

## **FUNÇÃO COGNITIVA, FUNÇÃO MOTORA E QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DOENÇA DE PARKINSON PARTICIPANTE E NÃO PARTICIPANTE DE PROGRAMAS DE REABILITAÇÃO FÍSICA: UM ESTUDO PILOTO**

Laiana Cândido de Oliveira<sup>1</sup>, Franciele Cascaes da Silva,<sup>2</sup> Rodrigo da Rosa Iop<sup>2</sup>, Rudney da Silva<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Fisioterapia/CEFID - bolsista PROBIC/UDESC

<sup>2</sup> Doutorandos do Curso de Pós Graduação em Ciências do Movimento Humano – CEFID

<sup>3</sup> Orientador, Departamento de Educação Física/CEFID – rudney.silva@udesc.br.

Palavras-chave: Doença de Parkinson. Qualidade de vida. Reabilitação

Este estudo teve como objetivo verificar a função cognitiva, função motora e qualidade de vida de pessoas com Doença de Parkinson participante e não participante de programas de reabilitação física. A amostra executada para simulação dos procedimentos necessários ao estudo piloto foi composta por 2 (duas) pessoas com diagnóstico de doença de Parkinson entre 8 meses e 2 anos, de ambos os sexos, com idade de 49 e 51 anos, estágio 1 da escala de Hoehn e Yahr (leve), escore de 24 e 27 no mini exame do estado mental (MMSE), e com medicação estável durante os últimos 3 meses. O instrumento utilizado para avaliar o estadiamento da doença foi a escala de Hoehn e Yahr, para o rastreio cognitivo foi utilizado o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e para avaliar a função cognitiva foi o *Montréal Cognitive Assessment* (MoCA). Para avaliar o acometimento motor, foi utilizada a seção 3 relativa ao exame motor da Escala Unificada de Avaliação para Doença de Parkinson (UPDRS) e a qualidade de vida por meio do *Parkinson Disease Questionnaire – 39* (PDQ-39). Após a coleta de dados, os dados foram digitados no programa Excel<sup>®</sup> para a caracterização sociodemográfica e clínica dos sujeitos, da função cognitiva, da função motora e da qualidade de vida. Os resultados da função cognitiva e do acometimento estão demonstrados na tabela 1. Preliminarmente, pode-se observar que os sujeitos não apresentam prejuízos cognitivos, e, mínimo comprometimento motor pela doença. Esse resultado pode ser explicado pelo pouco tempo de diagnóstico da doença, pois um maior grau de envolvimento cognitivo e motor está diretamente relacionado ao tempo de doença. Segundo Schrag, Jahanshahi e Quinn (2000), quanto maior o tempo de doença pior o desempenho em todas as atividades, sejam alterações cognitivas ou motoras. Em relação à função cognitiva, Meireles e Massano (2012) relatam que cerca de 25% a 30% dos pacientes apresentam deficiência cognitiva no início da doença e 50% demonstram declínio cognitivo significativo nos primeiros três anos da doença. Desta forma, dada a relativa importância do comprometimento cognitivo, a identificação do perfil cognitivo de pacientes com DP, torna-se relevante com intuito de garantir intervenções terapêuticas específicas e adequadas (MCKINLAY et al., 2010). No que se refere à função motora, o comprometimento motor, especialmente equilíbrio e mobilidade, normalmente resulta em perda da independência, aumento da incidência de quedas e lesões, e

nível de atividade física reduzida (SPEELMAN et al., 2011; LÖTZKE, OSTERMANN, BÜSSING, 2015). Portanto, é de fundamental importância o conhecimento do acometimento motor a fim de oferecer estratégias de tratamento com o objetivo de amenizar ou retardar o aparecimento dos sintomas e garantir alguma independência para as pessoas com Doença de Parkinson.

**Tabela 1 – Resultados da função cognitiva e do acometimento motor (n=2), 2016**

Sujeitos	Função cognitiva (MOCA)	Acometimento motor (UPDRS – seção 3)
<b>1 (não participante*)</b>	21	17
<b>2 (participante**)</b>	20	05

Legenda: \*não participante de programas de reabilitação física; \*\*participante de programas de reabilitação física; MOCA, *Montréal Cognitive Assessment*; UPDRS – seção 3, Seção 3 relativa ao exame motor da Escala Unificada de Avaliação para Doença de Parkinson.

Na tabela 2 são apresentados os resultados da qualidade de vida. Os sujeitos do estudo possuem uma percepção de melhor estado de saúde o que demonstra uma boa qualidade de vida, sendo que a piora da qualidade de vida está relacionada com a progressão da doença. Com a progressão da doença, ocorre o surgimento de novas alterações, comprometendo outros aspectos tais como, psicológicos, emocionais, sociais e econômicos (A'CAMPO, SPLIETHOFF-KAMMINGA, ROOS, 2011; KNIPE et al., 2011). Neste sentido, por ser uma doença neurológica de caráter crônico e progressivo, que se prolonga por muitos anos e até mesmo por décadas, e com o decorrer do tempo verifica-se a perda crescente da eficácia medicamentosa, a prática de exercícios físicos é fundamental. Um número cada vez maior de estudos exploraram os efeitos do exercício físico nos indivíduos com DP (CHOI et al., 2013; DUNCAN, EARHART, 2014; FIETZEK et al., 2014; CANNING et al., 2015; FRAZZITTA et al., 2015; LEE, LEE, SONG, 2015). Os estudos consideram diversos programas de reabilitação, tais como treino de equilíbrio, exercícios de caminhada, fortalecimento muscular, e exercícios de alongamento. Os benefícios do exercício físico para a Doença de Parkinson têm sido bem relatados na literatura científica, como melhora do equilíbrio, força muscular e qualidade de vida, o que pode explicar as melhores pontuações no exame motor e na qualidade de vida apresentadas no sujeito 2 participante de caminhada de intensidade moderada mais de 4 vezes por semana.

**Tabela 2 – Resultados da qualidade de vida (n=2), 2016**

Sujeitos	Qualidade de vida (PDQ-39)								Total
	Mobilidade	AVD's	Bem-estar emocional	Estigma	Suporte social	Cognição	Comunicação	Desconforto corporal	
<b>1 (não participante*)</b>	15	1,9	13,5	9	8	5	1,5	6	48,7
<b>2 (participante**)</b>	30	1,5	12	0	8	3	1,5	3	38

Legenda: \*não participante de programas de reabilitação física; \*\*participante de programas de reabilitação física; PDQ-39, *Parkinson Disease Questionnaire – 39*; AVD's, atividades de vida diária.

O estudo verificou a função cognitiva, função motora e qualidade de vida de duas pessoas com Doença de Parkinson participante e não participante de programas de reabilitação física. Os sujeitos não apresentaram prejuízos cognitivos, mínimo comprometimento motor pela doença e boa qualidade de vida. Os procedimentos de coleta foram adequados para a proposta do estudo, desta forma, justifica-se a realização de um novo estudo com número maior de participantes para ser capaz de detectar diferença estatisticamente significativa entre as variáveis.