

---

## 6 PERFIL DOS IDOSOS COM DOENÇA DE PARKINSON ATENDIDOS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM SALVADOR - BAHIA

### **Vanessa Santiago do Carmo**

Graduada em Fisioterapia pela Universidade Jorge Amado; Especialista em Gerontologia pela Universidade Estácio de Sá; Formação no método Pilates pela Qualitus Saúde e *Qi Gong* pelo Instituto Brasileiro de Ensino e Pesquisa em *Qigong* e Medicina Chinesa; Pós-graduanda em Acupuntura Sistêmica pelo Incisa Imam.

E-mail: [fta.vanessa@gmail.com](mailto:fta.vanessa@gmail.com)

### **Dayana da Silva Santos**

Graduada em Fisioterapia pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública; Formação no Conceito Neuro Evolutivo, Conceito Bobath Adulto; Especialista em Gerontologia pela Faculdade de Ciências Gerencias - Instituto Universalis; Preceptora de Neurofuncional da UNIME - Unidade Lauro de Freitas-Ba.

E-mail: [day27ss@yahoo.com.br](mailto:day27ss@yahoo.com.br)

### **Afrânio dos Santos Lima**

Graduado em Fisioterapia no Instituto Salvador de Ensino e Cultura - FACSAL; Pós-graduando Fisioterapia Traumatologia-Ortopédica - Estácio FIB; Formação em Pilates - Voll Pilates.

E-mail: [framix\\_santos1@gmail.com](mailto:framix_santos1@gmail.com)

### **Lorena D'O Aragão Vilas Boas**

Graduada em Fisioterapia pela Universidade Católica do Salvador; Especialista em Fisioterapia Cardiorrespiratória pela Universidade Gama Filho; Fisioterapeuta do Centro de Geriatria e Gerontologia das Obras Sociais Irmã Dulce; Diretora Administrativa da Instituição de Longa Permanência Saber Viver Residencial Sênior.

E-mail: [loryaragao@gmail.com](mailto:loryaragao@gmail.com)

### **Cesar Luiz da Silva Figueirôa**

Graduado em Fisioterapia pela União Metropolitana de Educação e Cultura (UNIME); Especialista em Fisioterapia em Unidade de Terapia Intensiva pela Faculdade Social da Bahia; Preceptor da Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Fisioterapeuta da Educação Permanente das Obras Sociais Irmã Dulce. Fisioterapeuta assistencial do Hospital Ana Nery, alocado na Unidade Cardiovascular pós cirúrgica.

E-mail: [cesarfigueirôa@gmail.com](mailto:cesarfigueirôa@gmail.com)

### **Igor de Matos Pinheiro**

Graduado em Fisioterapia pela Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública; Especialista em Reabilitação Neurofuncional pela Faculdade Social da Bahia; Mestre e Doutor em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas pela Universidade Federal da Bahia. Preceptor da Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Fisioterapeuta da Educação Permanente das Obras Sociais Irmã Dulce. Coordenador e Docente do curso de Pós-graduação em Gerontologia da Faculdade IDE - Salvador. Professor da FACSAL, UNICEUSA e UNIME - Lauro de Freitas.

E-mail: [igordematospinheiro@gmail.com](mailto:igordematospinheiro@gmail.com)

## RESUMO

A doença de Parkinson (DP) é uma doença de característica progressiva, degenerativa e que acomete cerca de 1 a 2% da população acima de 65 anos de idade. Os sintomas motores e não motores da DP interferem na qualidade de vida e na participação social da pessoa idosa. Devido à complexidade da patologia, o paciente com DP deve ser avaliado de forma criteriosa e multidisciplinar. A utilização de instrumentos específicos para esta população permitirá conhecer o perfil dos idosos com DP sendo possível estabelecer um planejamento adequado e específico das intervenções de reabilitação, minimizando as condições biopsicossociais relacionadas à doença. O presente estudo teve como objetivo descrever o perfil dos idosos com doença de Parkinson atendidos em um ambulatório de Fisioterapia de um centro de referência em Salvador – Bahia. Tratou-se de um estudo de corte transversal realizado no período de junho a agosto de 2017. Foram incluídos indivíduos com idade maior ou igual a 60 anos, com diagnóstico clínico de DP e excluídos idosos que possuíam patologias associadas que comprometessem o desempenho motor como amaurose, síndromes vertiginosas e outros distúrbios de movimento. Os instrumentos utilizados foram: escala de *Hoehn and Yahr* modificada, *Unified Parkinson's Disease Rating Scale* (UPDRS), Escala de Equilíbrio de Berg (EEB), teste *Timed Up and Go* (TUG) e Escala de Eficácia de Quedas (FES-I-Brasil). A média de idade dos 16 idosos participantes foi de 69,68 anos (dp = 5,55 anos). Estes idosos eram, em sua maioria, mulheres, casadas, com baixa escolaridade, alto nível de funcionalidade, equilíbrio preservado, sem risco de quedas, contudo com medo de cair associado com quedas recorrentes e esporádicas. Apenas dois idosos relataram ter sofrido queda nos últimos três meses. Conclui-se que a descrição destas condições de saúde permite um melhor direcionamento das estratégias terapêuticas medicamentosas e não medicamentosas para estes idosos minimizando, assim, os impactos da doença.

**Palavras-chave:** Perfil de Impacto da Doença. Doença de Parkinson. Acidentes por Quedas. Envelhecimento.

## ABSTRACT

Parkinson's disease (PD) is a progressive, degenerative disease that affects about 1 to 2% of the population above 65 years old. The motor and non-motor symptoms of PD affects the quality of life and social participation for the older people. Due to the complexity of the pathology, patients with PD should be carefully and multidisciplinarily evaluated. The use of specific instruments for this population will make it possible to know the profile of the elderly with PD and it is possible to establish appropriate and specific planning for the rehabilitation intervention, minimizing the disease-related biopsychosocial conditions. The present study aimed to describe the profile of elderly with Parkinson's disease assisted at a Physiotherapy outpatient clinic of a reference center in Salvador - Bahia. This was a cross-sectional study conducted from June to August 2017. Individuals with 60 years old and above diagnosed with PD were included, older people who had associated pathologies that compromised motor performance such as amaurosis, vertigo syndromes and other movement disorders were excluded. The instruments used were: modified Hoehn and Yahr scale, Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS), Berg Balance Scale (BBS), Timed Up and Go test (TUG) and Falls Effectiveness Scale (FES-I-Brazil). The average age of the 16 older people participants was 69.68 years (SD = 5.55 years). The elderly people were mostly women, married, with low education, high level of functionality, preserved balance, no risk of falling, but fear of falling associated with recurrent and sporadic falls. Only two seniors reported falls in the last three months. It was concluded that the description of these health conditions allows a better direction for the pharmacological and non pharmacological treatment and for the development of therapeutic strategies for these older people, thus minimizing the impacts of the disease.

**Keywords:** Sickness Impact Profile. Parkinson's disease. Accidental falls. Aging.

## 6.1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um fenômeno biológico que não deve ser considerado como uma doença (SOUZA *et al.*, 2011). Todavia, com o avançar da idade, observa-se uma maior incidência de doenças crônicas degenerativas, principalmente às que afetam o sistema nervoso central, como a doença de Parkinson (DP). A DP acomete cerca de 1 a 2% da população acima de 65 anos de idade (CARVALHO; COUTINHO, 2002; HAASE; MACHADO; OLIVEIRA, 2008; UMPHERED, 2009; GONÇALVES; LEITE; PEREIRA, 2011).

A doença de Parkinson é uma doença de característica progressiva que atinge todos os grupos étnicos e classes socioeconômicas. Sua etiologia é de natureza multifatorial e tem sido associado a distúrbios genéticos, estresse oxidativo, exposição a ambientes tóxicos (GONÇALVES; LEITE; PEREIRA, 2011).

Indivíduos com DP podem apresentar sintomas motores como tremor ao repouso, bradicinesia, diminuição da força muscular e da aptidão física, rigidez muscular, instabilidade postural e *freezing* na marcha que predis põem o idoso à queda. Alterações não motoras como disfunção cognitiva, depressão, apatia, alterações gastrointestinais e sintomas autonômicos podem estar presentes em graus variados (BEAR; CONNORS; PARADISO, 2008; CHRISTOFOLETTI *et al.*, 2006; TEIXEIRA; VIERA, 2006; DO CARMO *et al.*, 2018).

Devido à complexidade desta patologia e extensa sintomatologia, o paciente com DP deve ser avaliado de forma criteriosa. Existem diversos instrumentos para avaliação clínica e funcional do paciente com doença de Parkinson, como as escalas que avaliam desde a condição clínica geral, as incapacidades decorrentes da progressão da doença, e até instrumentos específicos para avaliação da qualidade de vida destes indivíduos (MELLO; BOTELHO, 2010; GOULART; PERERA, 2005). A utilização de instrumentos específicos para esta população permitirá conhecer o perfil dos idosos com DP sendo possível estabelecer um adequado planejamento das intervenções de reabilitação, minimizando as condições biopsicossociais relacionadas à doença (MORRIS *et al.*, 2001).

A fisioterapia assume um papel fundamental no tratamento deste paciente e deve ser iniciada no momento do diagnóstico para retardar a progressão da doença e o aparecimento dos sintomas. Assim, a intervenção promoverá melhor qualidade de vida e participação social deste indivíduo (GONÇALVES; LEITE; PEREIRA, 2011). O fisioterapeuta deve considerar as diversas abordagens descritas na literatura para a adequada reabilitação de acordo com cada fase da doença (MORRIS; MARTIN; SCHENKMAN, 2010). Considera-se a avaliação deste idoso como um momento de relevância para o sucesso do tratamento, sendo assim, o objetivo

deste trabalho foi descrever o perfil dos idosos com doença de Parkinson atendidos em um ambulatório de Fisioterapia de um centro de referência em Salvador - Bahia.

O presente artigo encontra-se organizado da seguinte forma: nos Materiais e Métodos são apresentadas as estratégias desta pesquisa com descrição detalhada dos instrumentos e procedimentos realizados; nos Resultados são mostrados os achados referentes ao perfil dos idosos com DP que foram avaliados; em Discussão são apresentadas as interpretações com argumentações dos achados encontrados; e, por fim, na Conclusão os autores apontam os aspectos correspondentes ao problema e ao objetivo da pesquisa com as perspectivas futuras para a realidade destes idosos com doença de Parkinson.

## 6.2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de corte transversal realizado no período de junho a agosto de 2017, com idosos acompanhados no ambulatório de Fisioterapia do Centro de Geriatria e Gerontologia Júlia Magalhães (CGJM) das Obras Sociais Irmã Dulce, Salvador, Bahia, Brasil. Esse trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Santo Antônio / Obras Sociais Irmã Dulce (CAAE: 68402917.6.0000.0047) e todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Indivíduos idosos com idade maior ou igual a 60 anos e com diagnóstico clínico de DP foram incluídos no estudo. Foram excluídos os idosos que possuíam patologias associadas que comprometessem o desempenho motor e equilíbrio como amaurose, síndromes vertiginosas, claudicações de diferentes etiologias, distúrbios do movimento não decorrentes da DP ou amputações de membros.

Inicialmente, para coleta dos dados, foi realizada uma anamnese com obtenção de dados sociodemográficos como nome, idade, sexo, escolaridade e estado civil, e dados clínicos como tempo de diagnóstico da doença, tempo de fisioterapia, comorbidades associadas, uso de medicações e histórico de queda nos últimos três meses.

Em seguida, os indivíduos foram avaliados por meio da escala de *Hoehn and Yahr* modificada para o estadiamento motor da doença de Parkinson (GOETZ *et al.*, 2004) e pelo instrumento *Unified Parkinson's Disease Rating Scale* (UPDRS) para avaliação dos sinais e sintomas. A UPDRS compreende quatro dimensões: atividade mental, comportamento e humor; atividades de vida diária; atividade motora e complicações medicamentosas. Cada item é subdividido em cinco subitens, que variam de zero a quatro, e quanto maior o escore pior o

estado do paciente, sendo 154 a máxima pontuação da gravidade da doença (MATINOLLI *et al.*, 2011).

Foi aplicada a Escala de Equilíbrio de Berg (EEB) para avaliação quantitativa do equilíbrio funcional (QUTUBUDDIN *et al.*; 2005) e o teste *Timed Up and Go* (TUG) para avaliação da mobilidade e risco de quedas (PODSIADLO; RICHARDSON, 1991). Os idosos que realizaram o TUG em mais de 14 segundos foram classificados como risco para o evento quedas (SHUMWAY-COOK; BRAUER; WOOLACOTT, 2000). A Escala de Eficácia de Quedas (FES-I-Brasil) foi utilizada para avaliar o medo de cair destes idosos. Esta escala apresenta questões sobre a preocupação com a possibilidade de cair ao realizar 16 atividades, com pontuações de um a quatro em cada item. O escore total varia de 16 (ausência de preocupação) a 64 (preocupação extrema). Uma pontuação maior ou igual a 23 representa uma associação com queda esporádica, ao passo que uma classificação superior a 31 pontos ensejaria uma associação com queda recorrente (CAMARGOS *et al.*, 2010; PINHEIRO; ALVES, 2018).

Os dados foram analisados com o programa estatístico R (versão 3.0.1). As variáveis do estudo foram analisadas através da análise descritiva por meio de frequência absoluta e relativa, medidas de tendência central (média aritmética) e medidas de dispersão (desvio-padrão).

### 6.3 RESULTADOS

Participaram do estudo 17 idosos sendo um paciente excluído por apresentar doença traumática associada que comprometia o seu desempenho motor. A média de idade dos 16 idosos participantes foi de 69,68 anos (dp = 5,55 anos). A Tabela 1 apresenta as principais características sociodemográficas dos participantes do estudo.

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos idosos com doença de Parkinson do ambulatório de Fisioterapia de um centro de referência em Salvador - Bahia, 2017 (N=16)

Características	n	%
<b>Gênero</b>		
Feminino	9	56%
Masculino	7	44%
<b>Idade</b>		
60 a 69 anos	8	50%
70 a 79 anos	7	43,75%
≥ 80 anos	1	6,25%
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	3	18,75%
Casado	8	50%
Separado	1	6,25%
Viúvo	4	25%
<b>Escolaridade</b>		
Primeiro grau incompleto	5	31,25%
Primeiro grau completo	5	31,25%
Segundo grau incompleto	2	12,5%
Segundo grau completo	3	18,75%
Terceiro grau incompleto	1	6,25%
<b>Dispositivo auxiliar de marcha</b>		
Não	15	93,75%
Sim	1	6,25%

Fonte: Elaboração própria, 2019.

As comorbidades mais prevalentes foram hipertensão arterial sistêmica (9 - 56,25%), osteoartrose (3 - 18,75%), osteoporose (3 - 18,75%) e insônia (3 - 18,75%), depressão (1 - 6,25%), diabetes mellitus (2 - 12,5%). Em relação ao uso de medicamentos, 8 (50%) indivíduos faziam uso de mais de cinco medicações.

Na Tabela 2 está apresentado o tempo de diagnóstico da doença de Parkinson e de realização da Fisioterapia.

Tabela 2 - Tempo de diagnóstico da doença de Parkinson e tempo de Fisioterapia dos idosos do ambulatório de Fisioterapia de um centro de referência em Salvador - Bahia, 2017 (N=16)

Período (em meses)	Mínimo	Máximo	Média Aritmética (dp)
Tempo de diagnóstico	12	156	60,5 (46,62)
Tempo de fisioterapia	2	72	30,87 (19,41)

Legenda: dp = desvio padrão.

Fonte: Elaboração própria.

Na Tabela 3 é apresentado o estadiamento da DP nestes idosos de acordo com a escala de *Hoehn and Yahr* modificada.

Tabela 3 - Estadiamento da doença de Parkinson dos idosos do ambulatório de Fisioterapia de um centro de referência em Salvador - Bahia (2017), de acordo com a escala *Hoehn and Yahr* modificada (N=16)

Estágio da doença	n	%
0	2	12,5%
1	1	6,25%
2	4	25%
2,5	4	25%
3	4	25%
4	1	6,25%

Fonte: Elaboração própria.

Em relação a funcionalidade, avaliada pela escala UPDRS, observou-se que os idosos possuíam independência funcional - Tabela 4.

Tabela 4 - Pontuações dos idosos com doença de Parkinson do ambulatório de Fisioterapia de um centro de referência em Salvador - Bahia (2017), de acordo com a escala *Unified Parkinson's Disease Rating Scale* (UPDRS) (N=16)

Instrumentos	Mínimo	Máximo	Média (dp)
UPDRS I	1	6	3,25 (1,61)
UPDRS II	0	24	9,31 (7,49)
UPDRS III	0	26	8,25 (6,62)
UPDRS IV	0	7	2,18 (2,19)
TOTAL UPSRS	5	61	23 (16,02)

Legenda: dp = desvio padrão; UPDRS I = estado mental/comportamento/estado emocional; UPDRS II = atividade de vida diária; UPDRS III = exame motor; UPDRS IV = complicações da terapia.

Fonte: Elaboração própria.



Na avaliação do equilíbrio e do risco e medo de quedas, observou-se que a maioria dos idosos não apresentava déficit de equilíbrio nem risco para quedas, contudo, existia uma preocupação em cair associada com quedas recorrentes e esporádicas - Tabela 5. Apenas dois idosos (18,75%) relataram ter sofrido queda nos últimos três meses.

Tabela 5 - Equilíbrio, risco e medo de quedas dos idosos com doença de Parkinson do ambulatório de Fisioterapia de um centro de referência em Salvador - Bahia, 2017 (N=16)

Características	n	%
<b>Déficit de equilíbrio</b>		
Não	14	87,5%
Sim	2	12,5%
<b>Risco de queda</b>		
Não	14	87,5%
Sim	2	12,5%
<b>Medo de queda</b>		
Nenhuma preocupação	4	25%
Associação com queda esporádica	5	31,25%
Associação com queda recorrente	1	43,75%

Fonte: Elaboração própria.

#### 6.4 DISCUSSÃO

O presente estudo descreveu o perfil dos idosos com doença de Parkinson do ambulatório de Fisioterapia de um centro de referência em Salvador - Bahia. Estes idosos eram, em sua maioria, mulheres casadas, com baixa escolaridade, alto nível de funcionalidade, equilíbrio preservado, sem risco de quedas, porém com medo de cair associado a quedas recorrentes.

A DP possui característica crônica e progressiva e acomete, em geral, a população idosa na faixa etária entre 50 a 70 anos (MORRIS *et al.*, 2001; SOUZA *et al.*, 2011). O presente estudo observou idosos com idade variando de 61 e 80 anos, o que corrobora com os achados da literatura como o estudo de Christofolletti e colaboradores (2006).

Associado a DP, habitualmente são encontradas comorbidades, resultando em maior comprometimento físico, redução da mobilidade e alterações cognitivas (MORRIS; MARTIN; SCHENKMAN, 2010). Observou-se, no presente estudo, um número elevado de idosos com comorbidades e com um maior consumo de medicamentos.

Estudos realizados por Santos, Cecato e Martinelli (2013) demonstraram que 54,2% dos pacientes avaliados com DP eram mulheres, assim como observado por Duarte e Rego (2007). Tais achados corroboram com o presente estudo no qual a maioria dos pacientes também era do sexo feminino. Este fato pode ser explicado em razão das mulheres realizarem mais cuidados com a saúde em comparação aos homens. Assim, o diagnóstico torna-se precoce e a reabilitação retarda as perdas funcionais permitindo a participação destas idosas nas atividades fora do domicílio como as atividades ambulatoriais.

Este mesmo motivo pode justificar os resultados encontrados sobre o estágio da DP nestes idosos no qual foi observado predomínio dos estágios 2 a 3 na escala de *Hoehn and Yahr* modificada. Estes idosos são acompanhados em nível ambulatorial com necessidade de deslocamento para a instituição, logo, apresentam melhor funcionalidade e conseqüente melhor estadiamento da doença. No estudo de Silva e colaboradores (2015) também foi encontrada condição similar.

Altos níveis funcionais foram identificados nos idosos do presente estudo. A pontuação média do UPDRS evidenciou uma população com maior independência na execução de suas atividades quando comparado a população do estudo de Da Silva e colaboradores (2015). Contudo, o estudo de Souza e colaboradores (2011) encontrou uma população com maior déficit motor e funcional. Desta maneira, observa-se que cada população possui características funcionais diferenciadas o que justifica a necessidade deste estudo para que seja conhecido o perfil populacional local de cada região.

Utilizou-se a EEB por ser um instrumento já validado para avaliação do equilíbrio em idosos. Sabe-se que a redução da força da extremidade inferior contribui para alterações de equilíbrio, quedas e declínio funcional (MORRIS; MARTIN; SCHENKMAN, 2010). A DP por si só não promove fraqueza muscular, porém a inatividade do indivíduo resulta em perda de força, o que reduz sua mobilidade (GONÇALVES; LEITE; PEREIRA, 2011).

As intervenções fisioterapêuticas que visam ganho de flexibilidade e força muscular das extremidades inferiores associado a um condicionamento cardiovascular podem melhorar os aspectos do equilíbrio, da marcha e da capacidade funcional geral do paciente com DP (MORRIS, 2000). Faz-se necessário a realização de um programa de reabilitação eficaz para manutenção dos ganhos alcançados com a Fisioterapia. Em longo prazo são necessárias adaptações para favorecer as atividades de vida diária deste paciente buscando manter sua independência (MORRIS; MARTIN; SCHENKMAN, 2010; GONÇALVES; LEITE; PEREIRA, 2011).

Na população estudada, apenas dois idosos com DP possuíam risco para quedas. O baixo risco de quedas desta população deve-se a regularidade destes idosos no programa de reabilitação, visto que a minimização de quedas é um dos principais objetivos da Fisioterapia para estes pacientes. Além disso, o acompanhamento fisioterapêutico pode ter influenciado na condição clínica e funcional, amenizando assim, o déficit motor progressivo da doença (MORRIS, 2000; HAASE; MACHADO; OLIVEIRA, 2008).

A queda em indivíduos com DP está intimamente relacionada com as alterações posturais, ao *freezing*, e ao déficit de equilíbrio decorrente da perda de autoconfiança em realizar suas atividades rotineiras, sendo uma das principais causas de morbimortalidade nesses pacientes (MORRIS et al., 2001; BOAVENTURA; PONTES, 2015). Muitas das quedas em pacientes com DP ocorrem quando os indivíduos tentarem realizar múltiplas tarefas ou sequências longas ou complexas de atividades (MORRIS, 2000). Atividades de promoção de saúde que conscientizem estes pacientes e seus familiares sobre os fatores de risco e prevenção de quedas são essenciais para o gerenciamento integral do cuidado (MORRIS; MARTIN; SCHENKMAN, 2010). Faz-se necessário uma investigação minuciosa das quedas para melhor compreensão das mesmas e melhores definições das estratégias de prevenção (GONÇALVES; LEITE; PEREIRA, 2011)

A maioria dos idosos apresentava medo de cair. Este resultado corrobora com a pesquisa de Silva e colaboradores (2012) que encontrou valores próximos de uma preocupação extrema com quedas. O medo de cair envolve influências físicas, comportamentais e funcionais sendo uma condição psicológica comum entre idosos após as quedas. (CAMARGOS *et al.*, 2010; PINHEIRO, 2014).

O presente estudo considerou o relato de quedas dos últimos três meses, evitando assim, um viés de memória. Foi considerado este curto período devido ao fato de que determinados déficits de memória caracterizam o envelhecimento saudável (STUART-HAMILTON, 2002; YASSUDA *et al.*, 2006), e de que a memória episódica é um dos componentes que tende a piorar com a idade (VIEIRA; KOENIG, 2002).

Os autores reconhecem como limitação deste estudo o fato de não ter sido realizada a análise dos principais sinais e sintomas motores da doença de Parkinson nestes idosos. Sabe-se que são fatores que interferem diretamente no desempenho funcional, independência e podem aumentar o risco para quedas (CANNING *et al.*, 1997).

Através deste estudo foi possível conhecer a realidade destes idosos com DP podendo, assim, oferecer uma melhor atenção e cuidados da Fisioterapia para uma melhor funcionalidade e prevenção de quedas nessa população. Salienta-se a necessidade de atenção do profissional

para os sintomas não motores da DP como depressão, apatia e falta de iniciativa que podem interferir na adesão, continuidade no programa de reabilitação, e conseqüente piora do quadro funcional (DO CARMO *et al.*, 2017).

## 6.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscou-se, por meio deste estudo, apresentar o perfil dos idosos com doença de Parkinson atendidos em um ambulatório de Fisioterapia de um centro de referência em Salvador - Bahia. Estes idosos eram, em sua maioria, mulheres casadas, que apresentavam alto nível de funcionalidade, equilíbrio preservado, sem risco de quedas, porém possuíam medo de cair. A descrição destas condições de saúde fornece elementos para um melhor direcionamento das estratégias terapêuticas medicamentosas e não medicamentosas para estes idosos minimizando, assim, os impactos da doença.

## REFERÊNCIAS

BEAR, M. F.; CONNORS, B. W.; PARADISO, M. A. **Neurociências**: desvendando o sistema nervoso. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BOAVENTURA, J. B.; PONTES, S. S. Risco de quedas em pacientes com doença de Parkinson: Revisão da literatura. **Revista Nova Fisio**, v. 1, p. 1-2, 2015. Disponível em: <https://www.novafisio.com.br/risco-de-quedas-em-pacientes-com-doenca-de-parkinson-revisao-da-literatura/>. Acesso em: 05 ago. 2019.

CAMARGOS, F. O. *et al.* Adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas da Falls Efficacy Scale - International em idosos brasileiros (FES-I-BRASIL). **Rev. Bras. Fisioter.**, v. 14, n. 3, p. 237-43, 2010.

CANNING, C. G. *et al.* Parkinson's disease: an investigation of exercise capacity, respiration function, and gait. **Arch. Phys. Med. Rehabil.**, v. 78, n. 2, p. 199-207, 1997.

CARMO, V. S. *et al.* Aptidão física de idosos com doença de Parkinson submetidos à intervenção pelo método Pilates. **RBCEH**, v. 14, n. 2 p. 183-94, 2018.

CARVALHO, A. M.; COUTINHO, E. S. F. Demência como fator de risco para fraturas graves em idosos. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 448-54, 2002.

CHRISTOFOLETTI, G. *et al.* Risco de quedas em idosos com doença de Parkinson e demência de Alzheimer: um estudo transversal. **Braz. J. Phys. Ther. (Impr.)**, v. 10, n. 4, p. 429-433, 2006.

SILVA, D. C. L. et al. Perfil dos indivíduos com doença de Parkinson atendidos no setor de fisioterapia de um hospital universitário no Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Neurol.**, v. 51, n. 4, p. 100-5, 2015.

DUARTE, M. B.; REGO, M. A. V. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. **Cad. Saúde Pública [online]**, v. 23, n. 3, p. 691-700, 2007.

GOETZ, C. G. et al. Movement Disorder Society Task Force report on the Hoehn and Yahr staging scale: status and recommendations the Movement Disorder Society Task Force on rating scales for Parkinson's disease. **Mov. Disord.**, v. 19, n. 9, p. 1020-8, 2004.

GONÇALVES, G. B.; LEITE, M. A. A.; PEREIRA, J. S. Influência das distintas modalidades de reabilitação sobre as disfunções motoras decorrentes da doença de Parkinson. **Rev. Bras. Neurol.**, v. 47, n. 2, p. 22-30, 2011.

GOULART, F.; PEREIRA, L. Uso de escalas para avaliação da doença de Parkinson em fisioterapia. **Fisioter. Pesqui.**, v. 11, n. 1, p. 49-56, 2005.

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

MATINOLLI, M. et al. Recurrent falls and mortality in Parkinson's disease: a prospective two-year follow-up study. **Acta Neurol. Scand.**, v. 123, n. 3, p. 193-200, 2011.

MELLO, M. P. B.; BOTELHO, A. C. G. Correlação das escalas de avaliação utilizadas na doença de Parkinson com aplicabilidade na fisioterapia. **Fisioter. Mov.**, v. 23, n. 1, p. 121-7, 2010.

MORRIS, M. E.; MARTIN, C. L.; SCHENKMAN, M. L. Striding Out With Parkinson Disease: Evidence-Based Physical Therapy for Gait Disorders. **Phys. Ther.**, v. 90, n. 2, p. 280-8, 2010.

MORRIS, M. E. Movement disorders in people with Parkinson disease: a model for physical therapy. **Phys. Ther.**, v. 80, n. 6, p. 578-97, 2000.

MORRIS, M. E. et al. The biomechanics and motor control of gait in Parkinson disease. **Clin. Biomech.**, v. 16, n. 6, p. 459-70, 2001.

PINHEIRO, I. M.; ALVES, C. Functionality and Risk of Falls in Elders Followed in a Day Care Center in Brazil. **Int. J. Aging Hum. Dev.**, v. 87, n. 3, p. 309-22, 2018.

PODSIADLO, D.; RICHARDSON, S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v. 39, n. 2, p. 142-148, 1991.

QUTUBUDDIN, A. A. et al. Validating the Berg Balance Scale for patients with Parkinson's disease: a key to rehabilitation evaluation. **Arch. Phys. Med. Rehabil.**, v. 86, n. 4, p. 789-792, 2005.

SANTOS, L. M. P.; CECATO, J. F.; MARTINELLI, J. E. Fatores relevantes no desempenho cognitivo de pacientes com doença de Parkinson: dados de um Instituto de Geriatria e Gerontologia de Jundiaí. **Persp. Médicas**, v. 24, n. 1, p. 24-30, 2013.

SHUMWAY-COOK, A.; BRAUER, S.; WOOLACOTT, M. Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the Timed Up & Go Test. **Phys. Ther.**, v. 80, n. 9, p. 896-903, 2000.

SOUZA, C. F. M. et al. A doença de Parkinson e o processo de envelhecimento motor: uma revisão de literatura. **Rev. Neurocienc.**, v. 19, n. 4, p. 718-23, 2011.

STUART-HAMILTON, I. **A psicologia do envelhecimento**: uma introdução. Porto Alegre: Artmed, 2002.

TEIXEIRA, H. K.; DE FARIAS, G. C.; VIEIRA, M. F. Efeitos de um programa regular de atividade generalizada sobre os distúrbios motores de uma pessoa com doença de Parkinson. **Pensar Prát. (Impr.)**, v. 7, n. 1, p. 27-44, 2006.

UMPHRED, D. A. **Reabilitação neurológica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

VIEIRA, E. B.; KOENIG, A. M. Avaliação Cognitiva. *In*: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

YASSUDA, M. S. *et al.* Treino de memória no idoso saudável: benefícios e mecanismos. **Psicol. Reflex. Crit.**, v. 19, p. 470-481, 2006.

### MINI CURRÍCULO E CONTRIBUIÇÕES AUTORES

<b>TÍTULO DO ARTIGO</b>	<b>PERFIL DOS IDOSOS COM DOENÇA DE PARKINSON ATENDIDOS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM SALVADOR - BAHIA</b>
<b>RECEBIDO</b>	19/06/2019
<b>AVALIADO</b>	20/08/2019
<b>ACEITO</b>	24/09/2019

<b>AUTOR 1</b>	
PRONOME DE TRATAMENTO	Srta.
NOME COMPLETO	Vanessa Santiago do Carmo
INSTITUIÇÃO/AFILIAÇÃO	Universidade Jorge Amado
CIDADE	Salvador
ESTADO	Bahia
PAÍS	Brasil
LINK LATTES	<a href="http://lattes.cnpq.br/3579399288231296">http://lattes.cnpq.br/3579399288231296</a>
RESUMO DA BIOGRAFIA	Graduada em Fisioterapia pela Universidade Jorge Amado; Especialista em Gerontologia pela Universidade Estácio de Sá; Formação no método Pilates pela Qualitus Saúde e <i>Qi Gong</i> pelo Instituto Brasileiro de Ensino e Pesquisa em <i>Qigong</i> e Medicina Chinesa; Pós-graduanda em Acupuntura Sistêmica pelo Incisa Imam.
<b>AUTOR 2</b>	
PRONOME DE TRATAMENTO	Sra.
NOME COMPLETO	Dayana da Silva Santos
INSTITUIÇÃO	UNIME – União metropolitana de Educação e Cultura
CIDADE	Lauro de Freitas
ESTADO	Bahia
PAÍS	Brasil
LINK LATTES	<a href="http://lattes.cnpq.br/2042299504341867">http://lattes.cnpq.br/2042299504341867</a>
RESUMO DA BIOGRAFIA	Graduada em Fisioterapia pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública; Formação no Conceito Neuro Evolutivo, Conceito Bobath Adulto; Especialista em Gerontologia pela Faculdade de Ciências Gerencias – Instituto Universalis; Preceptora de Neurofuncional da UNIME – Unidade Lauro de Freitas/ Ba.
<b>AUTOR 3</b>	
PRONOME DE TRATAMENTO	Sr.
NOME COMPLETO	Afrânio dos Santos Lima
INSTITUIÇÃO	FACSAL - Faculdade Salvador
CIDADE	Salvador
ESTADO	Bahia
PAÍS	Brasil
LINK LATTES	<a href="http://lattes.cnpq.br/1962678857381542">http://lattes.cnpq.br/1962678857381542</a>
RESUMO DA BIOGRAFIA	Graduado em Fisioterapia no Instituto Salvador de Ensino e Cultura - FACSAL; Pós-graduando Fisioterapia Traumatologia-Ortopédica - Estácio FIB; Formação em Pilates - Voll Pilates.
<b>AUTOR 4</b>	
PRONOME DE TRATAMENTO	Sra.
NOME COMPLETO	Lorena D'O Aragão Vilas Boas
INSTITUIÇÃO	Obras Sociais Irmã Dulce
CIDADE	Salvador
ESTADO	Bahia
PAÍS	Brasil
LINK LATTES	<a href="http://lattes.cnpq.br/4497529428932705">http://lattes.cnpq.br/4497529428932705</a>

RESUMO DA BIOGRAFIA	Graduada em Fisioterapia pela Universidade Católica do Salvador; Especialista em Fisioterapia Cardiorrespiratória pela Universidade Gama Filho. Fisioterapeuta do Centro de Geriatria e Gerontologia das Obras Sociais Irmã Dulce. Diretora Administrativa da Instituição de Longa Permanência Saber Viver Residencial Sênior.
<b>AUTOR 5</b>	
PRONOME DE TRATAMENTO	Sr.
NOME COMPLETO	Cesar Luiz da Silva Figueirôa
INSTITUIÇÃO	Obras Sociais Irmã Dulce
CIDADE	Salvador
ESTADO	Bahia
PAÍS	Brasil
LINK LATTES	<a href="http://lattes.cnpq.br/9382900675065165">http://lattes.cnpq.br/9382900675065165</a>
RESUMO DA BIOGRAFIA	Graduado em Fisioterapia pela União Metropolitana de Educação e Cultura (UNIME); Especialista em Fisioterapia em Unidade de Terapia Intensiva pela Faculdade Social da Bahia. Preceptor da Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Fisioterapeuta da Educação Permanente das Obras Sociais Irmã Dulce. Fisioterapeuta assistencial do Hospital Ana Nery, alocado na Unidade Cardiovascular pós cirúrgica.
<b>AUTOR 6</b>	
PRONOME DE TRATAMENTO	Dr.
NOME COMPLETO	Igor de Matos Pinheiro
INSTITUIÇÃO	FACSAL - Faculdade Salvador, Obras Sociais Irmã Dulce
CIDADE	Salvador
ESTADO	Bahia
PAÍS	Brasil
LINK LATTES	<a href="http://lattes.cnpq.br/0070316913989875">http://lattes.cnpq.br/0070316913989875</a>
ID ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0002-5070-6461">https://orcid.org/0000-0002-5070-6461</a>
RESUMO DA BIOGRAFIA	Graduado em Fisioterapia pela Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública; Especialista em Reabilitação Neurofuncional pela Faculdade Social da Bahia; Mestre e Doutor em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas pela Universidade Federal da Bahia. Preceptor da Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Fisioterapeuta da Educação Permanente das Obras Sociais Irmã Dulce. Coordenador e Docente do curso de Pós-graduação em Gerontologia da Faculdade IDE - Salvador. Membro Associado e Titulado em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia - SBGG. Membro Associado da Associação Brasileira de Fisioterapia em Gerontologia - ABRAFIGE. Professor da FACSAL, UNICEUSA e UNIME - Lauro de Freitas.
CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES NO ARTIGO	Todos os autores contribuíram na mesma proporção.

Endereço de Correspondência dos autores	<p>Autor 1: <a href="mailto:fta.vanessa@gmail.com">fta.vanessa@gmail.com</a></p> <p>Autor 2: <a href="mailto:day27ss@yahoo.com.br">day27ss@yahoo.com.br</a></p> <p>Autor 3: <a href="mailto:framix_santos1@hotmail.com">framix_santos1@hotmail.com</a></p> <p>Autor 4: <a href="mailto:loryaragao@gmail.com">loryaragao@gmail.com</a></p> <p>Autor 5: <a href="mailto:cesarfigueiroa@gmail.com">cesarfigueiroa@gmail.com</a></p> <p>Autor 6: <a href="mailto:igordematospinheiro@gmail.com">igordematospinheiro@gmail.com</a></p>
---	---