



**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SANTA CATARINA**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE FONOAUDIOLOGIA**

CINTYA MENEGHEL DE SOUZA

**QUALIDADE DE VIDA E DEGLUTIÇÃO EM INDIVÍDUOS COM DOENÇA DE
PARKINSON QUE REALIZAM TERAPIA VOCAL**

FLORIANÓPOLIS

2015

CINTYA MENEGHEL DE SOUZA

**QUALIDADE DE VIDA E DEGLUTIÇÃO EM INDIVÍDUOS COM DOENÇA DE
PARKINSON QUE REALIZAM TERAPIA VOCAL**

Volume Único

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentado ao curso de Fonoaudiologia como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Fonoaudiologia na Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora Profa. Dra. Ana Maria Furkim.

Área de concentração: Disfagia

**FLORIANÓPOLIS
2015**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Souza, Cintya Meneghel de
Qualidade de vida e deglutição em indivíduos com Doença de
Parkinson que realizam terapia vocal / Cintya Meneghel de
Souza ; orientadora, Ana Maria Furkim - Florianópolis, SC,
2015.
82 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências
da Saúde. Graduação em Fonoaudiologia.

Inclui referências

1. Fonoaudiologia. 2. Doença de Parkinson. 3.
Transtornos de Deglutição. 4. Qualidade de Vida. 5.
Fonoterapia vocal. I. Furkim, Ana Maria. II. Universidade
Federal de Santa Catarina. Graduação em Fonoaudiologia.
III. Título.

Cintya Meneghel de Souza

**QUALIDADE DE VIDA E DEGLUTIÇÃO EM INDIVÍDUOS COM DOENÇA DE
PARKINSON QUE REALIZAM TERAPIA VOCAL**

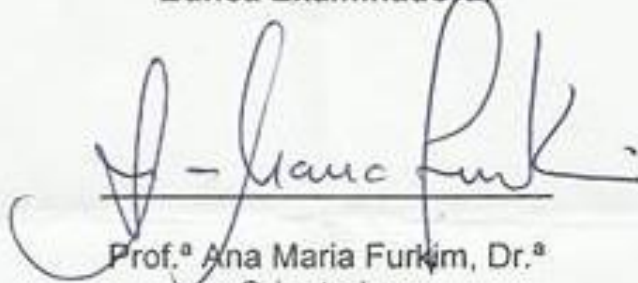
Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de "Bacharel em Fonoaudiologia", e aprovado em sua forma final pela Coordenadoria Especial de Fonoaudiologia.

Florianópolis, 15 de junho de 2015.

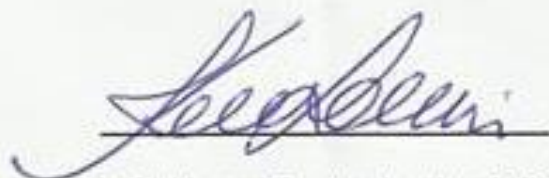


Prof.ª Maria Madalena Canina Pinheiro, Dr.ª
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:



Prof.ª Ana Maria Furkim, Dr.ª
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina



Prof.ª Karen Fontes Luchesi, Dr.ª
Universidade Federal de Santa Catarina



Prof.ª Cláudia Tiemi Mituuti, Dr.ª
Universidade Federal de Santa Catarina

DEDICATÓRIA

À minha família, meu ponto de apoio em todos os momentos da minha vida, que sempre me estimularam pela busca dos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus por ter me dado a vida, e além desta ter me fornecido saúde e forças para traçar cada objetivo por mim almejado.

Aos meus pais, Sirlei Meneguel Bittencourt de Souza e Oscar Pedro de Souza Filho, por todo amor e carinho a mim dispensados. Por terem me apoiado firmemente em todos os momentos da minha vida, me dando forças para que eu buscasse pelos meus ideais. Por serem meu refúgio e o colo que acalma. Os meus mais sinceros agradecimentos!

Agradeço ao meu irmão, Lucas Meneghel de Souza, por simplesmente existir! Por me recarregar com energias positivas em um único abraço! Por crescer junto comigo, e por me ensinar a cada dia.

Agradeço ao meu namorado, Djonata Becker, por estar sempre ao meu lado, me alegrando e aturando com um sorriso no rosto, os meus estresses diários. Por ser tão disponível em me ajudar e me incentivar a seguir em frente!! Serei eternamente grata a você!

Agradeço a todos os meus amigos, sem vocês eu não estaria aqui!

Agradeço as minhas amigas, principalmente, as que conquistei nesses anos de faculdade, por me darem todo o apoio que precisei, pela coragem oferecida e as palavras de incentivo. Agradeço, especialmente, minhas amigas Idineide Viana e Maysa Andrade, por me ensinarem diariamente o verdadeiro sentido da palavra amizade. Levarei vocês pra sempre no meu coração, vocês são indispensáveis pra mim!!

Agradeço às minhas colegas de turma, pelo convívio diário, pelos aprendizados e por fazerem parte desta etapa da minha vida. Obrigada a todas vocês!

Agradeço à minha orientadora, Prof^ª. Dra. Ana Maria Furkim, por me acolher como orientanda. Obrigada pelos seus ensinamentos constantes, por todo o tempo a mim dedicado, e por enriquecer tanto este meu trabalho! Admiro a profissional que você é! Obrigada por fazer eu me apaixonar pela fonoaudiologia e por todo o seu apoio!

Agradeço a todo o corpo docente, pelos conhecimentos transmitidos, e por proporcionarem a minha formação! Em especial a professora Dra. Maria Rita Pimenta Rolim, por me acolher em seu projeto, e me ensinar a cada dia, e a Prof^ª. Dra. Maria Isabel D'Ávila Freitas, por ser tão prestativa e por me ajudar em todos os momentos que necessitei! Meus agradecimentos!

Agradeço aos pacientes portadores da Doença de Parkinson do grupo de terapia vocal, por serem tão amáveis e tão agradecidos pelo nosso trabalho! E também aos pacientes do Centro Catarinense de Reabilitação, por contribuírem com esta pesquisa!

Ao Centro Catarinense de Reabilitação e ao Núcleo de Estudos da Terceira Idade, por me permitirem a realização deste trabalho.

À Prof^a. Alessandra Swarowsky Martin, responsável pelo grupo de fisioterapia, pela acolhida e disposição em ajudar!

Agradeço a todos que me ajudaram de alguma forma e me possibilitaram chegar até aqui!

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível”. (Charles Chaplin)

RESUMO

Introdução: A doença de Parkinson é uma doença neurodegenerativa, em que ocorre diminuição da dopamina na substância negra, ocasionando alterações motoras. Essas alterações motoras, podem consequentemente causar dificuldade de deglutição. A disfagia orofaríngea tem oferecido riscos à saúde, como desnutrição, desidratação e até mortalidade, causando impactos na qualidade de vida desses indivíduos. O Questionário de Qualidade de Vida em Deglutição (SWAL-QOL) é um instrumento que avalia a qualidade de vida em deglutição, e nos permite analisar se há diferença da percepção das dificuldades de deglutição entre o grupo que realiza e o grupo que não realiza terapia fonoaudiológica vocal. **Objetivo:** Analisar a percepção de portadores da Doença de Parkinson que realizam e que não realizam terapia fonoaudiológica vocal sobre as suas dificuldades de deglutição e o impacto destas na qualidade de vida. **Metodologia:** Este estudo foi realizado no período de abril a maio de 2015, com 21 indivíduos com Doença de Parkinson que realizam (n=12) e que não realizam (n=9) terapia vocal, classificados nos estágios de 1 a 3 da escala Hoehn & Yahr modificada. Para avaliá-los foi aplicado o Questionário Sociodemográfico e Aspectos Clínicos, além do uso de prótese dentária, e o questionário SWAL-QOL. Os resultados do SWAL-QOL foram comparados entre os dois grupos. **Resultados:** Quanto à caracterização da população, observou-se prevalência do sexo masculino, média de idades de 66,2 anos e predominância de indivíduos com baixa escolaridade. Quanto aos aspectos clínicos verificou-se que muitos indivíduos apresentam mais de dois anos de diagnóstico, a escala de Hoehn & Yahr mais frequente foi a estágio 2 e a prevalência de indivíduos que utilizam prótese dentária. Observou-se que a percepção entre os grupos sobre suas dificuldades de deglutição foi semelhante. Quanto ao impacto das dificuldades de deglutição na qualidade de vida desses pacientes, percebeu-se que na análise descritiva qualitativa diante da variação de respostas entre os domínios nos dois grupos, as respostas foram mais favoráveis para o grupo que realiza terapia vocal. **Conclusão:** Verificou-se que não houve diferenças significativas da percepção das dificuldades de deglutição entre indivíduos que realizam e que não realizam terapia vocal, porém quanto ao impacto da deglutição na qualidade de vida, diante análise qualitativa descritiva, observou-se que o grupo com terapia vocal obteve melhores resultados. É necessário que outros estudos sejam realizados com um número maior de indivíduos, com comparação entre grupos que realizam e que não realizam terapia vocal e, além disso, sugere-se a realização de estudos que avaliem a função da deglutição de forma objetiva através de exames.

Palavras-chaves: Doença de Parkinson. Transtornos de Deglutição. Qualidade de Vida. fonoterapia vocal.

ABSTRACT

Introduction: Parkinson's disease is a neurodegenerative disease in which there is a decrease of dopamine in the substantia nigra, causing motor changes. These motor abnormalities, can consequently cause difficulty in swallowing. Oropharyngeal dysphagia has offered health risks such as malnutrition, dehydration and even death, impacting the quality of life of these individuals. The Quality of Life Questionnaire in swallowing (SWAL-QOL) is an instrument that evaluates the quality of life in swallowing, and allows us to analyze whether there are differences of perception of swallowing difficulties the group that performs and the group does not perform therapy vocal speech. **Objectives:** To analyze the perception of patients with Parkinson's disease who perform and not perform vocal speech therapy on their swallowing difficulties and their impact on quality of life. **Methodology:** This study was conducted in the period April-May 2015, with 21 individuals with Parkinson's disease who perform (n = 12) and they do not realize (n = 9) vocal therapy, classified in stages 1-3 of the scale Hoehn & Yahr modified. To evaluate them was applied Socio-demographic questionnaire and Clinical Aspects and the SWAL-QOL questionnaire. The results of SWAL-QOL were compared between the two groups. This project was approved by the Ethics and Human Research at the University of the State of Santa Catarina under number 1.005.985. The statistical tests were used: Mann-Whitney test, Fisher's exact test, Spearman rank correlation, Test Chi - square and Kruskal-Wallis test. **Results:** As for population characterization, there was a prevalence of males, mean age of 66.2 years and prevalence of individuals with low education. Regarding clinical features found that many individuals have more than two years of diagnosis, the most common Hoehn & Yahr scale is the phase 2 and the prevalence of persons using dental prosthesis. It was observed that the perception among groups on their swallowing difficulties were similar. As for the impact of swallowing difficulties in the quality of life of these patients, it was noticed that the qualitative descriptive analysis on the variation in responses between the domains in both groups, the responses were more favorable to the group that performs vocal therapy. **Conclusion:** It was found that there were no significant differences in the perception of swallowing difficulties among individuals who carry and does not perform voice therapy, but as to the impact of swallowing the quality of life before Qualitative descriptive analysis, it was observed that the group vocal therapy achieved better results. It is necessary that further studies be carried out with a larger number of individuals, a comparison of groups that perform and not perform vocal therapy and, moreover, it is suggested to carry out studies that evaluate the function of swallowing objectively through examinations .

Keywords: Parkinson disease. Deglutition Disorders. Quality of life. Speech Therapy.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Distribuição, segundo o sexo, dos indivíduos (n=21) com Doença de Parkinson que realizam e que não realizam terapia vocal. Florianópolis – Santa Catarina (SC), 2015.....	37
FIGURA 2	Distribuição, segundo a escolaridade dos indivíduos (n=21) com Doença de Parkinson que realizam e que não realizam terapia vocal. Florianópolis SC, 2015.....	38
FIGURA 3	Distribuição, de acordo com o tempo de diagnóstico da doença de Parkinson prevalente nos indivíduos (n=21) com DP que realizam e que não realizam terapia vocal. Florianópolis - SC, 2015.....	39
FIGURA 4	Classificação dos indivíduos (n=21) com Doença de Parkinson que realizam e que não realizam terapia vocal, segundo a Escala de Hoehn & Yahr. Florianópolis - SC, 2015.....	40
FIGURA 5	Distribuição, quanto ao uso de prótese dentária dos indivíduos (n=21) com Doença de Parkinson que realizam e que não realizam terapia vocal. Florianópolis - SC, 2015.....	41
FIGURA 6	Distribuição dos indivíduos (n=21) com Doença de Parkinson, quanto ao grupo em que estão inseridos: grupo que realiza terapia vocal e grupo que não realiza terapia vocal. Florianópolis - SC, 2015.....	42

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Estágios da DP de acordo com a Escala de H&Y (modificada).....	33
----------	--	----

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Menor e maior valor de respostas dos domínios do SWAL - QOL entre o grupo sem terapia (GC) (n=9) e o grupo com terapia (GP) (n=12), seguidos pelo valor da mediana em cada domínio. Florianópolis – SC, 2015.....	43
TABELA 2	Comparação da percepção da presença de dificuldades de deglutição com o escore total do questionário SWAL-QOL na amostra total de indivíduos (n=21). Florianópolis – SC, 2015.....	48
TABELA 3	Comparação da percepção da presença de dificuldades de deglutição com o escore total do questionário SWAL-QOL no grupo sem terapia vocal (GC) (n=9). Florianópolis – SC, 2015.....	48
TABELA 4	Comparação da percepção da presença de dificuldades de deglutição com o escore total do questionário SWAL-QOL no grupo com terapia vocal (GP) (n=12). Florianópolis – SC, 2015.....	49

LISTA DE SIGLAS

SWAL-QOL – Questionário de Qualidade de Vida em Deglutição
DP – Doença de Parkinson
ABP – Associação Brasil Parkinson
OMS – Organização Mundial da Saúde
APASC – Associação de Parkinson de Santa Catarina
EPDA – Associação Européia da Doença de Parkinson
MDAID – Questionário de Disfagia MD Anderson
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
QVRS – Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
EMST – Treinamento de Força Muscular Expiratória
LSVT – Lee Silverman Voice Treatment (Tratamento Vocal Lee Silverman)
NETI – Núcleo de Estudos da Terceira Idade
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
CCR – Centro Catarinense de Reabilitação
GP – Grupo Pesquisa
GC – Grupo Controle
UDESC – Universidade do Estado de Santa Catarina
CEPESH – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
FOIS – Escala Funcional de Ingestão por Via Oral
FEES – Fibronasolaringoscopia
H&Y – Escala Hoehn & Yahr
SC – Santa Catarina
IC – Índice de Confiança

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 OBJETIVOS	19
2.1 OBJETIVO GERAL:	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	19
3 REFERENCIAL TEÓRICO	20
3.1 LARINGE	20
3.1.1 Fisiologia da Fonação	20
3.1.2 Fisiologia da deglutição	21
3.2 DOENÇA DE PARKINSON	22
3.2.1 Fisiopatologia da fonação na DP	24
3.2.2 Fisiopatologia da deglutição na DP	24
3.3 TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA	26
3.3.1 Terapia fonoaudiológica com enfoque vocal	26
3.3.2 Terapia fonoaudiológica com enfoque na deglutição	27
3.4 QUALIDADE DE VIDA	30
3.4.1 Definição	30
3.4.2 Qualidade de vida em deglutição (SWAL – QOL)	30
4 METODOLOGIA	33
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	33
4.2 POPULAÇÃO E LOCAL DE ESTUDO	33
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	34
4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	35
4.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	35
4.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	36
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	37
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO	38
5.2 ASPECTOS CLÍNICOS	40
5.3 GRUPO DE PESQUISA E GRUPO CONTROLE	43
5.4 COMPARAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM DEGLUTIÇÃO NOS GP e GC	43
5.5 RELAÇÃO ENTRE OS DOMÍNIOS	50
5.6 DOMÍNIOS SWAL- QOL x ESCALA H&Y	52
5.7 TEMPO DE DIAGNÓSTICO E ESCORE TOTAL SWAL-QOL	52
5.8 CONSISTÊNCIA DOS ALIMENTOS E DOS LÍQUIDOS INGERIDOS PELOS INDIVÍDUOS	53

5.9. PERCEPÇÃO SOBRE A SAÚDE GERAL	53
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
7 CONCLUSÃO	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ANEXOS	64
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	64
ANEXO B - QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA EM DEGLUTIÇÃO (SWAL-QOL)	66
ANEXO C – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS	72
ANEXO D – DECLARAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO NÚCLEO DE ESTUDOS DA TERCEIRA IDADE (UFSC)	76
ANEXO E – DECLARAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO CENTRO CATARINENSE DE REABILITAÇÃO	77
ANEXO F – DECLARAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO TERAPIA VOCAL EM PORTADORES DE PARKINSON	78
ANEXO G –DECLARAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO REABILITAÇÃO NEUROFUNCIONAL NA DOENÇA DE PARKINSON	79
ANEXO H – DECLARAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA EQUIPE CIENTÍFICA DA ASSOCIAÇÃO DE PARKINSON DE SANTA CATARINA	80
APÊNDICES.....	81
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SÓCIO – DEMOGRÁFICO E ASPECTOS CLÍNICOS	81

1 INTRODUÇÃO

A Doença de Parkinson (DP) é uma doença crônica, progressiva e degenerativa do sistema nervoso central, na qual ocorre morte dos neurônios e diminuição da dopamina da substância negra e núcleos da base, ocasionando alterações motoras (LIMONGI, 2001).

A prevalência aumenta conforme o avanço da idade, e geralmente se manifesta em indivíduos com mais de 50 anos, porém pode ocorrer em outras faixas etárias. Afeta um em cada mil indivíduos com idade aproximada de 65 anos e um em cada cem após os 75 anos (MORRIS, 2000). Segundo a Associação Brasil Parkinson – ABP (2014), aproximadamente 180 mil brasileiros apresentam a doença.

A causa ainda é pouco conhecida, mas acredita-se no envolvimento de fatores genéticos e ambientais. Os sintomas são variados e diferenciados, porém os mais citados na literatura são: tremor no repouso, bradicinesia, rigidez e instabilidade postural (MENESES & TEIVE, 2003). As funções mais alteradas na DP que se relacionam com a fonoaudiologia estão concentradas nas áreas de voz, articulação, respiração e deglutição (SILVEIRA; BRASOLOTTO, 2005).

A deglutição é um processo neuromuscular complexo e dinâmico, que se caracteriza por levar os nutrientes da boca ao estômago e possibilita a absorção dos mesmos pelo organismo (MOURÃO, 2005; MENDELL & LOGEMANN, 2012).

Os distúrbios no processo de deglutição são denominados de disfagia orofaríngea, esta geralmente está associada a uma doença de base que pode comprometer qualquer parte do trato digestivo, e pode causar desnutrição, desidratação, pneumonia e até levar o indivíduo a óbito (DONNER, 1986; CLAVÉ et al., 2006).

Na DP, as funções motoras estão comprometidas, trazendo sérias implicações na mastigação e deglutição desses indivíduos. Devido à rigidez muscular e bradicinesia, uma redução na mobilidade faríngea e laríngea pode estar presente, dificultando os mecanismos de proteção das vias aéreas (GASPARIM et al., 2011). Além dessas alterações, pode ocorrer incoordenação entre a respiração e a deglutição (PALERMO, 2009). Nas fases iniciais da DP, geralmente, as dificuldades de deglutição não são percebidas e, quando isto ocorre, a disfagia já está em um estágio mais avançado, o que indica um declínio na função, que pode prejudicar a qualidade de vida desses indivíduos (SANTINI, 1999; ROCHA, 1998).

A qualidade de vida, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), foi conceituada como sendo “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (The WHOQOL Group, 1998).

Atualmente, existem vários questionários para mensurar a Qualidade de Vida em uma determinada doença ou sintoma. Alguns são mais abrangentes, avaliando globalmente a qualidade de vida nos indivíduos (LOPES; CICONELLI; REIS, 2007), outros são mais específicos, como é o caso do Questionário de Qualidade de Vida em Deglutição – SWAL-QOL (MONTONI, 2009). Segundo o mesmo autor, o SWAL-QOL é um instrumento de autoavaliação que permite conhecer o impacto das possíveis alterações vivenciadas durante a alimentação e a percepção sobre si a respeito da qualidade de vida em deglutição.

A DP pode gerar impacto nos aspectos econômicos, sociais e na saúde, tornando-se essencial o conhecimento dos aspectos relacionados à percepção da qualidade de vida (SILVA; DIBAI FILHO; FAGANELLO, 2011). No estudo de Lana et al. (2007), os autores relataram que as limitações motoras relacionadas à mobilidade, a atividade de vida diária e comunicação, determinam uma piora na percepção da qualidade de vida desses indivíduos, sugerindo intervenções terapêuticas a partir de tal observação.

Além da deglutição outra função alterada na DP é a voz (OGUZ, 2006). Muitos indivíduos portadores da DP realizam terapia fonoaudiológica vocal, e alguns dos exercícios vocais trabalham mobilidade de língua e de laringe. A língua e a laringe são estruturas que fazem parte da fonação, articulação e deglutição (CARRARA, 1995). Além disso, exercícios que favorecem o aumento da intensidade vocal, podem melhorar a coaptação glótica e a respiração (ROSA; CIELO; CECHELLA, 2009). Desta forma, uma hipótese fisiológica plausível é a de que a terapia fonoaudiológica vocal poderia ajudar indiretamente a função da deglutição (RUSSELL et al., 2010).

Sendo assim, o objetivo deste estudo é analisar a percepção das dificuldades de deglutição e os impactos destas dificuldades na qualidade de vida de indivíduos com Doença de Parkinson, que realizam e que não realizam terapia fonoaudiológica vocal.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL:

Analisar as possíveis dificuldades de deglutição e seus impactos na qualidade de vida a partir da percepção de dois grupos portadores da Doença de Parkinson: que realizam e que não realizam terapia fonoaudiológica vocal.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar os participantes segundo aspectos sociodemográficos e clínicos.
- Verificar a influência do aspecto clínico na qualidade de vida em deglutição.
- Identificar as dificuldades de deglutição e os seus impactos na qualidade de vida de acordo com a autopercepção dos indivíduos com DP.
- Comparar as percepções sobre a própria deglutição entre indivíduos que realizam e que não realizam terapia fonoaudiológica vocal.
- Verificar a relação entre os domínios do questionário de qualidade de vida em deglutição.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 LARINGE

A laringe é um órgão formado por cartilagens, músculos, membranas e mucosa (BEHLAU et al., 2001). É responsável por três funções básicas: fonação, respiração e proteção de vias aéreas durante a deglutição (VALIM et al., 2007).

3.1.1 Fisiologia da Fonação

Pelo fato das estruturas responsáveis pela produção da voz estarem envolvidas também com outras funções, como é o caso do sistema respiratório, é necessário que ocorra uma sincronia no funcionamento desses sistemas, que estão diretamente relacionados a fonação (ANDRADE, 2003).

A respiração é a função predominante da laringe. Este órgão pode regular o fluxo aéreo inspiratório e expiratório, pois a respiração ocorre através da abertura e fechamento da laringe. Durante a inspiração a laringe ocupa uma posição mais baixa, devido a ativação da traquéia e do diafragma, com o auxílio dos músculos próximos à laringe, ocorre a abertura do ádito laríngeo. Em seguida, durante a expiração, a laringe é tracionada rapidamente para cima (BEHLAU et al., 2001; ANDRADE, 2003).

Durante a fonação, o fluxo expiratório de ar gera a energia aerodinâmica, e esta é convertida em energia acústica através da vibração das pregas vocais. Para que ocorra a vibração, são necessárias que forças contrárias atuem sobre as pregas vocais ocasionando a abertura e o fechamento em sequência. Para a abertura, a força atuante é a pressão subglótica e a força de fechamento constitui-se da elasticidade das pregas vocais e do efeito de Bernoulli. O efeito de Bernoulli ocorre quando o ar expiratório passa pelas pregas vocais, causando uma pressão negativa que suga a mucosa assim que as pregas vocais aproximam-se pela atividade da musculatura adutora. Quanto mais móvel e elástica a mucosa, maior é o desempenho do efeito de Bernoulli no fechamento das pregas vocais durante o ciclo glótico. Desta forma, a laringe emite um som, através da vibração das pregas vocais, que serão modificados posteriormente pelas cavidades de ressonância produzindo a voz (BEHLAU et al., 2001).

3.1.2 Fisiologia da deglutição

A deglutição normal é uma atividade neuromuscular complexa e dinâmica, que tem como função principal transportar o bolo alimentar da boca até o estômago, possibilitando a manutenção de indivíduos nutridos e hidratados (YAMADA et al., 2004; LOUREIRO, 2011). É necessário que ocorra uma coordenação adequada entre as estruturas orais e faríngeas, para que o ato de deglutição seja seguro sem que ocorra aspiração do bolo alimentar (YAMADA, 2004).

Segundo Logemann (1984), Langmore (2006) e Mourão (2005), a deglutição é dividida em fase antecipatória, preparatória/oral, faríngea e esofágica, sendo as fases antecipatória e preparatória/oral voluntárias, e as fases faríngea e esofágica involuntárias:

- *Fase Antecipatória*: essa é uma fase voluntária, na qual o indivíduo pode escolher o alimento, temperatura, volume, e possui o desejo de se alimentar.
- *Fase Oral Preparatória*: é voluntária e dividida em duas etapas, preparatória, na qual ocorre a mastigação e o preparo do bolo alimentar, e a fase oral, que prepara o alimento para ser deglutido com segurança.
- *Fase Faríngea*: é involuntária e reflexa, começa quando a deglutição é desencadeada, há um fechamento velofaríngeo, ocorre elevação e anteriorização da laringe para proteção das vias aéreas.

Segundo Costa (2000), os mecanismos de proteção das vias aéreas podem ser divididos em central e estrutural. O mecanismo central é a pausa apnéica, determinada no momento do envio do bolo para a faringe, é comandada pelo núcleo do trato solitário com suspensão de respiração durante a deglutição. Os mecanismos estruturais são:

- Fechamento glótico (adução das pregas vocais)
- Fechamento supraglótico (aposição entre as pregas vestibulares e o tubérculo da epiglote)
- Reposicionamento da extremidade livre da epiglote com as pregas ariepiglóticas.

As estruturas responsáveis pela proteção das vias aéreas participam fundamentalmente na função de fonação.

Com a abertura do esfíncter esofágico superior e através de movimentos peristálticos o bolo alimentar é transferido da faringe para o esôfago.

- *Fase Esofágica*: é uma fase involuntária, na qual o bolo alimentar é conduzido para o estômago, através de peristalse. Ocorre abertura do esfíncter esofágico inferior, e consequente esvaziamento esofágico, finalizando o processo de deglutição.

É necessário que ocorra a coordenação entre a respiração e a deglutição durante a alimentação, pois estas fazem uso da laringe, que é uma estrutura em comum a essas duas funções (VALIM et al., 2007).

3.1 DOENÇA DE PARKINSON

A Doença de Parkinson foi citada pela primeira vez, em 1817, por James Parkinson, médico inglês, no livro *An Essay on the Shaking Palsy* (Um Ensaio Sobre a Paralisia Agitante), trazendo a definição mundial da doença que atualmente leva o seu nome (MENESES & TEIVE, 2003).

Além disso, também descreveu a disfagia parkinsoniana, relatando sobre o caso de uma pessoa com diminuição de peso, alterações de deglutição para as consistências sólida e líquida, com dieta exclusiva de alimento pastoso, porém apenas em 1980, estudos sobre avaliação e tratamento dessas alterações começaram a ser desenvolvidos (LOUREIRO, 2011).

Depois de Parkinson, outros dois pesquisadores, Charcot e Kinnier Wilson, obtiveram descobertas a respeito da doença, descrevendo novas características importantes sobre a sintomatologia da mesma (LIMONGI, 2001).

A DP é uma doença crônica de caráter progressivo, e degenerativo do sistema nervoso central, que envolve os gânglios da base, sendo consequência da diminuição de dopamina da substância negra, acometendo as funções motoras (LIMONGI, 2001; SILVEIRA; BRASOLOTTO, 2005; LANA et al., 2007).

A Associação Européia da Doença de Parkinson – EPDA (2014) indica que existem no mundo aproximadamente, quatro milhões de pessoas com a doença. Já a Associação Brasil Parkinson – ABP (2014), estima que anualmente surgem 20 novos casos, e a prevalência é de 150-200 casos a cada 100.000 habitantes, contabilizando um número total aproximado de 180 mil indivíduos brasileiros portadores de DP.

Esta enfermidade pode acometer indivíduos de diferentes etnias, afetando homens e mulheres, apresentando-se com maior frequência nos homens. É predominante em pessoas idosas, com início da doença entre a quinta e sétima década de vida (LIMONGI, 2001). Esta

doença pode manifestar-se também em pessoas mais jovens, nesses casos, é denominada como parkinsonismo de início precoce (BARBOSA; SALLEM, 2005).

Os sintomas inicialmente são pouco detectáveis, mas com a progressão da doença eles se tornam evidentes. Os principais são: tremor de repouso, rigidez, bradicinesia e instabilidade postural (MORRIS, 2000; MENESES & TEIVE, 2003).

O tremor apresentado pelos indivíduos é também caracterizado como tremor de repouso (CARDOSO; ACIOLY, 2003). Geralmente, o tremor se intensifica em momentos de nervosismo, é amenizado em momentos de relaxamento, e pode até desaparecer durante o sono. Pode afetar os dois lados do corpo, porém frequentemente é mais intenso em um lado do que no outro (ASSOCIAÇÃO BRASIL PARKINSON, 2014). Esses indivíduos, além de apresentarem tremor nas mãos, podem apresentar também tremor nos lábios, língua e laringe (LAMÔNICA, 1997).

A rigidez ocorre devido ao aumento da inflexibilidade muscular, piorando durante o movimento. Este sintoma é o principal responsável pela alteração da mímica facial dos portadores da doença e pela redução do movimento dos músculos (SILVEIRA; BRASOLLOTO, 2005).

A bradicinesia apresenta-se como lentidão e pobreza para iniciar os movimentos. Geralmente, é percebida quando são realizados atos voluntários e repetidos (CARDOSO; ACIOLY, 2003).

A instabilidade postural é uma redução dos reflexos posturais, resultantes da doença. Este comprometimento afeta, principalmente, as atividades funcionais do dia-a-dia, além de ocasionar quedas frequentes (MATA; BARROS; LIMA, 2008). Acredita-se que a postura em flexão possa comprometer a harmonia das estruturas do sistema estomatognático, causando uma descompensação na voz e na fala desses indivíduos (FERREIRA et al., 2007).

Por consequência desses sintomas, as alterações funcionais mais comuns relacionadas à fonoaudiologia, se concentram nas áreas de voz, articulação, respiração e deglutição (LAMÔNICA, 1997; RAMIG et al., 2001; LIMONGI, 2001; AZEVEDO; CARDOSO, 2009). A literatura indica que uma alteração neurológica que afeta a laringe pode comprometer o funcionamento dos mecanismos de proteção de vias aéreas, ocasionando disfagia orofaríngea além das alterações vocais (CARRARA, 1998; LEOPOLD & KAGEL, 1997).

3.2.1 Fisiopatologia da fonação na DP

A disfonia é um distúrbio da comunicação, caracterizado por uma dificuldade na emissão da voz que afete de forma significativa sua função básica, ou seja, transmitir a mensagem verbal e emocional de um sujeito (BEHLAU et al., 2001).

Estas alterações vocais ocasionadas por doenças neurológicas muitas vezes influenciam de forma significativa no quadro geral do indivíduo, e frequentemente são consideradas pelos próprios indivíduos e seus familiares como um dos principais elementos desencadeadores da depressão e isolamento social (ORTIZ; CARRILLO, 2008).

No indivíduo com DP devido à rigidez ocasionada pela doença, é possível constatar durante o exame laríngeo, um fechamento incompleto das pregas vocais. Esta falta de coaptação glótica interfere na adequada produção vocal. Desta forma, indivíduos que apresentam um arqueamento das pregas vocais, podem possuir uma qualidade vocal alterada. E, além de trazer consequências para a qualidade vocal, a rigidez causa um mau funcionamento da musculatura respiratória, e a quantidade de ar enviada para as pregas vocais é reduzida, sendo possível observar uma diminuição da intensidade ou volume da voz nesses indivíduos (LIMONGI, 2001).

Frequentemente, durante a avaliação perceptivo-auditiva da voz em indivíduos com DP são observadas algumas alterações vocais, como voz hipofônica e monótona, com sopro, em alguns casos apresenta-se trêmula, variando conforme o estágio da doença. O tempo máximo de fonação encontra-se reduzido. Durante a fala espontânea, podem ser verificados ataques vocais isocrônicos e/ou aspirados, diminuição da resistência vocal, projeção vocal insuficiente, imprecisão da articulação e prejuízo da inteligibilidade de fala, redução da intensidade ao final da emissão vocal, incoordenação pneumofônica e entre a respiração e deglutição, velocidade de fala diminuída, pitch agudo, loudness reduzida e pouca movimentação laríngea durante a fonação (BRASOLOTTO et al., 2014).

3.2.2 Fisiopatologia da deglutição na DP

A disfagia geralmente se apresenta como sintoma de uma doença de base (GROHER & CRARY, 2009). Pode estar presente em doenças neurológicas, principalmente nas que possuem alterações motoras (LUCESI; KITAMURA; MOURÃO, 2013). Frequentemente reflete dificuldades envolvendo a cavidade oral, faríngea, esofágica ou transição esofagogástrica. Esta dificuldade de deglutição pode resultar em entrada de alimento na via aérea, ocasionando tosse, sufocamento/asfixia, problemas pulmonares e aspiração.

Além disso, pode desencadear outros fatores mais graves como desnutrição, desidratação, problemas respiratórios e mortalidade (ICKENSTEIN et al., 2010; CLAVÉ et al., 2006; PADOVANI et al., 2007).

A fisiopatologia das alterações de deglutição na DP ocorre, principalmente, devido à rigidez muscular e bradicinesia. As alterações, geralmente, associam-se a diminuição de dopamina que pode prejudicar a função bulbar, e ocasionar tremor de língua, enfraquecimento do fluxo do bolo alimentar, tempo prolongado no trânsito oral, reflexo de deglutição atrasado, disfunção do esfíncter velofaríngeo, enfraquecimento da mobilidade das estruturas orofaríngeas, regurgitação, acúmulo de alimento em valécula e recessos piriformes (BIGAL, et al., 2007; LIM et al., 2008). Observa-se também que os indivíduos apresentam uma diminuição de sensibilidade na região laríngea à medida que a DP evolui (GASPARIM et al., 2011).

Quanto às características laríngeas observa-se fechamento glótico incompleto, redução da sinergia e da ativação da musculatura laríngea, atrofia ou fadiga muscular, assimetria de tensão ou de movimento das pregas vocais e rigidez das pregas vocais ou dos músculos respiratórios (SOLOMON & HIXON, 1993; YUCETURK et al., 2002).

Os indivíduos com DP, podem apresentar sialorréia em excesso, devido ao aumento na velocidade de produção salivar (NICARETTA et al., 2013) e queixam-se de dificuldades para deglutição automática de saliva. E, além disso, o reflexo de tosse pode ser ineficiente em alguns indivíduos, potencializando os riscos para desenvolver infecções respiratórias (LAMÔNICA, 1997).

Estas alterações podem resultar em graves quadros de pneumonia aspirativa que, em alguns casos, pode levar a óbito (BIGAL et al., 2007; LIM et al., 2008).

A respiração também encontra-se alterada no paciente com DP, segundo Carrara et al. (1998), ocorre uma movimentação diminuída da musculatura no ciclo respiratório, devido a rigidez muscular que está presente. Além disso, de acordo com Palermo et al. (2009), a falta de controle respiratório pode causar uma incoordenação entre a respiração e o ato de deglutição.

A frequência das alterações de deglutição com impacto sobre o aspecto geral do paciente e a pouca relação entre a gravidade das alterações e a redução da percepção do paciente com DP sobre si, demanda uma maior atenção para o diagnóstico, a fim de proporcionar uma melhor intervenção e qualidade de vida ao indivíduo. Geralmente, as investigações com relação à disfagia orofaríngea só iniciam após quadros de infecção

pulmonar e redução de peso. Torna-se necessário, a identificação precoce desses transtornos diminuindo os riscos para o indivíduo com DP (LOUREIRO, 2011).

3.1 TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA

3.3.1 Terapia fonoaudiológica com enfoque vocal

A terapia fonoaudiológica com enfoque vocal visa trabalhar com mioterapia, coordenação das estruturas da fala e fonação (GASPARINI; DIAFÉRIA; BEHLAU, 2003). Se a mesma for direcionada para o aumento da intensidade vocal pode contribuir para a adução glótica e auxiliar na coordenação da respiração (ROSA; CIELO; CECHELLA, 2009).

No estudo de Carrara (1995) no tratamento fonoaudiológico com enfoque na fisiologia, foi trabalhada a função fonatória com exercícios de coaptação glótica, e exercícios para a fala, bem como para articuladores orais. Nos resultados, de acordo com a percepção dos indivíduos, verificou-se aumento do tempo máximo fonatório, diminuição da relação s/z e do fluxo aéreo, diminuição das queixas de voz presa, fraca, fala monótona e ininteligível, e eliminação das queixas com relação à deglutição.

O tratamento vocal Lee Silverman (LSVT) propiciou melhorias para mobilidade de língua na fase oral e para a movimentação da base de língua, tornando a deglutição mais eficiente (EL SHARKAWI et al., 2002). Apesar dos tratamentos abordarem funções diferentes, e não estimularem diretamente a deglutição, as estruturas trabalhadas participam de todos os sistemas, e enquanto o treinamento é realizado ocorre estimulação das estruturas controladas por neurônios centrais e periféricos semelhantes. Sendo assim, a função de deglutição é trabalhada indiretamente, proporcionando melhorias para a mesma, porém ainda não se sabe se esses benefícios se prolongam por longos períodos (RUSSELL et al., 2010).

As abordagens do tratamento fonoaudiológico das disfonias, segundo a classificação de Behlau (2005), são: método corporal, método de órgãos fonoarticulatórios, método de fala, método de sons facilitadores e método de competência fonatória.

- **Método corporal:** Enfatiza que uma produção vocal equilibrada pode ser adquirida por meio de técnicas que envolva movimentos corporais globais ou específicos sobre a região laríngea, buscando harmonia entre corpo e voz. Objetiva-se também modificar o padrão muscular habitual e criar possibilidades de novos ajustes na emissão vocal.
- **Método de órgãos fonoarticulatórios:** Existem várias funções além da produção vocal, que possui envolvimento dos órgãos fonoarticulatórios, como: sucção, mastigação, deglutição e respiração. Este método possibilita a atuação sobre a área de motricidade oral, com exercícios de lábios, língua, bochechas, mandíbula e músculos

da faringe, associando a eles emissões de sons facilitadores, que são selecionados de acordo com o objetivo. Existem casos que mais de uma função pode estar comprometida, apresentando, por exemplo, quadros de disfonia juntamente a deglutição atípica, ou disfonia e distúrbio articulatorio. Em situações como estas, os exercícios podem ser aplicados visando à melhora das duas alterações.

- **Método de fala:** Para beneficiar a produção vocal, além de trabalhar com o som da voz, podemos trabalhar também com a fala. Os exercícios aplicados neste método propiciam uma melhor qualidade vocal, diminuição das alterações vocais através da melhora da coordenação das forças mioelásticas da laringe, aerodinâmicas dos pulmões, adequação articulatória dos sons da fala e coordenação das forças musculares envolvidas nas demais funções desses órgãos. Desta forma, fornece equilíbrio da coordenação pneumofonoarticulatória e da coordenação entre deglutição e fala.
- **Método de sons facilitadores:** Este método utiliza vários sons selecionados com o objetivo de favorecer um equilíbrio funcional mais adequado da produção vocal. Os sons facilitadores agem diretamente na fonte glótica e, por este motivo, é priorizado no tratamento das disfonias.
- **Método de competência fonatória:** A competência fonatória é indispensável para uma adequada produção vocal. Desta forma, este método se baseia na necessidade de realizar ajustes na musculatura laríngea, beneficiando a emissão vocal. O método de competência fonatória é composto por técnicas que estimulam a coaptação das pregas vocais, que utilizam tarefas fonatórias específicas, assim como outras funções da laringe (como a função respiratória, deglutitória ou esfínteriana) para propiciar o fechamento correto das pregas vocais e, se necessário, a aproximação das pregas vestibulares.

3.3.2 Terapia fonoaudiológica com enfoque na deglutição

Em indivíduos com DP, frequentemente estão presentes rigidez e bradicinesia nos músculos de orofaringe, incoordenação entre deglutição e respiração, diminuição de sensibilidade das estruturas, escape extraoral, dificuldade de retropropulsão da língua, estase de alimentos em cavidade oral e faringe (LEOPOLD & KAGEL, 1996; NAGAYA et al., 1998; SUNG et al., 2010). Além disso, um distúrbio neurológico acometendo a laringe pode acarretar na falta de eficiência de proteção das vias aéreas, portanto, além das alterações vocais, os indivíduos podem apresentar disfagia orofaríngea (CARRARA, 1998).

A terapia fonoaudiológica com enfoque na deglutição visa a modificação da dieta ofertada por via oral (ELMSTAHL et al., 1999), a realização de um trabalho com exercícios miofuncionais orofaciais e exercícios para elevação da laringe (BEHLAU et al., 2001), manobras de reabilitação (LOGEMANN, 1993; LAZARUS et al., 2002), e ainda pode-se realizar estimulação térmica (LAZZARA; LAZARUS; LOGEMANN, 1986; LOGEMANN, 2008; COLA et al., 2008).

Em um estudo realizado com quatro indivíduos com DP que apresentavam disfagia orofaríngea, foram realizadas sessões de terapia na qual foi aplicada a manobra de deglutição com esforço associada a recurso de biofeedback. Para ter o biofeedback, foi acoplado um balão insuflado na região do pescoço do paciente, este balão estava ligado a um manômetro que mensurava a pressão realizada pelo paciente durante a manobra de deglutição com esforço. A terapia foi realizada durante duas semanas, diariamente. Após as duas semanas consecutivas de terapia, foram observadas diminuição dos episódios de tosse, engasgo e voz molhada. Além disso, foi verificado um aumento significativo da pressão durante a deglutição de líquido e sólido (FÉLIX; CORRÊA; SOARES, 2008).

Em outra pesquisa realizada por Carnaby-Mann & Crary (2010), foi realizada uma investigação clínica a fim de verificar a eficácia de dois tratamentos diferentes para disfagia orofaríngea neurogênica. Em um grupo foi aplicado o Programa de Terapia para Disfagia McNeill, no qual foram feitos exercícios funcionais de deglutição para fortalecimento e coordenação dos componentes musculares envolvidos nesta função, como a deglutição seca. Em outro grupo foi aplicada a terapia tradicional para disfagia orofaríngea com modificação da dieta e manobras facilitadoras usando recurso de biofeedback. Os tratamentos foram exercidos durante três semanas, e após o término foi observado que os dois grupos apresentaram melhorias no movimento hiolaríngeo, diminuição de resíduos alimentares em parede faríngea, maior movimentação de base de língua, e reduziu os riscos de penetração e aspiração em vias aéreas inferiores. Entretanto, esse resultado foi potencialmente maior com o Programa de Terapia para Disfagia McNeill, com uma melhora clínica e funcional 13 vezes mais que o programa de terapia tradicional.

Já em um estudo de Luchesi, Kitamura e Mourão (2015), 24 indivíduos foram submetidos à terapia fonoaudiológica a cada três meses durante um período de cinco anos. No decorrer do tratamento, os pesquisadores indicaram manobras compensatórias e de reabilitação na tentativa de proporcionar melhorias aos indivíduos. As manobras compensatórias indicadas foram as seguintes: queixo no peito, mudança na consistência, no volume, temperatura, viscosidade, deglutição com esforço e deglutições múltiplas. E as

manobras de reabilitação utilizadas objetivaram fortalecimento e controle da língua, manobra de Shaker, exercícios vocais (para melhorar proteção de vias aéreas, em consequência à adução glótica) e manobra de Masako. Ao final da pesquisa os indivíduos foram avaliados novamente, através da evolução da Escala Funcional de Ingestão por via oral (FOIS), da fibronasolaringoscopia (FEES) e da avaliação clínica. Foram verificadas melhoras em 10 indivíduos, cinco permaneceram sem mudanças, e nove indivíduos tiveram piora da função de deglutição. O fato de a DP ser uma doença degenerativa e a maioria dos indivíduos estudados apresentaram melhoras ou mantiveram estável sua função de deglutição, sugere-se influência positiva do gerenciamento da deglutição nesses indivíduos.

De acordo com Watts (2014), com os indivíduos que apresentam alterações laríngeas são trabalhados durante a terapia exercícios que fortalecem os músculos elevadores da laringe visando à adaptação neuromuscular, possibilitando uma melhor proteção de vias aéreas. O autor realizou um levantamento dos exercícios e manobras mais utilizadas para elevação laríngea, que serão descritos a seguir:

- Manobra de Mendelsohn – este exercício exige que o paciente faça a contração submandibular e de outros músculos, para manter a laringe elevada durante um período (LAZARUS; LOGEMANN; GIBBONS, 1993).
- Deglutição com esforço – deve ser realizado esforço durante a fase faríngea da deglutição, então é solicitado que o paciente faça uma “deglutição seca”. Sendo assim os músculos que realizam a elevação laríngea são recrutados de uma forma mais intensa em comparação com a deglutição normal (KAHRILAS et al., 1993).
- Manobra de Shaker – paciente encontra-se deitado na maca, e solicita-se que o paciente levante somente a cabeça e tente olhar para os pés, permanecendo por alguns segundos. É um exercício isotônico e isométrico. Este exercício auxilia a excursão hiolaríngea (SHAKER et al., 2002).
- Manobra queixo no peito com contra-resistência – comprimir uma bola de borracha entre o queixo e o peito, objetivando a ativação da musculatura elevadora da laringe (YOON et al., 2014).

Segundo Lazarus, Logemann e Gibbons (1993), as manobras que auxiliam no fechamento glótico, realizando uma proteção de vias aéreas mais efetiva, são:

- Manobra supraglótica – tem por finalidade a proteção de vias aéreas, melhorando a adução glótica. Nesta manobra o paciente é orientado a inspirar, segurar a inspiração, engolir e tossir logo após a deglutição.
- Manobra super-supraglótica – visa o máximo fechamento das pregas vocais e das pregas ariepiglóticas, O procedimento é semelhante ao da manobra supraglótica, entretanto é necessário que o paciente faça uma inspiração forçada, em seguida deve segurar a inspiração, deglutir com esforço e tossir.

3.2 QUALIDADE DE VIDA

3.4.1 Definição

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), qualidade de vida pode ser definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (The WHOQOL Group, 1998).

3.4.2 Qualidade de vida em deglutição (SWAL – QOL)

Muitos são os questionários que avaliam a qualidade de vida global do paciente com DP. Existem também alguns questionários mais específicos (LOPES; CICONELLI; REIS, 2007), como é o caso do Questionário de Qualidade de Vida em Deglutição – SWAL-QOL, traduzido e adaptado para o português por Montoni et al. (2009), validado por Portas et al. (2009) e elaborado por McHorney et al. (2000). Este questionário objetiva avaliar os impactos que as alterações de deglutição causam na qualidade de vida (MCHONEY et al, 2000).

O SWAL – QOL é dividido em 10 domínios, contendo 44 itens que avaliam: deglutição como um fardo, desejo para se alimentar, frequência de sintomas, seleção do alimento, comunicação, medo de se alimentar, saúde mental, funcionamento social, sono e fadiga. Ainda neste questionário, são contempladas outras perguntas como a via de alimentação, a consistência do alimento ingerido, questões sobre os dados gerais, estado de saúde do participante, e se necessitou de ajuda para responder o questionário (PORTAS, 2007). No total, pode-se obter uma pontuação de 0 a 100, quanto mais alta a pontuação melhor é a qualidade de vida em relação à deglutição (MCHORNEY et al., 2002).

A DP apresenta uma sintomatologia variada (LIMONGI, 2001), dentre elas as alterações da deglutição. Além disso, por ser uma doença progressiva, e ter a tendência de

piorar com o passar do tempo (SANTINI, 1999), podendo prejudicar de forma expressiva a qualidade de vida desses indivíduos (CARNEIRO et al., 2012).

Na pesquisa de Leow (2007), na qual foi aplicado o SWAL-QOL com idosos saudáveis e indivíduos portadores da DP, foi concluído que os distúrbios da deglutição vivenciados pelos portadores de DP podem diminuir significativamente a qualidade de vida. Além disso, os indivíduos relataram possuir dificuldades para selecionar a consistência dos alimentos que fossem mais adequados para que a alimentação se realizasse de maneira segura.

Em outro estudo de Leow et al. (2010), aplicou-se o questionário de qualidade de vida em disfagia (SWAL-QOL) para comparar idosos saudáveis e indivíduos com DP. Encontrou-se redução importante nos escores de qualidade de vida em deglutição nos indivíduos com DP, com exceção do domínio sono, porém com negativos impactos no estado nutricional desses indivíduos. Verificou-se também diferenças significativas entre os escores dos domínios do SWAL-QOL em indivíduos com DP em estágios iniciais e estágios tardios da doença. Observou-se que em alguns domínios o declínio na qualidade de vida em deglutição está relacionado com a progressão da DP.

Lins & Oliveira (2010) concluíram em seus estudos, declínio na qualidade de vida em deglutição em indivíduos portadores da DP comparando a indivíduos sem a doença, havendo diferenças significativas em todos os domínios, bem como na pontuação total. Além disso, foi constatado que os indivíduos com DP apresentam mais dificuldades em selecionar a textura dos alimentos. Relataram nesta pesquisa que o fato do indivíduo ter disfagia orofaríngea pode conseqüentemente, afetar a saúde mental do paciente. Desta forma, sugerem estudos a respeito da influência que a depressão pode causar na qualidade vida em deglutição na DP.

Segundo os estudos de Plowman – Prine et al. (2009), foi encontrada uma significativa relação entre a detecção da disfagia e a redução da qualidade de vida, meio social e depressão nessas pessoas. Os indivíduos disfágicos apresentaram pontuação diminuída em todos os domínios do SWAL-QOL, exceto no domínio sono. Estes autores relatam que a partir da pontuação do SWAL-QOL é possível ter um melhor entendimento a respeito da qualidade de vida geral desses indivíduos. Os aspectos psicossociais também devem ser considerados quando se refere à diminuição da qualidade de vida em deglutição. Os pesquisadores neste estudo enfatizam a necessidade de neurologistas e fonoaudiólogos trabalharem com os profissionais envolvidos com a saúde mental destes indivíduos para a obtenção de um melhor prognóstico.

Argolo et al. (2013) analisaram 17 indivíduos com DP submetidos a exercícios duas vezes ao dia, cinco dias na semana, durante cinco semanas, sendo o acompanhamento realizado pela terapeuta uma vez por semana. Os exercícios aplicados tinham por objetivo o aumento de força e amplitude de movimento da boca, da laringe e faringe, a melhora do controle oral do alimento, coordenação entre a respiração e a deglutição e proteção das vias aéreas, por meio da adução glótica. Os exercícios propostos foram: dez repetições de fonação da vogal sustentada /a/, sons plosivos, excursão laríngea e movimentação do terço posterior da língua, sucção de gaze embebida, manobra de Massako, manobra supraglótica modificada, cinco repetições de sons graves e agudos (/a/ - /u/) e três séries de cinco repetições de rotação de língua no vértice. Nos 15 indivíduos que permaneceram até o final da pesquisa, apesar de apresentarem dificuldade de bombeamento lingual e ausência dentária, observou-se uma evolução significativa no controle do bolo alimentar, diminuição do resíduo em cavidade oral, em valécula e recessos piriformes, e além desses aspectos houve uma melhora na qualidade de vida desses indivíduos, principalmente nos domínios medo e frequência dos sintomas.

Em um estudo de Carneiro et al. (2014), foi realizada a comparação da qualidade de vida em deglutição (SWAL-QOL) de indivíduos com a DP e indivíduos saudáveis, e também foi comparado os resultados do SWAL – QOL entre os indivíduos com DP em diferentes estágios da doença. A pesquisa foi composta por dois grupos: grupo experimental (62 indivíduos com DP) e grupo controle (41 indivíduos saudáveis). Os resultados mostraram diferenças significantes entre os dois grupos, sendo o grupo com DP o mais afetado. O menor escore médio apresentado foi no domínio tempo de se alimentar, sendo acompanhado dos domínios comunicação, fadiga, medo, sono e seleção do alimento. Verificou-se também que os escores médios de grande parte dos domínios foram inferiores para os indivíduos que se encontraram-se em estágios mais avançados da doença. Os domínios que obtiveram escores médios significativamente diferentes entre os estágios da doença foram: tempo de se alimentar, frequência de sintomas e sono.

Heijnen et al. (2012) realizou uma pesquisa objetivando verificar os efeitos da eletroestimulação neuromuscular para disfagia orofaríngea em indivíduos com DP comparando com os indivíduos que receberam tratamento com a terapia tradicional, observados a partir dos relatos do paciente sobre a sua qualidade de vida. Foram formados três grupos com 30 indivíduos em cada: o primeiro grupo recebeu tratamento com terapia tradicional para disfagia orofaríngea com exercícios de motricidade orofacial, manobras de proteção de vias aéreas e manobra postural. O segundo e terceiro grupos receberam o mesmo tratamento do primeiro grupo associado à eletroestimulação neuromuscular. A terapia foi

realizada durante cinco dias consecutivos por um período de três a cinco semanas, sendo efetuadas 13 a 15 sessões de 30 minutos. Foram observadas melhoras na deglutição em todos os grupos em geral, com diferenças pouco significantes entre os grupos. Verificou-se também evolução restrita no SWAL – QOL e no Questionário de Disfagia MD Anderson (MDAID).

4 METODOLOGIA

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Estudo transversal comparativo, com indivíduos diagnosticados com Doença de Parkinson integrantes da Associação de Parkinson de Santa Catarina (APASC), realizado no período de abril a maio de 2015, no Núcleo de Estudos da Terceira Idade/Universidade Federal de Santa Catarina (NETI/UFSC), e no Centro Catarinense de Reabilitação – CCR. A APASC exerce uma importante função na promoção de qualidade de vida, através de um trabalho interdisciplinar, de diversas pessoas com a DP e suas respectivas famílias (APASC, 2014).

4.2 POPULAÇÃO E LOCAL DE ESTUDO

A população do estudo foi constituída por adultos e idosos, de ambos os sexos, diagnosticados com DP. Essa população foi dividida em dois grupos: Grupo Pesquisa (GP) e Grupo Controle (GC).

O GP foi formado por indivíduos com DP que realizam a terapia fonoaudiológica do Projeto de Extensão “Terapia Vocal em Portadores de Parkinson”, no Núcleo de Estudos da Terceira Idade (NETI) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em conjunto com a APASC.

Neste projeto, a terapia fonoaudiológica é realizada uma vez por semana, com duração de uma hora, e conta com o apoio de um fonoaudiólogo responsável e acadêmicos do Curso de Graduação em Fonoaudiologia da UFSC. Envolve estratégias terapêuticas voltadas para as áreas de comunicação, expressão corporal e facial. Assim, são utilizados exercícios com o objetivo de estimular a propriocepção corporal, com enfoque na região cervical juntamente a coordenação fonorespiratória, enfatizando a mobilidade laríngea com emissão de sons facilitadores. São realizados, também, exercícios com a musculatura facial, buscando uma expressão facial mais satisfatória, e adequada articulação dos sons da fala. Além disso, são sugeridos exercícios vocais, para aumentar a intensidade da mesma e equilibrar a ressonância. Durante a terapia, memória e atenção são trabalhadas, através de brincadeiras e músicas, estimulando-se a comunicação e o ritmo (ROLIM, 2013).

Os exercícios citados acima são baseados nas abordagens de tratamento fonoaudiológico das disfonias, de acordo com a classificação de Behlau (2005): método corporal (técnicas que envolvem movimentos corporais e atuam sobre o esqueleto laríngeo), método de órgãos fonoarticulatórios (técnicas de manipulação dos órgãos fonoarticulatórios que participam na produção vocal), método de fala (técnicas de modificação da produção da fala para facilitar a emissão vocal), método de sons facilitadores (técnicas com sons selecionados que proporcionam uma produção vocal mais equilibrada) e método de competência fonatória (técnicas que auxiliam nos ajustes musculares laríngeos para favorecer a coaptação glótica).

O GC foi composto por indivíduos com DP que não estão em intervenção fonoaudiológica, que frequentam o “Projeto Reabilitação Neurofuncional na Doença de Parkinson”, desenvolvido pelo Curso de Graduação em Fisioterapia da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). As atividades deste projeto são realizadas as terças e sextas-feiras, das 14hs às 15h30, no Centro Catarinense de Reabilitação.

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Indivíduos com DP classificados entre os estágios 1 e 3 da Escala de Hoehn & Yahr (H&Y) modificada, de acordo com o quadro abaixo:

Quadro 1 - Estágios da DP de acordo com a Escala de Hoehn & Yahr modificada

ESTÁGIO Ø	Nenhum sinal da doença
ESTÁGIO 1	Doença unilateral
ESTÁGIO 1,5	Envolvimento unilateral e axial
ESTÁGIO 2	Doença bilateral sem déficit de equilíbrio
ESTÁGIO 2,5	Doença bilateral leve, com recuperação no “teste do empurrão”
ESTÁGIO 3	Doençabilateral leve a moderada; alguma instabilidade postural; capacidade para viver independente
ESTÁGIO 4	Incapacidade grave, ainda capaz de caminhar ou permanecer de pé sem ajuda.
ESTÁGIO 5	Confinado à cama ou cadeira de rodas a não ser que receba ajuda.

Fonte: (SHENKMAN et al., 2001)

- Indivíduos que aceitaram participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A);

- Para o GP: indivíduos em terapia fonoaudiológica vocal com o tempo mínimo de três meses.

4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos indivíduos que possuíam alguma outra doença neurológica associada e/ou câncer de cabeça e pescoço com diagnóstico médico, e prótese dentária mal adaptada, segundo a percepção do próprio paciente.

4.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Nesta pesquisa foram utilizados dois questionários: Questionário Sóciodemográfico e aspectos clínicos (APÊNDICE A) e Questionário de Qualidade de Vida em Deglutição – SWAL-QOL (ANEXO B), sendo estes aplicados no mesmo dia.

Os questionários foram aplicados em todos os indivíduos nos dois grupos coletados: no Grupo de Pesquisa (GP) e no Grupo Controle (GC).

O Questionário Sóciodemográfico e Aspectos Clínicos, elaborado pela própria autora, foi aplicado para caracterizar a população. Obtiveram-se informações como: nome, idade, data de nascimento, estado civil, escolaridade, município que reside, profissão e renda familiar. A base de cálculo para a renda familiar foi o valor de corte do valor tributável do Imposto de Renda ano-base 2013. Quanto aos aspectos clínicos verificou-se: data de diagnóstico da DP, início dos primeiros sintomas, estadiamento da DP segundo H & Y (modificada), medicamentos, comorbidades associadas e dentição. Informações sobre a dentição foram observadas de acordo com a percepção do paciente, bem como a adaptação ao uso de prótese dentária. Além dessas questões, foi realizada a seguinte pergunta: “Você tem dificuldades de deglutição?”, na qual o paciente deveria responder “sim” ou “não”. Dessa forma, seria analisada a percepção do paciente sobre a sua dificuldade de deglutição de maneira geral.

Para verificar a percepção do indivíduo quanto às suas dificuldades de deglutição e se estas causam algum impacto em sua qualidade de vida, foi aplicado o Questionário de Qualidade de Vida em Deglutição - SWAL-QOL, traduzido e adaptado para o português por Montoni et al. (2009) e validado por Portas et al. (2009), para uso em pesquisa clínica, com o intuito de avaliar a deglutição em diferentes etiologias. Este questionário avalia: deglutição como um fardo, desejo e tempo para se alimentar, frequência de sintomas, seleção do alimento, comunicação, medo de se alimentar, saúde mental, funcionamento social, sono e fadiga.

As respostas possíveis são: sempre (0 pontos), muitas vezes (25 pontos), algumas vezes (50 pontos), dificilmente (75 pontos), e nunca (100 pontos). Para verificar o escore de cada domínio, as respostas das questões do domínio devem ser somadas e o total dividido pelo número de questões do domínio. Para mensurar a pontuação final do questionário SWAL – QOL deve-se somar a pontuação de todos os domínios e dividir por 10 (número total de domínios) (PLOWMAN-PRINE et al., 2009; CARNEIRO et al., 2014). No total, pode-se obter uma pontuação de 0 a 100, quanto mais alta a pontuação melhor é a qualidade de vida em relação à disfagia orofaríngea (MCHORNEY et al., 2000).

No final do questionário, são abordadas questões acerca da consistência dos alimentos e dos líquidos ingeridos pelo indivíduo e sobre a percepção da saúde geral. Além dessas, constam ainda, questionamentos sobre o uso de sonda como via de alimentação e questões gerais sobre o indivíduo. O uso de sonda como via de alimentação não foi verificada, pelo fato de os pacientes estarem nos estágios iniciais e não necessitarem do uso da mesma. Quanto às questões gerais, estas já haviam sido averiguadas durante o questionário sócio-demográfico.

Os indivíduos que aceitaram participar da pesquisa foram convidados a responder os questionários aplicados e preenchidos pela pesquisadora em sala individual, sem uso de fotografias, vídeos e gravações. A aplicação dos dois questionários teve duração média de 25 minutos e o paciente poderia se retirar da entrevista em qualquer momento. Não foi realizada nenhuma outra avaliação além da aplicação dos questionários.

4.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram organizados em planilhas do programa Microsoft Office Excel 2007. A análise estatística foi conduzida com o auxílio do programa computacional MedCalc®, versão 12.7.5 (MedCalc Software bvba 1993-2013, Mariakerke, Bélgica). A análise dos dados ocorreu de forma descritiva através da distribuição de frequência, medidas de tendência central e dispersão das variáveis, e exploratória por meio dos testes:

- Teste de Mann – Whitney para dados não paramétricos, no qual foram analisadas variáveis independentes, realizando a comparação entre os resultados dos domínios e o resultado total do questionário SWAL-QOL nos grupos estudados.
- Teste de Kruskal – Wallis é um teste não paramétrico, utilizado para analisar se variáveis independentes procedem de uma mesma população. Foi utilizado para verificar a influência da escala de Hoehn & Yahr nos domínios do questionário SWAL – QOL na população estudada.

- Análise de correlação foi conduzida por meio da Correlação do Rank de Spearman, para dados não paramétricos, no qual foi utilizada uma escala numérica para analisar se os indivíduos relatavam apresentar dificuldade de deglutição para esta variável foi realizada uma correlação negativa. Este teste também foi utilizado para realizar as relações dos domínios entre si.
- Teste Exato de Fisher analisa dados não paramétricos, é utilizado quando o tamanho de duas amostras independentes é pequeno, determinando a probabilidade exata da ocorrência de uma frequência. Foi realizada com este teste a comparação entre o diagnóstico de menos ou mais de dois anos com qualidade de vida maior ou igual a 50%, foi comparada também se a presença da dificuldade de deglutição estava relacionada à qualidade de vida inferior a 80%.
- Teste Qui-Quadrado é um teste não paramétrico, e faz a associação existente entre variáveis qualitativas. Com este teste foi analisado: categoria de idade, sexo, escolaridade, uso de prótese, classificação dos indivíduos nas escalas de H&Y, classificação quanto ao tempo de diagnóstico (menos ou mais de dois anos) e classificou os indivíduos em relação ao percentual de qualidade de vida em deglutição (mais de 80%).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade do Estado de Santa Catarina sob o número 1.005.985 (ANEXO C), e foi iniciado somente após a aprovação do mesmo. Todos os indivíduos convidados a participar da presente pesquisa foram orientados acerca de sua livre e espontânea participação.

Todos os indivíduos receberam informações detalhadas sobre o estudo, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual constaram todos os procedimentos realizados.

O projeto foi autorizado pelo responsável do NETI/UFSC (ANEXO D) e aprovado pelo Núcleo de Pesquisa do Centro Catarinense de Reabilitação (CCR) (ANEXO E), sendo permitida a realização da pesquisa nas dependências destes locais. Além disso, foi autorizado pelos responsáveis dos projetos e da associação, a realização da entrevista com os indivíduos que deles fazem parte, sendo eles: “Projeto Terapia Vocal em Portadores de Parkinson” (ANEXO F), “Projeto Reabilitação Neurofuncional na Doença de Parkinson” (ANEXO G) e Associação de Parkinson de Santa Catarina (ANEXO H).

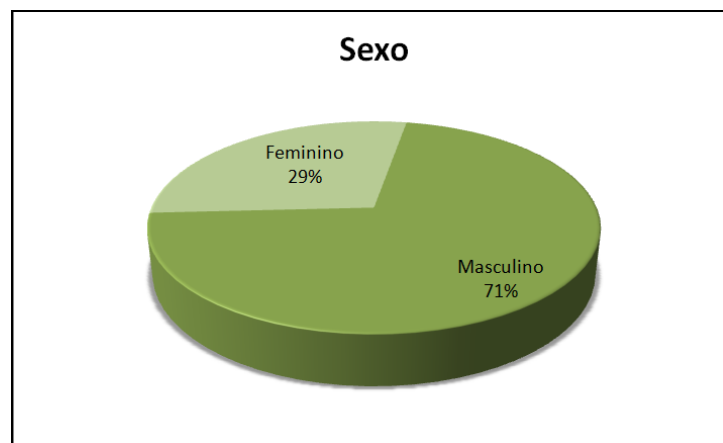
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

Foram abordados neste estudo, 34 indivíduos diagnosticados com Doença de Parkinson. Após a realização dos critérios de exclusão e inclusão, foram excluídos deste estudo 13 indivíduos e participaram apenas 21 indivíduos.

Dos indivíduos que foram incluídos, seis eram do sexo feminino (29%) e 15 eram do sexo masculino (71%) como demonstrado na figura abaixo:

FIGURA 1 – Distribuição segundo o sexo dos indivíduos (n=21) com Doença de Parkinson do GP e GC. Florianópolis– Santa Catarina (SC), 2015.

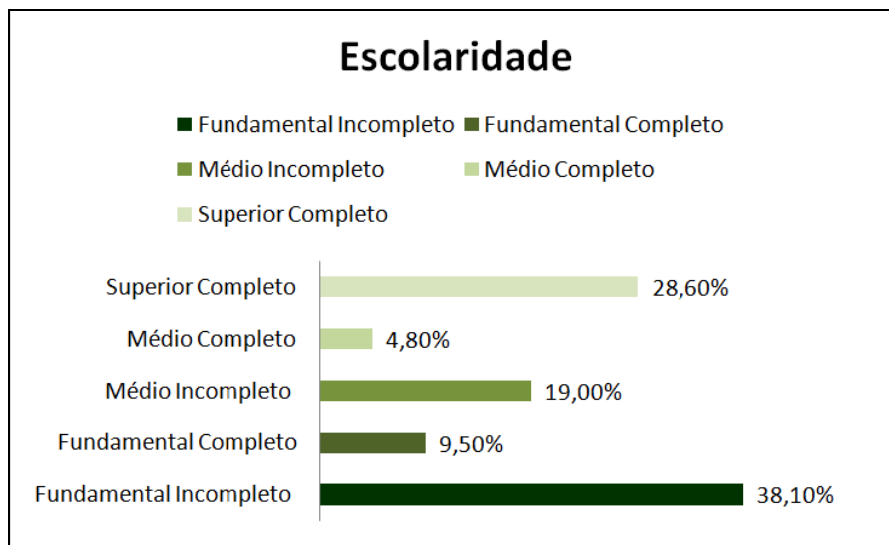


Verificou-se que a idade dos indivíduos variou de 50 a 84 anos, sendo que a média de idades foi 66,2 anos e a mediana foi de 64 anos.

Em comparação com outros estudos, observou-se prevalência do sexo masculino e variação da média de idades entre 60 e 70 anos (SILVEIRA; BRASOLOTTO, 2005; LIM et al., 2008; DI BENEDETTO et al., 2009; SILVA; DIBAI FILHO; FAGANELLO, 2011; LOUREIRO, 2011), concordando com os achados desta pesquisa. Segundo Limongi (2001) a DP acomete, principalmente, indivíduos do sexo masculino. Então, acredita-se que este possa ser o fator para a prevalência de indivíduos desse sexo na amostra estudada.

Quanto à escolaridade dos indivíduos entrevistados, foi observado que a maioria, correspondente a 8 indivíduos (38,10%) possui ensino fundamental incompleto, seguido por 6 (28,6%) indivíduos que possuem ensino superior completo. (FIGURA 2)

FIGURA 2 – Distribuição segundo a escolaridade dos indivíduos (n=21) com Doença de Parkinson do GP e GC. Florianópolis - SC, 2015.



Pode-se perceber a heterogeneidade referente à escolaridade dos indivíduos do estudo, já que 38,1% possuem baixa escolaridade, enquanto 28,6% apresentaram nível superior.

De acordo com o Censo Demográfico de 2010, a população idosa teve um nível de escolaridade significativamente inferior ao da população mais jovem, ou seja, com o aumento da idade, maiores são as taxas de baixa escolaridade (IBGE 2010). Estes dados revelam que até aproximadamente o ano de 1950, o acesso à escola era restrito a populações com condições socioeconômicas mais favoráveis, dificultando o alcance da escolaridade no nível universitário (IBGE, 2002).

De acordo com a faixa etária, estavam inseridas no grupo sem instrução ou fundamental incompleto, 60,5% das pessoas com idade entre 55 e 59 anos, seguidas de 70,2% de pessoas com idades entre 60 a 69 anos e 80,1% de pessoas com idades acima de 70 anos. Enquanto apenas uma pequena parcela desta população idosa possuiu ensino superior completo (IBGE, 2010).

Estes dados podem indicar que indivíduos com maior escolaridade têm a possibilidade de compreender o processo da sua doença de base e os benefícios da terapia com mais facilidade em relação aos indivíduos que apresentam baixa escolaridade, este fato faz com que busquem por assistência precoce.

Quanto à profissão, a grande maioria dos indivíduos da pesquisa, com exceção de uma paciente (do lar), referiram ser aposentados e muitos deles atribuem a aposentadoria à

invalidez em função da Doença de Parkinson. Os achados no estudo de NAVARRO-PETERNELLA et al. (2010) enfatizam a queixa dos indivíduos em relação as mudanças que sofrem após a descoberta da doença, na qual foram destacadas a dependência e a diminuição da capacidade funcional para o trabalho, que podem causar consequências, como a aposentadoria antecipada e, além disso, podem restringí-los das atividades diárias e de lazer.

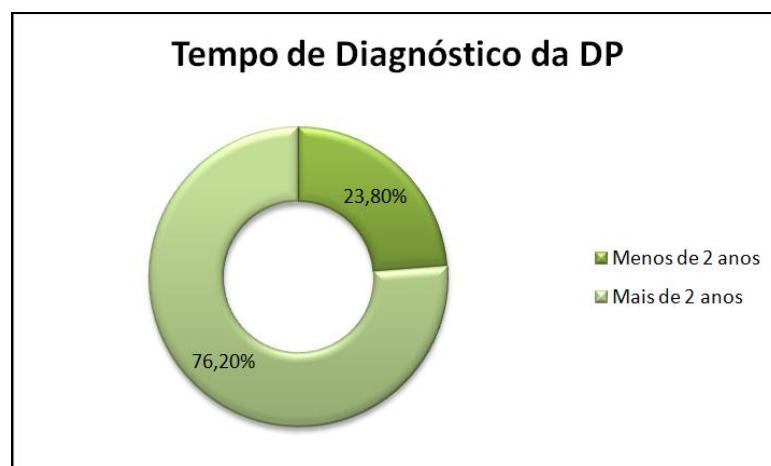
5.2 ASPECTOS CLÍNICOS

No que se refere ao tempo de diagnóstico da doença de base, optou-se por categorizar em: menos de dois anos de diagnóstico e mais de dois anos de diagnóstico. Foi verificado que a maioria 16 (76,20%) possui diagnóstico há mais de dois anos. O tempo médio de diagnóstico da doença foi de 7,2 anos e o ano que ocorreu o diagnóstico variou de 1987 a 2014.

Argolo et al. (2013) verificou em seu estudo que o tempo médio de diagnóstico da doença foram $79,3 \pm 46$ meses, equivalente a 6,6 anos. Já em outros estudos, o tempo médio de diagnóstico observado foi mais longo, como 9,25 anos (FÉLIX; CORRÊA; SOARES, 2008) e 11,6 anos (LUCHESE; KITAMURA; MOURÃO, 2015).

No entanto, estes achados são consonantes com os dados encontrados neste estudo, no qual a média do tempo de diagnóstico foi 7,2 anos e ocorreu prevalência de indivíduos incluídos no grupo de indivíduos com tempo de diagnóstico superior a dois anos.

FIGURA 3–Distribuição de acordo com o tempo de diagnóstico da doença de Parkinson prevalente nos indivíduos (n=21) com DP do GP e do GC. Florianópolis - SC, 2015.



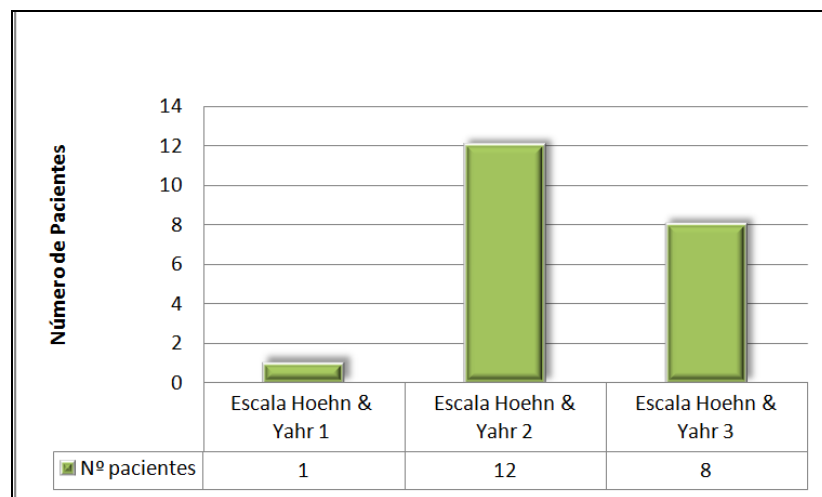
Em relação ao estadiamento da DP, foi predominante o Estágio 2 da Escala de Hoehn & Yahr entre a amostra estudada, indicando que 12 (57,14%) indivíduos apresentam doença bilateral sem déficit de equilíbrio. Seguido pelo Estágio 3, no qual se incluem 8 (30,09%)

indivíduos com classificação de doença bilateral leve a moderada, alguma instabilidade postural e capacidade para viver independente.

Nos indivíduos estudados por Di Benedetto et al. (2009) e Argolo et al. (2013), foi observado prevalência do estágio 2 da Escala de H&Y. Entretanto, Pitts (2009) encontrou prevalência do estágio três da Escala H&Y, na sua amostra estudada.

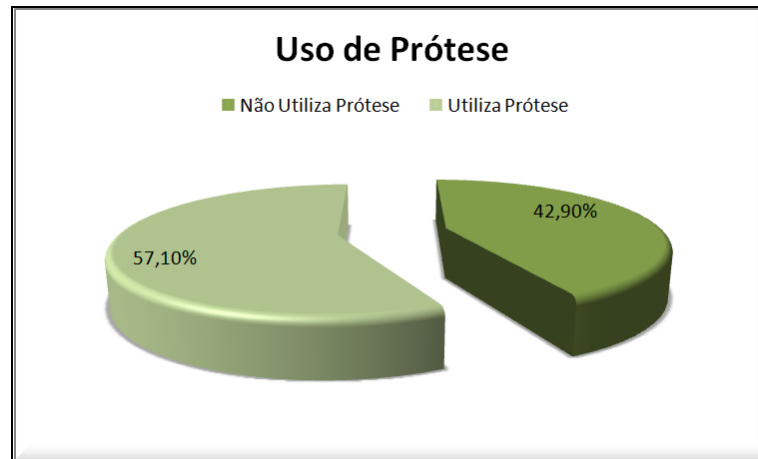
Nos estudos citados, o predomínio das escalas de H&Y iniciais, deve-se provavelmente ao fato de, que indivíduos que podem frequentar os locais de pesquisa são indivíduos que ainda apresentam capacidade física para se locomover. Já os indivíduos incluídos em estágios mais avançados, geralmente encontram-se acamados e dependem de atendimento domiciliar.

FIGURA 4 - Classificação dos indivíduos (n=21) com Doença de Parkinson do GP e do GC segundo a Escala de Hoehn & Yahr. Florianópolis - SC, 2015.



Quanto ao uso da prótese dentária, a maioria 12 (57,10%) dos indivíduos relataram utilizar prótese dentária no momento da pesquisa, e informaram que as mesmas estão bem adaptadas.

FIGURA 5 – Distribuição quanto ao uso de prótese dentária dos indivíduos (n=21) com Doença de Parkinson do GP e do GC. Florianópolis - SC, 2015.



O uso de prótese dentária melhora a capacidade mastigatória e conseqüentemente melhora a deglutição (FAZITO; PERIM; DI NINNO, 2004).

Segundo o Censo demográfico de 2010 (IBGE, 2010), verificou-se aumento da população idosa no Brasil. Com este aumento, ressalta-se a importância do cuidado da saúde do idoso de forma mais cautelosa, inclusive da saúde dentária, pois a mastigação faz parte do processo da função de deglutição, que é uma função necessária para a alimentação e nutrição do ser humano. Para que isso aconteça é indispensável à capacitação das equipes de saúde para um melhor entendimento da fisiologia e fisiopatologia da população senil.

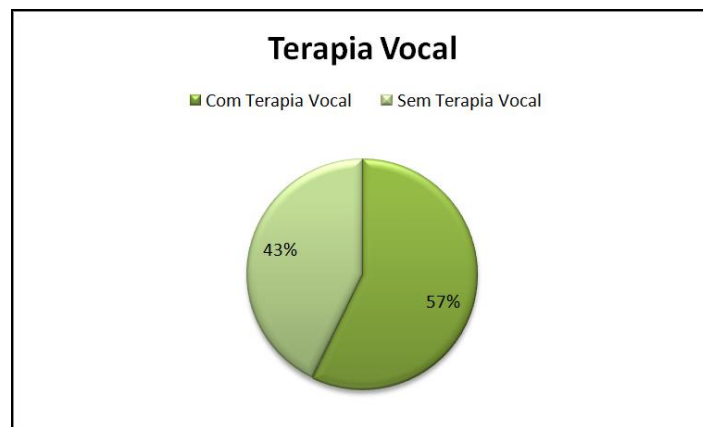
Os indivíduos que possuem perda dentária podem apresentar dificuldades na mastigação dos alimentos preferindo uma dieta mais macia e fácil para mastigar, o que pode causar alterações na alimentação, que podem interferir na nutrição adequada do indivíduo (LIMA et al., 2007).

Desta forma, em populações vulneráveis, as piores condições socioeconômicas, juntamente às técnicas odontológicas de extração de dentes da época visando o alívio da dor (SILVA & FERNANDES, 2001), evidenciam o motivo de mais da metade da população idosa brasileira ser edêntula (PERES et al., 2013).

5.3 GRUPO DE PESQUISA E GRUPO CONTROLE

A amostra foi dividida em dois grupos: grupo que realiza terapia vocal (GP) e grupo que não realiza terapia vocal (GC). O GP foi composto por 12 indivíduos (57%) e o GC foi composto por nove indivíduos (43%).

FIGURA 6 – Distribuição dos indivíduos (n=21) com Doença de Parkinson, quanto ao grupo em que estão inseridos: grupo que realiza terapia vocal e grupo que não realiza terapia vocal. Florianópolis - SC, 2015.



5.4 COMPARAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM DEGLUTIÇÃO NOS GP e GC

Foi realizada a comparação da qualidade de vida em deglutição no grupo de indivíduos que realiza terapia vocal e no grupo que não realiza terapia vocal. Como pode ser visualizado na tabela abaixo:

TABELA 1 – Menor e maior valor de respostas dos domínios do SWAL - QOL entre o GC (n=9) e o GP (n=12), seguidos pelo valor da mediana em cada domínio. Florianópolis – SC, 2015.

Domínios SWAL-QOL	GC		GP		P
	Menor Valor	Maior Valor	Menor Valor	Maior Valor	
Deglutição como Fardo	12,50	100,00	50,00	100,00	0,3241
Desejo e tempo de se alimentar	0,00	100,00	10,00	100,00	0,4738
Frequência de Sintomas	46,42	92,85	51,78	98,21	0,6954
Seleção do Alimento	50,00	100,00	62,50	100,00	0,2163
Comunicação	0,00	87,50	0,00	100,00	0,9143
Medo de se alimentar	6,25	100,00	50,00	100,00	0,9417
Saúde Mental	0,00	100,00	20,00	100,00	0,3974
Social	20,00	100,00	85,00	100,00	0,6344
Sono	0,00	100,00	37,50	100,00	0,3743
Fadiga	0,00	100,00	0,00	100,00	0,6161
Total Domínios	19,76	91,71	46,92	94,82	0,6698

A qualidade de vida em deglutição de acordo com o questionário SWAL – QOL, foi separada em domínios e comparada entre os dois grupos através do Teste de Mann – Whitney.

De acordo com a análise quantitativa os resultados não foram estatisticamente significativos, acredita-se que esses resultados possam ser justificados pelo pequeno tamanho da amostra, causando limitações no estudo diante deste aspecto.

Diante da análise descritiva e qualitativa dos domínios nos dois grupos estudados (grupo com terapia vocal e grupo sem terapia), verificou-se que a variação de respostas em cada domínio foi diferente entre os grupos:

Pode-se observar que no domínio deglutição como um fardo ocorreu maior variação no grupo sem terapia (50 – 100), do que no grupo com terapia (62,5 - 100), visto que alguns indivíduos do grupo sem terapia relataram apresentar mais dificuldades em lidar com os próprios problemas de deglutição, se referindo a eles como uma perturbação em suas vidas.

No domínio seguinte, desejo e tempo de se alimentar, a variação foi semelhante em ambos os grupos, porém observou-se que o grupo sem terapia teve uma variação maior (0 - 100), enquanto que no grupo com terapia a oscilação foi menor (10 - 100). Percebe-se que as respostas indicam que em ambos os grupos, há indivíduos que necessitam de mais tempo para

se alimentar e apresentam menos prazer em se alimentar, porém sabe-se que no grupo com terapia os indivíduos são orientados, pela fonoaudióloga responsável, a preparar com mais cautela o alimento antes de deglutir, demandando mais tempo durante as refeições. Já no grupo sem terapia não se tem a informação do motivo para o prolongamento do tempo de alimentação, estando este provavelmente relacionado aos sintomas referentes à alteração de deglutição que apresentam.

Percebeu-se no domínio frequência de sintomas, que as respostas tiveram uma variabilidade maior no grupo sem terapia (46,42 - 92,85), e no grupo com terapia observou-se menor variação (51,78 - 98,21). Ambos os grupos assemelham-se nos resultados deste domínio. Observa-se que nos dois grupos os pacientes apresentam queixas quanto à frequência dos sintomas, pois devido à doença de base, as alterações na fisiologia da deglutição desses indivíduos favorecem o aparecimento dos sinais, sintomas e complicações da disfagia orofaríngea.

Foi verificado no domínio seleção do alimento uma menor variação de respostas entre os grupos, porém ainda é notável que no grupo sem terapia as respostas oscilaram um pouco mais (50,00 - 100), do que no grupo com terapia (62,5 - 100). Este resultado deve-se ao fato, de que indivíduos que realizam terapia vocal, por serem orientados de forma correta apresentam uma maior percepção quanto à consistência alimentar mais adequada para as condições no momento, evitando alimentos que possam causar alterações na deglutição.

Constatou-se no domínio comunicação que indivíduos do grupo sem terapia tiveram uma variabilidade ampla de respostas, porém com respostas inferiores às respostas do grupo com terapia, sendo no grupo sem terapia (0 - 87,5) e no grupo com terapia (0 - 100).

A comunicação mostra-se muito comprometida na DP, porém o grupo que realiza terapia vocal trabalha diretamente as estruturas envolvidas com a produção vocal, e desta forma apresentam melhor qualidade de vida neste domínio.

Analisou-se que no domínio medo de se alimentar, o grupo sem terapia apresentou diversidade maior nas respostas, porém piores (6,25 - 100), enquanto que no grupo com terapia as respostas foram mais positivas e sofreram menor variação (50 - 100). Estes resultados justificam-se, pelo fato que indivíduos que não realizam terapia vocal, podem apresentar mais engasgos por não saberem adaptar a dieta e preparar o bolo alimentar de forma mais adequada para a deglutição, e assim apresentam medo de se alimentar.

Verificou-se que no domínio saúde mental, as respostas dos indivíduos inclusos no grupo sem terapia teve uma variação maior (0 - 100), e no grupo com terapia uma variação menor (20 - 100). As respostas neste domínio inferem que no grupo sem terapia pode haver

indivíduos mais deprimidos do que no grupo que realiza terapia, devido à tendência a possuírem menor qualidade de vida em deglutição.

Foi perceptível a variabilidade de respostas entre os grupos no domínio social, no qual os indivíduos do grupo sem terapia apresentaram uma vasta variação de respostas (20 - 100), enquanto no grupo com terapia a variação foi menor e as respostas foram melhores (85 - 100). Neste domínio, verificou-se a discrepância de resposta nos grupos, inferindo que devido às dificuldades de deglutição o grupo que não realiza terapia vocal sofre o maior impacto nos aspectos sociais, pois por não saberem lidar com essas alterações, isolam-se de ambientes com muitas pessoas.

No domínio sono, pode-se observar que no grupo sem terapia as respostas tiveram uma oscilação maior (0 - 100), e no grupo com terapia as respostas tiveram uma oscilação menor e com escores mais altos (37,5 - 100). Nota-se que em ambos os grupos os indivíduos relataram dificuldades para dormir, e isto pode ser consequência de vários fatores como o uso de medicamentos, depressão, ou a própria doença.

Já no domínio fadiga, não constatou-se diferenças entre os grupos, visto que a variabilidade de respostas foi a mesma em ambos (0 - 100). As respostas positivas para presença de cansaço, fraqueza e exaustão, podem ser explicadas devido à própria doença neurodegenerativa que possuem, pois a sintomatologia da enfermidade pode causar a fadiga.

Não foram encontrados na literatura estudos que compararam as diferenças dos domínios do questionário SWAL-QOL entre indivíduos com DP que realizam terapia vocal e indivíduos que não realizam terapia vocal.

As respostas em cada domínio foram variadas entre os grupos, e observou-se que as maiores variações entre os grupos ocorreram nos domínios deglutição como um fardo, comunicação, medo de se alimentar, social e sono,

Quanto a variação de respostas do total dos domínios do questionário SWAL-QOL, verificou-se que as respostas do GP apresentou-se de 46,92 a 94,82, enquanto o GC apresentou uma variação de respostas de 19,76 a 91,71. Pode-se perceber que as respostas do total dos domínios do SWAL-QOL foram mais variadas no GC, sendo que o GP obteve uma menor variação das respostas e estas foram mais favoráveis neste grupo.

Observa-se qualitativamente que o grupo que realiza terapia vocal apresentou respostas mais favoráveis, isto pode indicar melhor qualidade de vida em deglutição neste grupo.

Estudos indicam que indivíduos que apresentam a DP, e possuem queixas de disfagia orofaríngea, evidentemente demonstram piores resultados em todos os domínios do questionário SWAL-QOL, comprovando o declínio na qualidade de vida em deglutição desses indivíduos (LEOW et al., 2010; PLOWMAN-PRINE, 2009; LINS & OLIVEIRA, 2010).

A melhora da qualidade de vida em deglutição evidenciada na análise descritiva e qualitativa entre a variação de respostas entre os domínios neste estudo, pode ser explicada pelo fato de que indivíduos que realizam terapia vocal praticam exercícios direcionados para o aumento da intensidade vocal e respiração, e estes exercícios podem beneficiar indiretamente a proteção de vias aéreas, favorecendo a função de deglutição nestes indivíduos.

No estudo de El Sharkawi et al. (2002), foi realizado o tratamento vocal através do método Lee Silverman Voice Treatment (LSVT), e verificou-se, através da videofluoroscopia da deglutição, melhora na mobilidade de língua e reflexo de deglutição. Observou-se também diminuição do trânsito oral, redução do resíduo alimentar na cavidade oral e estase alimentar na fase faríngea, assim como diminuição da penetração laríngea.

Concordando com o estudo citado acima, na pesquisa de Argolo et al. (2013), foram realizados exercícios vocais visando a coaptação glótica, e também exercícios e manobras direcionados para a deglutição em indivíduos com DP. Observou-se evolução através da videofluoroscopia da deglutição no controle do bolo alimentar, redução de resíduo em cavidade oral, em valécula e nos recessos piriformes. Além disso, notou-se melhora significativa na qualidade de vida em deglutição desses indivíduos, especialmente nos domínios frequência de sintomas e medo.

Na pesquisa de Carrara et al. (1995) com 20 indivíduos, foram realizados exercícios de empuxo associados aos sons plosivos ou vogais e técnica de sobrearticulação de sílabas objetivando o fechamento glótico e um maior movimento de lábios, língua e mandíbula. Após as sessões de terapia verificou-se, segundo a percepção dos indivíduos, aumento da intensidade vocal e melhora da inteligibilidade de fala e, além disso, os indivíduos relataram diminuição das dificuldades de deglutição e redução ou eliminação de engasgos durante a alimentação, estas melhorias podem ser justificadas pelo aumento do fechamento glótico, que favorecem a eficácia da proteção das vias aéreas.

Em outro estudo, foram realizados exercícios de esforço fonatório nos moldes do tratamento LSVT. Constatou-se melhora na qualidade vocal, aumento de intensidade e inteligibilidade de fala. Percebeu-se também diminuição da soproidade, sugerindo aumento da coaptação glótica. Dos 10 indivíduos que participaram da pesquisa, sete apresentaram

queixas a respeito da deglutição antes do tratamento, e todos os indivíduos que tinham alteração referiram diminuição dos sintomas após a terapia fonoaudiológica (VICCO; SANTOS; GONÇALVES, 2009).

Além disso, no grupo de indivíduos que realiza terapia vocal, os indivíduos possuem mais informações sobre o funcionamento adequado da deglutição e são orientados a lidar melhor com as suas dificuldades. Segundo estudo realizado por Argolo et al. (2013), quando o paciente possui conhecimento sobre a deglutição, consegue selecionar melhor os alimentos, diminuindo os riscos de aspiração traqueal.

No presente estudo, obteve-se ainda relatos esporádicos dos indivíduos do grupo que realiza terapia vocal, que a deglutição havia melhorado significativamente após realizar o tratamento fonoaudiológico.

Como relatado anteriormente, as alterações de deglutição podem afetar de forma considerável a qualidade de vida em deglutição dos indivíduos com DP. A partir da análise dos estudos citados acima, percebe-se que os mesmos inferem que a terapia vocal pode beneficiar a deglutição a partir do fechamento glótico, auxiliando a proteção de vias aéreas.

Quanto ao grupo que não realiza terapia vocal, não foi investigado se esses indivíduos em algum momento já haviam procurado por tratamento fonoaudiológico. Desta forma, não é possível mensurar o conhecimento que eles apresentam sobre este tratamento. Acredita-se então, que estes indivíduos não possuem o mesmo entendimento da terapia como os indivíduos que a realizam, assim como a percepção sobre as dificuldades de deglutição, provavelmente encontra-se afetada, devido ao pouco conhecimento que possuem sobre a funcionalidade da deglutição.

Foi realizado um questionamento aos indivíduos quanto a percepção da sua própria dificuldade de deglutição, com escala 1 e 2, onde um era “não” (melhor resposta) e dois era “sim” (pior resposta).

Utilizou-se a Correlação do Rank de Spearman para relacionar a presença da dificuldade de deglutição com o escore total do SWAL-QOL, observou-se nível de significância $p < 0,05$ em ambos os grupos, indicando que indivíduos que apresentaram resultados inferiores para o questionário de qualidade de vida em deglutição (SWAL-QOL) são os indivíduos que referiram perceber suas dificuldades de deglutição.

TABELA 2 – Comparação da percepção da presença de dificuldades de deglutição com o escore total do questionário SWAL-QOL na amostra total de indivíduos (n=21). Florianópolis – SC, 2015.

AMOSTRA TOTAL (GP e GC)		
	QV inferior à 80%	QV superior à 80%
Apresentaram percepção das dificuldades de deglutição	7	3
Não apresentaram percepção das dificuldades de deglutição	0	11

Neste estudo, levando-se em consideração a amostra total de indivíduos, 11 dos indivíduos analisados apresentaram respostas ao questionário de qualidade de vida em deglutição superior a 80%. Verificou-se também que os indivíduos que obtiveram qualidade de vida em deglutição superior a 80%, são indivíduos que relataram não apresentar dificuldades de deglutição. Quando analisados os indivíduos que referem ter dificuldades de deglutição, percebeu-se que três possuem qualidade de vida em deglutição superior a 80%, e sete indivíduos possuem qualidade de vida em deglutição inferior a 80%.

TABELA 3 – Comparação da percepção da presença de dificuldades de deglutição com o escore total do questionário SWAL-QOL no grupo sem terapia vocal (GC) (n=9). Florianópolis – SC, 2015.

GRUPO SEM TERAPIA VOCAL (GC)		
	QV inferior à 80%	QV superior à 80%
Apresentaram percepção das dificuldades de deglutição	3	1
Não apresentaram percepção das dificuldades de deglutição	0	5

Realizou-se a análise no grupo sem terapia vocal, observou-se que cinco indivíduos que não referiram dificuldades de deglutição obtiveram qualidade de vida em deglutição superior a 80%, enquanto que dos indivíduos que relataram ter dificuldades de deglutição, três

tiveram qualidade de vida em deglutição inferior a 80%, e um apresentou qualidade de vida em deglutição superior a 80%.

TABELA 4 – Comparação da percepção da presença de dificuldades de deglutição com o escore total do questionário SWAL-QOL no grupo com terapia vocal (GP) (n=12). Florianópolis – SC, 2015.

GRUPO COM TERAPIA VOCAL (GP)		
	QV inferior à 80%	QV superior à 80%
Apresentaram percepção das dificuldades de deglutição	4	2
Não apresentaram percepção das dificuldades de deglutição	0	6

No grupo que realiza terapia vocal (n=12), verificou-se que dos seis indivíduos que relataram não referiram dificuldades de deglutição, seis possuem qualidade de vida em deglutição superior a 80%, enquanto seis indivíduos que relataram ter dificuldades de deglutição, quatro obtiveram qualidade de vida inferior a 80% e dois apresentaram qualidade de vida superior a 80%.

A partir desses resultados, onde obteve-se que no GC cinco indivíduos não percebem suas dificuldades de deglutição e no GP seis indivíduos não percebem suas dificuldades de deglutição, infere-se que não há diferenças à respeito das percepções quanto às dificuldades de deglutição entre os grupos.

Sabe-se que quando os indivíduos encontram-se nos estágios iniciais da DP, apresentam pouca percepção sobre suas dificuldades de deglutição e muitas vezes, quando percebem as dificuldades, a doença já está em um estágio mais avançado e quadros de infecção já encontram-se instalados (LOUREIRO, 2011).

5.5 RELAÇÃO ENTRE OS DOMÍNIOS

Nessa pesquisa, de acordo com o Coeficiente de Correlação do Rank de Spearman, analisou-se a relação dos domínios entre si, observando-se a influência que um domínio exerce sobre o outro (valor de $p < 0,05$).

Tanto no GC quanto no GP, percebeu-se que a alteração no domínio frequência de sintomas está intrinsecamente relacionada às queixas relatadas no domínio deglutição como um fardo, pois indivíduos que apresentam sintomas, sinais e complicações de disfagia orofaríngea relatam dificuldades para lidar com esta alteração e que esta afeta de forma considerável sua vida.

No estudo de Cassol et al. (2012), verificou-se que há relevantes relações entre os domínios deglutição como um fardo e frequência de sintomas, pois quanto mais sintomas o paciente apresenta maior a probabilidade do indivíduo relatar ter dificuldades em conviver com suas alterações de deglutição.

Devido à frequência dos sintomas e a permanência destes, os indivíduos apresentam alterações no domínio medo de se alimentar, e necessitam da adaptação da alimentação, selecionando alimentos mais fáceis de mastigar e de deglutir, a fim de prevenir complicações clínicas, como os engasgos. Desta forma, quando essas dificuldades passam a afetar a qualidade de vida desses indivíduos, observa-se que há déficits nos domínios social e saúde mental, os indivíduos se isolam, dispensam as atividades de lazer e podem apresentar quadros de depressão.

Além dessas relações, observou-se ainda no grupo que realiza terapia vocal, que o domínio desejo e tempo de se alimentar também se associam com os domínios saúde mental e social. Estas relações podem ser explicadas pelo fato de que pessoas deprimidas podem apresentar sintomas mais frequentes, menos prazer para se alimentar, e provavelmente levam mais tempo para comer suas refeições, por necessitar adaptá-las. Neste caso, podem deixar de ter uma vida social ativa com receio da alteração de deglutição apresentada.

No estudo de Leow et al. (2010), verificou-se que indivíduos com sintomas mais frequentes, tinham receio em selecionar seus alimentos. A consistência quando adaptada, muitas vezes favorece a deglutição dos indivíduos, porém se tornam menos atrativa diante o aspecto visual, se tornando menos prazerosa. Evidenciaram ainda que, a qualidade de vida em deglutição sofreu declínio por causa dos quadros de depressão, geralmente, presentes nesses indivíduos.

Os achados do estudo de Carneiro (2011) indicam que o prejuízo na qualidade de vida em deglutição nesses indivíduos ocasiona grandes impactos no convívio social com outras pessoas, principalmente em locais que envolvam a alimentação.

Além disso, notou-se ainda no grupo que realiza terapia vocal que houve uma relação entre o domínio comunicação com o domínio frequência de sintomas e com o domínio medo

de se alimentar, visto que os indivíduos podem apresentar rigidez devido à DP ou fraqueza em virtude da senilidade, acarretando em uma diminuição da proteção de vias aéreas.

Na DP, em virtude da rigidez que esses indivíduos possuem, observam-se alterações vocais devido às alterações laríngeas, principalmente a diminuição do fechamento glótico, interferindo na comunicação desses indivíduos (SILVEIRA; BRASOLOTTO, 2005). Além de alterações na voz, a falta de coaptação glótica, pode causar prejuízos na proteção de vias aéreas, causando complicações na deglutição (GASPARIM et al., 2011) e ainda acredita-se que, em consequência a estes fatores, o paciente pode desenvolver receio em se alimentar por causa da frequência de sintomas (ARGOLO, 2013).

5.6 DOMÍNIOS SWAL- QOL x ESCALA H&Y

Foram correlacionados os domínios do questionário SWAL-QOL com a escala de Hoehn & Yahr modificada, porém verificou-se nos resultados que não há relação significativa entre essas duas variáveis tanto no grupo sem terapia vocal como no grupo com terapia vocal. Provavelmente, por que os grupos eram muito homogêneos em termos de número, sendo 12 no estágio 2 e oito no estágio 3.

Corroborando com os achados desta pesquisa, no estudo de Plowman-Prine (2009), não foram encontradas correlações significativas entre os domínios do questionário SWAL QOL com a escala de Hoehn & Yahr. Em contrapartida, no estudo de Carneiro et al. (2014) e Leow et al. (2010), os indivíduos que estavam em estágios mais avançados da doença, apresentaram pontuações inferiores na maioria dos domínios.

5.7 TEMPO DE DIAGNÓSTICO E ESCORE TOTAL SWAL-QOL

Em ambos os grupos, para relacionar o tempo de diagnóstico com a qualidade de vida em deglutição, os indivíduos foram agrupados em duas categorias (qualidade de vida em deglutição igual ou superior a 50% e inferior a 50%).

Conforme o Teste Exato de Fisher, não houve diferença significativa. Dezesesseis indivíduos diagnosticados com DP a mais de dois anos apresentaram qualidade de vida em deglutição igual ou superior a 50%, enquanto observou-se que dos cinco indivíduos com diagnóstico a menos de dois anos, três indivíduos obtiveram qualidade de vida em deglutição igual ou superior a 50% e dois indivíduos obtiveram qualidade de vida em deglutição inferior a 50%.

Assim como neste estudo, na pesquisa realizada por Plowman-Prine et al. (2009), não foram encontradas correlações significativas entre o tempo de diagnóstico da DP e a qualidade de vida em deglutição nos indivíduos.

Pode-se verificar que os indivíduos que possuem diagnóstico da doença há mais tempo já passaram pela fase de aceitação da doença, e atualmente estão conformados e adaptados para enfrentá-la. Entretanto, indivíduos diagnosticados recentemente, estão em processo de aceitação do diagnóstico e muitas vezes, a não aceitação levam a quadros depressivos, justificando o declínio na qualidade de vida.

5.8 CONSISTÊNCIA DOS ALIMENTOS E DOS LÍQUIDOS INGERIDOS PELOS INDIVÍDUOS

Nesta pesquisa, constatou-se que nenhum dos indivíduos da amostra utiliza via alternativa de alimentação.

Além disso, os indivíduos foram questionados sobre a consistência alimentar mais utilizada na semana antecedente à pesquisa, 20 indivíduos alimentam-se de dieta normal, com variedade de alimentos, e um paciente relatou preferir alimentos mais macios e mais fáceis de mastigar. Quanto à consistência dos líquidos consumidos pelos indivíduos, todos referiram estar ingerindo bebidas líquidas, como água, café, leite e chá, sem necessidade de adaptá-las.

O que pode justificar o fato de que os dois grupos de indivíduos mantenham a alimentação com dieta normal, é que os estágios da doença incluídos neste estudo variam de 1 a 3, onde os indivíduos podem não apresentar alterações significantes em relação a esta função.

Além disso, os indivíduos que realizam terapia são orientados quanto às formas adequadas para garantir uma alimentação segura (volume, velocidade e postura).

O grupo de indivíduos que não realiza terapia vocal pode apresentar uma percepção pior da sua qualidade de vida em deglutição por não ter conhecimento necessário para observar o que pode estar impedindo a alimentação segura e encontrando dificuldades para adaptar a dieta. Segundo Leow et al. (2010), os indivíduos estudados por ele apresentaram dificuldades para selecionar os alimentos que garantissem uma maior segurança durante a deglutição, e dessa forma sentiram menos desejo para se alimentar.

5.9. PERCEPÇÃO SOBRE A SAÚDE GERAL

Quanto à percepção da saúde geral, a maioria dos pacientes relatou que consideram sua saúde geral como satisfatória. Enquanto apenas um paciente relatou ter saúde ruim.

No estudo de Camargos et al. (2004), os autores verificaram que a qualidade de vida do indivíduo com DP encontra-se afetada em vários aspectos, como por exemplo, aspecto físico, social, mental e econômico. Observaram também que os primeiros aspectos a serem afetados são o físico e mental, e estes podem originar outras limitações na qualidade de vida desses pacientes. Esses dados corroboram com os achados de Lana et al. (2007), que após aplicação do Questionário da Doença de Parkinson (PDQ-39), que avalia a qualidade de vida geral desses indivíduos, analisaram que os pacientes apresentaram baixo escore, indicando que os mesmos percebem suas dificuldades e que a qualidade de vida nestes indivíduos é restrita.

Neste estudo, foram encontradas limitações em relação ao número da amostra, que seguindo os critérios de inclusão e exclusão, ficou restrita a 21 indivíduos. Acredita-se que devido a este fator alguns resultados foram estatisticamente insignificantes.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que o tamanho reduzido da população incluída neste estudo, influenciou nos resultados da análise quantitativa e comparativa dos domínios do questionário SWAL – QOL entre os grupos, impossibilitando a variabilidade de respostas entre os indivíduos da pesquisa, e causando limitações no estudo diante deste aspecto.

Além disso, verificou-se que diante a análise qualitativa e descritiva dos resultados do SWAL - QOL os indivíduos do grupo que realiza terapia vocal obtiveram melhores resultados do que os indivíduos que não realizam terapia vocal.

Sugere-se, então, que sejam realizados estudos com um número maior de indivíduos nos dois grupos, para possibilitar uma melhor comparação estatística.

Indica-se ainda estudos que realizem avaliação clínica e instrumental da deglutição, para avaliar objetivamente a função da deglutição, assim como verificação pré e pós-terapia através de exames que possam detectar as modificações na biomecânica da deglutição.

7 CONCLUSÃO

Pode-se concluir nesse estudo, de acordo com os aspectos sociodemográficos, prevalência do sexo masculino na população estudada. A média de idades dos indivíduos que participaram da pesquisa foi 66,2 anos.

Verificou-se que há uma diversidade referente à escolaridade dos indivíduos, porém predominância do número de indivíduos que apresentam baixa escolaridade.

De acordo com os aspectos clínicos, a maior parte dos indivíduos apresentou o tempo de diagnóstico da DP superior a dois anos. A escala de H&Y mais frequente foi o estágio 2. E observou-se prevalência de indivíduos que utilizam prótese dentária, porém adaptada.

Foi realizada a comparação da percepção das dificuldades de deglutição e o impacto na qualidade de vida em deglutição entre o grupo que realiza terapia vocal e o grupo que não realiza. Pode-se perceber que não houve diferenças quanto à percepção das dificuldades de deglutição entre os grupos. Entretanto, quanto à qualidade de vida em deglutição, diante da análise quantitativa os resultados não foram estatisticamente significantes entre os grupos, porém quando realizada a análise qualitativa descritiva verificou-se que em todos os domínios o grupo que realiza terapia vocal apresentou respostas mais favoráveis, indicando uma melhor qualidade de vida nesse grupo.

Sendo assim, acredita-se que a terapia vocal pode estar auxiliando de forma indireta a função de deglutição. Porém, percebeu-se que é necessária uma maior investigação quanto à percepção de indivíduos com e sem terapia fonoaudiológica sobre suas dificuldades de deglutição e o impacto que estas causam na qualidade de vida desses indivíduos. E ainda, devido à divergência nos resultados, torna-se indispensável a realização de outros estudos que comparem a deglutição em indivíduos que realizam e que não realizam terapia vocal avaliando objetivamente a biomecânica da deglutição no momento pré e pós terapia com avaliação instrumental da deglutição

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, L. M. O. A. **Determinação dos Limiares de Normalidade dos Parâmetros Acústicos da Voz.** 2003. Tese (Mestrado em Bioengenharia) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. 2003.
- ARGOLO, N. et al. Do swallowing exercises improve swallowing dynamic and quality of life in Parkinson's disease? **NeuroRehabilitation**, Salvador, v. 32, p. 949-955, 2013.
- ASSOCIAÇÃO BRASIL PARKINSON.** São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://www.parkinson.org.br>> Acesso em: 17 de abril de 2014.
- ASSOCIAÇÃO EUROPÉIA DA DOENÇA DE PARKINSON (EPDA).** Portugal, 2014. Disponível em: <www.parkinson.pt/> Acesso em: 11 de maio de 2014.
- ASSOCIAÇÃO PARKINSON SANTA CATARINA.** Florianópolis, 2014. Disponível em: <<http://www.parkinson-sc.com.br/index.php>> Acesso em 17 de abril de 2014.
- AZEVEDO, L.L.; CARDOSO, F. Ação da levodopa e sua influência na voz e na fala de indivíduos com doença de Parkinson. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiologia**, São Paulo, v. 14, n.1, p.136-141, 2009.
- BARBOSA, E.; SALLEM, F. Doença de Parkinson – Diagnóstico. **Rev. Neurociências**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 158-165, 2005.
- PORTAS, J. G. et al. Autopercepção da desvantagem vocal (VHI) e qualidade de vida relacionada à deglutição (SWAL-QOL) de pacientes laringectomizados totais. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, v. 36, n. 1, p. 32 - 37, 2007.
- BEHLAU, M. et al. Conceito de voz normal e classificação das disfonias. In: BEHLAU, M. **Voz: o livro do especialista.** v. 1. Rio de Janeiro: Revinter; 2001, p.53-79.
- BEHLAU, M. et al. Avaliação de voz. In: BEHLAU, M. **Voz: o livro do especialista.** v.1. Rio de Janeiro: Revinter, 2001, p. 85-180.
- BEHLAU, M. et al. Aperfeiçoamento Vocal e Tratamento Fonoaudiológico das Disfonias. In: BEHLAU, Mara (org). **Voz: O Livro do Especialista.** v. II. Rio de Janeiro: Revinter, 2005. cap. 13, p. 409-519.
- BEHLAU, M. & PONTES, P. **Avaliação e tratamento das disfonias.** São Paulo: Lovise, 1995. 312 p
- BIGAL, A. et al. Disfagia do Idoso: estudo videofluoroscópico de idosos com e sem doença de Parkinson. **Rev. Distúrb. Comum**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 213-23, 2007.
- BRASOLOTTO, A.G. et al. Voz na senescência e na Doença de Parkinson. In: MARCHESAN et al. **Tratado das especialidades em fonoaudiologia.** São Paulo: Guanabara Koogan, 1. ed., 2014, 1180 p.
- CAMARGOS, A. C. R. et al. O impacto da doença de Parkinson na qualidade de vida: uma revisão de literatura. **Rev. bras. fisioter.** v. 8, n. 3, p. 267 – 272, 2004.
- CARDOSO, S.; ACIOLY, S. Atuação fisioterapêutica na Doença de Parkinson. 2003. Disponível

em:<http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaudefisioterapia/neuro/doenca_parkinson.htm> Acesso em: 10 de janeiro de 2015.

CARNABY-MANN, G. D.; CRARY, M. A. McNeill Dysphagia Therapy Program: a case-control study. **Arch Phys Med Rehabil**, Florida, v. 91, p.743-9, 2010

CARNEIRO, D. **Impacto dos distúrbios da deglutição na qualidade de vida de parkinsonianos**. 2011. Tese (Mestrado em Neurociências) – Universidade Federal de Pernambuco. 2011.

CARNEIRO, D. et al. Qualidade de vida em disfagia na Doença de Parkinson: uma revisão sistemática. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 15, n. 5, p. 1347 – 1356, 2012.

CARNEIRO, D. et al. Quality of Life Related to Swallowing in Parkinson's disease. **Dysphagia**, Recife, v. 29, p. 578 – 582, 2014.

CARRARA, E. A. et al. **Doença de Parkinson – efetividade da fonoterapia na comunicação oral e na deglutição**. 1995. Tese (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana- Fonoaudiologia) – Universidade Federal de São Paulo. 1995.

CARRARA, E. A. Distúrbios Neurológicos da Voz. In: PINHO, S. M. R. **Fundamentos em Fonoaudiologia** - tratando os distúrbios da voz. Rio de Janeiro: Guanabara, 1998. 2ª ed. 150 pag.

CARRARA, E.A. et al. Avaliação fonoaudiológica das disartrofonias. In: **Tópicos em fonoaudiologia**. São Paulo: Lovise, 1998. v. 3. p. 389 - 410.

CASSOL, K. et al. Qualidade de vida em deglutição em idosos saudáveis. **J. Soc. Bras. Fonoaudiol**, Irati, v. 24, n. 3, p. 223 -232, 2012.

CLAVÉ, P. et al. The effect of bolus viscosity on swallowing function in neurogenic dysphagia. **Alimentary pharmacology & therapeutics**, Barcelona, v. 24, n. 9, p. 1385-1394, 2006.

COLA, P. C. et al. Reabilitação em Disfagia Orofaringea Neurogênica: sabor azedo e temperatura fria. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 200-205, 2008.

COSTA, M. M. B. Como proteger fisiologicamente as vias aéreas durante a deglutição. In: CASTRO, L. P.; SAVASSI-ROCHA, P. R.; MELO, J. R. C; COSTA, M. M. B. **Tópicos em gastroenterologia 10** – Deglutição e Disfagia. Rio de Janeiro: MEDSI, 2000. p. 37 – 48.

DI BENEDETTO, P. et al. Voice and choral singing treatment: a new approach for speech and voice disorders in Parkinson's disease. **Eur J Phys Rehabil Med**, v. 45, n. 1, p. 13 – 19, 2009.

DONNER, M. W. Dysphagia [Editorial]. **Dysphagia**, 1986.

ELMSTAHL, S. et al. Treatment of Dysphagia Improves Nutritional Conditions in Stroke Patients. **Dysphagia**. v. 14, n. 2, p. 61-66, 1999.

EL SHARKAWI, A. et al. Swallowing and voice effects of Lee Silverman Voice Treatment (LSVT): a pilot study. **J Neurol Neurosurg Psychiatry**, Evanston, v. 72, p. 31 – 36, 2002.

FAZITO, L. T.; PERIM, J. V.; DI NINNO, C. Q. M. S. Comparação das queixas alimentares de idosos com e sem prótese dentária. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 143 – 150, 2004

FÉLIX, V. N.; CORRÊA, S. M. A.; SOARES, R. J. A therapeutic maneuver for oropharyngeal dysphagia in patients with Parkinson's disease. **Clinics**, São Paulo, v. 63, n. 5, p. 661-666, 2008.

FERREIRA, F. A. et al. A relação da postura corporal com a prosódia na doença de parkinson: estudo de caso. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v.9, n.3, 308-318, 2007.

GASPARIM, A. Z. et al. Deglutição e tosse nos diferentes graus da doença de Parkinson. **Arquivos Int. Otorrinolaringol**, São Paulo, v. 15, n. 2, 2011.

GASPARINI, G.; DIAFÉRIA, G.; BEHLAU, M. Queixa vocal e análise perceptivo-auditiva de indivíduos com doença de Parkinson. **Rev. Ci. méd. Biol.**, Salvador, v. 2, n. 1, p. 72-76, 2003.

GROHER, M. E; CRARY, M. **Dysphagia**: Clinical management in adults and children. MO: Mosby; 2009.

HEIJNEN, B. J. et al. Neuromuscular electrical stimulation versus traditional therapy in patients with parkinson's disease and oropharyngeal dysphagia: effects on quality of life. **Dysphagia**, v. 27, p. 336 – 345, 2012.

ICKENSTEIN, G. W. et al. Pneumonia and in-hospital mortality in the context of neurogenic oropharyngeal dysphagia (NOD) in stroke and a new NOD step-wise concept. **J Neurol.**, v. 257, n. 9, p. 1492-1499, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Dados preliminares do censo 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 11 de maio de 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**: Educação e deslocamento. Rio de Janeiro, p. 1 – 205, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000**. Rio de Janeiro, 2002.

KAHRILAS, P. J.; LIN, S.; LOGEMANN, J. A.; ERGUN, G. A.; FACCHINI, F. Deglutitive tongue action: volume accommodation and bolus propulsion. **Gastroenterology**, v. 104, n. 1, p. 152 – 162, 1993.

LAMÔNICA, D. A. C. Distúrbios da comunicação em indivíduos portadores da doença de Parkinson. **Mimesis**, Bauru, v. 18, n. 1, p. 109-118, 1997.

LANA, R. C. et al. Percepção da qualidade de vida de indivíduos com Doença de Parkinson através do PDQ-39. **Rev. Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 11, n. 5, p. 397- 402, 2007.

LANGMORE, S. E. Endoscopic evaluation of oral and pharyngeal phases of swallowing. **GI Motility Online**, 2006.

LAZZARA, G. L. M. A.; LAZARUS, C. M. A.; LOGEMANN, J. A. Impact of thermal stimulation on the triggering of the swallowing reflex. **Dysphagia**, v.1, n.2, p. 73-77, 1986.

LAZARUS, C.; LOGEMANN, J.A.; GIBBONS, P. Effects of maneuvers on swallow functioning in a dysphagic oral cancer patient. **Head and Neck**, v. 15, p. 419-424, 1993.

- LAZARUS, C. et al. Effects of voluntary maneuvers on tongue base function for swallowing. **Folia. Phoniatr. Logop.**, v. 54, p. 171 – 176, 2002.
- LEOPOLD, N. A.; KAGEL, M. C. Prepharyngeal dysphagia in Parkinson's Disease. **Dysphagia**, v. 11, p. 14 – 22, 1996.
- LEOPOLD, N. A.; KAGEL, M. C. Pharyngo- Esophageal Dysphagia in Parkinson's Disease. **Dysphagia**, v. 12, p. 11 – 18, 1997.
- LEOW, L. P. **Mechanisms of airway protection in ageing and Parkinson's Disease**. 2007, 296 f. Tese (Doutorado em Filosofia em Fonoaudiologia) - University of Canterbury, Nova Zelândia, 2007.
- LEOW, L. P. et al. The Impact of dysphagia on quality of life in ageing and Parkinson's Disease as measured by the swallowing quality of life (SWAL-QOL) questionnaire. **Dysphagia**, v. 25, n. 3, p. 216 - 220, 2010.
- LIMA, L. H. M. A. et al. Autopercepção oral e seleção de alimentos por idosos usuários de próteses totais. **Rev. de Odontologia da UNESP**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 131 -136, 2007.
- LIM, A. et al. A pilot study of respiration and swallowing integration in Parkinson's Disease: "On" and "Off" levodopa. **Dysphagia**, New Zealand, n. 23, p. 76-81, 2008.
- LIMONGI, J. C. P. **Conhecendo melhor a Doença de Parkinson: Uma Abordagem Multidisciplinar com Orientações Práticas para o Dia-a-dia**. São Paulo: Plexus, 2001.
- LOGEMANN, J. A. Evaluation and treatment of swallowing disorders. **Journal NSSLHA**, 1984.
- LOGEMANN, J. A. Noninvasive approaches to deglutitive aspiration. **Dysphagia**, Evanston, v. 8, p. 331 – 333, 1993.
- LOGEMANN, J. A. **Evaluation and treatment of swallowing disorders**. 2 ed. Austin: Pro-Ed., 1998.
- LOGEMANN, J. A. Treatment of oral and pharyngeal dysphagia. **Phys Med Rehabil Clin N Am**, v. 19, p. 803- 816, 2008.
- LOPES, A. D.; CICONELLI, R. M.; REIS, F. B. Medidas de avaliação de qualidade de vida e estados de saúde em ortopedia. **Rev. bras. ortop.**, São Paulo, v. 42, n. 11/12, p. 355 – 359, 2007.
- LOUREIRO, F.S. **Alterações da deglutição em indivíduos com doença de Parkinson: associação com a clínica e estudo eletrofisiológico simultâneo com a respiração**. 2011, 118f. Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. 118f.
- LUCHESE, K. F.; KITAMURA, S.; MOURÃO, L. F. Management of dysphagia in Parkinson's Disease and amyotrophic lateral sclerosis. **CoDAS**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 358-364, 2013.
- LUCHESE, K. F.; KITAMURA, S.; MOURÃO, L. F. Dysphagia progression and swallowing management in Parkinson's Disease: an observational study. **J. Braz. Otorhinolaryngol.**, São Paulo, v. 81, n. 1, p. 24–30, 2015.

- MARCHESAN, I. Q. Deglutição: Normalidade. In: FURKIM, A. M.; SANTINI, C. S. **Disfagias Orofaríngeas**. Pró Fono. São Paulo, 2. Ed, 2004, 238 p.
- MATA, F. A. F.; BARROS, A. L. S.; LIMA, C. F. Avaliação do risco de queda em indivíduos com Doença de Parkinson. **Rev. Neurociências**, v. 16, n. 1, p. 20 – 24, 2008.
- MCHORNEY, C. A et al. The SWAL-QOL outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults: I. conceptual foundation and item development. **Dysphagia**, v. 15, p. 115 - 121, 2000.
- MCHORNEY, C. A. et al. The SWAL-QOL and SWAL-CARE outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults: documentation of reliability and validity. **Dysphagia**, v. 17, p. 97 – 114, 2002.
- MENDELL, D. A; LOGEMANN, J. A. A retrospective analysis of the pharyngeal swallow in patients with a clinical diagnosis of GERD compared with normal controls: a pilot study. **Dysphagia**, v. 17, n. 3, p. 220 - 226, 2012.
- MENESES, M. S.; TEIVE, H. A.G. **Doença de Parkinson**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- MONTONI, N. P. et al. Cross-Cultural Adaptation of the SWAL-QOL and Swal-Care Questionnaires into Brazilian Portuguese. **Applied Cancer Research**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 129 - 134, 2009.
- MORRIS, M. E. Movement disorders in people with Parkinson disease: a model for physical therapy. **Physical Therapy**, Austrália, v. 80, n. 6, p. 578 – 597, 2000.
- MOURÃO, L. F. Disfagias orofaríngeas em doenças degenerativas. In: FERREIRA, L.P; BEFI-LOPES D.M.; LIMONGI, S. C. O. **Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo: ROCA, 2005, cap. 29, p. 343 – 353.
- NAGAYA, M. et al. Videofluorographic study of swallowing in Parkinson's Disease. **Dysphagia**, v. 13, p. 95 – 100, 1998.
- NAVARRO-PETERNELLA, F. M.; MARCON, S.S. A convivência com a doença de Parkinson na perspectiva do parkinsoniano e seus familiares. **Ref. Gaúcha. Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 415 – 422, 2010.
- NICARETTA, D. H. et al. Dysphagia and Sialorrhea: the relationship to Parkinson's disease. **Arq Gastroenterol**, v. 50, n. 1, 2013.
- OGUZ, H. et al. Objective voice changes in nondysphonic Parkinson's Disease patients. **Journal Otolaryngology**, v. 35, n. 5, p. 349 - 354, 2006.
- OKADA, S. What is the chin-down posture? A questionnaire survey of speech language pathologists in Japan and the United States. **Dysphagia**, v. 22, p. 204-209, 2007.
- OLIVEIRA, P. J. A. L; LINS, O. G. **Estudo comparativo da qualidade de vida em deglutição entre os indivíduos com doença de parkinson e sem a doença**. Recife, 2010. Disponível em: http://www.contabeis.ufpe.br/propesq/images/conic/2010/conic/pibic/40/Resumo_CONIC_10040486PO.pdf> Acesso em: 13 de maio de 2014.
- ORTIZ, K. Z; CARRILLO, L. Comparação entre as análises auditiva e acústica nas disartrias. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 325 – 331, 2008.

PADOVANI, A. R. et al. Protocolo fonoaudiológico de avaliação do risco para disfagia (PARD). **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 199-205, 2007.

PALERMO, S. et al. Avaliação e intervenção fonoaudiológica na doença de Parkinson: Análise clínica-epidemiológica de 32 indivíduos. **Rev. Brasileira Neurologia**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 4, p. 17-24, 2009.

PERES, M. A. et al. Perdas dentárias no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 78 – 89, 2013.

PITTS, T. et al. Impact of Expiratory Muscle Strength Training on Voluntary Cough and Swallow Function in Parkinson Disease. **J. Chest.**, v. 152, n. 5, 2009.

PLOWMAN-PRINE, E. K. et al. The relationship between quality of life and swallowing in Parkinson's Disease. **Mov. Disord.**, v. 24, n. 9, p. 1352 - 1358, 2009.

PORTAS, J. G. et al. **Validação para a língua portuguesa-brasileira dos questionários: qualidade de vida em disfagia (SWAL-QOL) e satisfação do paciente e qualidade do cuidado no tratamento da disfagia (SWAL- CARE)**. 2009. Tese (Mestrado em Medicina) – Programa de Pós- Graduação da CAPES. São Paulo. 2009.

RAMIG, L. O. et al. Intensive voice treatment (LSVT®) for patients with Parkinson's disease: a 2 year follow up. **J. Neurol. Neurosurg.Psychiatry**, v. 71, p. 493 - 498, 2001.

ROCHA, E. M. S. S. Disfagia: avaliação e terapia. In: MARCHESAN, I.Q. **Fundamentos em Fonoaudiologia: aspectos clínicos da motricidade oral**. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, p. 91 – 98, 1998.

ROLIM, M. R. P. Relato de experiência da terapia fonoaudiológica com enfoque vocal no grupo de Parkinson – NETI/APASC. **Rev. Extensio**, Florianópolis, v. 10, n. 15, p. 71 -77, 2013.

ROSA, J. C.; CIELO, C. A.; CHEHELLA, C. Função fonatória em indivíduos com Doença de Parkinson: uso de instrumento de sopro. **Rev. CEFAC**, v. 11, n. 2, p. 305-313, 2009.

RUSSELL, J. A. et al. Targeted exercise therapy for voice and swallow in persons with Parkinson's disease. **Brain Research**, p. 3- 11, 2010.

SANTINI, C.S. Disfagia Neurogênica. In: FURKIM, A. M., SANTINI, C.S. **Disfagias orofaríngeas**. Pró-Fono. São Paulo, 1999, p. 19 – 34.

SCHENKMAN, M. L. et al. Spinal movement and performance of standing reach task in participants with and without Parkinson disease. **Physical Therapy**, v. 81, n. 8, p. 1400 – 11, 2001.

SHAKER, R. et al. Rehabilitation of swallowing by exercise in tube-fed patients with pharyngeal dysphagia secondary to abnormal UES opening. **Gastroenterology**, v. 12, p. 1314-1321, 2002.

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

SILVA, S. R. C.; FERNANDES, R. A. C. Autopercepção das condições de saúde bucal do idoso. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 349 – 355, 2001.

SILVEIRA, D.N.; BRASOLOTTO, A. G. Reabilitação vocal em indivíduos com doença de Parkinson: fatores interferentes. **Pró-fono Revista de Atualização Científica**, Barueri, v. 17, n. 2, p. 241 – 250, 2005.

SOLOMON, N.; HIXON, T. Speech breathing in Parkinson's disease. **J. Speech Hear. Disord.**, v. 36, p. 294-310, 1993.

SUNG, H. Y. et al. The prevalence and patterns of pharyngoesophageal dysmotility in patients with early stage Parkinson's Disease. **Movement Disorders**, v. 25, n. 14, p. 2361–2368, 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Núcleo de estudos da terceira idade** (NETI/UFSC). Florianópolis, 2014. Disponível em: <<http://neti.ufsc.br/historia/>> Acesso em: 21 de novembro de 2013.

VALIM, M. A. et al. A relação entre o tempo máximo de fonação, frequência fundamental e a proteção de vias aéreas inferiores no paciente com disfagia neurogênica. **Arq. Int. Otorrinolaringol**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 260 – 266, 2007.

VICCO, D. C.; SANTOS, S. M. A.; GONÇALVES, L. H. T. Análise acústica e perceptivo-auditiva da voz em pacientes parkinsonianos pré e pós-terapia fonoaudiológica. **Cienc Cuid Saude**, v. 8, n. 3, p. 313 – 320, 2009.

WATTS, C. R. **Current and Emerging Evidence-Based Strategies for Targeting the Laryngeal Elevators**. [Online]. Publicado em 2014. Disponível em: <<http://www.dysphagiacafe.com/2014/12/04/current-and-emerging-evidence-based-strategies-for-targeting-the-laryngeal-elevators/>> Acesso em: 21 de fevereiro de 2015.

WHOQOL. **The world health organization quality of life instruments programme on mental HEALTH**. – 1998. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf> Acesso em: 10 de maio de 2014.

YAMADA, E. K. et al. A influência das fases oral e faríngea na dinâmica da deglutição. **Arq. Gastroenterol**, Rio de Janeiro, v. 41, n.1, p. 18 – 23, 2004.

YOON, W. L. et al. Chin Tuck Against Resistance (CTAR): New Method for Enhancing Suprahyoid Muscle Activity Using a Shaker-type Exercise. **Dysphagia**, v. 29, n. 2, p. 243 – 248, 2014.

YÜCETURK, A. V. et al. Voice analysis and videolaryngostroboscopy in patients with Parkinson's disease. **Eur Arch Otorhinolaryngol**, v. 259, p. 290 – 293, 2002.

ANEXOS**ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA -
UDESC**

GABINETE DO REITOR

*COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES
HUMANOS – CEPESH*

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) senhor(a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa de graduação intitulada **QUALIDADE DE VIDA E DEGLUTIÇÃO EM INDIVÍDUOS COM DOENÇA DE PARKINSON QUE REALIZAM TERAPIA VOCAL**, que fará uma entrevista, tendo como objetivo geral analisar as possíveis dificuldades de deglutição e seus impactos na qualidade de vida a partir da percepção de dois grupos portadores da DP: que realizam e que não realizam terapia fonoaudiológica vocal. Serão previamente marcadas a data e horário para as perguntas, utilizando questionário. Estas medidas serão realizadas no Núcleo de estudos da terceira idade, na Universidade Federal de Santa Catarina, ou no Centro Catarinense de Reabilitação.

Existe um risco mínimo que pode advir deste trabalho, pois o(a) senhor(a) poderá cansar durante a aplicação dos questionários (duração de 20 a 25 minutos). Para evitar que se canse, poderá solicitar intervalo de descanso durante a aplicação dos questionários.

Esta pesquisa possui a perspectiva de auxiliar profissionais e pesquisadores, contribuindo para a intervenção clínica com relação à função de deglutição, a fim de prevenir ou diminuir a ocorrência de disfagia nesta população, promovendo melhor qualidade de vida.

As pessoas que estarão acompanhando os procedimentos serão os pesquisadores estudantes de graduação Cíntya Meneghel de Souza, Maysa Andrade Santos, Idineide Viana e Camilla Carvalho e a professora responsável Ana Maria Furkim.

O(a) senhor(a) poderá se retirar do estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de constrangimento.

Solicitamos a sua autorização para o uso de seus dados para a produção de artigos técnicos e científicos. A sua privacidade será mantida através da não-identificação do seu nome.

Este termo de consentimento livre e esclarecido é feito em duas vias, sendo que uma delas ficará em poder do pesquisador e outra com o sujeito participante da pesquisa.

Agradecemos a sua participação.

Nome do(a) Pesquisador(a): Cintya Meneghel de Souza

Telefone: (48) 96151862

Email: cintya_meneghel@hotmail.com

Endereço: Rua Rozália Paulina Ferreira, 2059 – Costa de Cima

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – CEPESH/UEDESC

Av. Madre Benvenuta, 2007 – Itacorubi – Fone: (48)3321-8195 – e-mail:

cepsh.reitoria@udesc.br

Florianópolis - SC

88035-001

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e, que todos os dados a meu respeito serão sigilosos. Eu compreendo que neste estudo, as medições dos experimentos/procedimentos de tratamento serão feitas em mim, e que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento.

Nome por extenso

Assinatura _____ Local: _____

Data: ____/____/____ .

ANEXO B - QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA EM DEGLUTIÇÃO (SWAL-QOL)

Nome: _____ ID: ____ Data: _____

Esse questionário foi feito para saber como seu problema de deglutição tem afetado sua qualidade de vida no dia-a-dia. Por favor, tenha atenção para ler e responder cada questão. Algumas questões podem parecer iguais às outras, mas cada uma é diferente.

NOTA IMPORTANTE: Entendemos que você pode ter vários problemas físicos. Algumas vezes é difícil separá-los das dificuldades de deglutição, mas esperamos que você dê o seu melhor para se concentrar somente nas dificuldades de deglutição. Obrigada pelo seu esforço em completar este questionário (circular um número em cada linha).

Domínio Deglutição como um Fardo

- Abaixo estão algumas questões gerais que podem ser mencionadas pelas pessoas com distúrbios de deglutição. No último mês, o quanto às questões a seguir tem sido verdadeiras para você?

	Sempre	Muitas Vezes	Algumas Vezes	Um pouco	Nunca
Lidar com meu problema de deglutição é muito difícil	1	2	3	4	5
Meu problema de deglutição é a maior perturbação de minha vida	1	2	3	4	5

Domínios desejo e tempo de se alimentar

- Abaixo estão alguns aspectos sobre a alimentação do dia-a-dia que podem ser mencionadas pelas pessoas com distúrbios de deglutição. No último mês, quanto as questões a seguir tem sido verdadeiras para você?

	Sempre	Muitas Vezes	Algumas Vezes	Um pouco	Nunca
Na maioria dos dias, sinto que tanto faz se como ou não	1	2	3	4	5
Levo mais tempo para comer do que outras pessoas	1	2	3	4	5
Estou raramente com fome	1	2	3	4	5
Levo muito tempo para comer minha refeição	1	2	3	4	5
Alimento-me sem sentir prazer	1	2	3	4	5

Domínio Frequência de Sintomas

- No último mês, qual a periodicidade que apresentou cada um destes problemas como resultado de seu problema de deglutição?

	Sempre	Frequentemente	Algumas Vezes	Difícilmente	Nunca
Tosse	1	2	3	4	5
Engasgo quando me alimento	1	2	3	4	5
Engasgo com líquidos	1	2	3	4	5
Apresento saliva grossa ou secreção	1	2	3	4	5
Vômito	1	2	3	4	5
Enjoo	1	2	3	4	5
Dificuldades na Mastigação	1	2	3	4	5
Excesso de saliva ou secreção	1	2	3	4	5
Pigarros	1	2	3	4	5
A comida para na garganta	1	2	3	4	5
A comida para na boca	1	2	3	4	5
Bebida ou comida escorrem da boca	1	2	3	4	5
Bebida ou comida saem pelo nariz	1	2	3	4	5
Tosse para retirar o líquido ou a comida para fora da boca quando estes estão parados	1	2	3	4	5

Domínio seleção do alimento

- Responda algumas perguntas sobre como os problemas de deglutição têm afetado sua alimentação no último mês.

	Concordo Totalmente	Concordo parcialmente	Não sei	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
Saber o que posso ou não comer é um problema para mim	1	2	3	4	5
É difícil achar alimentos que posso e gosto de comer	1	2	3	4	5

Domínio comunicação

- No último mês, qual a frequência que as afirmativas abaixo sobre a comunicação se aplicam a você devido ao seu problema de deglutição?

	Todas as vezes	Maior parte das vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nenhuma vez
As pessoas tem dificuldade em me entender	1	2	3	4	5
Tem sido difícil me comunicar claramente	1	2	3	4	5

Domínio medo de se alimentar

- Abaixo estão algumas preocupações que as pessoas com problema de deglutição às vezes mencionam. No último mês, qual a periodicidade que apresentou cada uma dessas preocupações?

	Quase Sempre	Frequentemente	Algumas Vezes	Difícilmente	Nunca
Tenho medo de me engasgar quando me alimento	1	2	3	4	5
Preocupo-me em ter pneumonia	1	2	3	4	5
Tenho medo de me engasgar com líquidos	1	2	3	4	5
Saber quando vou engasgar é muito difícil	1	2	3	4	5

Domínio Saúde Mental

- No último mês, quanto as afirmativas tem sido verdadeiras devido ao seu problema de deglutição?

	Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não sei	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
Meu problema de deglutição me deprime	1	2	3	4	5
Ter que tomar muito cuidado quando bebo ou como me aborrece	1	2	3	4	5
Tenho estado desanimado com meu problema de deglutição	1	2	3	4	5
Meu problema de deglutição me frustra	1	2	3	4	5
Fico impaciente em lidar com meu problema de deglutição	1	2	3	4	5

Domínio Social

- Pense em sua vida social no último mês. Como poderia concordar ou discordar das afirmativas:

	Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não sei	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
Deixo de sair para comer devido ao meu problema de deglutição	1	2	3	4	5
Meu problema de deglutição torna difícil ter uma vida social	1	2	3	4	5
Meu trabalho ou minhas atividades de lazer mudaram pelo problema de	1	2	3	4	5

deglutição					
Programas sociais e férias não me satisfazem devido ao problema de deglutição	1	2	3	4	5
Meu papel com família e amigos tem mudado devido ao problema de deglutição	1	2	3	4	5

Domínio Sono

- No último mês, quantas vezes você sentiu algum desses sintomas físicos?

	Quase sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Um pouco	Nunca
Tem problemas para dormir a noite toda?	1	2	3	4	5
Tem problemas para dormir?	1	2	3	4	5

Domínio Fadiga

- No último mês, quantas vezes você sentiu algum desses sintomas físicos?

	Quase sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Um pouco	Nunca
Sente-se cansado?	1	2	3	4	5
Sente-se fraco?	1	2	3	4	5
Sente-se exausto?	1	2	3	4	5

- Hoje, você recebe algum tipo de alimento (comida ou líquido) por sonda?
(1) Não (2) Sim

Circule a letra da descrição abaixo que melhor descreve a consistência ou textura da comida que você vem se alimentando mais frequentemente nesta última semana.

- Circule esta se você está se alimentando com uma dieta normal, com uma variedade de alimentos, incluindo alimentos mais difíceis de mastigar como carne, cenoura, pão, salada e pipoca.
- Circule esta se você está comendo alimentos macios, fáceis de mastigar como cozidos, frutas em conserva, legumes cozidos, e sopas cremosas.
- Circule esta se você está comendo alimentos mais pastosos, passados no liquidificador, ou processado.

- Circule esta se a maior parte de sua alimentação tem sido via sonda, porém algumas vezes toma sorvete, pudim, purê de maçã e outras comidas prazerosas.
- Circule esta caso toda sua alimentação seja pela sonda.

Circule a letra da descrição abaixo que melhor descreve a consistência dos líquidos que tem ingerido na última semana.

- Circule esta se você ingere líquidos como água, leite, chá, suco e café.
 - Circule esta se você ingere líquidos um pouco mais espessos como suco de tomate ou iogurte. Este tipo de alimento goteja lentamente da colher quando você a vira para baixo.
 - Circule esta se você ingere líquidos moderadamente espessos, como vitamina grossa. Este tipo de alimento é difícil de sugar pelo canudo ou gotejar da colher lentamente, gota a gota, quando a colher é inclinada, como se fosse mel.
 - Circule esta se você ingere líquidos bem engrossados, como o pudim. Este tipo de alimento fica na colher quando ela é virada.
 - Circule esta se você não ingere líquidos pela boca.
- Você diria que sua saúde é:
Ruim (2) Satisfatória (3) Boa (4) Muito Boa (5) Excelente

Questões gerais sobre você

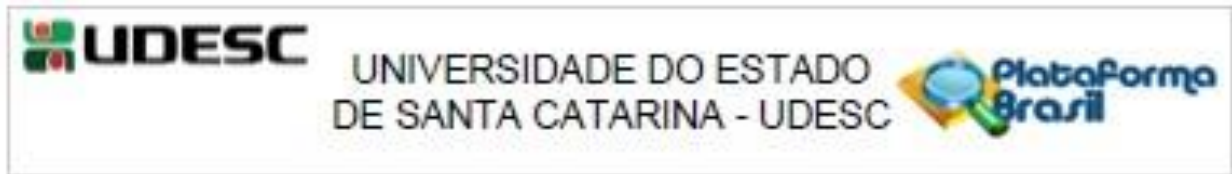
- Quando é seu aniversário? _____ Qual é a sua idade? _____
Sexo: (1) Masculino (2) Feminino
- Qual é sua raça ou grupo étnico? (1) Branca (2) Negra (3) Amarela (4) Ignorada
- Qual a sua graduação?
Analfabeto (1) 1º grau completo (2) 1º grau incompleto (3) 2º grau completo (4) 2º grau incompleto (5) 3º grau completo
- Qual seu estado civil? (1) nunca casou (2) Casado (3) Divorciado (4) Separado (5) Viúvo
- Alguém te ajudou responder essas questões?
Não, respondi sozinho
Sim, alguém me ajudou responder
- Como alguém te ajudou a responder essas questões?
Leu as questões e/ou escreveu as respostas que você deu
Respondeu as questões para você
Foi ajudado de outra forma

Comentários:

Você tem algum comentário sobre esse questionário? Agradecemos os comentários gerais ou sobre perguntas específicas, especialmente se tiver alguma que não ficou clara ou confusa para você.

Obrigada por completar o estudo dos cuidados com a deglutição!

ANEXO C – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Qualidade de Vida e deglutição em paciente com Doença de Parkinson que realizam Terapia Vocal.

Pesquisador: Ana Maria Furkim

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 37682514.6.0000.0118

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.005.965

Data da Relatoria: 30/03/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se da terceira versão do projeto que pretende analisar a percepção sobre as dificuldades de deglutição e o impacto destas na qualidade de vida pessoas portadoras da Doença de Parkinson. Os sujeitos da pesquisa totalizarão 30 indivíduos que serão divididos em dois grupos, a saber: Grupo Pesquisa (GP) e Grupo Controle (GC). O Grupo Pesquisa será formado por indivíduos com Doença de Parkinson que realizam a terapia fonoaudiológica do Projeto de Extensão "Terapia Vocal em Portadores de Parkinson", no Núcleo de Estudos da Terceira Idade (NETI) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Já o Grupo Controle será composto por indivíduos com Doença de Parkinson que não participam da referida terapia. Para avaliá-los será aplicado o Questionário Sócio-demográfico e Aspectos Clínicos e o Questionário de Qualidade de Vida na Deglutição (SWAL-QOL).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar as possíveis dificuldades de deglutição e seus impactos na qualidade de vida a partir da percepção de dois grupos portadores da Doença de Parkinson: indivíduos que realizam e que não realizam terapia fonoaudiológica vocal.

Objetivos Secundários: Caracterizar os participantes segundo aspectos sociodemográficos e

Endereço: Av. Madre Benvenuta, 2007
 Bairro: Itacorubi CEP: 88.035-001
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3321-8195 Fax: (48)3321-8195 E-mail: cepsh.relatoria@udesc.br



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DE SANTA CATARINA - UDESC



Contribuição do Pesquisador: 1.005.935

clínicos; identificar as dificuldades de deglutição e os seus impactos na qualidade de vida de acordo com a autopercepção dos pacientes com Doença de Parkinson; Comparar as percepções sobre a própria deglutição entre indivíduos que realizam e que não realizam terapia fonoaudiológica vocal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: o riscos foram classificados como mínimo, sendo que os indivíduos podem apresentar cansaço durante a aplicação dos questionários que possui um tempo aproximado de aplicação de 20 a 25 minutos. A pesquisa também submete os sujeitos ao eventual risco de constrangimento ao responder o teor das perguntas, mas ficou claro que os mesmos poderão abandonar a pesquisa a qualquer momento no caso de se sentirem constrangidos.

Benefícios: Os benefícios são diretos e de curto longo prazo, visto que esta pesquisa possui a perspectiva de auxiliar profissionais e pesquisadores, contribuindo para a intervenção clínica com relação à função de deglutição, a fim de prevenir ou diminuir a ocorrência de disfagia nas pessoas portadoras de Doença de Parkinson, promovendo assim melhor qualidade de vida das mesmas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta grande importância não apenas para o meio acadêmico, mas também para a sociedade, visto que pretende auxiliar na melhoria da qualidade de vida das pessoas com Doença de Parkinson. Metodologicamente o projeto está bem delineado, contendo explicações claras de como serão aplicados os instrumentos de pesquisa. Na segunda versão os pesquisadores frisaram que não será realizada nenhuma outra avaliação além da aplicação dos questionários. Esclarecerem também que não haverá uso de fotografias, vídeos e gravações. Agora, nesta terceira versão, todas as pendências relacionadas na primeira e segunda versões foram atendidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos:

- 1) Protocolo de submissão do projeto na Plataforma Brasil;
- 2) Folha de Rosto;
- 3) Projeto Básico;
- 4) Projeto Detalhado;
- 5) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no padrão CEP/CONEP/UDESC;
- 6) Declaração de Ciência e Concordância de todas as Instituições Envolvidas;
- 7) Instrumentos de Coleta de Dados, que foi devidamente readequado para garantir a segurança

Endereço: Av. Madre Benvenuta, 2007

Bairro: Itacorubi

CEP: 88.035-001

UF: SC

Município: FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3321-8195

Fax: (48)3321-8195

E-mail: cepah.reitoria@udesc.br



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DE SANTA CATARINA - UDESC



Continuação do Parecer: 1.005.985

biopsicossocial dos sujeitos que serão pesquisados;

8) Cronograma completo e e com prazos viáveis;

9) Orçamento.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências listadas na primeira e na segunda versão foram sanadas, a saber:

1) Declaração de Ciência e Concordância das Instituições Envolvidas: foi anexada a Declaração de Ciência e Concordância do Curso de Fisioterapia da UDESC assinada pelo responsável pelo "Projeto Fisioterapia para a Terceira Idade e Parkinsonianos", sendo que agora todas as declarações estão anexadas ao processo;

2) Cronograma do Projeto Básico: foi adequado o cronograma contendo todas as etapas e prazos;

3) Foi anexada a Folha de Rosto com maior resolução para facilitar a leitura;

4) Foi retirada do Instrumento de coleta de dados (ANEXO A - QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA EM DEGLUTIÇÃO (SWAL-QOL)), a "NOTA" que conotava a obrigatoriedade do participante e que feria a sua dignidade. Estando agora em conformidade de modo a garantir segurança biopsicossocial dos indivíduos que serão pesquisados;

5) Foi incluído nos riscos, tanto no TCLE quanto no projeto Básico da Plataforma Brasil, o eventual risco de constrangimento ao responder o teor das questões e a possibilidade dos sujeitos de retirarem da pesquisa a qualquer momento.

Visto que todas as pendências foram atendidas, o presente processo está APTO para APROVAÇÃO.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado APROVA o Projeto de Pesquisa e Informa que, qualquer alteração necessária ao planejamento e desenvolvimento do Protocolo Aprovado ou cronograma final, seja comunicada ao CEPESH via Plataforma Brasil na forma de EMENDA, para análise sendo que para a execução deverá ser aguardada aprovação final do CEPESH. A ocorrência de situações adversas durante a execução

Endereço: Av. Madre Benvenuta, 2007

Bairro: Itacorubi

CEP: 88.035-001

UF: SC

Município: FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3321-8195

Fax: (48)3321-8195

E-mail: cepesh.floripa@udesc.br



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DE SANTA CATARINA - UDESC



Continuação do Parecer: 1.005.985

da pesquisa deverá ser comunicada imediatamente ao CEPISH via Plataforma Brasil, na forma de NOTIFICAÇÃO. Em não havendo alterações ao Protocolo Aprovado e/ou situações adversas durante a execução, deverá ser encaminhado RELATÓRIO FINAL ao CEPISH via Plataforma Brasil até 60 dias da data final definida no cronograma, para análise e aprovação.

Lembramos ainda, que o participante da pesquisa ou seu representante legal, quando for o caso, bem como o pesquisador responsável, deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE - apondo suas assinaturas na última página do referido Termo

FLORIANOPOLIS, 31 de Março de 2015

Assinado por:
Claudia Mirian de Godoy Marques
(Coordenador)

Endereço: Av. Madre Benvenuta, 2007

Bairro: Itacorubi

CEP: 88.035-001

UF: SC


Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3321-8195

Fax: (48)3321-8195

E-mail: cepish.reitoria@udesc.br

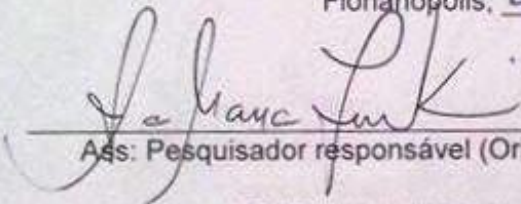
ANEXO D – DECLARAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO NÚCLEO DE ESTUDOS DA TERCEIRA IDADE (UFSC)

 UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - UDESC
GABINETE DO REITOR
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP SH

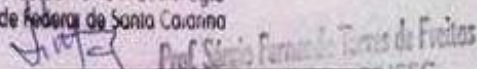
DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

Com o objetivo de atender às exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, os representantes legais das instituições envolvidas no projeto de pesquisa intitulado "Qualidade de vida e deglutição de pacientes com doença de Parkinson que realizam terapia vocal" declaram estarem cientes e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, lembrando aos pesquisadores que no desenvolvimento do referido projeto de pesquisa, serão cumpridos os termos da resolução 466/2012 e 251/1997 do Conselho Nacional de Saúde.


Florianópolis, 28 / 11 / 2014.


Ass: Pesquisador responsável (Orientador)

Profª. Drª. Ana Maria Purkin
Fonoaudióloga - CRFº 5511-SC
Docente do Curso de Fonoaudiologia
Universidade Federal de Santa Catarina


Ass: Responsável pela Instituição de Origem

Nome: Sérgio Fernando Torres de Freitas
Cargo: Diretor Centro de Ciências da Saúde - UFSC
Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina
Número de Telefone: 3721-9394


Ass: Responsável de outra instituição

Nome: JORDELINA SCHIER
Cargo: COORDENADORA NETI/PROEX/UFSC
Instituição: UFSC | NETI
Número de Telefone: 48-3721 9909

Jordelina Schier
Coordenadora do NETI
PROEX/UFSC
Portaria nº 651/GR/2011 de 31/05/2011

Avenida Madre Benvenuta, 2007, Itacorubi, CEP 88035-001, Florianópolis, SC, Brasil.
Telefone/Fax: (48) 3321 8195 – e-mail: cepsh.reitoria@udesc.br

ANEXO E – DECLARAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO CENTRO CATARINENSE DE REABILITAÇÃO



UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - UDESC
GABINETE DO REITOR
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS - CEPESH

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

Com o objetivo de atender às exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, os representantes legais das instituições envolvidas no projeto de pesquisa intitulado "Qualidade de vida e deglutição de pacientes com doença de Parkinson que realizam terapia vocal" declaram estarem cientes e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, lembrando aos pesquisadores que no desenvolvimento do referido projeto de pesquisa, serão cumpridos os termos da resolução 466/2012 e 251/1997 do Conselho Nacional de Saúde.


Florianópolis, 01/12/2014

J. Paulo Furtado
Ass: Pesquisador responsável (Orientador)
Fonoaudiólogo - CRF 5511-SC
Docente do Curso de Fonoaudiologia
Universidade Federal de Santa Catarina

Sérgio Fernando Torres de Freitas
Ass: Responsável pela Instituição de origem
Nome: Sérgio Fernando Torres de Freitas
Cargo: Diretor Centro de Ciências da Saúde - UFSC
Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina
Número de Telefone: 3721-9394

Rita de Cassia Paula Souza
Ass: Responsável de outra instituição
Nome: RITA DE CÁSSIA PAULA SOUZA
Cargo: Gerente do Centro Catarinense de Reabilitação
Instituição: Centro Catarinense de Reabilitação
Número de Telefone: Gerente do Centro Catarinense de Reabilitação
Tel: 297-448-7452


ANEXO F – DECLARAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO TERAPIA VOCAL EM PORTADORES DE PARKINSON

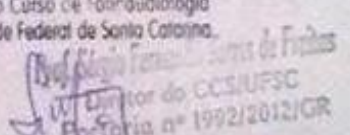

 UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - UDESC
 GABINETE DO REITOR
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS - CEP SH

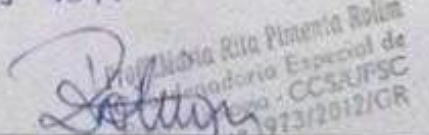
DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

Com o objetivo de atender às exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, os representantes legais das instituições envolvidas no projeto de pesquisa intitulado "Qualidade de vida e deglutição de pacientes com doença de Parkinson que realizam terapia vocal" declaram estarem cientes e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, lembrando aos pesquisadores que no desenvolvimento do referido projeto de pesquisa, serão cumpridos os termos da resolução 466/2012 e 251/1997 do Conselho Nacional de Saúde.

Florianópolis, 03 / 12 / 2014



 Ass: Pesquisador responsável (Orientador)
 Prof. Dr. Ana Maria Parkkin
 Fonoaudióloga - CRFº 5511-SC
 Docente do Curso de Fonoaudiologia
 Universidade Federal de Santa Catarina.


 Ass: Responsável pela Instituição de origem
 Nome: Sérgio Fernando Farias de Freitas
 Cargo: Diretor Científico de Ciências da Saúde - UFSC
 Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina
 Número de Telefone: 3723-9394


 Ass: Responsável de outra instituição
 Nome: MARIA RITA PIMENTA ROLIM
 Cargo: COORDENADORA DO PROJETO TERAPIA VOCAL DOS PORTADORES DE PARKINSON
 Instituição: UFSC.
 Número de Telefone: 3101 7868.

Avenida Madre Benvenuta, 2007, Itacorubi, CEP 88035-001, Florianópolis, SC, Brasil.
 Telefone/Fax: (48) 3321 8195 -- e-mail: cepsh.reitoria@udesc.br


ANEXO G –DECLARAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO REABILITAÇÃO NEUROFUNCIONAL NA DOENÇA DE PARKINSON



 UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - UDESC
 GABINETE DO REITOR
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP SH

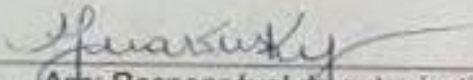
DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

Com o objetivo de atender às exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, os representantes legais das instituições envolvidas no projeto de pesquisa intitulado "Qualidade de vida e deglutição de pacientes com doença de Parkinson que realizam terapia vocal" declaram estarem cientes e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, lembrando aos pesquisadores que no desenvolvimento do referido projeto de pesquisa, serão cumpridos os termos da resolução 466/2012 e 251/1997 do Conselho Nacional de Saúde.

Florianópolis, 25/02/2015


 Ass: Pesquisador responsável (Orientador)
Prof. Dr.ª Ana Maria Furkim
 Fonoaudióloga - CRF 5511-SC
 Docente do Curso de Fonoaudiologia
 Universidade Federal de Santa Catarina


 Ass: Responsável pela Instituição de origem
 Nome: SERGIO FERNANDO TORRES DE FREITAS
 Cargo: DIRETOR GERAL DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UDESC
 Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
 Número de Telefone: 3723-9394


 Ass: Responsável de outra instituição
 Nome: Alexandre Marinho
 Cargo: Professor Adjunto responsável pelo projeto de extensão
 Instituição: UDESC
 Número de Telefone: 84753759
REABILITAÇÃO NEUROFUNCIONAL NA DOENÇA DE PARKINSON

Avenida Madre Benvenuta, 2007, Itacorubi, CEP 88035-001, Florianópolis, SC, Brasil.
 Telefone/Fax: (48) 3321 8195 – e-mail: cepsh.reitoria@udesc.br

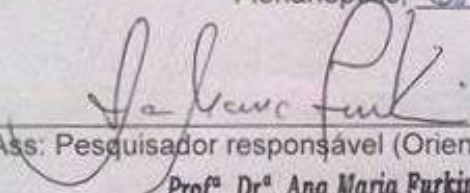
ANEXO H – DECLARAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA EQUIPE CIENTÍFICA DA ASSOCIAÇÃO DE PARKINSON DE SANTA CATARINA

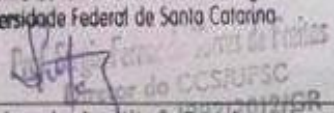
 UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - UDESC
GABINETE DO REITOR
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP SH

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

Com o objetivo de atender às exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, os representantes legais das instituições envolvidas no projeto de pesquisa intitulado "Qualidade de vida e deglutição de pacientes com doença de Parkinson que realizam terapia vocal" declaram estarem cientes e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, lembrando aos pesquisadores que no desenvolvimento do referido projeto de pesquisa, serão cumpridos os termos da resolução 466/2012 e 251/1997 do Conselho Nacional de Saúde.

Florianópolis, 01 / 12 / 2014.


Ass: Pesquisador responsável (Orientador)
Prof.ª. Dr.ª. Ana Maria Furkim
Fonoaudióloga - CRFª 5511-SC
Docente do Curso de Fonoaudiologia
Universidade Federal de Santa Catarina


Ass: Responsável pela instituição de origem
Nome: BÉRGIO FERNANDO TORRES DE FREITAS
Cargo: DETOR CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UFSC
Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA.
Número de Telefone: 3723.9394


Ass: Responsável de outra instituição
Nome: MARIA RITA PIMENTA ROLIM
Cargo: MEMBRO DA EQUIPE CIENTÍFICA DA APASC
Instituição: ASSOCIAÇÃO DE PARKINSON DE SANTA CATARINA
Número de Telefone: 91037868

Avenida Madre Benvenuta, 2007, Itacorubi, CEP 88035-001, Florianópolis, SC, Brasil.
Telefone/Fax: (48) 3321 8195 – e-mail: cepsh.reitoria@udesc.br

APÊNDICES

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SÓCIO – DEMOGRÁFICO E ASPECTOS CLÍNICOS

NOME: _____

IDADE: _____ anos

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

SEXO: Masculino [] Feminino []

ESTADO CIVIL: Casado [] Solteiro [] Viúvo [] Separado [] Amasiado []

MUNICÍPIO QUE RESIDE: _____ Zona urbana [] rural []

ESTÁ EMPREGADO NO MOMENTO? Sim [] Não []

PROFISSÃO: _____ LOCAL: _____

ESTÁ APOSENTADO? Sim [] Não [] motivo: _____

ESCOLARIDADE:

Analfabeto []

Fundamental Incompleto []

Fundamental Completo []

Médio incompleto []

Médio completo []

Superior incompleto []

Superior completo []

RENDA FAMILIAR:

Abaixo de 3 salários mínimos []

Acima de 3 salários mínimos []

DATA DO DIAGNÓSTICO DA DP: ____/____

INÍCIO DOS PRIMEIROS SINTOMAS:

ESTADIAMENTO DA DP SEGUNDO H & Y (MODIFICADA)

[] **Estágio 0** – Nenhum sinal da doença

[] **Estágio 1** – Doença Unilateral

- Estágio 1,5** – Envolvimento unilateral e axial
- Estágio 2** – Doença bilateral sem déficit de equilíbrio
- Estágio 2,5** – Doença bilateral leve, com recuperação no “teste do empurrão”
- Estágio 3** – Doença bilateral leve a moderada: alguma instabilidade postural; capacidade para viver independente
- Estágio 4** – Incapacidade gravem ainda capaz de caminhar ou permanecer de pé sem ajuda
- Estágio 5** – Confinado à cama ou cadeira de rodas a não ser que receba ajuda.

MEDICAMENTOS:

Tempo: _____

Dose: _____

COMORBIDADES ASSOCIADAS:

Diabetes

Hipertensão Arterial

Depressão

Outra doença neurológica prévia

Câncer de Cabeça e Pescoço

Outras(s) _____

DENTIÇÃO:

Usa prótese? Sim Não

Está bem adaptada? Sim Não

VOCÊ TEM DIFICULDADE DE DEGLUTIÇÃO?

Sim Não