



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA- UnICEUB
PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

RODRIGO CARDOSO DE MATOS

GABRIEL DE ALMEIDA RIOS

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DE SINTOMAS PSIQUIÁTRICOS NA QUALIDADE DE
VIDA EM PACIENTES COM DOENÇA DE PARKINSON**

BRASÍLIA

2020



RODRIGO CARDOSO DE MATOS

GABRIEL DE ALMEIDA RIOS

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DE SINTOMAS PSIQUIÁTRICOS NA QUALIDADE DE
VIDA EM PACIENTES COM DOENÇA DE PARKINSON**

Relatório final de pesquisa de Iniciação Científica apresentado à Assessoria de Pós-Graduação e Pesquisa.

Orientação: Profa. Talyta Cortez Grippe

BRASÍLIA

2020

RESUMO

INTRODUÇÃO: A doença de Parkinson é uma doença neurodegenerativa decorrente da destruição de neurônios dopaminérgicos da substância *nigra pars compacta* e possui além dos sintomas motores clássicos — que são bradicinesia, rigidez muscular, instabilidade postural e tremor em repouso — os não-motores, como ansiedade e depressão, os quais impactam na qualidade de vida. **OBJETIVO:** Conhecer o perfil clínico epidemiológico dos pacientes com doença de Parkinson e avaliar se essa população possui alguma associação com depressão e ansiedade e os impactos na qualidade de vida desses doentes. **METODOLOGIA:** Foram aplicados os questionários *Parkinson Disease Questionnaire* (PDQ-8), Inventário de Depressão de Beck (BDI) e Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) pelos acadêmicos e as escalas de Hoehn e Yahr e *Unified Parkinson's Disease Rating Scale* (UPDRS) por neurologistas. Após as respostas dos questionários, os dados foram tabulados no programa Excel e analisados pelo software R. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Perfil epidemiológico demonstrou uma prevalência masculina com média de idade de 63 anos, pacientes em geral com baixo comprometimento motor (avaliados por Hoehn e Yahr e UPDRS III). Os sintomas depressivos e ansiosos foram mais frequentes na população com Parkinson que no controle, com uma prevalência de sintomas depressivos leves. Não se obteve uma correlação forte entre sintomas motores, depressão e ansiedade e, na relação entre qualidade de vida do paciente com Parkinson com depressão e ansiedade, nota-se que quanto mais sintomas depressivos e/ou ansiosos, maior o impacto na qualidade de vida. **CONCLUSÃO:** Há uma grande prevalência de depressão e ansiedade em pacientes com Doença de Parkinson, com grande correlação com uma pior qualidade de vida. Os sintomas motores, entretanto, não possuem forte correlação com esses sintomas psiquiátricos e com a qualidade de vida, evidenciando, assim, uma possível dissociação entre a gravidade motora e a gravidade da doença de Parkinson

Palavras-Chave: Doença de Parkinson. Depressão. Ansiedade.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	4
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	7
3. MÉTODO	11
3.1. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	12
3.2. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	12
3.3. DESCRIÇÃO DAS ESCALAS E QUESTIONÁRIOS APLICADOS	13
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	15
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS (OU CONCLUSÕES)	21
REFERÊNCIAS	22
ANEXO A	26
ANEXO B	30
ANEXO C	31
ANEXO D	34
ANEXO E	37
ANEXO F	38

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho trata a respeito do impacto que alguns dos sintomas não motores da Doença de Parkinson (DP), nomeadamente os sintomas psiquiátricos, na qualidade de vida dos indivíduos que convivem com esta condição. Por se tratar de uma doença multifatorial, faz-se necessária uma análise mais completa sobre a qualidade de vida dos pacientes com esse diagnóstico, para que possamos então criar ferramentas para auxiliar na adaptação desses pacientes ao novo estilo de vida que terão.

A doença de Parkinson (DP) é uma doença neurodegenerativa caracterizada por sintomas motores (bradicinesia, tremores, rigidez e instabilidade postural) além de sintomas não motores (alterações psiquiátricas, cognitivas, sensoriais e alterações do sono). Os sintomas motores são causados pela destruição dos neurônios dopaminérgicos na substância *nigra pars compacta*, levando à redução dos níveis nervosos de dopamina. A presença de sintomas não-motores sugere acometimento de áreas não dopaminérgicas, podendo ser até do sistema nervoso periférico (MUNHOZ *et al.*, 2015). A análise de biópsias demonstra que as neurodegenerações mais comuns são as geradas por acúmulo de alfa-sinucleína e proteína Tau (DICKSON, 2018).

Munhoz e colaboradores (2015) documentaram que 98,6% dos pacientes apresentavam sintomas não motores, sendo os sintomas psiquiátricos, de sono e sensitivos os mais comuns. De acordo com Pfeiffer (2016), os sintomas não motores têm maior impacto na queda de qualidade de vida no curso da DP. Além disso, dentre os sintomas não-motores, a presença ou não de comorbidades psiquiátricas como ansiedade e depressão é decisiva na qualidade de vida dos indivíduos, sendo que a depressão é provavelmente o principal preditor negativo para essa variável em pacientes com DP (WU, *et al.*, 2016). Nesse contexto, os portadores de DP apresentam perda progressiva da autonomia, o que impacta na qualidade de vida não só do paciente, mas também do cuidador (LOPIANO *et al.*, 2016).

A prevalência de ansiedade em pacientes com DP é de 31% (BROEN *et al.*, 2016) e, segundo Weintraub e Mamikonyan (2019), mais de 50% dos pacientes com DP apresentarão, em algum momento da doença, sintomas depressivos. Como esses acometimentos, na maioria das vezes, não são pesquisados na consulta com o neurologista, eles são subdiagnosticados, deixando assim o paciente sem o tratamento devido.

Sabe-se hoje que a presença de quadros depressivos piora o quadro motor em pacientes com DP (NAKABAYASHI *et al.*, 2008). Um estudo de Errea e Ara (1999) demonstrou também que as flutuações do quadro motor estão relacionadas às flutuações do quadro depressivo, mostrando a estreita relação entre os sintomas motores e os depressivos. Além disso, Os níveis de ansiedade aumentam com as flutuações dos sintomas motores, estando relacionados aos baixos níveis de dopamina (SCHAPIRA; CHAUDHURI; JENNER, 2017).

Uma grande dificuldade no diagnóstico de depressão e ansiedade em pacientes com DP é que grande parte dos sintomas psiquiátricos podem ser mimetizados pela própria doença, sem que haja um quadro depressivo propriamente dito (MUNHOZ *et al.*, 2015). Portanto, é importante que determinemos os limites de cada uma das doenças, para que possamos diagnosticar e tratar os transtornos depressivos e de ansiedade com maior veemência.

Segundo Shepard e colaboradores (2019), as altas prevalências de depressão maior, ansiedade e insônia também fazem com que os pacientes com DP tenham o risco aumentado para suicídio. A ideação suicida está presente em 30% desses pacientes.

Os estudos que analisam a qualidade de vida em portadores de DP utilizam a PDQ-39 e a escala de depressão de Beck para avaliar de forma sistemática esses aspectos. Nosso estudo utilizou a escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão para avaliar esses pacientes, sendo, portanto, uma forma mais abrangente de avaliação da qualidade de vida em pacientes com DP.

Avaliar a qualidade de vida traz uma visão mais geral do paciente e pode ajudar a compreender melhor quais seriam os principais fatores a serem abordados no manejo do paciente, que muitas vezes pode exigir a atuação de uma equipe multiprofissional.

OBJETIVOS

1.1. Objetivo geral

Avaliar como depressão e ansiedade impactam na qualidade de vida de pessoas acometidas por doença de Parkinson.

1.2. Objetivos específicos

1.2.1. Conhecer a prevalência de ansiedade e depressão em pacientes diagnosticados com Doença de Parkinson

1.2.2. Avaliar a qualidade de vida em pacientes com Doença de Parkinson

1.2.3. Descrever o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes portadores de Doença de Parkinson, depressão e ansiedade.

1.2.4. Conhecer os principais fatores da depressão e da ansiedade que contribuem para o agravamento da qualidade de vida do paciente com doença de Parkinson

1.2.5. Analisar a evolução clínica de pacientes com doença de Parkinson, depressão e ansiedade.

1.2.6. Correlacionar a gravidade dos sintomas motores com a qualidade de vida e com o grau de ansiedade e depressão em pacientes com doença de Parkinson

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Doenças neurodegenerativas são distúrbios caracterizados pela degeneração de grupos de neurônios relacionados no sistema nervoso central (SNC). Ao exame histopatológico, é comum que sejam encontrados acúmulos de proteínas anormais específicas para cada transtorno, de forma que se acredita que a patogênese dessas doenças é decorrente justamente desses acúmulos (KUMAR; ABBAS; ASTER, 2013). Nesse contexto, a doença de Parkinson (DP) é uma doença neurodegenerativa caracterizada pela síndrome de parkinsonismo e associada à deposição de inclusões neuronais que contêm alfa-sinucleína (DICKSON, 2018). A alfa-sinucleína é uma proteína associada ao funcionamento normal das sinapses neuronais, participando da formação das vesículas sinápticas; entretanto, na DP, há síntese anormal dessa proteína, que começa a se acumular nos neurônios e formar os chamados corpos de Lewy. O parkinsonismo, por sua vez, é uma síndrome hipocinética que pode ser desencadeada por alguns distúrbios que lesam os neurônios dopaminérgicos que se projetam da substância negra do mesencéfalo, (ARMSTRONG; OKUN, 2020). Entretanto, uma revisão sistemática recente, trouxe evidências de que não há correlação dose-dependente entre a demência de Lewy e a degeneração da substância negra. De fato, a agregação de proteínas pode ter um efeito compensatório no cérebro sob estresse (ESPAY *et al.*, 2020)

As manifestações do parkinsonismo consistem em 4 elementos motores: bradicinesia, rigidez, tremor e instabilidade postural. A bradicinesia corresponde a uma condição em que, na ausência de paralisia, há déficits na iniciação e/ou execução de movimentos, com lentificação e dificuldade na mudança do padrão do movimento. Isso implica em fadiga central, dificuldade de sustentação de movimentos repetitivos, hipomimia, distúrbio da marcha (resultando na típica marcha parkinsoniana), disartria, deficiências na execução de tarefas da vida diária e outras alterações. A rigidez corresponde a uma hipertonia plástica que acomete preferencialmente a musculatura flexora. O tremor parkinsoniano acontece em estado de repouso, diminuindo quando há demanda da musculatura acometida e sendo intensificado em situações de tensão emocional. Por fim, a instabilidade postural resulta do déficit de readaptação postural (BARBOSA; CURY, 2016). Além dos sintomas motores, a DP se apresenta com manifestações não motoras heterogêneas, muitas vezes prodrômicas. Neste quadro, encontram-se alterações do sono

REM, perda do olfato, constipação, disfunção urinária, hipotensão postural, sonolência diurna e depressão (ARMSTRONG; OKUN, 2020).

Além da substância negra, outras porções do SNC são acometidas pela DP, o que é realçado pela descoberta de alfa-sinucleína em estudos de imuno-histoquímica. Foi sugerido que a DP pode ter como primeiros locais de acometimento a porção inferior do tronco encefálico — como núcleo motor dorsal do vago (NMDV) e formação reticular — e o sistema olfatório, antes mesmo da substância negra (LANG, 2014). Isso está de acordo com alguns achados prodrômicos da DP, que têm sido encontrados anos antes do aparecimento dos sintomas motores: distúrbios autonômicos (principalmente a constipação) e olfatórios. Na verdade, uma vez que a constipação pode preceder em até 10 anos o aparecimento dos sintomas motores, recentemente foi descrita uma teoria de que a DP tem origem no Sistema Nervoso Entérico (SNE), composto pelos plexos mioentérico e submucoso. De acordo com essa teoria, um patógeno capaz de ultrapassar a mucosa gastrointestinal poderia induzir a produção anormal de alfa-sinucleínas nos axônios terminais de neurônios entéricos pós-ganglionares e esse evento seria seguido de transporte retrógrado para neurônios pré-ganglionares colinérgicos do NMDV e, a partir daí, haveria o espalhamento para outras áreas cerebrais (GERSHNIK, 2018).

A partir da teoria descrita acima, percebe-se que a DP é caracterizada por outras manifestações clínicas não-motoras, sendo esses distúrbios sensoriais e do sono, sintomas neuropsiquiátricos e alterações autonômicas (ARMSTRONG; OKUN, 2020). Dentre as alterações autonômicas podem-se listar dor neuropática, pele fria, seborreia, incontinência urinária, disfunção erétil, diminuição da libido, hipotensão arterial e hipotensão ortostática (PINHEIRO; BARBOSA, 2016), entre outras, além da constipação já citada. Os distúrbios do sono estão presentes em mais de 96% das pessoas acometidas por DP e provavelmente estão relacionados a alterações dos centros do sono — prosencéfalo, tálamo e substância negra —, sendo que o quadro mais prevalente corresponde ao distúrbio comportamental do sono REM (LANG, 2014). As alterações cognitivas nas fases iniciais da doença são discretas, mas podem evoluir progressivamente para quadro demencial; entretanto, a demência também pode se instalar com rápida evolução (até 1 ano após o início dos sintomas motores), sendo caracterizada a entidade denominada de demência por corpos de Lewy (DCL) (KUMAR; ABBAS; ASTER, 2013).

Os distúrbios psiquiátricos são importantes sinais não-motores da DP e são fontes expressivas de incapacidade para os pacientes. São heterogêneos e variam desde depressão, ansiedade e apatia até transtornos do controle dos impulsos (CASTRIOTO *et al.*, 2016). Mais de 50% dos pacientes experimentarão depressão em algum momento do curso da doença (WEINTRAUB; MAMIKONYAN, 2019). Transtornos de ansiedade também são muito frequentes, acometendo até 68,8% dos portadores de DP (PINHEIRO; BARBOSA, 2016).

Existem várias apresentações da depressão na DP, como depressão maior, depressão menor, distímia e depressão subsindrômica (RAY; AGARWAL, 2020). Em 34,9% das pessoas com DP, a depressão é flutuante (VELDEN; 2018). Além disso, pacientes com DP apresentam uma maior taxa de sentimento de repulsa própria (*self-disgust*), ou seja, um estado afetivo de aversão consciente à própria pessoa. Isso costuma ser predito por distúrbios de impulso (TSATALI; OVERTON; VIVAS, 2019).

Por outro lado, é importante observar também que existe a pseudo-depressão do parkinsonismo. Ela corresponde a fenômenos que podem induzir a falsos diagnósticos de distúrbios do humor: a presença de hipomímia, a fadiga e afeto pseudobulbar (WEISS; PONTONE, 2019).

Estudos sugerem que a depressão associada à DP está relacionada a alterações no sistema límbico, com atrofia da amígdala e do hipocampo; a ansiedade associada à DP também estaria relacionada à atrofia da amígdala do lado esquerdo. Além disso, existem evidências de atrofia nos córtices orbitofrontal e cingulado anterior dorsal, além de acometimento de circuitos subcorticais, tanto na depressão quanto na ansiedade associadas à DP. Esses achados conjuntos poderiam explicar o fato de que essas entidades psiquiátricas frequentemente são encontradas combinadas, podendo ocorrer em todas as fases da doença, incluindo o período anterior ao aparecimento dos sintomas motores (THOBOIS *et al.*, 2017).

O quadro clínico de portadores de DP é complexo e a associação entre os sintomas motores e não-motores limitam as atividades de vida diária e interações sociais (MELE *et al.*, 2018). Dentre estes, os sintomas não-motores parecem ser os principais implicados na diminuição da qualidade de vida, sendo que a depressão é provavelmente o principal preditor negativo para essa variável em pacientes com DP (WU, *et al.*, 2016). Nesse

contexto, os portadores de DP apresentam perda progressiva da autonomia, o que impacta na qualidade de vida não só do paciente, mas também do cuidador (LOPIANO *et al.*, 2016).

Depressão e ansiedade são relacionadas ao risco de desnutrição em pacientes com DP, pois causam redução na ingestão e perda ponderal. O prejuízo no estado nutricional, por sua vez, está diretamente relacionado à diminuição da mobilidade e da funcionalidade do doente, o que resulta em redução da qualidade de vida, diminuindo o entusiasmo pelas atividades diárias. Assim, essas manifestações psiquiátricas se agravam e se estabelece um ciclo vicioso (ONGUN, 2018).

O suicídio na DP parece estar mais presente em pacientes mais novos, com menos comorbidades, melhor cognição e menos sintomas motores. Esse perfil é diferente do que se observa na população em geral: pessoas em idade mais avançada, com prejuízo cognitivo, várias comorbidades e depressão (Li *et al.*, 2018).

O diagnóstico da DP costuma ser desafiador, uma vez que várias doenças neurodegenerativas e não-degenerativas podem cursar com parkinsonismo, sendo necessária uma história clínica e exame físico detalhados. Exames laboratoriais e imaginológicos — sobretudo a ressonância magnética e a tomografia por emissão de pósitrons (PET) de crânio — auxiliam no afastamento de outras doenças (PINHEIRO; BARBOSA, 2016). Assim, o diagnóstico de DP é eminentemente clínico, após a exclusão diagnósticos diferenciais, baseando-se em critérios cuja precisão é limitada nos primeiros anos da doença, período em que a neurodegeneração não costuma ser extensa. Assim, pesquisas recentes tentam encontrar um biomarcador molecular que possibilite um diagnóstico mais precoce da doença. Foram sugeridas dosagens de proteínas no líquido, tais como alfa-sinucleína e proteína Tau, entretanto ainda não se chegou a resultados com forte nível de evidência para essas técnicas (DOS SANTOS *et al.*, 2018).

Infelizmente, ainda não há tratamento disponível que seja curativo ou capaz de impedir a progressão da doença, de modo que atualmente o objetivo do tratamento é o controle sintomático e manutenção da autonomia, independência funcional e equilíbrio psicológico por maior tempo possível.

3. MÉTODO

O trabalho foi seguimento de uma pesquisa transversal já iniciada, em 2018, e que sendo orientada pela professora Talyta Grippe. A pesquisa teve caráter descritivo e exploratório, abordagem quantitativa e natureza aplicada, sendo um levantamento com análise de questionários estruturados sobre gravidade da Doença de Parkinson (DP), depressão, ansiedade, qualidade de vida e ideação suicida; sintomas relacionados a distúrbios do sono e transtornos de controle do impulso. Os questionários foram respondidos por pacientes portadores de DP identificados no banco de dados da Neurologia do Instituto Hospital de Base do DF (IHBDF).

Foi aplicada por neurologistas especialistas em distúrbios do movimento a escala Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS) (MOVEMENT DISORDER SOCIETY TASK FORCE ON RATING SCALES FOR PARKINSON'S DISEASE, 2008) para avaliação da gravidade da DP, amplamente utilizada para monitorar a progressão da doença e a eficácia do tratamento medicamentoso, assim como a Escala de Hoehn e Yahr (PINHEIRO; BARBOSA, 2016).

Além disso, foram aplicados pelos acadêmicos os seguintes questionários: Parkinson Disease Questionnaire (PDQ-8) (CAROD-ARTAL; MARTINEZ-MARTIN; VARGAS, 2007) — utilizado para a avaliação da qualidade de vida do paciente com DP—; Inventário de Depressão de Beck (BDI) (GORENSTEIN; ANDRADE, 1996) — para identificar a presença de depressão —; Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) (MARCOLINO *et al.*, 2007) — para identificar a presença de ansiedade e depressão e graduar o grau de acometimento do paciente —; Escala de Suicídio de Beck (BSI) (CUNHA *et al.*, 2001) — que detecta a presença de ideação suicida e mede a extensão da motivação e planejamento de um comportamento suicida.

Para composição da amostra, o convite foi feito para os pacientes e seus acompanhantes, que foram os controles amostrais, no período de Agosto de 2019 a setembro de 2020 e foi marcado o melhor dia e horário para aplicação dos questionários. O tempo médio previsto para responder os instrumentos era de cerca de 60 minutos, que poderiam ser interrompidos a qualquer momento a depender da disponibilidade e conforto do paciente na abordagem do tema. Em razão da pandemia de COVID-19, o período

previsto para a coleta de dados foi estendido, uma vez que foi necessário interromper os trabalhos presenciais em respeito ao distanciamento social decretado pelo Governo do DF.

Os pacientes foram convidados a participar do estudo, pelo contato por dados disponibilizados pelo ambulatório, presentes em prontuário ou ficha de admissão. Cada paciente recebeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para que estivessem cientes das características da pesquisa e dos direitos que eles, como participantes, possuíam, inclusive de não responder a pesquisa, caso não se sentissem confortáveis para tal. Participaram do trabalho somente aqueles que leram e assinaram o documento.

3.1. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

O grupo controle foi composto pelos acompanhantes dos pacientes portadores de DP, pareados por sexo e idade.

Critério de inclusão para o grupo controle:

(1) Capacidade de ler e compreender o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Critérios de inclusão para os sujeitos com Parkinson:

(1) Apresentar pelo menos dois dos seguintes: tremor de repouso, bradicinesia, ou rigidez ou tremor de repouso assimétrico ou bradicinesia assimétrica;

(2) Capacidade de fornecer consentimento informado (lê e compreende português)

3.2. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Critério de exclusão para o grupo controle:

(1) Presença de comorbidades neurológicas ou psiquiátricas.

Critérios de exclusão para o grupo Parkinson:

(1) Diagnóstico de síndromes parkinsonianas atípicas degenerativas (p. ex: paralisia supranuclear progressiva, parkinsonismo vascular, atrofia de múltiplos sistemas), metabólicas (p. ex: doença de Wilson) ou devido ao uso de medicamentos (neurolépticos, metoclopramida, flunarizina etc.);

(2) Presença de qualquer outra condição médica ou psiquiátrica que, na avaliação médica do pesquisador, possa impossibilitar a participação no estudo.

3.3. DESCRIÇÃO DAS ESCALAS E QUESTIONÁRIOS APLICADOS

3.3.1. Hoehn e Yahr

A Escala de Hoehn e Yahr (Anexo B) é uma classificação clínica da DP quanto ao grau de incapacidade devido à apresentação dos sintomas motores. Varia de 0 a 5. Estágios 1 a 3 são considerados como incapacidades leve a moderada. Estágios 4 e 5 são considerados como incapacidade grave (SCHENKMAN et al., 2001).

3.3.2. UPDRS

A Escala Unificada de Avaliação da Doença de Parkinson (Anexo A) é composta por quatro partes, que avaliam aspectos diferentes das manifestações da DP. Os itens recebem valores entre 0 (normal) e 4 (grave). A Parte III (avaliação motora) foi a escolhida para os fins deste estudo.

3.3.3. PDQ-8

O questionário PDQ-8 é a versão reduzida do PDQ-39 (Anexo C), sendo utilizado para a avaliação da qualidade de vida dos pacientes que sofrem de DP. Cada item é pontuado de 0 a 4, de acordo com o grau de perda funcional para a característica em questão. A pontuação varia de 0 a 100, sendo que uma baixa pontuação indica melhor percepção de qualidade de vida (SCHRAG; JAHANSHAH; QUINN, 2000 apud LANA et al., 2007).

3.3.4. BDI

O BDI (Anexo D) é composto de 21 itens, que são pontuados de 0 a 3, de maneira que pontuações mais altas refletem maior perda funcional. Este questionário estabelece depressão a partir de uma pontuação igual ou superior a 14 pontos. Ainda de acordo com esta escala, a depressão pode ser classificada como leve (14 a 19 pontos), moderada (20 a 28 pontos) e grave (a partir de 29 pontos) (BECK et al., 1996 apud DA SILVA; WENDT; ARGIMON, 2018).

3.3.5. HADS

A escala HADS (Anexo E) é composta por 14 itens, sendo metade correspondente à avaliação de depressão (HADS-D) e a outra metade à avaliação de ansiedade (HADS-A). Cada item recebe pontuação de 0 a 3, de modo que pontuações mais altas implicam maior

comprometimento. Considera-se que há indícios de depressão e de ansiedade a partir de pontuação igual ou superior a 9 para cada subdivisão da escala (MARCOLINO et al., 2007).

Os dados dos estudos foram tabulados no programa Excel e analisados pelo software R, a partir de testes estatísticos de correlação e regressão múltipla. As análises estatísticas foram descritivas, com percentual dos dados referentes as variáveis qualitativas e quantitativas por meio de tabelas de frequência. Os dados foram correlacionados a fim de avaliar seu grau de relação, bem como sua direção e magnitude.

Os testes estatísticos foram elegidos a partir da forma de distribuição da amostra. Como em sua maioria a amostra se distribuiu de forma não normal, os testes não paramétricos foram: Mann Whitney para avaliar diferenças entre variáveis numéricas; Qui-quadrado para avaliar diferença entre a distribuição da frequência de variáveis nominais e; Kendall Tau B para avaliar correlação entre variáveis numéricas.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliados ao todo 78 pacientes, dos quais 58 constituíram o grupo com diagnóstico de Doença de Parkinson e os outros 20 foram do grupo controle. Devido à pandemia de COVID-19, e às restrições sociais impostas em sua decorrência, a aplicação de questionários durante os meses de março a julho foi suspensa, o que refletiu em menor quantidade de pacientes avaliados, divergindo do número esperado.

Em relação ao perfil clínico-epidemiológico dos participantes (Tabela 1), 38 (aproximadamente 66%) dos indivíduos com DP foram homens, enquanto 20 (34%) foram mulheres. Já no grupo controle, essa proporção entre os sexos foi de 1:1 (10 homens e 10 mulheres). A média de idade dos participantes foi de $63,2 \pm 1,5$ anos, para o grupo com DP, e de $63,4 \pm 2,1$ anos, para o grupo controle. A média de anos estudados nos grupos caso e controle foram, respectivamente, $15,5 \pm 0,7$ e $16,2 \pm 0,8$. Dentre os pacientes com DP, a Escala de Hoehn e Yahr (Anexo B) teve uma média de estágio de $1,64 \pm 0,7$ e a Parte III do UPDRS (Anexo A), que avalia os sintomas motores da DP, teve média de $26,7 \pm 2,0$, ambos os testes indicando que nosso perfil de pacientes teve comprometimento motor mais brando.

TABELA 1 - PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS PARTICIPANTES

	Doença de Parkinson (Média / Erro padrão)	Controles (Média / Erro padrão)	valor de p
n (tamanho da amostra)	58	20	-----
Gênero	Homens:38 (65%) Mulheres: 20(34%)	Homens: 10(50%) Mulheres:10 (50%)	
Idade (anos)	63.2 ± 1.5	63.4 ± 2.1	0.92
Nível de escolaridade (anos)	15.5 ± 0.7	16.2 ± 0.8	0.53

Hoehn & Yahr	1.64 ± 0.7	-----	-----
MDS UPDRS III (média)	26.7 ± 2.0	-----	-----

Fonte: autoria própria

Os resultados das médias dos questionários utilizados na pesquisa estão na Tabela 2. Dentre o espaço amostral dos nossos pacientes, de acordo com os dados obtidos do BDI, a depressão esteve presente em 56,45% dos indivíduos diagnosticados com DP e em 18,18% dos indivíduos do grupo controle. Em ambos os grupos, houve maior prevalência de sintomas depressivos leves (43,55% e 18,18% respectivamente, $p = 0,02$); porém, nota-se que não houve casos moderados e graves de depressão no grupo controle. Por outro lado, observando-se os dados da HADS, percebe-se que houve prevalência de 51,72% de depressão nos pacientes com DP, contra 9,52% no grupo controle. Além disso, a ansiedade esteve mais presente nos pacientes com DP (48,33% contra 19,05%). Esses dados foram obtidos a partir de análise com chi quadrado e estão ilustrados na Tabela 3.

Assim, nossos resultados convergem para o que está documentado na literatura em relação à prevalência de depressão e ansiedade em pacientes com DP. Weintraub e Mamikonyan (2019) mostraram que mais de 50% dos indivíduos apresentam sintomas depressivos em algum momento. Por outro lado, nossa amostra apresentou maior prevalência de ansiedade do que a de Broen e colaboradores (2016), que haviam encontrado um valor de 31%.

TABELA 2 - RESULTADOS DOS ESCORES OBTIDOS NOS QUESTIONÁRIOS

	Doença de Parkinson (Média / Erro padrão)	Controles (Média / Erro padrão)	valor de p
BDI	11.10 ± 0.96	5.45 ± 0.85	<0.001
HADS	12.26 ± 0.91	6.1 ± 1.15	<0.001
HADS - D	6.21 ± 0.50	2.38 ± 0.45	<0.001

HADS - A	6.1 ± 0.52	3.71 ± 0.76	0.02
PDQ-8	66.94 ± 2.29	85.09 ± 3.48	<0.001

Fonte: autoria própria

TABELA 3 - PREVALÊNCIA E GRAVIDADE DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

	Parkinson	Controle	Valor de P
Depressão - BDI	56.45%	18.18%	0.002
<ul style="list-style-type: none"> • Grave • Moderada • Leve 	4.84% 8.06% 43.55%	0% 0% 18.18%	0.02
Depressão HADS	51.72%	9.52%	< 0.001
Ansiedade HADS	48.33%	19.05%	0.02

Fonte: autoria própria

Nossa amostra de pacientes com DP demonstra também que a depressão estabelecida pelo BDI está presente em maior frequência em pacientes com pior qualidade de vida (PDQ-8 = 59,01 ± 17,23 contra 76,85 ± 14,09, p < 0,001) e com sintomas motores ligeiramente mais pronunciados, avaliados pela Parte III do UPDRS (29,41±3,66 contra 26,37±3,00, p = 0,52) e pela Escala de Hoehn Yahr (1,71 ± 0,85 contra 1,68 ± 0,75, p = 0,96). A Tabela 4 traz esses dados, os quais foram obtidos a partir do teste de Mann-Whitney.

TABELA 4 - AVALIAÇÃO DAS DIFERENÇAS ENTRE PACIENTES PARKINSONIANOS COM E SEM DEPRESSÃO (ESTRATIFICADOS POR BDI)

	Parkinson + Depressão (media+ desvio padrão)	Parkinson - Depressão (media+ desvio padrão)	Valor de P
PDQ8	59.01 +/- 17.23	76.85 +/- 14.09	<0.001
UPDRS III	29.41 +/- 3.66	26.37 +/- 3.00	0.52
Hoehn e Yahr	1.71 +/- 0.85	1.68 +/- 0.75	0.96

Fonte: autoria própria

Estes dados supracitados foram também avaliados por correlação de acordo com tau-B de Kendall, estendendo-se também a análise para o questionário HADS. Considerando a relação entre qualidade de vida e depressão, observou-se um valor de -0,47 na análise

PDQ-8 e BDI ($p < 0,001$) (Figura 1) e de -0,42 entre PDQ-8 e HADS D ($p < 0,001$) (Figura 2). Esses valores negativos sugerem uma correlação inversa entre o PDQ-8 e as escalas de depressão e, portanto, uma correlação entre a presença de sintomas depressivos e pior qualidade de vida, uma vez que escores baixos no PDQ-8 indicam melhor qualidade de vida. Esses resultados também dialogam com o que foi encontrado por Wu e colegas (2016), que sugeriram que a depressão é um importante preditor negativo para qualidade de vida em pacientes com DP.

Analogamente, parece existir uma correlação entre presença de ansiedade e diminuição da qualidade de vida nos pacientes com DP (ta-B de Kendall = -0,38, $p < 0,001$) (Figura 3).

Em relação aos sintomas motores — avaliados pela escala UPDRS III —, e sua influência na ansiedade e depressão, obtivemos valores positivos, entretanto próximos de 0 (Figura 4). Na correlação entre sintomas motores e depressão os valores de tau-B foram 0,03 ($p = 0,82$) (UPDRS III x BDI) e 0,15 ($p = 0,21$) (UPDRS III x HADS-D). Na análise, sintomas motores e ansiedade obtiveram 0,01 ($p = 0,91$) (UPDRS III x HADS-A). Conclui-se que há uma correlação fraca entre sintomas motores, ansiedade e depressão. Estes resultados são um pouco divergentes em relação à literatura, uma vez que Errea e Ara (1999) e Nakabayashi (2008) haviam encontrado correlação expressiva entre depressão e sintomas motores, bem como Schapira e colaboradores demonstraram associação entre a ansiedade e os sintomas motores.

Por fim, ao contrário do que foi idealizado no Projeto de Pesquisa, não fizemos análises em relação ao BSI, pois os pacientes não responderam adequadamente ao questionário. Acreditamos que isso possa ser resultado do tabu que existe em relação à discussão acerca da ideação suicida.

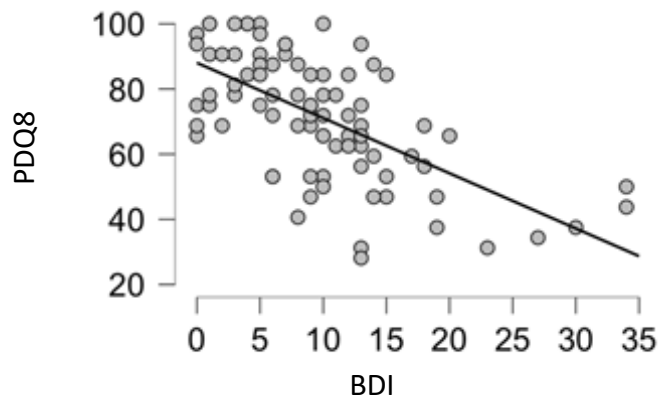
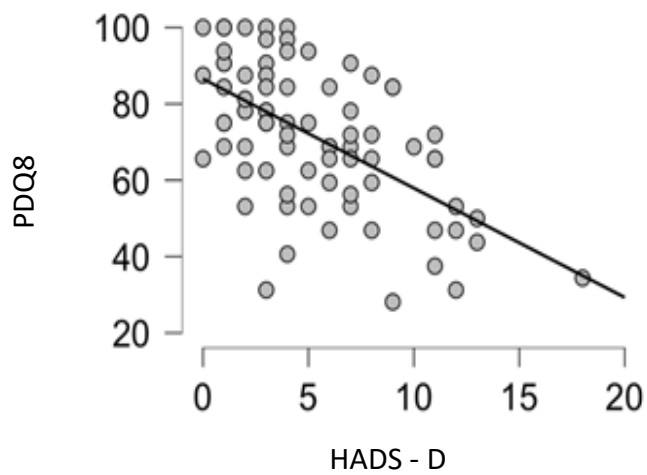
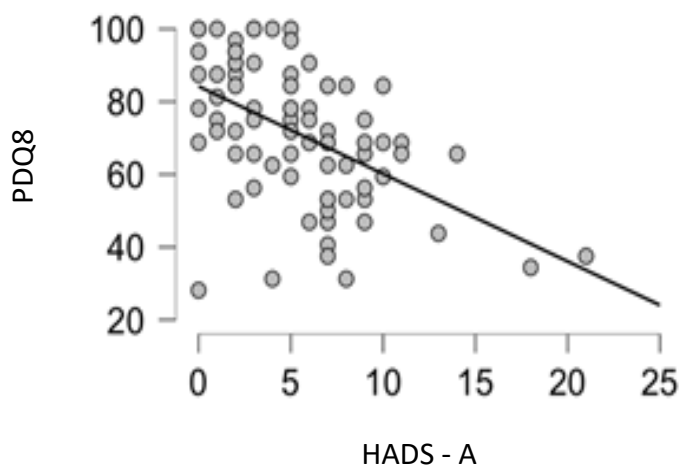
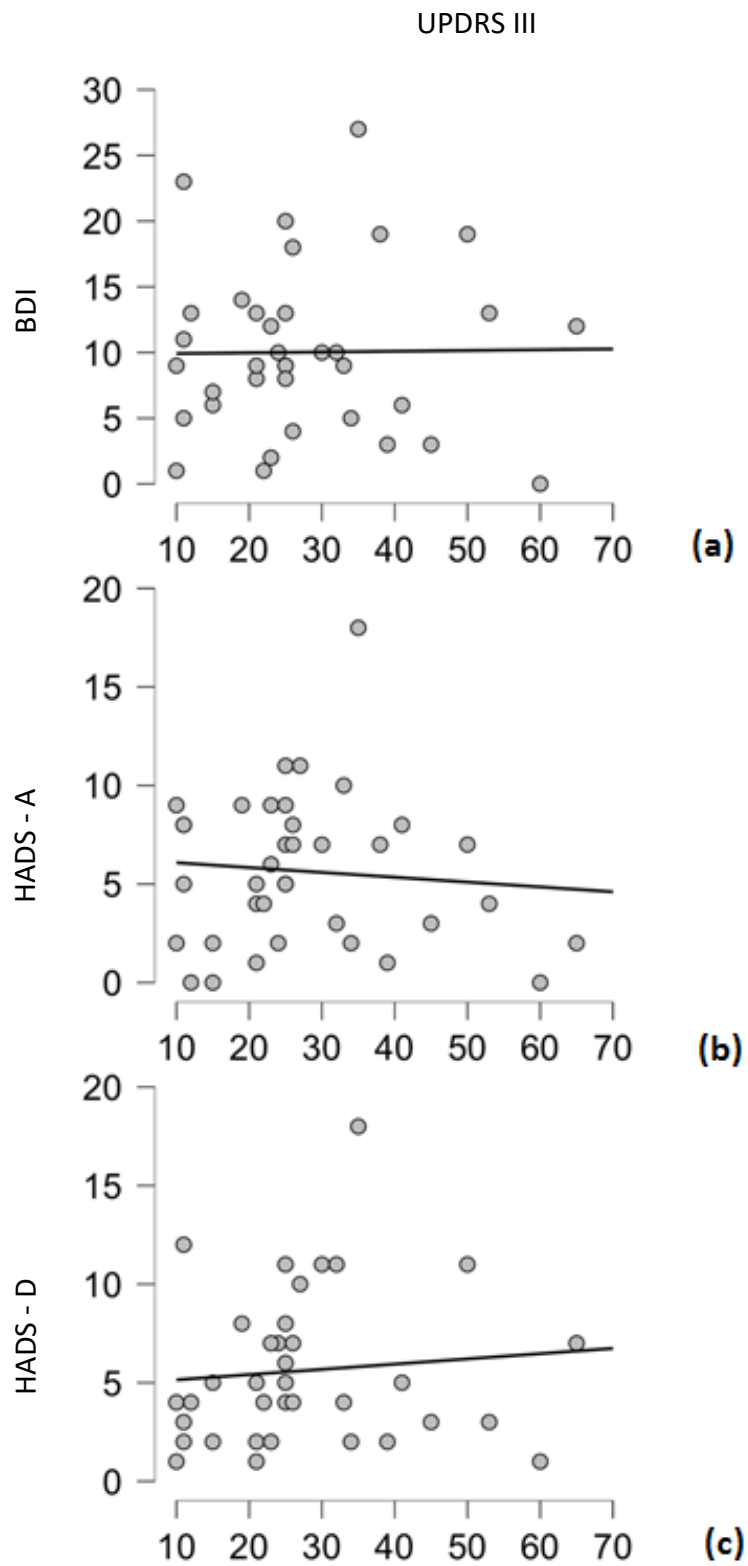
FIGURA 1- CORRELAÇÃO ENTRE BDI E PDQ-8**FIGURA 2- CORRELAÇÃO ENTRE HADS-D E PDQ-8****FIGURA 3- CORRELAÇÃO ENTRE HADS-A E PDQ-8**

FIGURA 4- CORRELAÇÃO ENTRE UPDRS III E BDI (a), HADS-A (b) E HADS-D (c)



Fonte: autoria própria

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A depressão e ansiedade possuem uma maior recorrência no grupo com Doença de Parkinson, , entretanto os resultados demonstraram uma correlação fraca entre sintomas motores e depressão e ansiedade, logo não podemos concluir que há uma influência direta desses sintomas motores nos sintomas psiquiátricos. Observou-se um impacto direto na qualidade de vida daqueles que possuíam sintomas depressivos ou ansiosos. Sugere-se, assim, mais atenção à esses sintomas que são responsáveis por grande incapacidade e prejuízo da qualidade de vida nos pacientes com essa doença.

REFERÊNCIAS

- ARMSTRONG, Melissa J.; OKUN, Michael S. Diagnosis and Treatment of Parkinson Disease: A Review. **Jama**, v. 323, n. 6, p. 548-560, 2020.
- BARBOSA, Egberto Reis; CURY, Rubens Gisbert. Distúrbios do Movimento. In: MARTINS, Milton de Arruda *et al.* **Clínica médica, volume 6**: doenças dos olhos, doenças dos ouvidos, nariz e garganta, neurologia, transtornos mentais. 2. ed. Barueri: Manole, 2016.
- BROEN, Martijn PG *et al.* Prevalence of anxiety in Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. **Movement Disorders**, v. 31, n. 8, p. 1125-1133, 2016.
- CAROD-ARTAL, Francisco Javier; MARTINEZ-MARTIN, Pablo; VARGAS, Antonio Pedro. Independent validation of SCOPA–psychosocial and metric properties of the PDQ-39 Brazilian version. **Movement Disorders**, v. 22, n. 1, p. 91-98, 2007.
- CASTRIOTO, Anna *et al.* Emotional manifestations of PD: Neurobiological basis. **Movement Disorders**, v. 31, n. 8, p. 1103-1113, 2016.
- DA SILVA, Marli Appel; WENDT, Guilherme Welter; DE LIMA ARGIMON, Irani Iracema. Inventário de depressão de beck II: análises pela teoria do traço latente. **Avaliação Psicológica**, 2018.
- CUNHA, Jurema Alcides *et al.* Manual da versão em português das Escalas Beck. **São Paulo: casa do psicólogo**, v. 256, 2001.
- DICKSON, Dennis W. Neuropathology of Parkinson disease. **Parkinsonism & related disorders**, v. 46, p. S30-S33, 2018.
- DOS SANTOS, Marcia Cristina T. *et al.* Evaluation of cerebrospinal fluid proteins as potential biomarkers for early stage Parkinson's disease diagnosis. **PloS one**, v. 13, n. 11, p. e0206536, 2018.
- ERREA, J. M.; ARA, J. R. Depression and Parkinson disease. **Revista de neurologia**, v. 28, n. 7, p. 694-698, 1999.

ESPAY, Alberto J. *et al.* Disease modification and biomarker development in Parkinson disease: Revision or reconstruction?. **Neurology**, 2020.

GERSHANIK, Oscar S. Does Parkinson's disease start in the gut?. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, v. 76, n. 2, p. 67-70, 2018.

GORENSTEIN, Clarice; ANDRADE, Laura Helena Silveira Guerra. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and State-Trait anxiety inventory in Brazilian subjects. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, 1996.

KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K.; ASTER, Jon C. **Robbins: patologia básica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

LANA, R. C., *et al.* Percepção da qualidade de vida de indivíduos com doença de Parkinson através do PDQ-39. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, 2007, 11.5: 397-402.

LANG, Anthony E. Parkinsonismo. In: GOLDMAN, Lee; SCHAFER, Andrew I. **Goldman Cecil Medicina**. 24. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

LI, Wei *et al.* Suicide in Parkinson's disease. **Movement disorders clinical practice**, v. 5, n. 2, p. 177-182, 2018.

LOPIANO, Leonardo *et al.* Motor outcomes in patients with advanced Parkinson's disease treated with levodopa/carbidopa intestinal gel in Italy: an interim analysis from the GREENFIELD observational study. **Neurological Sciences**, v. 37, n. 11, p. 1785-1792, 2016.

MARCOLINO, José Álvaro Marques *et al.* Medida da ansiedade e da depressão em pacientes no pré-operatório. Estudo comparativo. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 57, n. 2, p. 157-166, 2007.

MELE, Bria *et al.* Detecting anxiety in individuals with Parkinson disease: A systematic review. **Neurology**, v. 90, n. 1, p. e39-e47, 2018.

MOVEMENT DISORDER SOCIETY TASK FORCE ON RATING SCALES FOR PARKINSON'S DISEASE. **MDS-Unified Parkinson's Disease Rating Scale (MDS-UPDRS)**. [S. /], 2008. Disponível em: <https://www.movementdisorders.org/MDS/Education/Rating-Scales.htm>. Acesso em: 1 maio 2019.

MUNHOZ, Renato P. *et al* . Sinais não motores na doença de Parkinson: uma revisão. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo , v. 73, n. 5, p. 454-462, May 2015 .

NAKABAYASHI, Tatiana Iuriko Kawasaki *et al*. Prevalência de depressão na doença de Parkinson. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 35, n. 6, p. 219-227, 2008.

ONGUN, Nedim. Does nutritional status affect Parkinson's Disease features and quality of life?. **PloS one**, v. 13, n. 10, p. e0205100, 2018.

PFEIFFER, Ronald F. Non-motor symptoms in Parkinson's disease. **Parkinsonism & related disorders**, v. 22, p. S119-S122, 2016.

PINHEIRO, José E. S.; BARBOSA, Maira T. Doença de Parkinson e Outros distúrbios do Movimento em Idosos. In: FREITAS, Elizabete V.; PY, Ligia. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

RAY, Sudeshna; AGARWAL, Pinky. Depression and anxiety in Parkinson disease. **Clinics in geriatric medicine**, v. 36, n. 1, p. 93-104, 2020.

SCHAPIRA, Anthony HV; CHAUDHURI, K. Ray; JENNER, Peter. Non-motor features of Parkinson disease. **Nature Reviews Neuroscience**, v. 18, n. 7, p. 435, 2017.

SCHENKMAN, Margaret L., et al. Spinal movement and performance of a standing reach task in participants with and without Parkinson disease. **Physical therapy**, 2001, 81.8: 1400-1411.

SHEPARD, Melissa Deanna *et al*. Suicide in Parkinson's disease. **J Neurol Neurosurg Psychiatry**, p. jnnp-2018-319815, 2019.

THOBOIS, Stephane *et al.* Imaging the etiology of apathy, anxiety, and depression in Parkinson's disease: implication for treatment. **Current neurology and neuroscience reports**, v. 17, n. 10, p. 76, 2017.

TSATALI, Marianna; OVERTON, Paul G.; VIVAS, Ana B. Self-reported and experimentally induced self-disgust is heightened in Parkinson's disease: Contribution of behavioural symptoms. **PloS one**, v. 14, n. 10, 2019.

UNESP - CENTRO DE ESTUDOS E ATENDIMENTO EM FISIOTERAPIA E REABILITAÇÃO (CEAFIR). **PDQ 39 - Questionário sobre a Doença de Parkinson**. [S. l.],. Disponível em: <http://gege.fct.unesp.br/docentes/fisio/augustocesinando/AVALIACAO%20FISIOTERAPEUTICA%20NEUROLOGICA/PDQ%2039.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2019.

VAN DER VELDEN, Rachel MJ *et al.* Frequency of mood and anxiety fluctuations in Parkinson's disease patients with motor fluctuations: A systematic review. **Movement Disorders**, v. 33, n. 10, p. 1521-1527, 2018.

WEINTRAUB, Daniel; MAMIKONYAN, Eugenia. The neuropsychiatry of Parkinson disease: a perfect storm. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, 2019.

WEISS, Howard D.; PONTONE, Gregory M. "Pseudo-syndromes" associated with Parkinson disease, dementia, apathy, anxiety, and depression. **Neurology: Clinical Practice**, v. 9, n. 4, p. 354-359, 2019.

WU, Y. *et al.* Non-motor symptoms and quality of life in tremor dominant vs postural instability gait disorder Parkinson's disease patients. **Acta Neurologica Scandinavica**, v. 133, n. 5, p. 330-337, 2016.

ANEXO A

Escala Unificada de Avaliação para Doença de Parkinson (UPDRS).

Fonte: Movement Disorder Society Task Force on Rating Scales for Parkinson's Disease (2008).

I – ESTADO MENTAL/ COMPORTAMENTO/ESTADO EMOCIONAL

1. Comprometimento intelectual
 - 0 = Nenhum.
 - 1 = Mínimo. Esquecimento consistente com lembrança parcial de eventos, sem outras dificuldades.
 - 2 = Moderado. Perda moderada da memória, com desorientação. Dificuldade moderada para resolver problemas complexos. Mínimo, mas definitivo, comprometimento das atividades em casa, com necessidade de ajuda ocasional.
 - 3 = Grave. Perda grave da memória com desorientação temporal e, freqüentemente, de lugar. Grande dificuldade de resolver problemas.
 - 4 = Grave. Perda grave da memória com orientação preservada apenas para sua pessoa. Incapaz de fazer julgamentos ou resolver problemas. Necessita de muita ajuda para cuidados pessoais. Não pode ficar sozinho em nenhuma situação.
2. Desordem do pensamento (devida a demência ou intoxicação por drogas)
 - 0 = Nenhum.
 - 1 = Sonhos vívidos.
 - 2 = Alucinações "benignas" com julgamento (*insight*) mantido.
 - 3 = Ocasionais a freqüentes alucinações, sem julgamento, podendo interferir com as atividades diárias.
 - 4 = Alucinações freqüentes ou psicose evidente. Incapaz de cuidar-se.
3. Depressão
 - 0 = Ausente.
 - 1 = Períodos de tristeza ou culpa acima do normal. Nunca permanece por dias ou semanas.
 - 2 = Depressão permanente (uma semana ou mais).
 - 3 = Depressão permanente com sintomas vegetativos (insônia, anorexia, perda de peso, desinteresse).
 - 4 = Depressão permanente com sintomas vegetativos. Pensamento ou tentativa de suicídio.
4. Motivação/Iniciativa
 - 0 = Normal.
 - 1 = Mais passivo. Menos interessado que o habitual.
 - 2 = Perda da iniciativa ou desinteresse por atividades fora da rotina.
 - 3 = Perda da iniciativa ou desinteresse por atividades do dia-a-dia.
 - 4 = Retraído. Perda completa de motivação.

II – ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA

5. Fala
 - 0 = Normal.
 - 1 = Comprometimento superficial. Nenhuma dificuldade em ser entendido.
 - 2 = Comprometimento moderado. Solicitado a repetir frases, às vezes.
 - 3 = Comprometimento grave. Solicitado freqüentemente a repetir frases.
 - 4 = Incompreensível a maior parte do tempo.
6. Salivação
 - 0 = Normal.
 - 1 = Excesso mínimo de saliva, mas perceptível. Pode babar à noite.
 - 2 = Excesso moderado de saliva. Pode apresentar alguma baba (*drooling*).
 - 3 = Excesso acentuado de saliva. Baba freqüentemente.
 - 4 = Baba continuamente. Precisa de lenço constantemente.
7. Deglutição
 - 0 = Normal.
 - 1 = Engasgos raros.
 - 2 = Engasgos ocasionais.
 - 3 = Deglute apenas alimentos moles.
 - 4 = Necessita de sonda nasogástrica ou gastrostomia.
8. Escrita
 - 0 = Normal.
 - 1 = Um pouco lenta ou pequena.
 - 2 = Menor e mais lenta, mas as palavras são legíveis.
 - 3 = Gravemente comprometida. Nem todas as palavras são legíveis.
 - 4 = A maioria das palavras não são legíveis.
9. Cortando alimentos ou manipulando utensílios
 - 0 = Normal.
 - 1 = Lento e desajeitado, mas não precisa de ajuda.
 - 2 = Capaz de cortar todos os alimentos, embora desajeitado e lento. Pode precisar de ajuda.
 - 3 = Alimento cortado por outros, mas ainda pode alimentar-se, embora lentamente.
 - 4 = Precisa ser alimentado por outros.
10. Vestir
 - 0 = Normal.
 - 1 = Lento, mas não precisa de ajuda.
 - 2 = Necessita de ajuda para abotoar-se e para colocar os braços em mangas de camisa.
 - 3 = Necessita de bastante ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho.
 - 4 = Não consegue vestir-se (nenhuma peça) sem ajuda.

11. Higiene
 0 = Normal.
 1 = Lento, mas não precisa de ajuda.
 2 = Precisa de ajuda no chuveiro ou banheira; ou muito lento nos cuidados de higiene.
 3 = Necessita de assistência para se lavar, escovar os dentes, pentear-se, ir ao banheiro.
 4 = Sonda vesical ou outra ajuda mecânica.
12. Girar no leito e colocar roupas na cama
 0 = Normal.
 1 = Lento e desajeitado, mas não precisa de ajuda.
 2 = Pode girar sozinho na cama ou colocar lençóis, mas com grande dificuldade.
 3 = Pode iniciar, mas não consegue rolar na cama ou colocar lençóis.
 4 = Não consegue fazer nada.
13. Quedas (não relacionadas com *freezing*)
 0 = Normal.
 1 = Quedas raras
 2 = Cai ocasionalmente, menos de uma vez por dia.
 3 = Cai, em média, uma vez por dia.
 4 = Cai mais de uma vez por dia.
14. *Freezing* quando anda
 0 = Nenhum.
 1 = Raro *freezing* quando anda; pode ter hesitação do início da marcha.
 2 = *Freezing* ocasional, enquanto anda.
 3 = *Freezing* freqüente; pode cair devido ao *freezing*.
 4 = Quedas freqüentes devido ao *freezing*.
15. Marcha
 0 = Normal.
 1 = Pequena dificuldade. Pode não balançar os braços ou tende a arrastar as pernas.
 2 = Dificuldade moderada, mas necessita de pouca ajuda ou nenhuma.
 3 = Dificuldade grave de marcha, necessita de assistência.
 4 = Não consegue andar, mesmo com ajuda.
16. Tremor
 0 = Ausente.
 1 = Presente, mas infreqüente.
 2 = Moderado, mas incomoda o paciente.
 3 = Grave, interfere com muitas atividades.
 4 = Marcante. Interfere na maioria das atividades.
17. Queixas sensitivas relacionadas ao parkinsonismo
 0 = Nenhuma
 1 = Dormência e formigamento ocasional, alguma dor.
 2 = Dormência, formigamento e dor freqüente, mas suportável.
 3 = Sensações dolorosas freqüentes.
 4 = Dor insuportável.

III – EXAME MOTOR

18. Fala
 0 = Normal.
 1 = Perda discreta da expressão, do volume ou dicção.
 2 = Comprometimento moderado. Arrastado, monótono, mas compreensível.
 3 = Comprometimento grave, difícil de ser entendido.
 4 = Incompreensível.
19. Expressão facial
 0 = Normal.
 1 = Hipomimia mínima.
 2 = Diminuição pequena, mas anormal, da expressão facial.
 3 = Hipomimia moderada, lábios caídos/afastados por algum tempo.
 4 = Fácies em máscara ou fixa, com perda grave ou total da expressão facial. Lábios afastados 1/4 de polegada ou mais.
20. Tremor de repouso
 0 = Ausente.
 1 = Presente, mas infreqüente ou leve.
 2 = Persistente, mas de pouca amplitude, ou moderado em amplitude mas presente de maneira intermitente.
 3 = Moderado em amplitude mas presente a maior parte do tempo.
 4 = Grande amplitude e presente a maior parte do tempo.
21. Tremor postural ou de ação das mãos
 0 = Ausente.
 1 = Leve, presente com a ação.
 2 = Moderado em amplitude, presente com a ação.
 3 = Moderado em amplitude tanto na ação como mantendo uma postura.
 4 = Grande amplitude, interferindo com a alimentação.
22. Rigidez (movimento passivo das grandes articulações, com paciente sentado e relaxado; ignorar roda denteadas)
 0 = Ausente.
 1 = Pequena ou detectável somente quando ativado por movimentos em espelho ou outros.
 2 = Leve a moderado.
 3 = Marcante, mas pode realizar movimento completo da articulação.
 4 = Grave, e o movimento completo da articulação se consegue com grande dificuldade.

23. Bater os dedos continuamente – *finger taps* (paciente bate o polegar no dedo indicador em seqüências rápidas com a maior amplitude possível, uma mão de cada vez)
 0 = Normal.
 1 = Leve lentidão e/ou redução na amplitude.
 2 = Comprometimento moderado. Fadiga precoce e bem clara. Pode ter paradas ocasionais durante o movimento.
 3 = Comprometimento grave. Hesitação freqüente para iniciar o movimento ou paradas durante o movimento que está realizando.
 4 = Realiza o teste com grande dificuldade, quase não conseguindo.
24. Movimentos da mãos (paciente abre e fecha as mãos em rápidos movimentos sucessivos e com a maior amplitude possível, uma mão de cada vez)
 0 = Normal.
 1 = Lentidão leve e/ou redução em amplitude.
 2 = Comprometimento moderado. Fadiga precoce bem clara. Pode ter paradas ocasionais durante o movimento.
 3 = Comprometimento grave. Hesitação freqüente para iniciar o movimento ou paradas durante o movimento que está realizando.
 4 = Realiza o teste com grande dificuldade, quase não conseguindo.
25. Movimentos rápidos alternados das mãos (movimentos de pronação e supinação das mãos, verticalmente ou horizontalmente, com a maior amplitude possível, as duas mãos simultaneamente)
 0 = Normal.
 1 = Lentidão leve e/ou redução em amplitude.
 2 = Comprometimento moderado. Fadiga precoce bem clara. Pode ter paradas ocasionais durante o movimento.
 3 = Comprometimento grave. Hesitação freqüente para iniciar o movimento ou paradas durante o movimento que está realizando.
 4 = Realiza o teste com grande dificuldade, quase não conseguindo.
26. Agilidade da perna (paciente bate com o calcanhar no chão em sucessões rápidas, levantando toda a perna; a amplitude do movimento deve ser cerca de 3 polegadas)
 0 = Normal.
 1 = Lentidão leve e/ou redução em amplitude.
 2 = Comprometimento moderado. Fadiga precoce bem clara. Pode ter paradas ocasionais durante o movimento.
 3 = Comprometimento grave. Hesitação freqüente em iniciar movimentos ou freqüentes paradas durante o movimento.
 4 = Realiza o teste com grande dificuldade, quase não conseguindo.
27. Levantar de uma cadeira (paciente tenta levantar-se de uma cadeira de espaldar reto, de madeira ou ferro, com os braços cruzados em frente ao peito)
 0 = Normal.
 1 = Lento; ou pode precisar de mais de uma tentativa.
 2 = Levanta-se apoiado nos braços da cadeira.
 3 = Tende a cair para trás, e pode tentar se levantar mais de uma vez, mas consegue se levantar.
 4 = Incapaz de levantar-se sem ajuda.
28. Postura
 0 = Normal em posição ereta.
 1 = Não bem ereto, levemente curvado para frente (*stooped*); pode ser normal para pessoas mais velhas.
 2 = Moderadamente curvado para frente, definitivamente anormal, pode inclinar-se um pouco para os lados.
 3 = Acentuadamente curvado para frente, com cifose, inclinação moderada para um dos lados.
 4 = Bem fletido com anormalidade acentuada da postura.
29. Marcha
 0 = Normal.
 1 = Anda lentamente; pode arrastar os pés com pequenas passadas, mas não há festinação ou propulsão.
 2 = Anda com dificuldade, mas precisa de pouca ajuda ou nenhuma; pode apresentar alguma festinação, passos curtos, ou propulsão.
 3 = Comprometimento grave de marcha, necessitando de ajuda.
 4 = Não consegue andar sozinho, mesmo com ajuda.

30. Estabilidade postural (resposta a deslocamento súbito para trás, puxando os ombros, com o paciente ereto, de olhos abertos, pés um pouco separados; o paciente deve ser informado a respeito do teste)
 0 = Normal.
 1 = Retropulsão, mas se recupera sem ajuda.
 2 = Ausência de resposta postural; cairia se não fosse ajudado pelo examinador.
 3 = Muito instável; tende a perder o equilíbrio espontaneamente.
 4 = Incapaz de ficar ereto sem ajuda.
31. Bradicinesia e hipocinesia corporal (combinando hesitação, diminuição do balançar dos braços, pequena amplitude e pobreza de movimentos em geral)
 0 = Nenhum.
 1 = Lentidão mínima. Poderia ser normal em algumas pessoas. Possível redução na amplitude.
 2 = Movimento definitivamente anormal. Pobreza de movimento e um certo grau de lentidão.
 3 = Lentidão moderada. Pobreza de movimento ou com pequena amplitude.
 4 = Lentidão acentuada. Pobreza de movimento ou com pequena amplitude.

■ IV – COMPLICAÇÕES DA TERAPIA (NA SEMANA QUE PASSOU)

A) DISCINESIAS

32. Duração. Que percentual do dia acordado apresenta discinesias?
 0 = Nenhuma.
 1 = 1-25% do dia.
 2 = 26-50% do dia.
 3 = 51-75% do dia.
 4 = 76-100% do dia.
33. Incapacidade. Quão incapacitante é a discinesia? (informação da história; pode ser modificada durante o exame)
 0 = Não incapacitante.
 1 = Incapacidade leve.
 2 = Incapacidade moderada.
 3 = Incapacidade grave.
 4 = Completamente incapaz.

34. Discinesias dolorosas. Quão dolorosas são as discinesias?
 0 = Discinesia não dolorosa.
 1 = Leve.
 2 = Moderada.
 3 = Grave.
 4 = Extrema.
35. Presença de distonia do amanhecer (informação da história)
 0 = Não.
 1 = Sim.

B) FLUTUAÇÕES CLÍNICAS

36. Algum período *off* previsível em relação ao tempo após uma dose do medicamento?
 0 = Não.
 1 = Sim.
37. Algum período *off* imprevisível em relação ao tempo após uma dose do medicamento?
 0 = Não.
 1 = Sim.
38. Algum período *off* se instala subitamente? Em poucos segundos?
 0 = Não.
 1 = Sim.
39. Qual percentual de tempo acordado, em um dia, o paciente está em *off*, em média?
 0 = Nenhum.
 1 = 1-25% do dia.
 2 = 26-50% do dia.
 3 = 51-75% do dia.
 4 = 76-100% do dia.

OUTRAS COMPLICAÇÕES

40. O paciente apresenta anorexia, náusea ou vômito?
 0 = Não.
 1 = Sim.
41. O paciente apresenta algum distúrbio do sono? Insônia ou hipersonolência?
 0 = Não.
 1 = Sim.
42. O paciente apresenta hipotensão ortostática sintomática?
 0 = Não.
 1 = Sim.
- Registrar a pressão arterial do paciente, o pulso e o peso, na ficha.

ANEXO B

Escala de Hoehn e Yahr.

Fonte: Pinheiro e Barbosa (2016).

0	Sem sintomas visíveis da doença de Parkinson
1	Sintomas em apenas um lado do corpo
1,5	Sintomas em apenas um lado do corpo com envolvimento axial
2	Sintomas nos dois lados do corpo e sem dificuldade para caminhar
2,5	Sintomas nos dois lados do corpo com recuperação no <i>pull test</i>
3	Sintomas nos dois lados do corpo e com dificuldade mínima para caminhar
4	Sintomas nos dois lados do corpo e com dificuldade moderada para caminhar
5	Restrito à cadeira de rodas ou ao leito. Precisa de cuidador

ANEXO C

Parkinson Disease Questionnaire (PDQ-39).

Fonte: adaptado de UNESP - CENTRO DE ESTUDOS E ATENDIMENTO EM FISIOTERAPIA E REABILITAÇÃO (CEAFIR).

PDQ 39 - Questionário sobre a Doença de Parkinson		
NOME:	Sexo:	Prontuário:
	Idade:	Data do diagnóstico:
Lado Dominante: (D) (E)		Data da Avaliação:
Diagnóstico:		Avaliador:

MOBILIDADE				
1- Teve dificuldade para realizar atividades de lazer as quais gosta?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
2- Teve dificuldade para cuidar da casa?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
3- Teve dificuldade para carregar sacolas?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
4- Teve problemas para andar aproximadamente 1 km?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
5- Teve problemas para andar aproximadamente 100 m?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
6- Teve problemas para andar pela casa com a facilidade que gostaria?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
7- Teve dificuldade para andar em lugares públicos?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
8- Precizou de alguma pessoa para acompanhá-lo ao sair de casa?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
9- Teve medo ou preocupação de cair em público?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
10- Ficou em casa mais tempo que gostaria?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE

<u>ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA</u>				
11- Teve dificuldade para tomar banho?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
12- Teve dificuldade para vestir-se?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
13- Teve dificuldade com botões ou cadarços?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
14- Teve dificuldade para escrever claramente?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
15- Teve dificuldade para cortar a comida?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
16- Teve dificuldade para beber sem derramar?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
<u>BEM-ESTAR EMOCIONAL</u>				
17- Sentiu-se depressivo?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
18- Sentiu-se isolado e sozinho?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
19- Sentiu-se triste ou chorou?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
20- Sentiu-se magoado?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
21- Sentiu-se ansioso?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
22- Sentiu-se preocupado com o futuro?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
<u>ESTIGMA</u>				
23- Sentiu que tinha que esconder a doença para outras pessoas?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
24- Evitou situações que envolviam comer ou beber em público?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
25- Sentiu-se envergonhado em público?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
26- Sentiu-se preocupado com a reação de outras pessoas em relação à você?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE

SUORTE SOCIAL				
27- Teve problemas no relacionamento com pessoas próximas?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
28- Recebeu apoio que precisava do seu conjuge ou parceiro?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
29- Recebeu apoio que precisava da família e amigos íntimos?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
COGNICÃO				
30- Adormeceu inesperadamente durante o dia?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
31- Teve problemas de concentração?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
32- Teve falta de memória?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
33- Teve pesadelos ou alucinações?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
COMUNICAÇÃO				
34- Teve dificuldade para falar?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
35- Sentiu que não podia comunicar-se efetivamente?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
36- Sentiu-se ignorado pelas pessoas?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
DESCONFORTO CORPORAL				
37- Teve câibras musculares doloridas ou espasmos?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
38- Teve dores nas articulações ou no corpo?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
39- Sentiu-se desconfortável no frio ou no calor?				
NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
<p>Considerações: A pontuação para cada questão varia de 0 (zero) a 4 (quatro), sendo que a resposta “nunca” equivale ao escore 0 (zero), “raramente” ao escore 1 (um), “algumas vezes” ao escore 2 (dois), “frequentemente” ao escore 3 (três) e “sempre” ao escore 4 (quatro). A pontuação do paciente para cada domínio é o resultado da seguinte equação: a soma dos escores para cada questão dividida pelo resultado da multiplicação de 4 (que é o escore máximo para cada questão) pelo número total de questões em cada domínio. Este resultado, por sua vez, é multiplicado por 100. O valor para cada domínio varia então em uma escala linear que vai de 0 (zero) a 100 (cem), onde o zero, significa melhor e cem uma pior qualidade de vida.</p>				
Resultado:				

ANEXO D

Inventário de Depressão de Beck (BDI).

Fonte: Gorenstein e Andrade (1996).

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2, ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreva melhor a maneira que você tem se sentido na última semana, inclusive hoje. Se várias afirmações em um grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.
1 Eu me sinto triste.
2 Estou sempre triste e não consigo sair disto.
3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.
2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
2 Acho que nada tenho a esperar.
3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.
3. 0 Não me sinto um fracasso.
1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo que posso ver é um monte de fracassos.
3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.
4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
2 Não encontro um prazer real em mais nada.
3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.
5. 0 Não me sinto especialmente culpado.
1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo.
2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
3 Eu me sinto sempre culpado.
6. 0 Não acho que esteja sendo punido.
1 Acho que posso ser punido.
2 Creio que serei punido.
3 Acho que estou sendo punido.
7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
1 Estou decepcionado comigo mesmo.
2 Estou enojado de mim.
3 Eu me odeio.
8. 0 Não me sinto, de qualquer modo, pior que os outros.
1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.
2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
3 Eu me culpo por tudo de mau que acontece.

9. 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.
1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
2 Gostaria de me matar.
3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.
10. 0 Não choro mais do que o habitual.
1 Choro mais agora do que costumava.
2 Agora, choro o tempo todo.
3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que a queira.
11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.
2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
3 Não me irrito mais com as coisas que costumavam me irritar.
12. 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.
2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
3 Perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas.
13. 0 Tomo decisões tão bem quanto antes.
1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.
2 Tenho mais dificuldade em tomar decisões do que antes.
3 Não consigo mais tornar decisões.
14. 0 Não acho que minha aparência esteja pior do que costumava ser.
1 Estou preocupado por estar parecendo velho ou sem atrativos.
2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
3 Acredito que pareço feio.
15. 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.
1 Preciso de um esforço extra para fazer alguma coisa.
2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
3 Não consigo mais fazer trabalho algum.
16. 0 Consigo dormir tão bem como o habitual.
1 Não durmo tão bem quanto costumava.
2 Acordo uma a duas horas mais cedo do que habitualmente e tenho dificuldade em voltar a dormir.
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.
17. 0 Não fico mais cansado do que o habitual.
1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
2 Sinto-me cansado ao fazer qualquer coisa.
3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

18. 0 Meu apetite não está pior do que o habitual.
1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
2 Meu apetite está muito pior agora.
3 Não tenho mais nenhum apetite.
19. 0 Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum recentemente.
1 Perdi mais de dois quilos e meio.
2 Perdi mais de cinco quilos.
3 Perdi mais de sete quilos. Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos:
Sim () Não ()
20. 0 Não estou mais preocupado com minha saúde do que o habitual.
1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou prisão de ventre. .
2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.
3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.
21. 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.
1 Estou menos interessado por sexo do que costumava estar.
2 Estou muito menos interessado em sexo atualmente.
3 Perdi completamente o interesse por sexo.

ANEXO E

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS).

Fonte: MARCOLINO *et al.*, 2007.

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

<p>A 1) Eu me sinto tenso ou contraído: 3 () A maior parte do tempo 2 () Boa parte do tempo 1 () De vez em quando 0 () Nunca</p> <p>D 2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes: 0 () Sim, do mesmo jeito que antes 1 () Não tanto quanto antes 2 () Só um pouco 3 () Já não sinto mais prazer em nada</p> <p>A 3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer: 3 () Sim, e de um jeito muito forte 2 () Sim, mas não tão forte 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa 0 () Não sinto nada disso</p> <p>D 4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas: 0 () Do mesmo jeito que antes 1 () Atualmente um pouco menos 2 () Atualmente bem menos 3 () Não consigo mais</p> <p>A 5) Estou com a cabeça cheia de preocupações: 3 () A maior parte do tempo 2 () Boa parte do tempo 1 () De vez em quando 0 () Raramente</p> <p>D 6) Eu me sinto alegre: 3 () Nunca 2 () Poucas vezes 1 () Muitas vezes 0 () A maior parte do tempo</p> <p>A 7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado: 0 () Sim, quase sempre 1 () Muitas vezes 2 () Poucas vezes 3 () Nunca</p> <p>D 8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas: 3 () Quase sempre 2 () Muitas vezes 1 () De vez em quando 0 () Nunca</p>	<p>A 9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago: 0 () Nunca 1 () De vez em quando 2 () Muitas vezes 3 () Quase sempre</p> <p>D 10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência: 3 () Completamente 2 () Não estou mais me cuidando como deveria 1 () Talvez não tanto quanto antes 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes</p> <p>A 11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum: 3 () Sim, demais 2 () Bastante 1 () Um pouco 0 () Não me sinto assim</p> <p>D 12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir: 0 () Do mesmo jeito que antes 1 () Um pouco menos do que antes 2 () Bem menos do que antes 3 () Quase nunca</p> <p>A 13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico: 3 () A quase todo momento 2 () Várias vezes 1 () De vez em quando 0 () Não sinto isso</p> <p>D 14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa: 0 () Quase sempre 1 () Várias vezes 2 () Poucas vezes 3 () Quase nunca</p>
---	---

ANEXO F

Escala de Suicídio de Beck (BSI).

Fonte: Cunha (2001).

Nome _____ Estado Civil _____ Idade _____ Sexo _____
Data ____/____/____ N.º Processo ____/____

INSTRUÇÕES: Por favor leia cuidadosamente cada grupo de afirmações abaixo. Assinale a questão, em cada grupo, que melhor descreve como se tem sentido na última semana, incluindo hoje. Tenha a certeza de ler todas as afirmações em cada grupo antes de fazer uma escolha.

Parte 1

<p>1. 0 Eu tenho um desejo moderado a forte de viver 1 Eu tenho um desejo fraco de viver 2 Eu não tenho qualquer desejo de viver</p> <p>2. 0 Eu não tenho qualquer desejo de morrer 1 Eu tenho um desejo fraco de morrer 2 Eu tenho um desejo moderado a forte de morrer</p> <p>3. 0 As minhas razões para viver superam as minhas razões para morrer 1 As minhas razões para viver e morrer são ambas iguais 2 As minhas razões para morrer superam as minhas razões para viver</p>	<p>4. 0 Eu não tenho qualquer desejo de me matar 1 Eu tenho um desejo fraco de me matar 2 Eu tenho um desejo moderado a forte de me matar</p> <p>5. 0 Eu tentaria salvar a minha vida se me encontrasse numa situação de ameaça de vida 1 Eu deixaria ao acaso viver ou morrer se me encontrasse numa situação de ameaça de vida 2 Eu não tomaria os passos necessários para evitar a morte se me encontrasse numa situação de ameaça de vida</p> <p>Se assinalou as afirmações zero em ambos os grupos 4 e 5 acima, avance para o grupo 20. Se marcou um 1 ou 2, quer no grupo 4 quer no 5, então vire a página e vá para o grupo 6.</p>
---	--

20. 0 Eu nunca tentei o suicídio
1 Eu tentei o suicídio uma vez
2 Eu tentei o suicídio duas ou mais vezes

_____ SUBTOTAL PARTE 1

Se anteriormente tentou o suicídio, por favor continue com o próximo grupo de afirmações.

_____ SUBTOTAL PARTE 2

21. 0 O meu desejo de morrer, durante a última tentativa de suicídio era baixo
1 O meu desejo de morrer, durante a última tentativa de suicídio era moderado
2 O meu desejo de morrer, durante a última tentativa de suicídio era elevado

_____ PONTUAÇÃO TOTAL

- 6. 0** Eu tenho breves períodos de pensamento acerca de me matar, que passam rapidamente
- 1 Eu tenho períodos de pensamento acerca de me matar, que duram um tempo moderado
- 2 Eu tenho longos períodos de pensamento acerca de me matar
- 7. 0** Eu raramente ou apenas ocasionalmente penso acerca de me matar
- 1 Eu tenho pensamentos constantes acerca de me matar
- 2 Eu penso continuamente acerca de me matar
- 8. 0** Eu não aceito a ideia de me matar
- 1 Eu não aceito nem rejeito a ideia de me matar
- 2 Eu aceito a ideia de me matar
- 9. 0** Eu consigo conter-me de cometer suicídio
- 1 Eu estou incerto de que consigo conter-me de cometer suicídio
- 2 Eu não consigo conter-me de cometer suicídio
- 10. 0** Eu não me mataria por causa da minha família, amigos, religião, danos possíveis de uma tentativa não sucedida, etc.
- 1 Eu estou algo preocupado acerca de me matar por causa da minha família, amigos, religião, danos possíveis de uma tentativa não sucedida, etc.
- 2 Eu não estou preocupado ou apenas um pouco acerca de me matar por causa da minha família, amigos, religião, danos possíveis de uma tentativa não sucedida, etc.
- 11. 0** As minhas razões para querer cometer suicídio são apontadas primariamente a influenciar outras pessoas, como a vingar-me de pessoas, fazer pessoas mais felizes, fazer prestarem-me atenção, etc.
- 1 As minhas razões para querer cometer suicídio não estão apenas apontadas a influenciar outras pessoas, mas também representam um meio de resolver os meus problemas
- 2 As minhas razões para querer cometer suicídio são baseadas primariamente em escapar aos meus problemas
- 12. 0** Eu não tenho um plano específico acerca de como me matar
- 1 Eu tenho considerado formas de me matar, mas não trabalhei os detalhes
- 2 Eu tenho um plano específico para me matar
- 13. 0** Eu não tenho acesso a um método ou a uma oportunidade para me matar
- 1 O método que eu usaria para cometer suicídio demora tempo, e eu realmente não tenho uma boa oportunidade para usar este método
- 2 Eu tenho acesso ou antecipo ter acesso ao método que eu escolheria para me matar e também tenho ou terei a oportunidade para o usar
- 14. 0** Eu não tenho a coragem ou a habilidade para cometer suicídio
- 1 Eu estou incerto de que tenho a coragem ou a habilidade para cometer suicídio
- 2 Eu tenho a coragem ou a habilidade para cometer suicídio
- 15. 0** Eu não espero fazer uma tentativa de suicídio
- 1 Eu estou incerto de que farei uma tentativa de suicídio
- 2 Eu estou certo de que farei uma tentativa de suicídio
- 16. 0** Eu não fiz quaisquer preparativos para cometer suicídio
- 1 Eu fiz alguns preparativos para cometer suicídio
- 2 Eu quase acabei ou completei os meus preparativos para cometer suicídio
- 17. 0** Eu não escrevi uma nota de suicídio
- 1 Eu pensei acerca de escrever uma nota de suicídio ou comecei a escrever uma, mas ainda não a completei
- 2 Eu completei uma nota de suicídio
- 18. 0** Eu não fiz quaisquer preparativos para o que acontecerá após eu ter cometido suicídio
- 1 Eu pensei acerca de fazer alguns preparativos para o que acontecerá após eu ter cometido suicídio
- 2 Eu fiz preparativos definitivos para o que acontecerá após eu ter cometido suicídio
- 19. 0** Eu não escondi o meu desejo de me matar das outras pessoas
- 1 Eu contive-me de contar às pessoas acerca de querer matar-me
- 2 Eu tentei esconder, ocultar, ou mentir acerca de querer cometer suicídio

Vá para o grupo 20.