

RODRIGO CÉSAR SCHIOCCHET DA COSTA

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DOS PACIENTES
PORTADORES DA DOENÇA DE PARKINSON CADASTRADOS
NA ASSOCIAÇÃO PARKINSON SANTA CATARINA.**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal de
Santa Catarina, como requisito para a conclusão
do Curso de Graduação em Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina**

2009

RODRIGO CÉSAR SCHIOCCHET DA COSTA

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DOS PACIENTES
PORTADORES DA DOENÇA DE PARKINSON CADASTRADOS
NA ASSOCIAÇÃO PARKINSON SANTA CATARINA.**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal de
Santa Catarina, como requisito para a conclusão
do Curso de Graduação em Medicina.**

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Maurício Pereima

Professor Orientador: Prof. Dr. Vanir Cardoso

Professor Co-orientador: Prof. Dr. Ylmar Correa Neto

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2009

DEDICATÓRIA

*Aos meus amados pais, Serafim e Maria Helena,
pelo apoio, paciência e por me ensinarem sempre a
seguir o caminho certo,
e ao meu eterno e querido avô, vô Acelon,
por sua incansável torcida por mim
e por ser o meu eterno companheiro.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Dr. Vanir Cardoso, pelo apoio, pela amizade e pelas oportunidades de compartilhar seus valiosos conhecimentos na Geriatria.

Ao meu co-orientador, Dr. Ylmar Correa Neto, pela paciência, pelo incentivo, pelos inúmeros ensinamentos e pelas inúmeras oportunidades de compartilhar seus imensos conhecimentos na Neurologia.

Ao meu co-orientador, Dr. Alberto Stoppe Jr, pelo incentivo, pelo auxílio e pelas orientações. À todas as pessoas que participaram do estudo, motivo e sentido do trabalho, pelas lições de vida que aprendi a cada encontro.

À APASC, por acolher-me de forma tão harmoniosa e calorosa.

À minha professora, Ângela Alvarez, por ter propiciado o meu ingresso na APASC, pelas inúmeras lições de vida, pelo apoio, pela amizade e pelas oportunidades de compartilhar seu imensurável conhecimento na Gerontologia.

À minha avó, vó Hilda, pela eterna torcida, por todo amor e carinho e por todos os cafés da tarde.

À minha avó, vó Elvira, pela eterna torcida e pelo incentivo.

Aos meus irmãos, Andréia e Vítor Augusto, pelo apoio, pela compreensão e pelos auxílios.

À minha namorada, Liriane, pela compreensão, pelo constante estímulo e pela paciência.

RESUMO

Introdução: Portadores da doença de Parkinson (DP) ao se reunirem em grupo constituem uma amostra com características clínicas diversas.

Objetivos: Descrever características clínicas dos portadores da DP cadastrados na Associação Parkinson Santa Catarina.

Métodos: Os 75 cadastrados foram contatados, 32 consentiram, 25 recusaram, 14 apresentavam erro de contato e 4 faleceram. Estabeleceu-se idade, sexo, tempo de doença, classificação de Hoehn e Yahr, pontuação no UPDRS, MEEM, Fluência verbal semântica, FAB, PDQ39, questionário de Pfeffer e GDS.

Resultados: A idade média foi de 65 ± 10 anos, 20 do sexo masculino, escolaridade de 11 ± 6 anos, tempo de doença 6 ± 4 anos, 17 apresentavam classificação na escala de Hoehn e Yahr menor que 2, 8 entre 2 e 2,5, 7 entre 3 e 4, UPDRS total de 44 ± 20 , MEEM de $26,5 \pm 2,4$, Fluência verbal semântica de 14 ± 4 , FAB de $10,8 \pm 3,3$, PDQ-39 de $36,4 \pm 17$, Pfeffer de $4,1 \pm 5,1$ e GDS de $3,6 \pm 3,1$.

Conclusões: Observou-se predomínio do sexo masculino e idades avançadas. O nível de escolaridade supera a média nacional. Estágios iniciais e poucos anos de curso da doença constituem a maioria. A pontuação na UPDRS foi inferior a de outros estudos. O desempenho no teste de fluência verbal e no MEEM ficou acima do ponto de corte estabelecido na literatura. Os resultados na FAB sugerem comprometimento frontal. Observa-se uma boa percepção de qualidade de vida, apesar do leve comprometimento funcional. A prevalência de depressão é baixa.

ABSTRACT

Introduction: Carriers of Parkinson's disease (PD) to meet as a group are a sample with different clinical characteristics.

Objectives: To describe the clinical characteristics of PD patients enrolled in Associação Parkinson Santa Catarina.

Methods: The 75 enrolled were contacted, 32 consented, 25 refused, 14 had contact error and 4 died. It was set age, sex, duration of disease, classification of Hoehn and Yahr, scores in UPDRS, MMSE, semantic verbal fluency, FAB, PDQ39, questionnaire of Pfeffer and GDS.

Results: The mean age was $65 + 10$ years, 20 male, educated 11 ± 6 years, duration of disease 6 ± 4 years, 17 were classified in the Hoehn and Yahr scale of less than 2, 8 between 2 and 2.5, 7 between 3 and 4, UPDRS total of 44 ± 20 , MMSE of 26.5 ± 2.4 , semantic verbal fluency of 14 ± 4 , FAB of 10.8 ± 3.3 , PDQ-39 of 36.4 ± 17 , Pfeffer of 4.1 ± 5.1 and GDS of $3.6 + 3.1$.

Conclusions: There was a predominance of male gender and advanced age. The level of education exceeds the national average. Early stages and few years of course of the disease are the majority. The UPDRS score was less than in other studies. The performance on the verbal fluency test and the MMSE was above the cutoff point established in the literature. The in FAB results suggest involvement front. There is a good perception of quality of life, despite the mild functional impairment. The prevalence of depression is low.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição dos pacientes conforme participação no estudo	19
Figura 2 – Distribuição dos pacientes avaliados conforme sexo	19
Figura 3 – Distribuição dos pacientes avaliados por década de vida	20
Figura 4 – Distribuição dos pacientes conforme Escala de Hoehn e Yahr	21
Figura 5 – Distribuição dos pacientes avaliados conforme pontuação no MEEM	22
Figura 6 – Distribuição dos pacientes avaliados conforme pontuação na FAB	22
Figura 7 – Distribuição dos pacientes avaliados conforme pontuação no questionário de Pfeffer.....	23
Figura 8 – Distribuição dos pacientes avaliados conforme pontuação na GDS-15	24

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APASC	Associação Parkinson Santa Catarina
AVD	Atividades de vida diária
DP	Doença de Parkinson
FAB	Bateria de Avaliação Frontal
GDS-15	Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage versão reduzida
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
PDQ-39	Parkinson Disease Questionnaire
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
UPDRS	Unified Parkinson's Disease Rating Scale

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1– Termo de Consentimento Livre e Esclareido	38
Apêndice 1- Escala de Hoehn e Yahr.....	40
Apêndice 2 - Unified Parkinson’s Disease Rating Scale	41
Apêndice 3 - Parkinson Disease Questionnaire	53
Apêndice 4 - Mini Exame do Estado Mental	58
Apêndice 5 – Bateria de Avaliação Frontal	60
Apêndice 6 – Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage versão reduzida	63
Apêndice 7 – Questionário de atividades funcionais de Pfeffer	64

SUMÁRIO

FALSA FOLHA DE ROSTO.....	i
FOLHA DE ROSTO.....	ii
DEDICATÓRIA.....	iii
AGRADECIMENTOS.....	iv
RESUMO.....	v
ABSTRACT.....	vi
LISTA DE FIGURAS.....	vii
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	viii
LISTA DE ANEXOS.....	ix
SUMÁRIO.....	x
1 INTRODUÇÃO.....	11
2 OBJETIVOS.....	16
3 METODOLOGIA.....	17
3.1 Delineamento	17
3.2 Casuística.....	17
3.3 Instrumentos de coletas de dados.....	17
3.4 Análise estatística	18
3.5 Apresentação dos dados.....	18
3.6 Aspectos éticos.....	18
4 RESULTADOS.....	19
5 DISCUSSÃO.....	25
6 CONCLUSÃO.....	32
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33
ANEXOS.....	38
APÊNDICES.....	40

1. INTRODUÇÃO

A doença de Parkinson (DP) foi descrita pela primeira vez em 1817, pelo médico inglês James Parkinson (1755-1824) com a publicação de um ensaio intitulado “*Essay on the Shaking Palsy*” (“Ensaio sobre a Paralisia Agitante”)¹. Nele foram descritos seis pacientes com características clínicas que passaram a caracterizar uma entidade mórbida. Os pacientes descritos eram homens com idades entre cinquenta e setenta e dois anos². Apenas um paciente foi acompanhado detalhadamente por um longo período, dos outros cinco constam breves descrições. A descrição inicial da enfermidade denominada de “paralisia agitante” relata movimentos involuntários tremulantes, com diminuição da força muscular, com tendência a inclinação do tronco para frente e com alteração da marcha, tendo os sentidos e o intelecto não afetados². Parkinson forneceu uma descrição detalhada dos sintomas e discutiu, também, a piora progressiva da doença¹.

Posteriormente, em 1875, o neurologista francês Jean-Martin Charcot (1825-1893) sugeriu a mudança do nome da enfermidade, de paralisia agitante para doença de Parkinson, em homenagem à descrição clássica de James Parkinson. Charcot acrescentou várias características clínicas na descrição do quadro clínico, definindo a presença dos chamados sinais cardeais da doença: tremor, lentidão do movimento (bradicinesia), rigidez e dificuldade de equilíbrio.

Charcot citou a presença do tremor como sintoma cardinal da DP, referindo-se ao início unilateral, geralmente no membro superior, observando-se em repouso. Realizou uma série de estudos comparativos diferenciando o tremor parkinsoniano de outros, como o tremor da esclerose múltipla (do tipo cerebelar) e o tremor senil. Outra característica apresentada por Charcot quanto ao tremor da DP foi o acometimento da cabeça, considerada por ele raro³. Mencionou, também, a presença de alterações posturais, com a descrição da atitude peculiar do corpo e dos membros, com o olhar fixo, e as tendências de propulsão e retropulsão. A escrita peculiar dos pacientes, com micrografia, bem como a disartria e a hipofonia foram características também descritas. Outra característica de extrema importância na DP, relatada por Charcot, e que não havia sido descrita por James Parkinson, foi a rigidez muscular. A presença de fraqueza muscular foi contestada por Charcot, e foi descrita a presença de bradicinesia. Charcot também discordou da descrição original de James Parkinson quanto à preservação das funções corticais

superiores na doença. Ele descreveu a presença de disfunção cognitiva, fato este hoje bastante conhecido. Charcot foi o primeiro neurologista a sugerir um tratamento para a DP. Em 1877, ele iniciou o tratamento com uso de hioscinamida, um precursor dos alcalóides da beladona, com propriedades anticolinérgicas³.

Atualmente a DP é descrita como uma doença crônica e degenerativa que acomete o sistema nervoso central, caracterizada por uma redução da influência dopaminérgica nigroestriatal e cortical⁴. No entanto, sabe-se que a influência dopaminérgica não é a única que se encontra reduzida, outros circuitos neurológicos também podem ser comprometidos. Os circuitos serotoninérgicos, noradrenérgico e colinérgico são exemplos e podem contribuir no surgimento de sintomas cognitivos e comportamentais da DP⁴.

A DP é a segunda doença neurodegenerativa mais prevalente em idosos, superada pela Doença de Alzheimer⁵. Apresenta uma progressão lenta e afeta principalmente pessoas acima de 50 anos⁶. Dado o crescente envelhecimento da população mundial, estima-se que, em 2020, mais de 40 milhões de pessoas no mundo terão desordens motoras secundárias à DP⁷. No Brasil estima-se que a prevalência alcance os 3,3% na população idosa^{5,8}.

A DP é caracterizada por distúrbios motores e disfunções posturais, possui quatro sinais cardeais característicos: bradicinesia (lentidão do movimento), rigidez muscular, tremor e instabilidade postural^{5,7}. No entanto os sintomas da DP não se restringem às alterações motoras. Os pacientes podem apresentar sintomas não motores que causam alterações comportamentais e cognitivas. Como exemplos de sinais e sintomas não motores podem ser citados: depressão, demência, ansiedade, alucinações, psicoses, ilusões, perda de peso, transtorno do sono, disfunção autonômica, disfunção erétil, apatia⁵. É comum o indivíduo apresentar ainda escrita diminuída, diminuição do volume da voz e outras complicações tanto na fala como na deglutição.

Como visto anteriormente, por muito tempo ignorou-se a possibilidade da DP também estar associada a alterações cognitivas. No entanto, hoje, sabe-se que a DP está associada a diversas manifestações neuropsiquiátricas e que as mesmas têm um importante impacto na vida dos pacientes com DP⁵. Os distúrbios cognitivos podem ocorrer em qualquer estágio da DP, apesar de acometerem mais comumente pacientes com diagnóstico de longa data. A detecção precoce desses sintomas é dificultada pelo fato dos mesmos não serem observados claramente na prática clínica⁴. Como ferramentas auxiliares existem testes cognitivos que buscam estabelecer uma triagem confiável para o posterior diagnóstico de déficit cognitivo.

Com o aumento da prevalência da DP na população mundial, a meta no atendimento à saúde desses pacientes deixa de ser a de apenas prolongar a vida, mas, principalmente, a de manter sua capacidade funcional, de forma que esse permaneça autônomo e independente pelo maior tempo possível⁹. E para que isso seja uma realidade se faz necessário que tais pacientes tenham um acompanhamento no que diz respeito à progressão da doença, a forma como esses pacientes respondem a essa progressão, a qualidade de vida dos mesmos, sua capacidade funcional, presença de doenças concomitantes. E para isso diversos instrumentos e escalas de avaliação do paciente portador da doença de Parkinson foram criados e são utilizadas amplamente em todo mundo.

A Escala de Hoehn e Yahr (Apêndice 1), uma escala que foi desenvolvida em 1967, procura indicar o estado geral do paciente portador da DP. Em sua forma original, compreende cinco estágios de classificação para avaliar a severidade da DP e abrange, essencialmente, medidas globais de sinais e sintomas que permitem classificar o indivíduo quanto ao nível de incapacidade⁽¹⁰⁾. Já a Escala Unificada de Avaliação da Doença de Parkinson (Unified Parkinson's Disease Rating Scale – UPDRS) (Apêndice 2), criada em 1987, é amplamente utilizada para monitorar a progressão da doença e a eficácia do tratamento medicamentoso. Ela surgiu da necessidade de se obter um método uniforme para avaliar os sinais e sintomas da DP^{10,11}. Essa escala avalia os sinais, sintomas e determinadas atividades dos pacientes por meio do auto-relato, da observação clínica e de um exame físico. É composta por 42 itens, divididos em quatro partes: atividade mental, comportamento e humor; AVD; exame motor e complicações da terapia medicamentosa¹⁰.

Com o intuito de se avaliar a qualidade de vida do paciente portador da DP o questionário Parkinson Disease Questionnaire – PDQ-39 – (Apêndice 3) merece destaque. É um questionário auto-administrável que foi desenvolvido em 1995 com base em entrevistas com indivíduos portadores de DP e cuja perspectiva é focalizada a qualidade de vida¹⁰. São avaliados 39 itens divididos em oito categorias: mobilidade (10 itens); AVD (6 itens); bem-estar emocional (6 itens); estigma, que avalia várias dificuldades sociais em torno da DP (4 itens); suporte social, que avalia a percepção do apoio recebido nas relações sociais (3 itens); cognição (4 itens); comunicação (3 itens) e desconforto corporal (3 itens)^{12,13}.

A função cognitiva do paciente portador da doença de Parkinson pode ser avaliada das mais diversas formas. Destaca-se o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (Apêndice 4), um

importante instrumento de rastreio da função cognitiva que pode ser aplicado de forma rápida e prática e que como instrumento clínico, pode ser utilizado na detecção de perdas cognitivas¹⁴; a Bateria de Avaliação Frontal (FAB) (Apêndice 5) um instrumento útil e breve de avaliação neurocognitiva que tem se mostrado útil para rastreamento de alterações cognitivas principalmente relacionadas as funções executivas associadas ao funcionamento do córtex frontal do cérebro humano¹⁵; o Teste de Fluência Verbal Semântica na categoria animais um teste muito utilizado na prática clínica que tem o intuito de avaliar a cognição de pacientes e é realizado através do registro do número de animais fala no tempo de um minuto¹⁶.

Sabe-se que a depressão é uma importante doença que acompanha o portador da DP. Por isso, se fazem necessários instrumentos de triagem que orientem uma melhor avaliação dessa alteração do humor em tais pacientes. A Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage versão reduzida (GDS-15) (Apêndice 6) foi desenvolvida e validada em 1983 por Yesavage e colaboradores e hoje é um importante instrumento de triagem para depressão na população geriátrica¹⁷. É validada internacionalmente e amplamente utilizada na avaliação geriátrica global, auxiliando a determinar a necessidade de tratamento nessa fração da população¹⁸.

Para mensurar a capacidade do paciente com DP em relação à autonomia e à independência, existe um conjunto de dados clínicos, testes e escalas denominadas de avaliação funcional⁹. E um dos aspectos que se fazem fundamentais na avaliação funcional do paciente portador da doença de Parkinson são as AVD as quais são avaliadas através de questionários que abordam a realização de tais atividades. O questionário de atividades funcionais de Pfeffer (Apêndice 7) é um excelente instrumento nesse aspecto. É composta por 10 itens e evidencia a funcionalidade por meio do grau de independência para realização das atividades instrumentais de vida diária¹⁹. O escore mínimo é 0 e o máximo é 30. Quanto mais pontos, maior é a dependência do paciente, sendo considerada a presença de prejuízo funcional a partir de um escore de 3.

Diante de tantas manifestações clínicas, o diagnóstico da DP gera uma grande mudança na vida de tais pacientes: uso diário de remédios, limitações, mobilização familiar e social, alteração do estilo de vida. São diversos aspectos os quais precisam ser trabalhados com os parkinsonianos, familiares e seus cuidadores. Segundo Danielson²⁰, Silverman²¹ e Barros²², geralmente, pessoas ou membros familiares que partilham de um mesmo problema de vida, um mesmo sofrimento, formam grupos onde encontram apoio um no outro, a fim de redefinirem a

sua situação, aceitarem seu novo estado, buscarem estratégias de enfrentamento e sentirem-se novamente fortalecidos para incluírem-se socialmente. São pessoas que não se sentem totalmente incluídos no sistema social geral, seja porque sua condição é estigmatizadora, ou seja, porque não é reconhecida pela sociedade com problema real. E os portadores da DP da região da Grande Florianópolis, baseados em tais princípios, idealizaram no ano de 2004 a formação da Associação Parkinson Santa Catarina (APASC). Desde então a APASC congrega portadores, familiares, cuidadores, profissionais da saúde, para compartilharem conhecimentos e vivências da DP, proporcionar uma melhor qualidade de vida ao portador através de articulações com projetos de extensão e pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina. E ao formarem esse grupo, os portadores associados constituem amostras com características clínicas diversas as quais serão avaliadas e discutidas ao longo do trabalho.

2. OBJETIVOS

O presente estudo tem como objetivo descrever as características clínicas dos portadores da DP cadastrados na Associação Parkinson Santa Catarina através da aplicação de testes e questionários que avaliem itens importantes relacionados a evolução da doença.

3. METODOLOGIA

3.1 Delineamento

O presente estudo classifica-se como observacional, prospectivo, do tipo transversal, não controlado e individual.

3.2 Casuística

A amostra do presente estudo foi composta por todo o universo de pessoas com DP cadastradas na APASC desde 2004. Todos os 75 portadores cadastrados na APASC foram contatados. Desses, 32 (43%) consentiram se submeter à avaliação, 25 (33%) recusaram, 14 (19%) apresentavam erro de contato e 4 (5%) haviam falecido.

3.3 Instrumentos de coleta dos dados

As pessoas responsáveis pela organização e cadastramento dos pacientes na APASC foram conscientizadas sobre o objetivo e a proposta do trabalho.

O pesquisado foi abordado pelo investigador por meio de questionários que procuraram avaliar os mais diversos aspectos clínicos, epidemiológicos relacionados à DP.

No grupo de perguntas referentes à identificação, foi coletada junto ao entrevistado a idade (em anos), o sexo (masculino ou feminino), a etnia (cor/raça) de acordo com a atual classificação racial do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e baseada na autodeclaração, a procedência (Florianópolis - Ilha, Grande Florianópolis), a atividade profissional atual, a escolaridade (em anos). Dados referentes ao tempo de doença e medicações em uso foram questionados.

O paciente foi classificado dentro dos parâmetros estabelecidos pela Escala de Hoehn e Yahr e foi aplicada a UPDRS.

Com o intuito de avaliar a qualidade de vida do paciente portador da DP foi aplicado o PDQ-39.

A função cognitiva do paciente entrevistado foi avaliada através dos seguintes questionários: MEEM, a FAB e o Teste de Fluência Verbal Semântica na categoria animais.

Para avaliar a prevalência de depressão em pacientes com DP foi aplicada a GDS-15.

A capacidade funcional focada nas atividades de vida diária do portador da DP foi avaliada através da escala de Pfeffer.

3.4 Análise Estatística

As variáveis categóricas (sexo, escala de Hoehn e Yahr) foram expressas por número, enquanto as variáveis contínuas (idade, escolaridade, FAB, UPQRS, PQD-39, MEEM, GDS, questionário Pfeffer) foram representadas como a média dos valores encontrados mais ou menos um desvio-padrão.

Para a computação e a análise dos dados foram empregados programas de computador, a saber: SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 12.0[®] e o Microsoft Excel 2003[®].

3.5 Apresentação dos dados

Os dados foram apresentados em figuras e tabelas desenvolvidas nos programas de computador, a saber: SPSS versão 12.0[®] e o Microsoft Excel 2003[®].

3.6 Aspectos éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina pelo processo 313/08.

Como abordagem inicial, todos os pacientes foram esclarecidos sobre a proposta e o objetivo da pesquisa, sobre o sigilo médico das informações obtidas - que permeará todos os campos da pesquisa - bem como quanto ao caráter absolutamente voluntário de sua participação. Aqueles que concordaram em participar da pesquisa assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (anexo 1), do qual uma cópia permaneceu com o pesquisador e outra com o paciente.

4. RESULTADOS

Foram contatados todos os 75 pacientes cadastrados na APASC. Desses, 32 (43%) consentiram se submeter à avaliação, 25 (33%) recusaram, 14 (19%) apresentavam erro de contato e 4 (5%) haviam falecido (Figura 1).

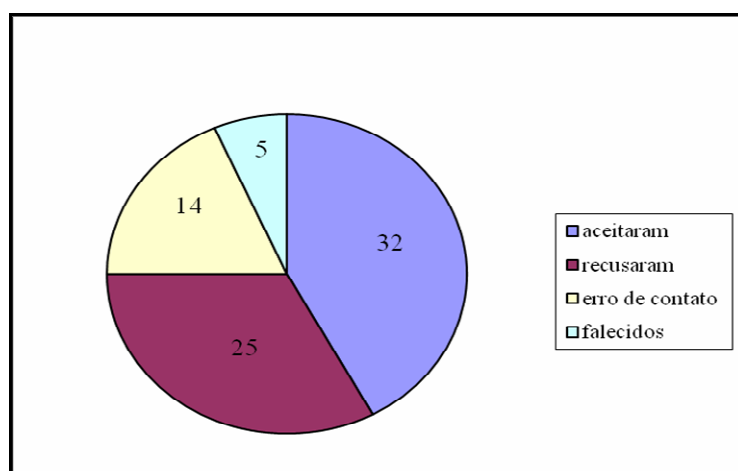


Figura 1 – Distribuição dos pacientes cadastrados na Associação Parkinson Santa Catarina conforme participação no estudo realizado entre setembro de 2008 a janeiro de 2009.

Participaram desse estudo 32 pacientes, todos cadastrados na APASC, dos quais 20 (62,5%) eram do sexo masculino (Figura 2).

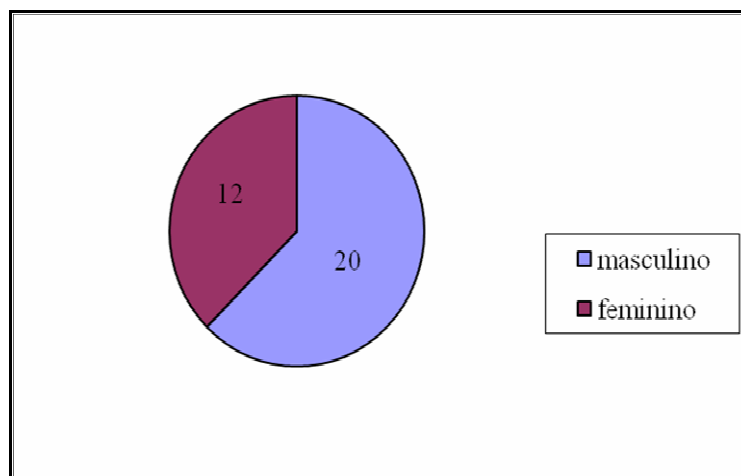


Figura 2 – Distribuição conforme o sexo dos pacientes cadastrados na Associação Parkinson Santa Catarina avaliados no período de setembro de 2008 a janeiro de 2009.

A idade média dos pacientes avaliados foi de 65 ± 10 anos variando entre 40 a 80 anos. Quando analisados por década de vida observou-se que 4 (12,5%) encontravam-se na quarta década, 3 (9,3%) na quinta década, 14 (43,8%) na sexta década, 10 (31,3%) na sétima década e 1 (3,1%) na oitava década de vida (Figura 3). O tempo médio do diagnóstico da doença até a data da avaliação foi de 6 ± 4 anos. O nível médio de escolaridade encontrado foi de 11 ± 6 anos variando de 1 a 26 anos.

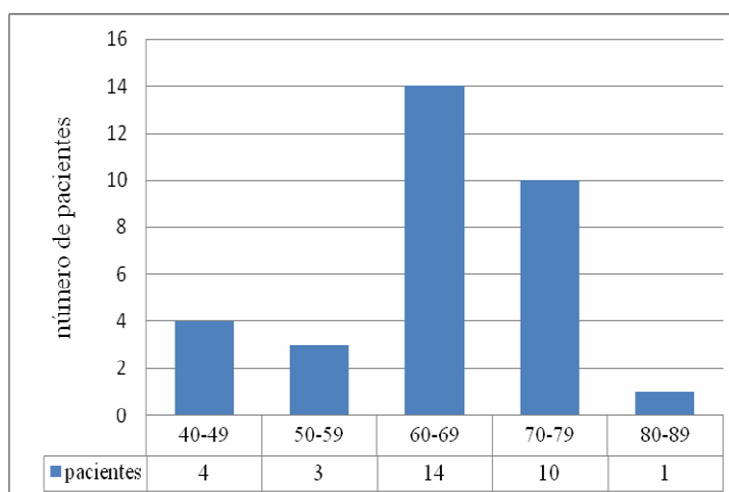


Figura 3 – Distribuição por década de vida dos pacientes cadastrados na Associação Parkinson Santa Catarina avaliados no período de setembro de 2008 a janeiro de 2009.

Na classificação na escala de Hoehn e Yahr, o presente estudo avaliou 17 (53,1%) pacientes que se encontravam em um estágio menor que 2, 8 (25%) que estavam entre o estágio entre 2 e 2,5 e 7 (9%) entre os estágios 3 e 4 (Figura 4) . Nenhum dos pacientes avaliados no presente estudo encontrava-se no estágio 5 da escala de Hoehn e Yahr.

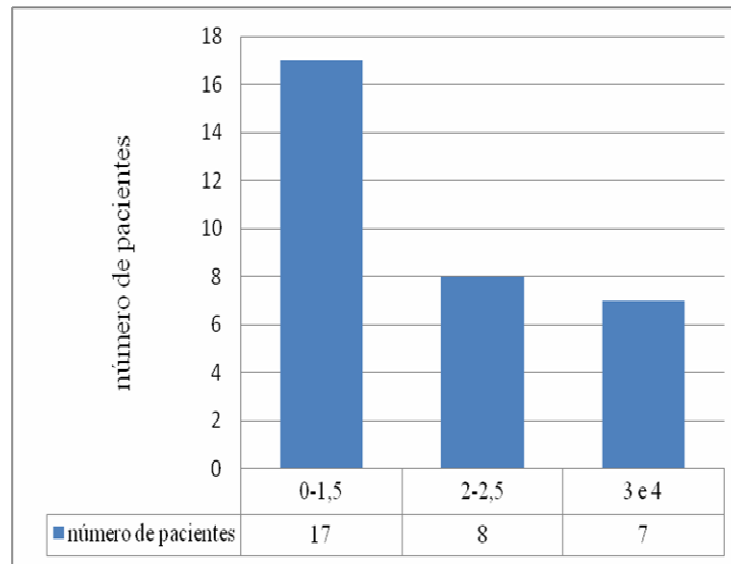


Figura 4 – Distribuição conforme estadiamento na Escala de Hoehn e Yahr dos pacientes cadastrados na Associação Parkinson Santa Catarina avaliados no período de setembro de 2008 a janeiro de 2009.

Na UPDRS a média obtida foi de 44 ± 20 num total de 154 pontos. A pontuação mínima alcançada pelos avaliados foi de 9 e a máxima alcançada foi de 83 e dos pacientes.

A pontuação no teste de fluência verbal semântica na categoria animais foi de 14 ± 4 variando de 7 a 20 palavras.

A pontuação média obtida pelos avaliados no MEEM foi de $26,5 \pm 2,4$ num total de 30 pontos variando de 21 a 30 pontos. Dentre os pacientes com 1 a 4 anos de escolaridade ($n=7$) nenhum esteve abaixo do ponto de corte estabelecido por Caramelli²³ que é de 18 pontos. Dentre aqueles com 5 a 7 anos de escolaridade ($n=4$), novamente, nenhum ficou abaixo do ponto de corte que é 21. Dentre os avaliados com 8 anos ou mais de escolaridade ($n=21$) se considerarmos o ponto de corte de 26 pontos 4 pacientes ficaram abaixo. Observa-se, dessa forma, que 28 pacientes estão dentro da normalidade na pontuação do MEEM (Figura 5).

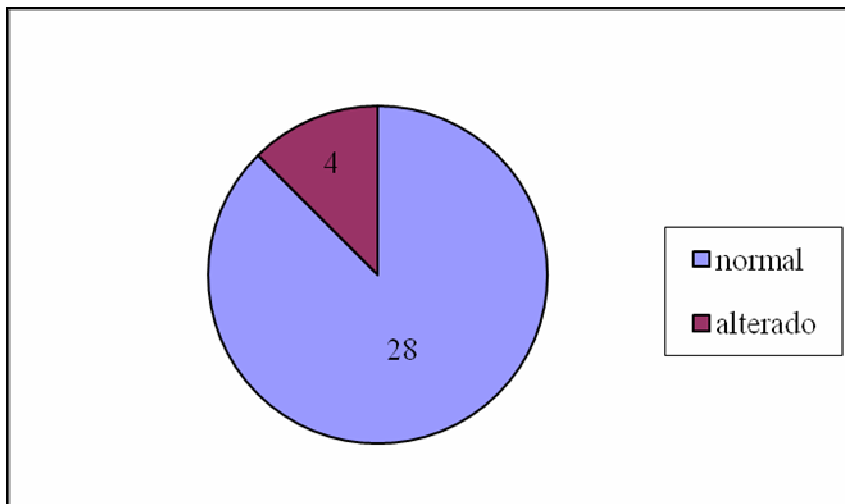


Figura 5 – Distribuição conforme pontuação no MEEM dos pacientes cadastrados na Associação Parkinson Santa Catarina avaliados no período de setembro de 2008 a janeiro de 2009.

A pontuação média na FAB foi de $10,8 \pm 3,3$ pontos num total de 18 a serem obtidos variando de 5 a 18 pontos. Segundo Dubois²⁴, escores abaixo de 15 nesse teste indicam alterações frontais. No presente estudo, 3 (9,5%) pacientes obtiveram pontuação acima de 15 e 29 (90,5%) pontuaram abaixo desse valor (Figura 6).

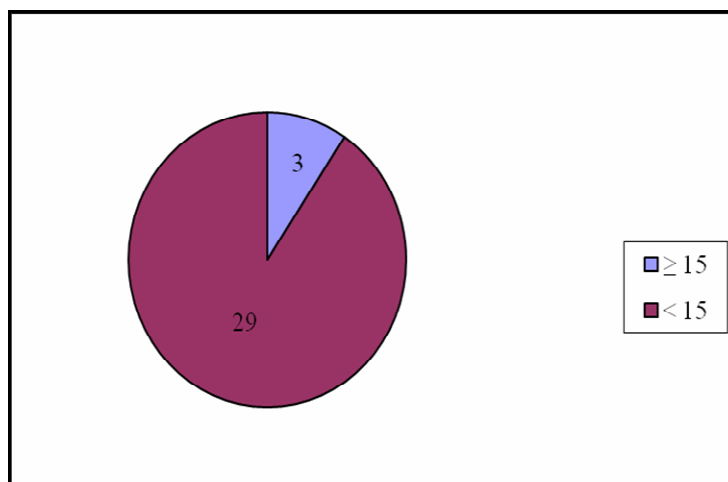


Figura 6 – Distribuição conforme pontuação na FAB dos pacientes cadastrados na Associação Parkinson Santa Catarina avaliados no período de setembro de 2008 a janeiro de 2009.

O PDQ-39, aplicado com o intuito de avaliar a qualidade de vida dos associados, mostrou uma pontuação média de $36,4 \pm 17$ variando de 14,1 a 80,12. O valor total para a escala varia em uma escala linear que vai de 0 (zero) a 100 (cem).

O questionário de Pfeffer avaliou a atividade de vida diária dos pacientes cadastrados e o estudo mostrou uma pontuação média de $4,1 \pm 5,1$ variando de 0 a 17. Nesse questionário o valor máximo a ser obtido é 30. Segundo Jacinto²⁵, valores acima de 3 no questionário de Pfeffer já indicam declínio cognitivo e comprometimento funcional. No estudo, 20 (62,5%) portadores apresentam pontuação abaixo do ponto de corte e 12 (37,5%) apresentam valores acima desse valor (Figura 7).

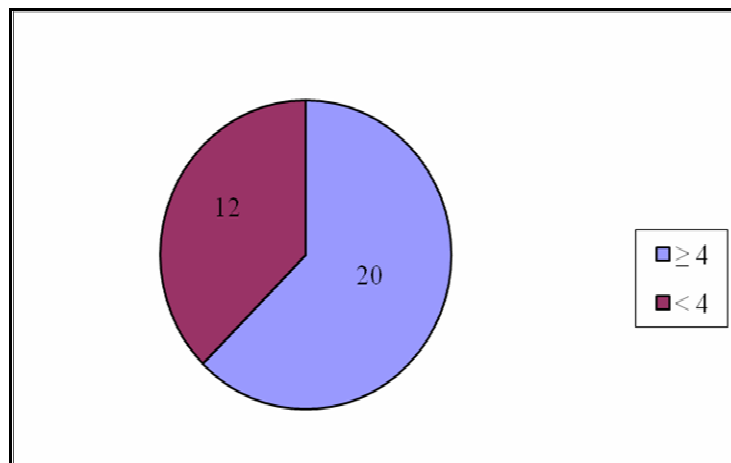


Figura 7 – Distribuição conforme pontuação no questionário de Pfeffer dos pacientes cadastrados na Associação Parkinson Santa Catarina avaliados no período de setembro de 2008 a janeiro de 2009.

A pontuação média na GDS-15 foi de $3,6 \pm 3,1$ variando de 0 a 11. A GDS-15 é uma escala onde o resultado de 5 ou mais pontos diagnostica depressão, sendo que o escore igual ou maior que 11 caracteriza depressão grave¹⁷. Assim, observou-se que dentre os avaliados 24 (75%) estavam abaixo de 5 pontos, 6 (18,75%) apresentavam pontuação igual ou superior a 5 e 2 (6,25%) apresentaram pontuação maior ou igual a 11 (Figura 8).

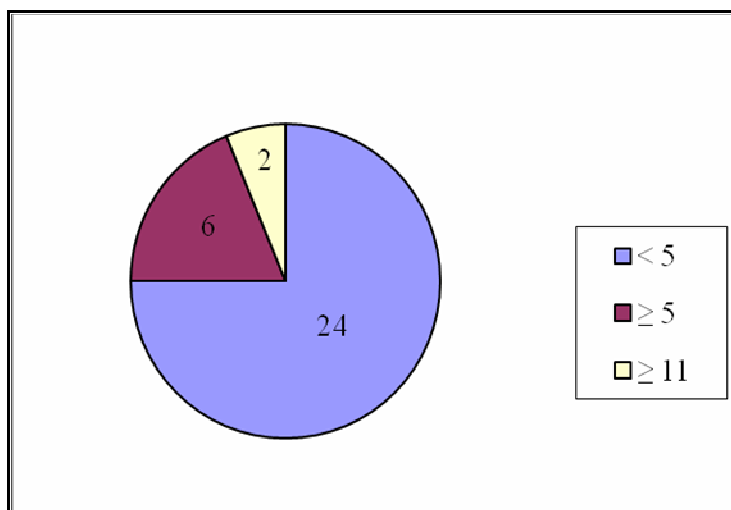


Figura 8 – Distribuição conforme pontuação na GDS-15 dos pacientes cadastrados na Associação Parkinson Santa Catarina avaliados no período de setembro de 2008 a janeiro de 2009.

5. DISCUSSÃO

O presente estudo buscou traçar as características clínicas dos pacientes portadores da DP cadastrados na Associação Parkinson Santa Catarina. Para isso utilizou-se escalas e testes validados no Brasil e usados em todo mundo como forma de avaliação do quadro clínico de parkinsonianos.

Entre todos os portadores cadastrados na APASC que foram contatados para participarem do presente estudo (n=75) pode-se observar uma alta taxa de recusa (n=25) em participar do estudo. Foram citados pelos portadores como motivos de desistência argumentos que podem ser agrupados em três grupos: 1) condição de saúde não favorável para ir ao local da avaliação, 2) falta de parentes e cuidadores para auxiliarem na ida até o local de avaliação e 3) falta de interesse no estudo. O estudo de Williams²⁴ procurou avaliar os motivos que levaram 54% dos idosos convidados a participarem de um projeto de pesquisa relacionado a sua saúde recusarem o convite. O estudo mostrou que os motivos que levam a essa recusa se agrupam em quatro grupos: mal entendidos sobre o objetivo do estudo, preocupações com a privacidade, razões pessoais (condição de saúde não favorável e idade avançada) e falta de interesse. Apesar de existirem poucos estudos que abordem as razões pelas quais indivíduos recusam a participar de projetos de pesquisa, o presente estudo coincidiu com estudo de Williams²⁴ em dois motivos de recusa em participar da pesquisa: condição de saúde não favorável e falta de interesse.

Em relação aos erros de contato apresentados (n=14) pode-se supor que há dificuldades na manutenção de dados atualizados pelos responsáveis pelo cadastramento dos portadores da DP na APASC. É uma situação que deve ser evitada ao máximo, pois a perda do acompanhamento de pacientes que procuram uma associação prejudica o estabelecimento do vínculo entre o paciente fragilizado e a estrutura que deve servir com um ponto de referência para suas dúvidas e dificuldades enfrentadas. Dessa forma, o presente estudo indica a necessidade de que o serviço de cadastramento de portadores da DP na APASC seja mais bem assessorado e assistido de maneira a evitar que erros de contatos se façam tão presentes.

O estudo mostrou que os associados da APASC apresentam idades semelhantes à de outros estudos, com uma média de idade de 65 ± 10 anos. Prado e Barbosa²⁷, em um estudo com 60 portadores, obtiveram uma média de idade 64,83 anos. Já Piozevan⁴ ao estudar 30

parkinsonianos obteve a média de idade de 64,23 anos. No estudo de Schestatsky²⁸ com 21 pacientes com DP a média de idade foi de 65,76 anos. Dos associados avaliados, 25 (78,1%) possuem mais 60 anos. Destes 14 (43,7%) encontravam-se na sexta década de vida e apenas 7 (21,8%) estão com menos de 60 anos. Dessa forma, o estudo observou que os pacientes da APASC pertencem a faixas etárias mais elevadas, o que corrobora com os dados levantados por outros estudos presentes na literatura. Segundo Weintraub²⁹, a prevalência da DP é 0,3 % na população mundial e 1% a 2% em pessoas com 65 anos ou mais e 4% a 5% em indivíduos com mais de 85 anos. O início dos sintomas se faz por volta dos 60 anos, apesar de 10% das pessoas afetadas são de 45 anos ou mais jovens. E o único fator de risco que realmente está relacionado ao aumento da prevalência da DP é a idade avançada.

A DP pode ocorrer nas diferentes raças e classes sociais, em pessoas de ambos os sexos, apesar de alguns estudos epidemiológicos demonstrarem maior frequência no sexo masculino³⁰. O estudo revelou a maioria dos associados da APASC eram pessoas do sexo masculino (62,5%). Tal achado se aproxima do valor encontrado por Stella³¹ que em um estudo com 30 portadores da DP em que 63,3% dos pacientes eram do sexo masculino. Já se comparado ao estudo de Schestatsky²⁸ em que 76,2% dos avaliados eram do sexo masculino o presente estudo está abaixo dessa porcentagem. Souza⁸ e Lana³² também encontraram em seus estudos uma maior porcentagem de pacientes portadores da DP do sexo masculino, 57,2% e 54,5% respectivamente. Por conseguinte, um número maior de pacientes do sexo masculino cadastrados na APASC corrobora com dados de outros estudos que também observaram um maior número de portadores DP do sexo masculino.

O tempo médio de evolução da doença até o momento da avaliação foi de 6 ± 4 anos. Pacientes portadores da DP, uma doença crônica, com esse tempo médio de evolução são considerados portadores da DP com poucos anos de curso, segundo Rocha³³.

O nível médio de escolaridade em anos encontrado nos pacientes do estudo foi de 11 ± 6 anos. É uma média de escolaridade acima da média nacional que, segundo o IBGE³⁴ (2004), é de 6,4 anos na população com 10 anos ou mais de idade. Sugere-se que alguns fatores podem estar relacionados a tais achados: os pacientes avaliados residem em área urbana e o nível de escolaridade em tais áreas é maior quando comparado ao de áreas rurais (4,2 anos), a região sul do Brasil tem a segunda melhor média de escolaridade (6,9 anos) do país atrás somente do sudeste (7,1 anos).

O estudo utilizou a escala de Hoehn e Yahr com o intuito de avaliar o estado geral do paciente portador da DP cadastrado na APASC. Na avaliação observou-se que ao classificar os pacientes conforme a escala de Hoehn e Yahr, 17 pacientes se encontravam em um estágio menor que 2; 8 estavam entre o estágio entre 2 e 2,5 e 7 entre os estágios 3 e 4. Observa-se que a maior parte dos associados que foram avaliados (53,1%) encontram-se nos estágios iniciais da doença em que há acometimento unilateral ou unilateral e axial. Vale destacar que dois desses pacientes foram classificados no estágio 0 da escala de Hoehn e Yahr, ou seja, apesar de estarem em tratamento para DP não apresentavam sinais clínicos de doença. Apresentavam acometimento bilateral sem alteração do equilíbrio e acometimento bilateral leve com recuperação no teste do empurrão 25% dos pacientes avaliados. Já o acometimento bilateral leve a moderado com capacidade de viver independente e incapacidade grave compreendeu 21% dos associados avaliados. Nenhum paciente avaliado encontrava-se no estágio 5 da escala, ou seja, não se encontrava confinado a cama ou a cadeira de rodas a ser não ser que recebesse ajuda. Nossos dados não corroboram com a maioria dos estudos presentes na literatura. No estudo de Souza⁸ apenas 16% dos pacientes se encontram em estágios menores que 2 e a maior parte dos avaliados, 51,7%, foram classificados entre o estágio 2 e 2,5. O mesmo foi observado no estudo de Lana³² em que apenas 6% dos pacientes estavam em estágios abaixo do 2 e 57,7% estavam no estágio 2 e 2,5. Sugere-se que os pacientes que se associam a APASC encontram-se ainda em estágios iniciais da doença e com pouco tempo de curso da doença pelo perfil de atividades oferecidas pela associação as quais promovem a socialização das pessoas e estão relacionadas a práticas artísticas e de exercícios físicos. Pacientes que se encontram em estágios mais avançados da DP não se fazem tão presentes em tais atividades, possivelmente, por dificuldade de locomoção e, por conseguinte, maior dependência de terceiros que os auxiliem na prática das mesmas e por incapacidade de realizá-las.

O presente estudo utilizou a UPDRS para avaliar os sinais e sintomas da DP. A média do UPDRS total obtida pelos pacientes portadores da DP cadastrado na APASC foi de 44 pontos de um total de 144 a serem alcançados. Vale lembrar que quanto maior o escore obtido nessa escala maior é o comprometimento gerado pela doença no paciente e maiores são as limitações e incapacidades por ela causadas. No estudo de Stella³¹ a média do UPDRS total foi de 56,28 pontos. Já Gomide³⁵ encontrou o valor médio da UPDRS de 55 pontos. Dessa forma, a pontuação média obtida pela associação na UPDRS encontra-se abaixo dos valores obtidos em outros

estudos presentes na literatura. Baseado no estudo de Rabey³⁶ que encontrou uma significativa correlação entre a UPDRS e a escala de Hoehn e Yahr ($r=0,71$), sugere que essa pontuação abaixo dos valores encontrados na literatura está relacionada ao maior número de pacientes avaliados encontrar-se em estágios iniciais da DP conforme a escala de Hoehn e Yahr.

Utilizou-se o teste de fluência verbal semântica na categoria animais, a FAB e o MEEM para avaliar os portadores de DP cadastrados na APASC no que diz respeito à função cognitiva. A pontuação média obtida pelos pacientes da associação no teste de fluência verbal foi de 14 ± 4 palavras. Segundo Brucki³⁷, o teste de fluência verbal tem como ponto de corte estabelecido para pessoas com 8 ou mais anos de escolaridade 13 palavras. Em outro estudo, Brucki e Rocha³⁸ ao estudarem 257 pacientes saudáveis e com idade média de 49,4 anos e escolaridade média de 5,5 anos não encontraram influência do gênero nem da idade, porém houve correlação entre escolaridade e fluência verbal semântica (categoria animais). Além disso, os autores relatam que esse teste é utilizado para avaliar função executiva e de linguagem e também podem ser utilizados para avaliar memória semântica. Como o nível médio de escolaridade dos pacientes avaliados é de 11 anos, pode-se perceber que o resultado médio obtido no estudo ficou acima do ponto de corte estabelecido pelo estudo de Brucki³⁷. Dessa forma, sugere que o elevado nível de escolaridade dos pacientes avaliados influenciou no resultado da avaliação. Quando comparado ao estudo de Agonilha³⁹ que avaliou 20 pacientes com DP leve (estágio 1, 1,5 e 2 na escala de Hoehn e Yahr) e nível médio de escolaridade de 8,4 anos observa-se uma pontuação média de 13,05 a qual se aproxima à média encontrada no presente estudo. No entanto se comparado ao estudo de Piozevan⁴ e colaboradores em que 83,33% dos pacientes portadores de DP apresentavam nível de escolaridade inferior a 4 anos e a média no teste de fluência verbal foi de 9 palavras, observa-se uma melhor média de pontuação dos pacientes cadastrados na APASC.

A pontuação média obtida pelos portadores da DP cadastrados na APASC no MEEM foi de $26,5 \pm 2,4$. Brucki¹⁴ cita em seu estudo que os pontos de corte estabelecidos no Brasil não são fixos e variam conforme a doença do paciente entrevistado e ressalta, ainda, que os indivíduos parkinsonianos possuem possivelmente maiores dificuldades nas questões do sete seriado, do desenho ou da repetição. A dificuldade para responder a questão do sete seriado foi observada pelo examinador do estudo, no entanto isso não comprometeu o desempenho dos avaliados como será exposto a seguir. A pontuação média obtida pelos pacientes cadastrados na APASC corrobora com escores presentes na literatura. Em seu estudo, Stella³¹ verificou que a pontuação

média obtida pelos 30 parkinsonianos avaliados foi de 26,48 e sugeriu ausência de demência com essa média de pontuação. O resultado obtido no estudo também se assemelha à pontuação média apresentada pelos 100 parkinsonianos avaliados no estudo de Rocha³³ em que a média alcançada foi de 27 pontos. Já se comparado ao estudo de Piozevan⁴ em que a pontuação média foi de 23,1 e se sugeriu presença de comprometimento cognitivo, o presente estudo obteve melhores resultados. Quando analisados conforme os anos de escolaridades e os pontos de corte estabelecidos para cada grupo, observou-se que apenas 4 associados (12,5%) não alcançaram os escores estabelecidos por Caramelli¹⁶. Janvin⁴⁰ cita em seu estudo que mais de 50% dos parkinsonianos apresentam alguma forma de alteração cognitiva. Se comparado a esse valor, observa-se que o achado encontrado está bem abaixo do presente na literatura. Dessa forma sugere-se que os resultados médios obtidos pelos portadores da DP cadastrados na associação, tanto no teste de fluência verbal semântica categoria animal e no MEEM, não condizem com achados de comprometimento cognitivo quando comparados a outros estudos presentes na literatura.

A FAB, segundo Lima⁴¹, é um instrumento que tem boa validade discriminante e concorrente na avaliação das funções executivas na doença de Parkinson. De acordo com Dubois⁴², o referencial sobre a pontuação mostra que pacientes com lesões frontais conhecidas exibem, em geral, escore total na FAB com média 10,3. A pontuação de 16 a 18 permanece dentro da faixa média, incluindo o desvio-padrão, mas escores menores ou iguais a 15 podem indicar padrão disfuncional em regiões frontais do cérebro do paciente (embora não garanta a existência de tais distúrbios). A pontuação média obtida pelos pacientes avaliados no estudo foi 10,8. Sugere-se que o achado esteja relacionado à possível presença de disfunção executiva dos avaliados. Segundo Cunha¹⁵, essa bateria de avaliação representa apenas o início do exame das funções frontais, sendo, portanto, um teste de rastreio cognitivo. Para atestar ou não a presença de uma disfunção executiva se faz necessária uma avaliação ampla que correlacione os resultados com informações clínicas relevantes (idade, gênero, nível cognitivo pré-mórbido) e outros testes de avaliação frontal, como Dígitos , Stroop Color Word Test, Trail Making Test e Iowa Gambling Test. Em seu estudo, Beato⁴³ conclui que a versão brasileira da FAB pode ser um instrumento viável para avaliação da função executiva na prática clínica e que o nível educacional interfere na aplicação do teste. Sugere-se a necessidade de novos estudos que busquem analisar se as alterações motoras presentes nos pacientes cadastrados na APASC

dificultem a realização dos movimentos exigidos na aplicação da FAB fazendo com que a pontuação fique abaixo do ponto de corte para disfunção frontal ou se realmente há disfunção executiva nos pacientes cadastrados na APASC.

Aplicou-se o PQD-39 com o intuito de avaliar qualidade de vida dos portadores cadastrados na APASC. Segundo Damiano⁴⁴, a DP é uma doença crônica que possui efeito significativo na qualidade de vida de seus portadores. Jenkinson e Fitzpatrick⁴⁴ citam que o PDQ-39 é o questionário mais utilizado em todo o mundo e inclui avaliação de aspectos importantes na vida de portadores da DP. Tais autores relatam que outros instrumentos, tais como o Short Form 36 Health Survey, Nottingham Health Profile, Sickness Impact Profile, entre outros, são bons avaliadores da qualidade de vida, mas são escalas gerais e não tem especificidade para a DP. A pontuação média obtida pelos portadores no estudo foi de $36,4 \pm 17$. A pontuação total do PQD-39 varia de 0 a 100 em que o zero, significa melhor e cem uma pior qualidade de vida. Assim sugere-se que por apresentarem em baixo escore total no PQD-39 o grupo avaliado teria uma boa percepção da qualidade de vida. Um maior número de avaliados classificados em estágios iniciais da DP, conforme a escala de Hoehn e Yahr, pode estar relacionada a esse resultado. Lana³² cita em seu estudo que em relação ao escore total do PQD-39 ainda não está disponível na literatura um ponto de corte que indique quais valores representam uma boa ou ruim percepção da qualidade de vida em portadores da DP. Mas se comparado a pontuação média de 25 pontos obtida por Lana³² ao avaliar uma amostra de 33 parkinsonianos no que diz respeito à qualidade de vida através do PQD-39, a presente avaliação apresentou uma pontuação superior, sugerindo uma pior percepção da qualidade de vida por parte dos portadores cadastrados na APASC. Quando comparado ao estudo de Rocha³³, o escore médio obtido pelo presente estudo (36,4 pontos) está acima dos 27,34 pontos obtidos pelos portadores avaliados por Rocha³³ o que, novamente, sugere uma pior percepção da qualidade de vida por parte da amostra em estudo. Destaca-se que a amostra utilizada por esse autor também frequenta uma associação e a maior parte dos avaliados se encontra em estágios iniciais da DP, conforme escala de Hoehn e Yahr.

O estudo aplicou o questionário de atividades funcionais de Pfeffer com o objetivo de avaliar as atividades gerais de vida diária. Em seu estudo Jacinto²⁵ cita que escores superiores a 3 pontos nesse questionário indica comprometimento nas atividades de vida diárias. A pontuação média obtida pelos portadores no estudo foi $4,1 \pm 5,1$. Dessa forma, sugere-se que

os parkinsonianos avaliados no estudo apresentam um leve comprometimento funcional, pois a pontuação média obtida ultrapassou o ponto de corte. No entanto a média obtida pelos portadores não ficou acima do ponto de corte de forma significativa.

A depressão é uma doença muito abordada na avaliação de um portador da DP. Segundo Prado e Barbosa²⁷ é de longe a manifestação psiquiátrica mais comum encontrada em tais indivíduos com DP. A prevalência varia de 4 a 70% conforme a metodologia aplicada para o diagnóstico, mas em média 40% dos portadores da DP possuem depressão. Utilizou-se GDS-15 para avaliar os sintomas de depressão nos pacientes cadastrados na APASC. A pontuação média obtida foi de $3,6 \pm 3,1$. Segundo Almeida e Almeida¹⁸ escores de 5 ou mais pontos na GDS-15 diagnosticam depressão. Observou-se que dentre os avaliados 24 (75%) estavam abaixo de 5 pontos, 6 (18,75%) apresentavam pontuação igual ou superior a 5 e 2 (6,25%) apresentaram pontuação maior ou igual a 11. Sugere-se, por conseguinte, que a prevalência de pacientes acima do ponto de corte para o diagnóstico de depressão é baixa nos associados da APASC, o que não corrobora com grande parte dos estudos da literatura que mostram uma alta prevalência da depressão em portadores da DP. Em seu estudo, Tumas⁴⁶ ao avaliar 50 pacientes com DP observou que a pontuação média obtida por pacientes sem depressão na GDS-15 foi de 4,65. A pontuação média do presente estudo encontra-se abaixo de tal achado. Se avaliados de forma individual apenas 8 (25%) portadores obtiveram escores acima do ponto de corte para diagnóstico de depressão. Sugere-se que essa baixa prevalência nos portadores avaliados esteja associada ao número maior de pacientes em estágios iniciais da doença, com os poucos anos de curso da doença, o envolvimento dos avaliados com as diversas atividades da associação – grupo de ajuda mútua, musicoterapia, assistência psicológica, programas de exercícios físicos, musicoterapia – e ao uso de fármacos antidepressivos por 46,8% dos portadores avaliados.

6. CONCLUSÃO

O presente estudo conclui que APASC apresentou um perfil clínico em que se observa um predomínio da DP no sexo masculino e em idades mais avançadas e um nível de escolaridade superior ao da média nacional. Os associados que aceitaram participar do estudo encontram-se em estágios iniciais e com poucos anos de curso da doença. Quando avaliados através do UPDRS obtiveram uma pontuação inferior as pontuações mencionadas em outros estudos. O desempenho no teste de fluência verbal categoria animais ficou acima do ponto de corte estabelecido na literatura. No MEEM os pacientes, na grande maioria, obtiveram pontuação superior ao ponto de corte estabelecido por Caramelli¹⁶. O desempenho da FAB sugere provável comprometimento das funções do lobo frontal (funções executivas). No entanto, sugere-se que há necessidade de se fazer estudos que estabeleçam se esse baixo desempenho está relacionado à dificuldade motora dos portadores em desempenhar as atividades solicitadas pela FAB ou se há, realmente, presença de lesão de lobo frontal. Os associados apresentam uma boa percepção de qualidade de vida, apesar da média obtida no PQD-39 estar abaixo das médias encontradas em outras referências. A avaliação das atividades diárias indicou um leve comprometimento funcional por parte dos portadores cadastrados. E a prevalência de pacientes com pontuação superior ao ponto de corte para o diagnóstico de depressão na APASC encontra-se abaixo dos valores mencionados pela literatura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Fahn S. Levodopa in the treatment of Parkinson's disease. *J Neural Transm.* 2006; 71: 1–15.
- 2-Teive HAG. O papel de charcot na doença de Parkinson. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* 1998; 56 (1): 141-5.
- 3-Teive HAG, Zavala JAA, Iwamoto FM, Sá D, Carraro H, Werneck LC. As contribuições de Charcot e de Marsden para o desenvolvimento dos distúrbios do movimento nos séculos XIX e XX. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* 2001; 59 (3A): 633-6.
- 4-Piovezan MR, Teive HAG, Piosevan EJ, Mader MJ, Werneck LC. Cognitive function assessment in idiopathic Parkinson's disease. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria.* 2007; 65 (4): 942-6.
- 5-Melo LM, Barbosa ER, Caramelli P. Declínio cognitivo e demência associados à doença de Parkinson: características clínicas e tratamento. *Revista de Psiquiatria Clínica,* 2007; 34 (4):176-186.
- 6-Marsden CD. Parkinson's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry.* 1994; 57: 672-681.
- 7-Morris ME. Movement Disorders in people with Parkinson disease: A model for physical therapy. *Phys Ther,* 2000; 80 (6): 578-597.
- 8-Souza RG, Borges V, Silva SMCA, Ferraz HB. Quality of life scale in Parkinson's disease - PDQ-39 (Brazilian Portuguese version) to assess patients with and without levodopa motor fluctuation. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria,* 2007; 65 (3): 787-791.
- 9-Costa EC, Nakatani AYK, Bachion MM. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. *Acta Paulista de Enfermagem.* 2006; 19 (1): 43-48.
- 10-Goulart F, Pereira LX. Uso de escalas para avaliação da doença de Parkinson em fisioterapia. *Fisioterapia e Pesquisa.* 2005; 11 (1): 49-56.
- 11-Hely MA, Chey T, Wilson A, Williamson PM, O'Sullivan DJ, Rail D, et al. Reliability of the Columbia scale for assessing signs of Parkinson's disease. *Movement Disorders.* 1993; 8 (4): 466-472.
- 12-Erola T, Karinen P, Heikkinen E, Tuominen J, Haapaniemi T, Kiovukangas J, Myllyla V. Bilateral subthalamic nucleus stimulation improves health-related quality of life in Parkinsonian patients. *Parkinson's and Related Disorders.* 2005; 11: 89-94.

- 13-Carod-Artal FJ, Martinez-Martin P, Vargas AP. Independent validation of SCOPA- psychosocial and metric properties of the PDQ-39 Brazilian Version. *Movement Disorders*, 2007; 22(1): 91-98.
- 14-Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do Mini-exame do estado mental no Brasil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*. 2003; 61 (3-B): 777-781.
- 15-Cunha PJ, Novaes MA. Avaliação neurocognitiva no abuso e dependência do álcool: implicações para o tratamento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2004; 26 (suppl.1): 23-7
- 16-Caramelli P, Carthery-Goulart AT, Sellitto PC, Charchat-Fichman H, Nitrini R. Category fluency as a screening test for Alzheimer disease in illiterate and literate patients. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 2007; 21 (1): 65-7.
- 17-Ferrari, J. F.; Dalacorte, R. R. Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. *Scientia Medica*. 2007; 17 (1): 3-8.
- 18-Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão geriátrica (GDS) versão reduzida. *Arquivos Neuro-Psiquiatria*. 1999; 57(2B)
- 19-Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrah CH, Chance JM, Filos S. Measurement of functional activities in older adults in the community. *J Gerontol*. 1982; 37(3): 323-9.
- 20-Danielson, CB. Social Support and Support Groups. In: *Families, Health and Illness*. 1993; 213-229.
- 21-Silverman, P R. *Mutua Help Groups Organization and Development*. Beverly Hills: Sage, 1984.
- 22-Barros, CASM. Grupo de ajuda mútua. In: Zimerman, D.; Osório, L.C. *Como trabalhamos em grupo*. Artmed, 1997; p.107-17.
- 23-Caramelli P, Herrera E, Nitrini R. 1998. Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva. *Revista de Psiquiatria Clinica*. 1998; 25 (2): 70-3.
- 24-Dubois B, Slachevsky A, Litvan I, Pillon B. The FAB: A frontal assessment battery at bedside. *Neurology* 2000;55:1621-6
- 25-Jacinto A F. *Avaliação cognitiva em pacientes idosos em ambulatório geral de clínica médica [dissertação]*. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2008.
- 26-Williams B, Irvine L, McGinnis A R, McMurdo M E T, Crombie I K. When "no" might not quite mean "no"; the importance of informed and meaningful non-consent: results from a survey

- of individuals refusing participation in a health-related research project. *BMC Health Serv Res.* 2007;7:59.
- 27-Prado RCP, Barbosa ER. Depression in Parkinson's disease: study of 60 cases *Arq. Neuro-Psiquiatr.* 2005;63(3B):766-771.
- 28-Schestatsky P, Zanatto VC, Margis R, Chachamovich E, Reche M, Batista RG, et al. Quality of life in a Brazilian sample of patients with Parkinson's disease and their caregivers. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006;28(3):209-211.
- 29-Weintraub D, Comella CL, Horn S. Part 1: Pathophysiology, Symptoms, Burden, Diagnosis, and Assessment. *AJMC.* 2008; 14 suppl 2: S40-8.
- 30-Teive HAG, Arruda WO. Fisiopatologia dos sinais da doença de parkinson. In: Meneses MS, Teive HAG. *Doença de parkinson.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p. 50-3.
- 31-Stella F, Gobbi LTB, Gobbi S, Oliani MM, Tanaka K, Faria, FP. Early impairment of cognitive functions in Parkinson's disease. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* 2007; 65 (2b): 406-10.
- 32-Lana RC, Álvarez LMRS, Prudente CN, Goulart FRP, Salmela LFT, Cardoso FE. Percepção da qualidade de vida de indivíduos com doença de parkinson através do PDQ-39. *Rev. Bras. fisioter.* 2007; 11(5): 397-402.
- 33-Rocha GMA. Psychological factors and quality of life of people with Parkinson's disease. [dissertação]. Campinas(SP):Pontifícia Universidade Católica. 2007.
- 34-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2000: características gerais da população, resultado da amostra, comentário dos resultados, pessoas portadoras de deficiência. Rio de Janeiro, IBGE; 2004.
- 35-Gomide L, Kummer A, Cardoso F, Teixeira Al. Use of clozapine in Brazilian patients with Parkinson's disease. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* 2008; 66 (3b): 611-14.
- 36-Rabey JM, Bass H, Bonuccelli U, Brooks D, Klotz P, Korczyn AD, et al Evaluation of the short Parkinson's evaluation Scale: a new friendly scale for the evaluation of Parkinson's disease in clinical drugs trials. *Clin Neuropharmacol.* 1997; 20:322-337.
- 37-Brucki SMD, Malheiros SMF, Okamoto IH, Bertolucci PHF. Dados normativos para o uso do teste de fluência verbal em nosso meio. *Arquivos de Neuropsiquiatria.* 1997; 55: 56-61.
- 38-Brucki SMD, Rocha MSG. Category fluency test: effects of age, gender and education on total scores, clustering and switching in Brazilian Portuguese speaking subjects. *Braz J Med Biol Res.* 2004; 37(12): 1771-1777.

- 39-Agonilha DC. Compreensão de sentenças nos indivíduos com doença de Parkinson [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2008.
- 40-Janvin C, Aarsland D, Larsen J.P, Hugdahl K. Neuropsychological profile of patients with Parkinson's disease without dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2003; 15: 126-131.
- 41-Lima, CF, Meireles LP, Fonseca R, Castro SL, Garrett C. The Frontal Assessment Battery in Parkinson's Disease and correlations with formal measures of executive functioning. *Journal of Neurology*. 2008;255:1756-1761.
- 42-Dubois B, Slachevsky A, Litvan I, Pillon B. The FAB: A frontal assessment battery at bedside. *Neurology*. 2000;55:1621-6.
- 43-Beato R, Nitrini R, Formigoni A, Caramelli P. Brazilian version of the Frontal Assessment Battery (FAB) Preliminary data on administration to healthy elderly. *Dementia & Neuropsychologia*. 2007;1:59-65.
- 44-Damiano AM, Snyder C, Stausser B, Willin MK. A review of health-related quality-of-life concepts and measures for Parkinson's disease. *Qual Life Res*. 1999; 8: 235-243.
- 45-Jenkinson C, Fitzpatrick R. Cross-cultural evaluation of the short form 8-item Parkinson's disease questionnaire (PDQ-8): results from America, Canada, Japan, Italy and Spain. *Parkinson Relat Disord* 2007; 13: 22-28.
- 46-Tumas V, Rodrigues GGR, Farias TLA, Crippa JAS. The accuracy of diagnosis of major depression in patients with Parkinson's disease: a comparative study among the UPDRS, the geriatric depression scale and the Beck depression inventory. *Arq. Neuro-Psiquiatr*. 2008; 66 (2A): 152-6.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 27 de novembro de 2005.

ANEXOS

Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

Centro de Ciências da Saúde – CCS

Departamento de Clínica Médica



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisador: Ylmar Corrêa Neto, Médico do HU-UFSC; Alberto Stoppe Júnior, Médico do HU-UFSC; Rodrigo César Schiocchet da Costa, acadêmico do curso de Medicina da UFSC.

Orientador responsável: Vanir Cardoso, Professor do Departamento de Clínica Médica da UFSC e Médico do HU-UFSC.

Título: Cognição e Atividades de Vida Diária no paciente com Doença de Parkinson.

Este estudo tem como objetivo avaliar a influência de alguns sintomas mentais que podem estar presentes em pacientes com Doença de Parkinson nas suas atividades do dia-a-dia e na sua qualidade de vida. Para isto, serão feitas algumas perguntas para o(a) senhor(a) sobre sua identificação; sobre seu estado de saúde; sobre as características da sua doença; sobre alguns hábitos de vida e será submetido(a) a um exame médico simples e a alguns testes de função mental que utilizam apenas lápis e papel. Estes testes não envolvem nenhum equipamento especial, constituindo-se apenas de questionários. Seu acompanhante também será questionado sobre algumas questões relacionadas ao convívio com o(a) senhor(a). Através deste estudo, será possível o conhecimento das características clínicas da doença, bem como estabelecer se há ou não uma correlação entre a presença de sintomas mentais em paciente com Doença de Parkinson e comprometimento nas atividades do dia-a-dia desenvolvidas por tais pacientes e na sua qualidade de vida, sem acrescentar riscos à saúde dos participantes. Caso sejam detectadas alterações que condigam com evolução inadequada da doença ou presença de outras doenças neurológicas associadas, o paciente será encaminhado ao ambulatório de Doença de Parkinson realizado no HU-UFSC.

Sua participação é voluntária e não envolve qualquer tipo de remuneração. A aceitação ou recusa em participar do estudo não alterará a qualidade dos serviços prestados por esta Instituição.

Se você aceitar participar deste estudo, irá permitir que o pesquisador utilize, para fins de pesquisa e publicação, os dados contidos no preenchimento dos seus questionários e também os resultados dos testes realizados, mantendo sigilo absoluto de sua identificação.

Todas as informações registradas neste estudo serão consideradas confidenciais e usadas somente na pesquisa. A identidade será mantida em sigilo.

Para deixar de fazer parte da pesquisa e/ou se você tiver dúvidas, por favor, entrar em contato com o pesquisador Rodrigo César Schiocchet da Costa, pelo telefone (48) 3222-7417 ou (48) 8812-3089, ou mandar um e-mail para rodricscosta@hortmail.com.

Após leitura e/ou esclarecimento verbal deste Termo de Consentimento, estou de acordo em participar deste projeto de pesquisa.

Participante: _____

RG: _____

Testemunha: _____

RG: _____

Data: _____

APÊNDICES

Apêndice 1

Escala de Hoehn e Yahr

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 de 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.

Apêndice 2

Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS)

I. ESTADO MENTAL, COMPORTAMENTO e HUMOR

1. Comprometimento intelectual

0 = Nenhum.

1 = Leve; esquecimento consistente com lembrança parcial de eventos e sem outras dificuldades.

2 = Perda moderada da memória, com desorientação e dificuldade moderada em resolver problemas complexos; leve, mas definido, comprometimento das atividades em casa com necessidade de ajuda ocasional.

3 = Perda intensa da memória, com desorientação temporal e, freqüentemente, espacial. Grande dificuldade de resolver problemas.

4 = Perda intensa da memória, com orientação preservada apenas para sua pessoa. Incapaz de fazer julgamentos ou de resolver problemas. Necessita de muita ajuda para cuidados pessoais. Não pode ficar sozinho em nenhuma situação.

2. Transtorno do pensamento (devido à demência ou intoxicação por drogas)

0 = Nenhum.

1 = Sonhos vívidos.

2 = Alucinações "benignas", com insight mantido.

3 = Alucinações ou ilusões de ocasionais a freqüentes e sem insight ; que podem interferir com as atividades diárias.

4 = Alucinações persistentes, ilusões, ou psicose evidente. Incapaz de cuidar-se.

3. Depressão

0 = Ausente.

1 = Períodos de tristeza ou culpa acima do normal, nunca por dias ou semanas.

2 = Depressão permanente (uma semana ou mais).

3 = Depressão mantida com sintomas vegetativos (insônia, anorexia, perda de peso, desinteresse).

4 = Depressão mantida com sintomas vegetativos e ideação ou tentativa de suicídio.

4. Motivação / Iniciativa

0 = Normal.

1 = Menos interessado que o habitual, mais passivo.

2 = Perda da iniciativa ou desinteresse por atividades eletivas (não rotineiras).

3 = Perda da iniciativa ou desinteresse por atividades do dia-a-dia.

4 = Retraído, perda completa de motivação.

II. ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (especifique On ou Off)

5. Fala

0 = Normal.

1 = Comprometimento leve, sem dificuldade em ser entendido.

2 = Comprometimento moderado; às vezes solicitado a repetir frases.

3 = Comprometimento intenso.; freqüentemente solicitado a repetir frases.

4 = Incompreensível a maior parte do tempo.

6. Salivação

0 = Normal.

1 = Excesso discreto, mas definido, de saliva na boca; pode apresentar sialorréia noturna.

2 = Excesso moderado de saliva, pode apresentar alguma sialorréia.

3 = Excesso acentuado de saliva com sialorréia.

4 = Sialorréia contínua, necessitando constantemente de lenço.

7. Deglutição

0 = Normal.

1 = Raros engasgos.

2 = Engasgos ocasionais.

3 = Necessita alimentos pastosos.

4 = Necessita alimentação por sonda nasogástrica ou gastrostomia.

8. Escrita Manual

0 = Normal.

1 = Levemente lenta ou pequena.

2 = Moderadamente lenta e pequena; todas as palavras são legíveis.

3 = Intensamente comprometida; nem todas as palavras são legíveis.

4 = A maioria das palavras não são legíveis.

9. Corte de alimentos e manipulação de utensílios

0 = Normal.

1 = Discretamente lento e desajeitado, mas não precisa de ajuda.

2 = Capaz de cortar a maioria dos alimentos, embora desajeitado e lento; necessita de alguma ajuda.

3 = Alimento cortado por outros, mas ainda pode alimentar-se lentamente.

4 = Precisa ser alimentado por outros.

10. Vestir

0 = Normal.

1 = Algo lenta, mas não precisa de ajuda.

2 = Ajuda ocasional para abotoar-se e para colocar os braços nas mangas.

3 = Necessidade de considerável ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho.

4 = Incapaz.

11 . Higiene

0 = Normal.

1 = Algo 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 ajustar roupas de cama

0 = Normal.

1 = Algo 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 sozinho.

4 = Incapaz.

13. Quedas (não relacionadas com freezing)

0 = Nenhuma.

1 = Raras quedas.

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 quando anda.

3 = Freezing freqüente; com quedas ocasionais devido ao freezing.

4 = Quedas freqüentes devido ao freezing

15. Deambulação

0 = Normal.

1 = Leve dificuldade, pode não balançar os braços ou tende a arrastar as pernas.

2 = Dificuldade moderada, mas necessita de pouca ou nenhuma ajuda.

3 = Dificuldade intensa de marcha, necessitando de ajuda.

4 = Não consegue andar, mesmo com ajuda.

16. Tremor

0 = Ausente.

1 = Discreto e infreqüente.

2 = Moderado; incomoda o paciente.

3 = Intenso; interfere com muitas atividades.

4 = Muito acentuado; interfere na maioria das atividades.

17. Queixas sensitivas relacionadas ao parkinsonismo

0 = Nenhuma.

1 = Dormência, formigamento ou dor leve ocasional.

2 = Dormência, formigamento e dor freqüente, mas suportável.

3 = Sensações dolorosas freqüentes.

4 = Dor insuportável.

III. EXAME MOTOR

18. Voz

0 = Normal.

1 = Perda leve da expressão, volume ou dicção.

2 = Monótona, arrastada, mas compreensível; comprometimento moderado.

3 = Comprometimento acentuado, difícil de ser entendida.

4 = Ininteligível.

19. Expressão facial

0 = Normal.

1 = Mímica minimamente reduzida.

2 = Leve , mas definida, diminuição da expressão facial.

3 = Mímica moderadamente reduzida, lábios afastados parte do tempo.

4 = Fácies em máscara ou fixa, com perda intensa ou completa da expressão facial; lábios afastados 6 mm ou mais.

20. Tremor de repouso

Face, lábios e quiexo

0 = Ausente.

1 = Leve e infreqüente.

2 = Amplitude leve e persistente; ou amplitude moderada e intermitente.

3 = Amplitude moderada e presente na maior parte do tempo.

4 = Amplitude acentuada e presente na maior parte do tempo.

Mão Direita

0 = Ausente.

1 = Leve e infreqüente.

2 = Amplitude leve e persistente; ou amplitude moderada e intermitente.

3 = Amplitude moderada e presente na maior parte do tempo.

4 = Amplitude acentuada e presente na maior parte do tempo.

Mão Esquerda

0 = Ausente.

1 = Leve e infreqüente.

2 = Amplitude leve e persistente; ou amplitude moderada e intermitente.

3 = Amplitude moderada e presente na maior parte do tempo.

4 = Amplitude acentuada e presente na maior parte do tempo.

Pé Direito

0 = Ausente.

1 = Leve e infreqüente.

2 = Amplitude leve e persistente; ou amplitude moderada e intermitente.

3 = Amplitude moderada e presente na maior parte do tempo.

4 = Amplitude acentuada e presente na maior parte do tempo.

Pé Esquerdo

0 = Ausente.

1 = Leve e infreqüente.

2 = Amplitude leve e persistente; ou amplitude moderada e intermitente.

3 = Amplitude moderada e presente na maior parte do tempo.

4 = Amplitude acentuada e presente na maior parte do tempo.

21. Tremor de ação ou postural nas mãos

Mão Direita

0 = Ausente.

1 = Leve; presente na ação.

2 = Amplitude moderada, presente na ação.

3 = Amplitude moderada, tanto postural quanto na ação.

4 = Amplitude acentuada; interfere na alimentação.

Mão Esquerda

0 = Ausente.

1 = Leve; presente na ação.

2 = Amplitude moderada, presente na ação.

3 = Amplitude moderada, tanto postural quanto na ação.

4 = Amplitude acentuada; interfere na alimentação.

22. Rigidez (movimento passivo das grandes articulações, com paciente sentado e relaxado; ignorar roda denteada)

Pescoço

0 = Ausente.

1 = Discreta ou detectável somente quando ativado por movimentos em espelho ou outros.

2 = Leve a moderada.

3 = Acentuada, mas pode realizar movimento completo da articulação facilmente.

4 = Intensa, realiza movimento completo da articulação com dificuldade.

Membro Superior Direito

0 = Ausente.

1 = Discreta ou detectável somente quando ativado por movimentos em espelho ou outros.

2 = Leve a moderada.

3 = Acentuada, mas pode realizar movimento completo da articulação facilmente.

4 = Intensa, realiza movimento completo da articulação com dificuldade.

Membro Superior Esquerdo

0 = Ausente.

1 = Discreta ou detectável somente quando ativado por movimentos em espelho ou outros.

2 = Leve a moderada.

3 = Acentuada, mas pode realizar movimento completo da articulação facilmente.

4 = Intensa, realiza movimento completo da articulação com dificuldade.

Membro Inferior Direito

0 = Ausente.

1 = Discreta ou detectável somente quando ativado por movimentos em espelho ou outros.

2 = Leve a moderada.

3 = Acentuada, mas pode realizar movimento completo da articulação facilmente.

4 = Intensa, realiza movimento completo da articulação com dificuldade.

Membro Inferior Esquerdo

0 = Ausente.

1 = Discreta ou detectável somente quando ativado por movimentos em espelho ou outros.

2 = Leve a moderada.

3 = Acentuada, mas pode realizar movimento completo da articulação facilmente.

4 = Intensa, realiza movimento completo da articulação com dificuldade.

23. Bater de dedos (paciente toca de leve o polegar no indicador em seqüências rápidas com a maior amplitude possível, cada mão em separado).

Mão Direita

0 = Normal.

1 = Leve lentificação e/ou redução na amplitude.

2 = Comprometimento moderado; fadiga precoce e definida; interrupções ocasionais do movimento.

3 = Comprometimento intenso; hesitação ao iniciar o movimento ou interrupções do movimento frequentes.

4 = Realiza o teste com grande dificuldade.

Mão Esquerda

0 = Normal.

1 = Leve lentificação e/ou redução na amplitude.

2 = Comprometimento moderado; fadiga precoce e definida; interrupções ocasionais do movimento.

3 = Comprometimento intenso; hesitação ao iniciar o movimento ou interrupções do movimento freqüentes.

4 = Realiza o teste com grande dificuldade.

24. Movimentos das mãos (paciente abre e fecha as mãos em rápidos movimentos sucessivos e com a maior amplitude possível, cada mão em separado)

Mão Direita

0 = Normal.

1 = Leve lentificação e/ou redução na amplitude.

2 = Comprometimento moderado; fadiga precoce e definida; interrupções ocasionais do movimento.

3 = Comprometimento intenso; hesitação ao iniciar o movimento ou interrupções do movimento freqüentes.

4 = Realiza o teste com grande dificuldade.

Mão Esquerda

0 = Normal.

1 = Leve lentificação e/ou redução na amplitude.

2 = Comprometimento moderado; fadiga precoce e definida; interrupções ocasionais do movimento.

3 = Comprometimento intenso; hesitação ao iniciar o movimento ou interrupções do movimento freqüentes.

4 = Realiza o teste com grande dificuldade.

25. Movimentos rápidos e alternados das mãos (movimentos de pronação e supinação das mãos, vertical ou horizontalmente, com a maior amplitude possível, as duas mãos simultaneamente)

Mão Direita

0 = Normal.

1 = Leve lentificação e/ou redução na amplitude.

2 = Comprometimento moderado; fadiga precoce e definida; interrupções ocasionais do

movimento.

3 = Comprometimento intenso; hesitação ao iniciar o movimento ou interrupções do movimento freqüentes.

4 = Realiza o teste com grande dificuldade.

Mão Esquerda

0 = Normal.

1 = Leve lentificação e/ou redução na amplitude.

2 = Comprometimento moderado; fadiga precoce e definida; interrupções ocasionais do movimento.

3 = Comprometimento intenso; hesitação ao iniciar o movimento ou interrupções do movimento freqüentes.

4 = Realiza o teste com grande dificuldade.

26. Agilidade da perna (paciente bate com o calcanhar no chão em sucessões rápidas, levantando toda a perna; amplitude deve ser de cerca de 7,5 mm).

Perna Direita

0 = Normal.

1 = Leve lentificação e/ou redução na amplitude.

2 = Comprometimento moderado; fadiga precoce e definida; interrupções ocasionais do movimento.

3 = Comprometimento intenso; hesitação ao iniciar o movimento ou interrupções do movimento freqüentes.

4 = Realiza o teste com grande dificuldade.

Perna Esquerda

0 = Normal.

1 = Leve lentificação e/ou redução na amplitude.

2 = Comprometimento moderado; fadiga precoce e definida; interrupções ocasionais do movimento.

3 = Comprometimento intenso; hesitação ao iniciar o movimento ou interrupções do movimento freqüentes.

4 = Realiza o teste com grande dificuldade.

27. Levantar de 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 = Apóia-se nos braços da cadeira.

3 = Tende a cair para trás; pode necessitar múltiplas tentativas, mas consegue levantar-se.

4 = Incapaz de levantar-se sem ajuda.

28. Postura

0 = Normal ereto.

1 = Não bem ereto, levemente curvado; pode ser normal em idosos.

2 = Moderadamente curvado, definidamente anormal, pode inclinação leve para um lado.

3 = Intensamente curvado com cifose; pode inclinação moderada para um lado.

4 = Acentuadamente fletido com anormalidade extrema da postura.

29. Marcha

0 = Normal.

1 = Anda lentamente; pode arrastar os pés com pequenas passadas, mas sem festinação ou propulsão.

2 = Anda com dificuldade, mas precisa de pouca ou nenhuma ajuda; pode apresentar alguma festinação, passos curtos, ou propulsão.

3 = Comprometimento intenso da marcha; necessitando de ajuda.

4 = Não anda 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 segurado 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 = Lentificação mínima, deliberadamente caracterizando os movimentos; pode ser normal em algumas pessoas; possível redução na amplitude.

2 = Leve grau de lentificação e pobreza de movimento definitivamente anormal; alternativamente, alguma redução de amplitude.

3 = Lentificação moderada; pobreza ou pequena amplitude de movimentos.

4 = Lentificação acentuada; pobreza ou pequena amplitude de movimentos.

IV. COMPLICAÇÕES DA TERAPIA (NA ÚLTIMA SEMANA)

A. DISCINESIAS

32. Duração: Qual percentual do dia acordado apresenta discinesias? (informação da anamnese):

0 = Nenhum.

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 anamnese; pode ser modificada durante o exame):

0 = Não-incapacitante.

1 = Incapacidade leve.

2 = Incapacidade moderada.

3 = Incapacidade intensa.

4 = Completamente incapaz.

34. Discinesias dolorosas. Quão dolorosas são as discinesias?

0 = Discinesias não-dolorosa.

1 = Leve.

2 = Moderada.

3 = Intensa.

4 = Acentuada.

35. Presença de distonia matutina (informação da anamnese) :

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, como por exemplo, em poucos segundos?

0 = Não.

1 = Sim.

39. Qual o percentual de tempo acordado, em um dia, em que 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.

C. OUTRAS COMPLICAÇÕES

40. O paciente apresenta anorexia, náuseas ou vômitos?

0 = Não.

1 = Sim.

41. O paciente apresenta algum transtorno do sono? Insônia ou hipersonolência?

0 = Não.

1 = Sim.

42. O paciente apresenta hipotensão ortostática sintomática?

0 = Não.

1 = Sim.

Apêndice 3

Parkinson Disease Questionnaire (PDQ-39)

Devido a doença de Parkinson, quantas vezes, durante o mês passado você...

MOBILIDADE

1- Teve dificuldade para realizar atividades de lazer as quais gosta?

NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2- Teve dificuldade para cuidar da casa?

NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3- Teve dificuldade para carregar sacolas?

NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4- Teve problemas para andar aproximadamente 1 km?

NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5- Teve problemas para andar aproximadamente 100 m?

NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6- Teve problemas para andar pela casa com a facilidade que gostaria?

NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7- Teve dificuldade para andar em lugares públicos?

NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8 - Precisou de alguma pessoa para acompanhá-lo ao sair de casa?

NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA

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

BEM-ESTAR EMOCIONAL

17- Sentiu-se depressivo?

NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18- Sentiu-se isolado e sozinho?

NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19- Sentiu-se triste ou chorou?

NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20- Sentiu-se magoado?

NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21- Sentiu-se ansioso?

NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22- Sentiu-se preocupado com o futuro?

NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ESTIGMA

23- Sentiu que tinha que esconder a doença para outras pessoas?

NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24- Evitou situações que envolviam comer ou beber em público?

NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25- Sentiu-se envergonhado em público?

NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26- Sentiu-se preocupado com a reação de outras pessoas em relação à você?

NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SUPORTE SOCIAL

27- Teve problemas no relacionamento com pessoas próximas?

NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28- Recebeu apoio que precisava do seu conjugue ou parceiro?

NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29- Recebeu apoio que precisava da família e amigos íntimos?

NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COGNIÇÃO

30- Adormeceu inesperadamente durante o dia?

NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31- Teve problemas de concentração?

NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32- Teve falta de memória?

NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33- Teve pesadelos ou alucinações?

NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMUNICAÇÃO

34- Teve dificuldade para falar?

NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35- Sentiu que não podia comunicar-se efetivamente?

NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36- Sentiu-se ignorado pelas pessoas?

NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DESCONFORTO CORPORAL

37- Teve câibras musculares doloridas ou espasmos?

NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38- Teve dores nas articulações ou no corpo?

NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39- Sentiu-se desconfortável no frio ou no calor?

NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Apêndice 4

Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

Orientação temporal - pergunte ao indivíduo: (dê um ponto para cada resposta correta)

- . Que dia é hoje?
- . Em que mês estamos?
- . Em que ano estamos?
- . Em que dia da semana estamos?
- . Qual a hora aproximada? (considere a variação de mais ou menos uma hora)

Orientação espacial - pergunte ao indivíduo: (dê um ponto para cada resposta correta)

- . Em que local nós estamos? (consultório, dormitório, sala . apontando para o chão)
- . Que local é este aqui? (apontando ao redor num sentido mais amplo: hospital, casa de repouso, própria casa).
- . Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima.
- . Em que cidade nós estamos?
- . Em que Estado nós estamos?

Memória imediata: Eu vou dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir: carro, vaso, tijolo (dê 1 ponto para cada palavra repetida acertadamente na 1ª vez, embora possa repeti-las até três vezes para o aprendizado, se houver erros). Use palavras não relacionadas.

Cálculo: subtração de setes seriadamente (100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7, 65). Considere 1 ponto para cada resultado correto. Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinado espontaneamente se autocorrigir.

Evocação das palavras: pergunte quais as palavras que o sujeito acabara de repetir . 1 ponto para cada.

Nomeação: peça para o sujeito nomear os objetos mostrados (relógio, caneta) . 1 ponto para cada.

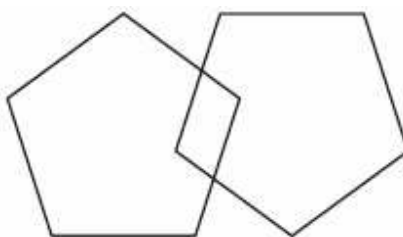
Repetição: Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que você repita depois de mim: Nem aqui, nem ali, nem lá. Considere somente se a repetição for perfeita (1 ponto)

Comando: Pegue este papel com a mão direita (1 ponto), dobre-o ao meio (1 ponto) e coloque-o no chão (1 ponto). Total de 3 pontos. Se o sujeito pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas.

Leitura: mostre a frase escrita .FECHE OS OLHOS. e peça para o indivíduo fazer o que está sendo mandado. Não auxilie se pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando.

Frase: Peça ao indivíduo para escrever uma frase. Se não compreender o significado, ajude com: alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer. Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos (1 ponto).

Cópia do desenho: mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos (1 ponto).



Apêndice 5

Bateria de Avaliação Frontal (FAB)

1. Similaridades (conceituação)

“De que maneira eles são parecidos?”

“Uma banana e uma laranja”. (Caso ocorra falha total: “eles não são parecidos” ou falha parcial: “ambas têm casca”, ajude o paciente dizendo: “tanto a banana quanto a laranja são...”; mas credite 0 para o item; não ajude o paciente nos dois itens seguintes).

“Uma mesa e uma cadeira”.

“Uma tulipa, uma rosa e uma margarida”.

Escore (apenas respostas de categorias [frutas, móveis, flores] são consideradas corretas).

- Três corretas: 3
- Duas corretas: 2
- Uma correta: 1
- Nenhuma correta: 0

2. Fluência lexical (flexibilidade mental)

“Diga quantas palavras você puder começando com a letra ‘S’, qualquer palavra exceto sobrenomes ou nomes próprios”.

Se o paciente não responder durante os primeiros 5 segundos, diga: “por exemplo, sapo”. Se o paciente fizer uma pausa de 10 segundos, estimule-o dizendo: “qualquer palavra começando com a letra ‘S’”. O tempo permitido é de 60 segundos.

Escore (repetições ou variações de palavras [sapato, sapateiro], sobrenomes ou nomes próprios não são contados como respostas corretas).

- Mais do que nove palavras: 3
- Seis a nove palavras: 2
- Três a cinco palavras: 1
- Menos de três palavras: 0

3. Série motora (programação)

“Olhe cuidadosamente para o que eu estou fazendo”.

O examinador, sentado em frente ao paciente, realiza sozinho, três vezes, com sua mão esquerda a série de Luria “punho-borda palma”.

“Agora, com sua mão direita faça a mesma série, primeiro comigo, depois sozinho”.

O examinador realiza a série três vezes com o paciente, então diz a ele/ela: “Agora, faça sozinho”.

Escore

- Paciente realiza seis séries consecutivas corretas sozinho: 3
- Paciente realiza pelo menos três séries consecutivas corretas sozinho: 2
- Paciente fracassa sozinho, mas realiza três séries consecutivas corretas com o examinador: 1
- Paciente não consegue realizar três séries consecutivas corretas mesmo com o examinador: 0

4. Instruções conflitantes (sensibilidade a interferência)

“Bata duas vezes quando eu bater uma vez”. Para ter certeza de que o paciente entendeu a instrução, uma série de três tentativas é executada: 1-1-1.

“Bata uma vez quando eu bater duas vezes”.

Para ter certeza de que o paciente entendeu a instrução, uma série de três tentativas é executada: 2-2-2. O examinador executa a seguinte série: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2.

Escore

- Nenhum erro: 3
- Um ou dois erros: 2
- Mais de dois erros: 1
- Paciente bate como o examinador pelo menos quatro vezes consecutivas: 0

5. Vai-não vai (controle inibitório)

“Bata uma vez quando eu bater uma vez”

Para ter certeza de que o paciente entendeu a instrução, uma série de três tentativas é executada: 1-1-1.

“Não bata quando eu bater duas vezes”. Para ter certeza de que o paciente entendeu a instrução, uma série de três tentativas é executada: 2-2-2. O examinador executa a seguinte série: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2.

Escore

- Nenhum erro: 3
- Um ou dois erros: 2
- Mais de dois erros: 1
- Paciente bate como o examinador pelo menos quatro vezes consecutivas: 0

6. Comportamento de apreensão (autonomia ambiental)

“Não pegue minhas mãos”

O examinador está sentado em frente ao paciente. Coloca as mãos do paciente, com as palmas para cima, sobre os joelhos dele/dela. Sem dizer nada ou olhar para o paciente, o examinador coloca suas mãos perto das mãos do paciente e toca as palmas de ambas as mãos do paciente, para ver se ele/ela pegaas espontaneamente. Se o paciente pegar as mãos, o examinador tentará novamente após pedir a ele/ela: “Agora, não pegue minhas mãos”.

Escore

- Paciente não pega as mãos do examinador: 3
- Paciente hesita e pergunta o que ele/ela deve fazer: 2
- Paciente pega as mãos sem hesitação: 1
- Paciente pega as mãos do examinador mesmo depois de ter sido avisado para não fazer isso: 0

Apêndice 6

Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage versão reduzida (GDS-15)

1. Está satisfeito(a) com sua vida? **Sim** () **Não** ()
2. Afastou-se das atividades e das “coisas” que lhe interessavam? **Sim**() **Não**()
3. Acha sua vida vazia? **Sim** () **Não** ()
4. Sente-se freqüentemente aborrecido? **Sim** () **Não** ()
5. Está sempre de bom humor, na maior parte do tempo? **Sim** () **Não** ()
6. Sente medo que algo de mal lhe aconteça? **Sim** () **Não** ()
7. Sente-se feliz, na maior parte do tempo? **Sim** () **Não** ()
8. Sente-se abandonado, na maior parte do tempo? **Sim** () **Não** ()
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? **Sim** () **Não** ()
10. Acha que tem mais dificuldades com a memória, do que maioria das pessoas? **Sim**() **Não** ()
11. Acha que no momento “viver” é algo maravilhoso? **Sim** () **Não** ()
12. Sente-se inútil? **Sim** () **Não** ()
13. Sente-se cheio/a de energia? **Sim** () **Não** ()
14. Sente-se esperançoso em relação sua situação atual? **Sim** () **Não** ()
15. Crê que a maioria das pessoas está em situação melhor que a sua? **Sim** () **Não** ()

Apêndice 7

Questionário de atividades funcionais de Pfeffer

1) O Sr/Sra manuseia seu próprio dinheiro?

0. normal

1. faz com dificuldade

2. necessita de ajuda

3. não é capaz

0. nunca fez mas poderia fazer agora

1. nunca fez e agora teria dificuldade

2) O Sr/Sra é capaz de comprar roupas, comida, coisas para casa sozinho (a)?

0. normal

1. faz com dificuldade

2. necessita de ajuda

3. não é capaz

0. nunca fez mas poderia fazer agora

1. nunca fez e agora teria dificuldade

3) O Sr/Sra é capaz de esquentar a água para o café e apagar o fogo?

0. normal

1. faz com dificuldade

2. necessita de ajuda

3. não é capaz

0. nunca fez mas poderia fazer agora

1. nunca fez e agora teria dificuldade

4) O Sr/Sra é capaz de preparar uma comida?

0. normal

1. faz com dificuldade

2. necessita de ajuda

3. não é capaz

0. nunca fez mas poderia fazer agora

1. nunca fez e agora teria dificuldade

- 5) O Sr/Sra é capaz de manter-se em dia com as atualidades, com os acontecimentos da comunidade ou da vizinhança?
- | | |
|------------------------|--|
| 0. normal | 3. não é capaz |
| 1. faz com dificuldade | 0. nunca fez mas poderia fazer agora |
| 2. necessita de ajuda | 1. nunca fez e agora teria dificuldade |
- 6) O Sr/Sra é capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de rádio ou televisão, um jornal ou uma revista?
- | | |
|------------------------|--|
| 0. normal | |
| 1. faz com dificuldade | 0. nunca fez mas poderia fazer agora |
| 2. necessita de ajuda | 1. nunca fez e agora teria dificuldade |
| 3. não é capaz | |
- 7) O Sr/Sra é capaz de lembrar-se de compromissos, acontecimentos familiares, feriados?
- | | |
|------------------------|--|
| 0. normal | 3. não é capaz |
| 1. faz com dificuldade | 0. nunca fez mas poderia fazer agora |
| 2. necessita de ajuda | 1. nunca fez e agora teria dificuldade |
- 8) O Sr/Sra é capaz de manusear seus próprios remédios?
- | | |
|------------------------|--|
| 0. normal | |
| 1. faz com dificuldade | 0. nunca fez mas poderia fazer agora |
| 2. necessita de ajuda | 1. nunca fez e agora teria dificuldade |
| 3. não é capaz | |
- 9) O Sr/Sra é capaz de passear pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa?
- | | |
|------------------------|--|
| 0. normal | |
| 1. faz com dificuldade | 0. nunca fez mas poderia fazer agora |
| 2. necessita de ajuda | 1. nunca fez e agora teria dificuldade |
| 3. não é capaz | |

10) O Sr/Sra pode ser deixado (a) sozinho (a) de forma segura?

0. normal

1. faz com dificuldade

2. necessita de ajuda

3. não é capaz

0. nunca fez mas poderia fazer agora

1. nunca fez e agora teria dificuldade

