



EFEITO DA FISIOTERAPIA EM GRUPO NA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS COM DOENÇA DE PARKINSON: RELATO DE TRÊS CASOS

GROUP THERAPY EFFECT ON THE QUALITY OF LIFE OF ELDERLY PATIENTS WITH PARKINSON'S DISEASE: REPORT OF THREE CASES

Natália Feitoza do Nascimento¹
nataliafna@yahoo.com.br

Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa²

RESUMO

Analisar o impacto da fisioterapia em grupo na QV (Qualidade de vida) dos indivíduos com DP (Doença de Parkinson). Este estudo de casos foi realizado na Associação de Parkinson de Pernambuco (ASP-PE). Foram selecionados 5 portadores de DP, que responderam aos questionários: sociodemográfico, ao Miniexame do estado mental e de qualidade de vida para DP (PDQ-39). Foram realizadas 20 sessões de fisioterapia em grupo durante 12 semanas, com tempo de 50 minutos para cada sessão. Fizeram parte da pesquisa 3 pacientes, sendo dois do sexo feminino e 1 do sexo masculino com idades entre 68 e 70 anos. Foram analisadas todas as dimensões do questionário PDQ-39 e todos os pacientes obtiveram melhora nos itens bem-estar emocional, estigma, comunicação e desconforto corporal. Os resultados obtidos neste estudo demonstram que esse modelo de fisioterapia em grupo pode ser uma opção terapêutica capaz de amenizar aspectos relacionados à QV impostos pela cronicidade da doença.

Palavras-chave: doença de parkinson; fisioterapia; qualidade de vida.

ABSTRACT

To analyze the impact of group therapy on QOL of individuals with PD. This study cases was conducted at the Parkinson Association of Pernambuco (PE-ASP). We selected five individuals, who answered a questionnaire: sociodemographic, the Mini-mental state and quality of life for DP (PDQ-39). They were held 20 sessions of physiotherapy group for 12 weeks, with a time of 50 minutes for each session. The present study included three patients, two females and one male aged between 68 and 70 years. It was analyzed all dimensions of the PDQ-39 questionnaire and all patients improved in items emotional well-being, stigma, communication and bodily discomfort. The results of this study demonstrate that this model of group therapy may be a therapeutic option able to relieve assess the QOL imposed by chronic disease.

Keywords: parkinson's disease; physical therapy; quality of life.

¹ Natália Feitoza do Nascimento- Fisioterapeuta-Mestra em Fisioterapia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) Docente do Curso de Graduação em Fisioterapia- Centro Universitário Estácio do Recife-PE.

² Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa- Psicólogo-Doutor em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela UFPE - Coordenador da Especialização em Neuropsicológica da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)



1 INTRODUÇÃO

A mudança do perfil de morbimortalidade, tendência universal também nos países em desenvolvimento, indica o aumento da prevalência das doenças degenerativas (SEIDL; ZANON, 2004). A Doença de Parkinson (DP) é o segundo distúrbio mais comum dentre as patologias neurodegenerativas e tem sua prevalência estimada em 1 a 2% da população mundial, acomete preferencialmente o sexo masculino e acima de 60 anos de idade (CARAMELLI, 2011; CÂNDIDO *et al.*, 2012). No Brasil, ocorre um aumento significativo da população de idosos e provável aumento de casos de Parkinson (MEDEIROS *et al.*, 2010). No envelhecimento, a velocidade de condução dos impulsos nervosos é reduzida, ocorrendo também alterações nos neurotransmissores. A falta de dopamina, neurotransmissor que age nos núcleos da base, acarreta o surgimento da DP, causando um controle ineficiente dos movimentos (SOUZA *et al.*, 2011)

A DP é uma afecção crônica e progressiva do sistema nervoso afetando primeiramente um lado do corpo, tornando-se bilateral com a progressão da doença, caracterizada pelos sinais cardinais de rigidez, bradicinesia, tremor e instabilidade postural (FLORES; ROSSI; SCHIMIDT, 2011). Outras manifestações podem ser observadas com a sua progressão: perda da expressão facial, micrografia, disfagia, salivação, distúrbio de esvaziamento gástrico, retenção urinária, disfunção sexual, alteração do sono e distúrbios sensoriais (GASPARIM *et al.*, 2011).

As desordens motoras e não motoras provocadas pela DP levam a quedas, isolamento social, perda de participação como *hobbies* e atividades de lazer, iniciar mais precocemente limitações no desempenho nas atividades de vida diária (AVD), perda de autonomia e consequente prejuízo na QV (FILIPPIN *et al.*, 2014; CHAVES, MITRE, LIBERATO, 2011)

A DP é de etiologia idiopática e altamente incapacitante sendo seu diagnóstico realizado com base na história e no exame clínico do paciente. Associado ao tratamento medicamentoso, orienta-se os pacientes para cuidados de fisioterapia (O'SULLIVAN, SCHMITZ, 2004; SANTOS *et al.*, 2010), à qual deve ser aplicada desde os primeiros momentos de instalação desta patologia; atuando diretamente nos sinais e sintomas da doença (FLECK, 2010). O objetivo fisioterapêutico voltado à DP é minimizar os problemas motores, ajudando o paciente a manter a independência para realizar as AVD e melhorando sua QV (VARA, MEDEIROS, STRIEBEL, 2011).



Apesar da escassez de material especializado sobre benefícios de programas de fisioterapia em grupo, encontram-se informações que abordam o bom impacto dos exercícios sobre a disposição e o humor são pontos favoráveis a esta terapia (SANT *et al.*, 2008). Sobre as possibilidades de intervenções em grupo, outras áreas da saúde têm se debruçados sobre o tema e destacam que a possibilidade deste tipo de tratamento pode propiciar o resgate de uma ressocialização, funciona como um canal de comunicação, que pode está prejudicado (ZIMERMAN, OSORIO, 1997), podendo resultar em ganhos adicionais para a qualidade de vida dessas pessoas. Além disto, os exercícios reduzem a lentidão e as dificuldades de iniciar os movimentos, melhoram a mobilidade e contribuem para a independência, repercutindo na QV do paciente (PALÁCIO *et al.*, 2011).

Acreditava-se que as limitações físicas fossem as mais atingidas decorrentes dos sintomas motores, com a progressão da doença, ocorre o surgimento de novas alterações, comprometendo outras dimensões relacionadas à QV (NAVARRO-PETERNELLA, MARCON, 2012). O conceito de QV refere-se à concepção que o indivíduo possui em relação à sua doença e seus efeitos na própria vida, bem-estar físico, funcional, emocional e social. No contexto de doenças crônicas, a manutenção da QV deve ser um dos focos de tratamento. Assim a QV pode estar comprometida desde a percepção dos primeiros sinais na DP, contudo, com a progressão dos sintomas e o aparecimento das complicações do tratamento, observa-se um progressivo declínio. Outro fator importante que altera de forma negativa a qualidade de vida na DP é o tempo de doença. Sabe-se que quanto maior o tempo de doença pior o desempenho em todas as atividades, com alterações motoras ou cognitivas (SILVA, FAGANELLO, 2011).

A QV é avaliada tanto por instrumentos genéricos como específicos. Os primeiros possibilitam a comparação do impacto de diferentes doenças ou de determinada doença na QV em comparação à população geral. Por focalizar os sintomas de impacto na patologia, os instrumentos específicos são mais sensíveis para detectar alterações no estado de saúde do indivíduo. Entre os questionários específicos, destaca-se o *Parkinson's Disease Questionnaire – 39* (PDQ-39), cujo tem sido indicado como o instrumento mais apropriado para a avaliação da QV do paciente com DP (LANA *et al.*, 2007).

No entanto, fisioterapeutas utilizam raramente instrumentos para avaliar de maneira específica a DP; os instrumentos que avaliam QV devem ser capazes de mostrar as manifestações de uma patologia ou tratamento experimentado pelo indivíduo, valorizando

aspectos da vida em geral, colaborando para uma tomada de decisões clínicas (GOULART; PEREIRA, 2005; TIAGO *et al.*, 2010). Considerando-se a prevalência da DP, o impacto que ela provoca na QV, a carência e a importância da fisioterapia em grupo acerca da QV dos parkinsonianos, realizou-se o presente estudo cujo objetivo foi analisar o impacto da fisioterapia em grupo na QV dos indivíduos com DP.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo de casos foi realizado na Associação de Parkinson de Pernambuco (ASP-PE) entre fevereiro de 2013 a maio de 2013. Obteve a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira (IMIP) sob o parecer de número: 3157-12, respeitados os aspectos da Resolução no 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Foi apresentado ao participante um termo de consentimento livre e esclarecido que foi assinado pelos indivíduos, os quais foram avaliados após se enquadrarem nos critérios de inclusão e à assinatura.

A amostra deste estudo de casos foi recrutada a partir de uma população de idosos com DP atendidos na ASP-PE na cidade de Recife. Foram selecionados 5 indivíduos portadores de DP de ambos os sexos, com idade entre 65 e 70 anos, classificados nos Estágios 1 ao 2,5 da Escala de *Hoehn e Yahr* Modificada (HY). Foram excluídos do estudo dois indivíduos por falta de adesão ao tratamento.

3 PROCEDIMENTOS DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO

No primeiro momento os indivíduos foram avaliados em uma entrevista de triagem para seleção, 1 semana antes do início do programa de intervenção fisioterapêutica em grupo. Os instrumentos de medida utilizados na avaliação dos idosos foram os seguintes: o Miniexame do estado mental (MEEM); a Escala HY Modificada e o Questionário de Qualidade de Vida para DP (PDQ-39). Os pacientes realizaram 20 sessões de fisioterapia em grupo durante 12 semanas com frequência de 2 vezes na semana, e tempo de 50 minutos em todas as intervenções. Os procedimentos de avaliação foram executados pelo Fisioterapeuta A e o treinamento pelo Fisioterapeuta B.

O MEEM é composto por diversas questões tipicamente agrupadas em 7 categorias, cada uma delas desenhada com o objetivo de avaliar “funções” cognitivas específicas: orientação para tempo (5 pontos), orientação para local (5 pontos), registro de 3 palavras (3



pontos), atenção e cálculo (5 pontos), lembrança das 3 palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos), e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore pode variar de um mínimo de 0 até um total máximo de 30 pontos (ALMEIDA, 1998).

A Escala HY Modificada, classifica em estágios de incapacidade os indivíduos com DP de forma rápida e prática. Sua forma modificada compreende sete estágios de classificação para avaliar a gravidade da DP e abrange medidas globais de sinais e sintomas que permitem classificar o nível de incapacidade. Nos estágios de 1 a 3 apresentam incapacidade leve a moderada, enquanto os que estão nos estágios 4 e 5 apresentam incapacidade grave.

O PDQ-39 é um questionário específico para a DP e compreende 39 itens que podem ser respondidos com cinco opções diferentes de resposta: "nunca, de vez em quando, às vezes, frequentemente e sempre ou impossível para mim". Ele é dividido em oito categorias: mobilidade (10 itens), atividades de vida diária (6 itens), bem-estar emocional (6 itens), estigma (4 itens), apoio social (3 itens), cognição (4 itens), comunicação (3 itens) e desconforto corporal (3 itens). A pontuação varia de 0 (nenhum problema) a 100 (máximo nível de problema), ou seja, baixa pontuação indica a percepção do indivíduo de uma melhor QV.

A conduta fisioterapêutica constituiu em alongamentos, exercícios ativos livres, exercícios de fortalecimento, atividades lúdicas, dupla tarefa, aumento da flexibilidade, coordenação, dissociação de cinturas escapular e pélvica, propriocepção, treino de marcha com circuitos e tarefas que estimulassem as funções cognitivas, como a atenção concentrada e a memória. Os exercícios foram realizados nas posições: sentada e de pé em ambiente propício (Figura 1). Após 1 semana do término das sessões de fisioterapia, os indivíduos foram reavaliados pelo PDQ-39.



Figura 1. Cenário da fisioterapia em grupo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fizeram parte do estudo de casos 3 indivíduos, sendo 2 do sexo feminino e 1 do sexo masculino com idades entre 68 e 70 anos. A Tabela 1, mostra o perfil dos participantes do estudo. Indicando tendência crescente de piora nesses aspectos à medida que a doença se agrava. Os pacientes foram avaliados através da Escala HY Modificada, dois indivíduos foram classificados em estágio 1 e o outro no estágio 2,5.

Tabela 1- Caracterização da amostra com medidas clínicas e demográficas (n=3).

Paciente	Gênero	Idade	Estágio HY	Tempo de diagnóstico	Escolaridade
Paciente 1	Masculino	68 anos	1	3 anos	Ensino Médio
Paciente 2	Feminino	70 anos	1	4 anos	Ensino Médio
Paciente 3	Feminino	69 anos	2,5	7 anos	Ensino Fund.

HY: Hoehn e Yahr; Fund: Fundamental.

Ao executar o MEEM os indivíduos 1 e 2 obtiveram 29 pontos e a participante 3 obteve 26 pontos. A tabela 2 correlaciona à avaliação cognitiva com a escolaridade dos voluntários. O nível de escolaridade dos indivíduos em estudo é coerente com o grau de instrução da maioria dos idosos brasileiros.

Tabela 2- Descrição dos pacientes por estágio, perfil cognitivo, escolaridade e presença de cuidador.

Paciente	Estágio HY	MEEM	Escolaridade	Cuidador
----------	------------	------	--------------	----------



Paciente 1	1	29	Ensino Médio	Não
Paciente 2	1	29	Ensino Médio	Não
Paciente 3	2,5	26	Ensino Fundamental	Sim

HY: Hoehn e Yahr, MEEM: Miniexame do Estado Mental.

No início do tratamento, de acordo com o PDQ-39, os indivíduos sentiam-se mais isolados, ansiosos além de ignorados pelas pessoas e deprimidos, admitindo que já houve necessidade de omitir a doença diante dos outros, em todos esses itens foi observado melhora, como mostra a Tabela 3. Foi relatado pelos três indivíduos redução da presença de câimbras musculares dolorosas ou espasmos no fim das 20 sessões.

Tabela 3- Descrição da pontuação do PDQ-39 de cada indivíduo antes e após a intervenção de fisioterapia em grupo.

Paciente	Estágio HY	Pontuação PDQ-39	
		Antes da intervenção	Após a intervenção
Paciente 1	1	29	28
Paciente 2	1	56	35
Paciente 3	2,5	73	61

HY: Hoehn e Yahr, MEEM: Miniexame do Estado Mental, PDQ-39: Questionário de Qualidade de Vida para Doença de Parkinson.

As pacientes 2 e 3 preocupavam-se acerca de cair em público. A paciente 2 evitava comer e beber em público, já a paciente 3 tinha problemas e ao andar 1 km até mesmo 100 metros, visto que ela foi classificada no estágio 2,5 da escala de HY Modificada. Além disso, foram analisadas todas as dimensões do questionário PDQ-39 e todos os indivíduos deste estudo obtiveram melhora nos itens bem-estar emocional, estigma, comunicação e desconforto corporal correlatados na Tabela 4.

Tabela 4- Descrição da pontuação do PDQ-39 por item, antes e após a intervenção.

Dimensão	Paciente 1		Paciente 2		Paciente 3	
Mobilidade	6	6	13	5	23	27
Atividade de vida diária	2	4	6	5	9	7
Bem-estar emocional	6	4	8	6	11	8
Estigma	0	0	8	6	9	5
Suporte Social	0	0	3	1	2	0
Cognição	4	6	9	8	6	8



Comunicação	6	4	6	3	4	2
Desconforto Corporal	5	4	3	1	9	4
Total	29	28	56	35	73	61

Entre os vários benefícios promovidos pela intervenção em grupo, o aumento da autoestima, percepção da melhora do outro participante, humor, maior participação em atividades recreativas e socialização entre os participantes deste estudo. Além da melhora da força muscular, maior amplitude de movimento, melhora na marcha e agilidade em atividades de dupla tarefa.

A média de idade dos indivíduos no estudo foi de 69 anos, o que corrobora com a literatura evidenciando que os sintomas frequentemente surgem ao redor dos 60 anos de idade em ambos os sexos (SOUZA *et al.*, 2007). O principal foco do tratamento em indivíduos com doenças crônicas, como a DP, deve ser a manutenção da QV, enfatizando a importância de conhecer as dimensões que abrangem esse conceito e os instrumentos de medida que avaliam o impacto da DP na QV (CAMARGOS, 2004).

Embora alguns autores acreditem que a baixa escolaridade pode favorecer a QV em indivíduos com DP, dada à maior facilidade em aceitar a doença, não se concorda, neste estudo que o acesso à informação possa prejudicar o convívio com a doença, por ela ser progressiva e incurável. A identificação de alterações cognitivas na DP oferece algumas dificuldades em diversas pesquisas. As funções executivas, que representam os domínios cognitivos, geralmente afetados na DP, habitualmente não são avaliadas. São, portanto, necessários testes específicos para avaliar essas funções que compreendem: formação de conceitos, solução de problemas, capacidade para mudanças de padrões e elaboração de estratégias (GALHARDO, AMARAL, VIEIRA, 2009).

As alterações motoras somadas ao sedentarismo e isolamento social, interferem na mobilidade dos indivíduos com a doença. Entretanto, sintomas motores não são os únicos determinantes da QV dos parkinsonianos, outros sintomas como desconforto emocional, cognição e até comunicação, podem se acentuar com a evolução da doença, pois surgem novas alterações que certamente levam ao comprometimento de outras dimensões da QV (GROSSET *et al.*, 2009).

Os resultados desta pesquisa, assim como os achados na literatura mostram que quanto maiores os estágios da escala de HY da doença, maiores os escores do PDQ-39.



Pacientes com mais de 5 anos de evolução da doença em alguns estudos mostraram escores piores do PDQ-39 apenas nos itens AVD e comunicação se comparados a pacientes com 5 anos ou menos de doença. Conclui-se que o PDQ-39 é um instrumento capaz de detectar declínio da QV de pacientes com DP e a presença de flutuação motora é um preditor para redução na QV²⁶.

Ressaltamos que o questionário PDQ-39 foi aplicado na forma de entrevista a fim de se evitar erros de interpretação e enfatizar a pergunta principal, o que tem sido apontado como uma limitação do instrumento em estudos que utilizam a forma tradicional de aplicação.

Alguns estudos utilizaram instrumentos genéricos para avaliar a QV em parkinsonianos e encontraram resultados semelhantes àqueles encontrados nos estudos com o PDQ-39 (SOUZA *et al.*, 2007). Analisados a partir da percepção do questionário PDQ-39, começa a ser observada a deterioração na cognição, desconforto corporal, bem-estar emocional e comunicação (PETO, JENKINSON, FITZPATRICK, 2001). Os 3 pacientes desta pesquisa apresentaram melhora após a intervenção fisioterapêutica nestas mesmas dimensões.

Diferente do estudo de Martins *et al* (2011), pôde ser constatado, de acordo com os resultados demonstrados, melhora do ponto de vista psicoemocional, apenas com a aplicação do questionário, mostrando que a intervenção fisioterapêutica contribuiu assim para a sensação de bem-estar por parte dos parkinsonianos estudados. Haase (2008) mostrou que após o tratamento fisioterapêutico obteve resultados eficazes quanto ao alinhamento postural, amplitude articular e diminuição da rigidez. Como a DP é progressiva, as intervenções de exercícios não devem ser em curto prazo. Destaca-se também, que os pacientes com DP que realizam fisioterapia podem ter uma maior independência com melhora da autoestima e do convívio social.

Atividade lúdica realizada em grupo, sobretudo com a presença de cuidadores e familiares, fortalece a melhora psicológica de bem-estar e humor do paciente, promovendo resultados significativos nos sintomas depressivos (MORRIS, 2000). O panorama atual citado por alguns autores revela uma multiplicidade de intervenções terapêuticas em grupo nos mais variados contextos e evidencia a crescente aceitação dessa prática entre os profissionais e entre os próprios pacientes. A terapia em grupo oferece ao paciente a oportunidade de sentir que não está isolado e que não é o único a ter problemas, de revelar



com segurança seus sentimentos através de modelos e apoio dos outros e de ser capaz de descobrir problemas individuais ouvindo e compreendendo os demais participantes. Assim, o paciente aprende a aceitar, de forma mais apropriada, utilizando-os os estímulos sociais construtivamente (CHRISTOFOLETTI et al., 2009).

Observa-se também através da literatura, o envolvimento dos participantes que independente da atividade proposta, em solo ou aquática houve redução do estresse físico e melhora da memória declarativa episódica. Os programas de exercício físico foram eficientes para melhorar o psicológico e funções cognitivas nestes pacientes (COSTA et al., 2016).

Ainda que os resultados deste estudo não possam ser conclusivos, a fisioterapia em grupo mostrou-se efetiva para motivar os pacientes durante a terapia. Deve-se considerar como limitação do estudo o reduzido tamanho da amostra, composta por 3 indivíduos com DP, o que não é suficiente para demonstrar a significância dos resultados obtidos. Sugere-se então, a realização de estudos com um tamanho número amostral maior a fim de investigar os efeitos desta terapia na QV. Baseado nessas informações supracitadas, os terapeutas poderão capazes de desenvolver programas de tratamento que minimizem as limitações decorrentes da progressão da DP, contribuindo assim para a melhora da QV desses indivíduos.

5 CONCLUSÃO

De acordo com os resultados obtidos deste estudo, conclui-se que a fisioterapia em grupo pode ser uma opção terapêutica capaz de amenizar alterações impostas pela cronicidade da doença, proporcionando melhoria do bem-estar emocional, estigma, comunicação e desconforto corporal. Esses benefícios supracitados influenciam a QV dos pacientes com DP.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA O.P. Miniexame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. **Arq. Neuropsiquiatr**, v. 56, n. 3, p. 605-612, 1998.

CAMARGOS A.C.R. O impacto da doença de Parkinson na qualidade de vida: uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 8, n. 3, p. 267-272, 2004.



CÂNDIDO D.P, CILLO B.A.L, FERNANDE A.S, NALESSO R.P, JAKAITIS F, SANTOS D.G. Analysis of the Effects of Dual Task Gait in Patients with Parkinson's Disease: Report of Three Cases. **Rev Neurocienc.** 2012.

CARAMELLI P. Demência Associada à Doença de Parkinson: utilidade dos Critérios Diagnósticos da Movement Disorder Society no Brasil. **Arq. Neuro-Psiquiatr**, v. 69, n. 5, p. 731-732, 2011.

CHAVES C.M.C.M, MITRE N.C.D, LIBERATO, F.A. Efeitos de um Programa de Fisioterapia em Pacientes com Doença de Parkinson. **Rev. Neurocienc**, p. 1-8, 2011.

CHRISTOFOLETTI G, CÂNDIDO E.R, OLMEDO L, MIZIARA S.R.B, BEINOTTI F. Efeito de uma intervenção cognitivo motora sobre os sintomas depressivos de pacientes com doença de Parkinson. **J Bras Psiquiatr**, v. 61, n. 2, p. 78-83, 2012.

COSTA A.N.F, PIAZZA L, GREGÓRIO E.C, SANTOS A.P.M, MESQUITA K.G.F, NETO F.R. Efeitos dos programas de exercícios físicos e fisioterapia em indivíduos com Parkinson, v.7, n.1, p. 79-83. **Fisioterapia Brasil**, 2016.

FILIPPIN N.T, MARTINS J.S, DELA L.B, HALBERSTADT B.F, SEVERO A. R. Qualidade de vida de sujeitos com doença de Parkinson e seus cuidadores. **Fisioter Mov**, v. 27, n. 1, p. 57-66, 2014.

FLECK, M.P.A. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOLbref". **Revista de Saúde Pública**, v. 34 n. 2, p. 178-183, 2000.

FLORES F.T, ROSSI A.G, SCHIMIDT P.S. Physical balance evaluation in Parkinson disease. **Arq. Int. Otorrinolaringol**, v.15, n. 2, 2011.

GALHARDO M.M.A.M.C, AMARAL A.K.F.J, VIEIRA A.C.C. Funções cognitivas na Doença de Parkinson. **Rev CEFAC**, v.1, n. 2, p. 251-257, 2009.

GASPARIM A.Z, JURKIEWCZ A.L, MARQUES J.M.M, SANTOS R.S.S, MARCELINO P.C.O, JUNIOR F.H. Deglutição e Tosse nos Diferentes Graus da Doença de Parkinson. **Arq. Int. Otorrinolaringol**. 2011;15 (2): 181-188.

GOULART F, PEREIRA L.X. Uso de escalas para avaliação da doença de Parkinson em fisioterapia. **Rev. Fisioterapia e Pesquisa**, v. 2, n. 1, p. 49-56, 2005.

GROSSET D, TAURAH L, BURN D.J, MACMAHON D, FORBES A, TURNER K. 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**, v. 7, n. 8, p. 465-9, 2007.

GUANAES C, JAPUR M. Grupo de apoio com pacientes psiquiátricos ambulatoriais em contexto institucional: análise do manejo terapêutico. **Psicol Reflex Crít**, v. 14, n. 1, p. 191-199, 2001.



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

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.

MARTINS I.P.M, FERNANDES M.H, MOREIRA M.A.S.P, GONÇALVES L.H.T. Efeitos da Intervenção Fisioterapêutica na Manutenção e/ou Recuperação em Portadores de Doença de Parkinson sobre a Capacidade Funcional e Qualidade de Vida. **Rev. Neurobiologia**, v. 72, n. 2, p. 33-41, 2009.

MATINEZ-MARTIN P, RODRIGUES-BLAZQUEZ C, KURTIS M.M. The impact of non-motor symptoms on health-related quality of patients with Parkinson´s disease. **Mov Disord**, v.6, n. 3, p. 399-407, 2011.

MEDEIROS J, JÚNIOR L.A; COSTA M.L.G, BARROS A.L.C, COSTA E.G, GOMES A.P, CARVALHO M.F.L, MENDONÇA C.M.F, VICENTE A.A, TASHIRO T, ARCANJO M. Avaliação da Função Executiva em Sujeitos Portadores de Doença de Parkinson no Estágio III da Escala de Hoehn &Yahr Comparados com Grupo Controle. **Rev. Neurobiologia**, v.73, n.1, p. 99-106, 2010.

MORRIS M.E. Movement disorders in people with Parkinson disease: a model for physical therapy. **Journal of the American Physical Therapy Association** v.8, n.1, p. 579-97, 2000.

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. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 01-08, 2012.

O'SULLIVAN S.B, SCHMITZ T.J. **Fisioterapia Avaliação e Tratamento**. 4ª ed. São Paulo: Manole, 2004.

PALÁCIO S.G, BARROCA J.B, TOLDO K.F, RAMALHO J.B.L, VANZELA A.L, FACCI L.M. Estudo comparativo entre a hidroterapia e a cinesioterapia na doença de parkinson. **Rev. Saud. Pesq**, v. 4, n. 2, p. 191-199, 2011.

PETO V, JENKINSON C, FITZPATRICK R. Determining minimally important differences for the PDQ-39 Parkinson´s disease questionnaire. **Age Ageing**, v. 30, p. 299-302, 2001.

SANT C.R, OLIVEIRA S.G, ROSA E.L, SANDRI J, DURANTE M, POSSER S.R. Abordagem fisioterapêutica na doença de Parkinson. **RBCEH**, v.5, n. 1, p. 80-89, 2008.

SANTOS V.V.S, LEITE M.A.A, SILVEIRA R, NASCIMENTO O.J.M, FREITAS R.G. Fisioterapia na Doença de Parkinson: uma Breve Revisão. **Rev. Bras. Neurol**, v. 46, n. 1, p. 17-25, 2010.



SEIDL E.M.F, ZANNON C.M.L.C. Quality of life and health: conceptual and methodological. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

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

SOUZA C.F.M, ALMEIDA H.C.P, SOUSA J.B, SILVEIRA Y.S.S, BEZERRA J.C.L. A Doença de Parkinson e o Processo de Envelhecimento Motor: Uma Revisão de Literatura. **Rev. Neurocienc**, p. 1-6, 2011.

SOUZA R.G, BORGES V, SILVA S.M.C.A, FERRAZ H.B. Quality of life scale in parkinson's disease PDQ-39 to assess patients with and without levodopa motor fluctuation. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 65, n. 1, p. 787-791, 2007.

TIAGO M.S.F, ALMEIDA O.F, SANTOS L.S, VERONEZI R.J.B. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida na doença de Parkinson. **Rev. Neurocienc**. v. 18, n. 4, p. 538-543, 2010.

VARA A.C, MEDEIROS R, STRIEBEL V.L.W. O Tratamento Fisioterapêutico na Doença de Parkinson. **Rev. Neurocienc**, p. 1-7, 2011.

ZIMERMAN D, OSORIO LC. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Medicas, 1997. p.341.