analisar a qualidade de vida em pacientes com Doença de Parkinson.

MÉTODOLOGIA

Foi realizado uma pesquisa transversal, com abordagem quantitativa, realizada na Universidade de Fortaleza – UNIFOR no período de abril de 2014. Esta pesquisa seguiu os preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde⁹ e do código de ética do fisioterapeuta e terapeuta ocupacional – Resolução COFFITO-1010, sendo aprovada pelo comitê de ética da Instituição com parecer N° 957.698. Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Participaram do estudo pacientes com diagnóstico de DP, em atendimento no Hospital Geral de Fortaleza (HGF). Seriam excluídos os indivíduos que apresentaram diagnóstico clínico de demência ou transtornos psiquiátricos, dificuldades na fala e audição ou qualquer outro fator que interferisse no entendimento das questões. No entanto, como não tivemos nenhum pacientes com essas características, 100% da amostra foi aproveitada.

A coleta foi realizada em um ambiente propício para o preenchimento do questionário pelos participantes, onde os mesmos consumiram em média, de 10 a 15 minutos para respondê-lo. Diante da dificuldade de leitura ou entendimento da questão, o examinador fez a leitura da mesma novamente para o paciente e explicou-a de forma coerente, sem induzir a resposta.

Para mensuração da QV foi utilizado o Word Health Organization Quality of Life Instrument Brief (WHOQOL-BREF) que constava de 26 questões, sendo duas questões referentes à qualidade de vida global e estado de saúde geral e as demais representaram cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original. Assim o WHOQOL-bref foi composto por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio-ambiente^{7,11}.

Os dados foram analisados no programa estatístico SPSS, versão 13.0, através da estatística descritiva. Os resultados foram expressos em média e desvio padrão.

RESULTADOS

Foram avaliados 12 pacientes, sendo seis do sexo masculino e seis do sexo feminino, com idade média $69,2 \pm 11,3$ anos. Ao avaliar a média de idade entre os sexos, observou-se que o sexo masculino apresentava uma média de $71,7 (\pm 7,4)$ e o sexo feminino $66,8 (\pm 18,9)$.

Ao analisar os domínios físico, psicológico, social e ambiente encontrou-se uma média de $51,4 \pm 20,8$; $62,1 \pm 21,7$; $65,2 \pm 15,8$; $59,6 \pm 14,9$ respectivamente. (Tabela 1)

Tabela 1 – Média dos valores obtidos após a aplicação do questionário de qualidade de vida da World Health Organization Quality of Life Instrument Bref (WHOQOL-BREF)

Domínio	Pontuação
Físico	51,4 ± 20,8
Psicológico	62,1 ± 21,7
Relação Social	65,2 ± 15,8
Ambiental	59,6 ± 14,9

DISCUSSÃO

Neste estudo, observou-se que a idade média dos voluntários foi 71,7 ($\pm 7,4$) anos para o sexo masculino e 66,8 ($\pm 18,9$) anos para o sexo feminino. Na presente amostra houve uma distribuição igualitária entre os gêneros. No estudo de Navarro-Peternella e Marcon¹², o sexo masculino foi o mais acometido. Embora a literatura aponte não existir diferença na incidência da doença entre os sexos¹³, existe uma tendência de maior acometimento entre os homens^{5,14}.

Bagatini et al.¹⁵ evidenciou, em seu estudo experimental, uma analogia à possível prevalência do gênero masculino, possivelmente devido à atuação neuroprotetora dos hormônios sexuais femininos, que parecem promover menor suscetibilidade à perda dopaminérgica.

Todos os indivíduos avaliados apresentaram déficits mensurados pelo WHOQOL-BREF. Essas diminuições podem ser atribuídas a fatores resultantes da progressão da DP e sua influência negativa sobre a qualidade de vida⁸.

A DP é vista, no século XXI, não apenas como uma patologia crônica, degenerativa e progressiva, mas também que envolve sintomas neurocognitivos, o que gera dependência e barreiras financeiras, sociais e instrumentais, limitando o acesso ao cuidado e comprometendo a qualidade de vida. Apoio psicossocial de ajuda à gestão da doença, planejamento do futuro, estratégias de bem estar e alterações de estilo de vida com atividades físicas são classificados como altamente necessários por tais sujeitos¹⁶.

Os dois domínios que apresentaram maiores níveis de comprometimento foram o “físico” e o “ambiente”, sendo respectivamente 51,4 \pm 20,8 e 59,6 \pm 14,9.

Os baixos escores apresentados no domínio físico podem ser explicados pela baixa capacidade aeróbica e força muscular que apresentam os pacientes acometidos por DP, o que acarreta uma baixa tolerância ao exercício, sendo provável que eles tenham problemas para realização de atividades ocupacionais refletindo em uma diminuição nas habilidades diárias¹⁷.

De acordo com o estudo de Valduga et al.¹⁸ os aspectos

físicos podem ser considerados um dos grandes responsáveis pela piora da QV dos indivíduos com DP, pois agem como precursores de limitações em outras dimensões. As limitações físicas certamente afetam emocionalmente o indivíduo, uma vez que este não consegue realizar suas atividades ocupacionais referentes a mobilidades e AVDs e, conseqüentemente, perde sua independência.

Com relação ao domínio ambiente, que abrangem as limitações relacionadas ao lazer e segurança, houve uma leve redução dos escores. No que concerne o estudo de Martins e Magno¹⁷ a este domínio, existe uma relação importante com a dependência ou não do idoso, onde um ambiente seguro faz com que o indivíduo tenha maior autonomia de realizar sua AVDs, evitando conseqüentemente problemas com a mobilidade e com um mau condicionamento físico.

Lageman et al.¹⁶ realizou um estudo mostrando que há barreiras relacionadas com as necessidades primárias do paciente e que este precisa ser treinado para desenvolver determinados serviços, sugerindo que há necessidade de ações coadjuvantes para melhorar a qualidade de vida de pacientes com Parkinson mesmo nos grandes centros urbanos.

O domínio psicológico apresentou um escore médio de 62,1 \pm 21,7 e refere-se ao estado emocional do indivíduo frente às variáveis do meio. O domínio psicológico é considerado um dos mais importantes para a qualidade de vida em pacientes com DP. Além disso, o desenvolvimento de sintomas depressivos no decurso da doença, muito mais prevalentes em pacientes com DP do que na população em geral, são determinantes nas escores dos domínios psicológicos⁴.

O conceito de qualidade de vida engloba seções objetivas ou não de felicidade e satisfação pessoal e perante o ambiente, assim como a percepção de futuro no contexto de possíveis limitações¹⁹. A depressão, no contexto dos sintomas não motores da DP, parece aumentar com a gravidade do prejuízo cognitivo²⁰.

O domínio menos afetado foi o social atingindo um escore de 65,2 \pm 15,8. Este item reflete a condição de saúde física para realização das atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos. Desta forma indica que apesar da doença e

da circunstância em que se deparam os pacientes conseguem desempenhar atividades sociais normais, sugerindo que os pacientes tenham se adaptado com as incapacidades¹².

Quando um indivíduo é afetado por uma doença crônica, não é somente o fator patológico que influencia, no entanto também o sexo, a idade, religião e ainda sua adequação à vida após a doença¹³.

CONCLUSÃO

Pacientes com doença de Parkinson apresentaram comprometimento na qualidade de vida, podendo ser explicado pelas manifestações clínicas provocadas pela doença, que causam danos em sua independência e autonomia.

A partir da opinião/percepção dos pacientes sobre a qualidade da vida que os circunda, se pode propor estratégias para a implantação de projetos dirigidos aos fatores condicionantes de qualidade de vida e saúde, contribuindo para um tratamento mais adequado.

Sugere-se que sejam feitas novas pesquisas com um número maior de participantes.

REFERÊNCIAS

1. Luzardo AR, Waldman BF. Atenção ao familiar cuidador do idoso com doença de Alzheimer. *Acta Sci Health Sci*. 2004;26(1): 135-45.
2. Lana RC, Álvares LMRS, Nasciutti-Prudente C, Goulart FRP, Teixeira-Salmela LF, Cardoso FE. Percepção da qualidade de vida de indivíduos com Doença de Parkinson através do PDQ-39. *Rev bras fisioter*. São Carlos. 2007;11(5):397-402.
3. Gonçalves LHT, Alvarez AM, Arruda MC. Pacientes portadores da doença de Parkinson: significado de suas vivências. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(1):62-8.
4. Teive AGH. O papel de charcot na doença de Parkinson. *Arq Nero-Psiquiatr*. 1998;56(1):4-14.
5. Rodrigues PF, Teixeira-Salmela LF, Faria CDCM, Brito PR, Cardoso F. Impact of an exercise program on physical, emotional, and social aspects of quality of life of individuals with Parkinson's disease. *Mov Disord*. 2006;21(8):1073-7.
6. Ellis T, Cavanaugh JT, Earhart GM, Ford MP, Foreman KB, Dibble LE. Which measures of physical function and motor impairment best predict quality of life in Parkinson's disease? *Parkinsonism Relat Disord*. 2011;17(9):693-7.
7. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Pública*. 2000;34(2):178-83.
8. Silva DJ, Daros MA. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. *Ciênc saúde colet*. 2007;12(6):1673-1681.
9. Brasil. Resolução CNS n.º 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília*, 2013, Seção1.(12):59 -13 jun.
10. CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL - COFFITO, 1978 [online] Disponível em: (<http://www.credito6.org.br/novo/index.php>). Acesso em setembro 2013.
11. Goulart F, Pereira XL. Uso de escalas para avaliação da doença de Parkinson em fisioterapia. *Fisioter Pesq*. 2004;11(1):49-56.
12. Navarro-Peternella FM, Marcon SS. Qualidade de vida de indivíduos com Parkinson e sua relação com tempo de evolução e gravidade da doença. *Rev Latino-Am Enfer*. 2012;20(2):1-8.
13. Behari M, Srivastava AK, Pandey RM. Quality of life in patients with Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord*. 2005;11:221-6.
14. Li H, Zhang M, Chen L, Zhang J, Zhong P, Hu A et al. Nonmotor symptoms are independently associated with impaired health-related quality of life in Chinese patients with Parkinson's disease. *Mov Disord*. 2010;25(16):2740-6.
15. Bagatini PB, Xavier LL. Efeitos gênero-dependentes e do envelhecimento na atividade locomotora de *Drosophila melanogaster* com modelo de parkinsonismo induzido por paraquat. IV Mostra de Pesquisa da Pós-Graduação – PUCRS, 2009.
16. Lageman SK, Cash TV, Mickens MN. Patient-reported needs, non-motor symptoms, and quality of life in essential tremor and Parkinson's disease. *Tremor Other Hyperkinet Mov (N Y)*. 2014;4:1-11.
17. Martins, Magno IP. Efeitos da Intervenção Fisioterapêutica na Manutenção e/ou Recuperação em Portadores de Doença de Parkinson sobre a Capacidade Funcional e Qualidade de Vida. *Neurobiologia*. 2009;72(2):33-41.
18. Valduga C. Qualidade de vida e funcionalidade na doença de Parkinson. XXII Mostra de Iniciação Científica Ecosustentabilidade; 06 nov 2012; Passo Fundo, BR. p. 1-2.
19. Fagerlind H, Ring L, Brulde B, Feltelius N, Lindbland AK. Patient's understanding of the concepts of health and quality of life. *Pat Educ and Couns*. 2010;78:104-110.
20. Chagas MHN, Moriyama TS, Felício AC, Sosa AL, Bressan RA, Ferri CP. Em pacientes com doença de Parkinson, a depressão aumenta de acordo com o aumento da gravidade do comprometimento cognitivo. *Arq. Neuro-Psiquiatr*. 2014;72(6):426-429.
21. Pedrosa DFA, Pelegrin AKAP, Siqueira HB de OM, Silva T de CR, Colhado OCG, Sousa FAEF. Avaliação da qualidade de vida em clientes com dor crônica isquêmica. *Rev Latino-Am Enfer*. 2011;19(1):67-72.