

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

KATIA COLOMBO MARCHI

Impacto da depressão na qualidade de vida e na adesão a levodopa em pacientes com doença
de Parkinson

Ribeirão Preto
2011

KATIA COLOMBO MARCHI

Impacto da depressão na qualidade de vida e na adesão a levodopa em pacientes com doença de Parkinson

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica

Orientador: Carlos Renato Tirapelli

Ribeirão Preto
2011

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Marchi, Katia Colombo.

Impacto da depressão na qualidade de vida e na adesão a levodopa em pacientes com doença de Parkinson. Ribeirão Preto, 2011.

69p.

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Tirapelli, Carlos Renato.

1. Doença de Parkinson 2. Levodopa 3. Depressão 4. Qualidade de vida 5. Adesão à Medicação.

MARCHI, Katia Colombo

Impacto da depressão na qualidade de vida e na adesão a levodopa em pacientes com doença de Parkinson

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica

Aprovado em:...../...../.....

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Dedicatória

À minha mãe Maria Rosa por ser a pessoa mais inteligente que já conheci nesta vida e que me permitiu chegar até aqui com seus ensinamentos e com seu amor.

Ao meu pai Dejair, meu professor preferido que com seu imenso amor, carinho e calma me ensinou os verdadeiros valores desta vida.

Agradecimentos

Primeiramente ao meu Divino Pai Eterno por me guiar pelos caminhos da vida, me abençoar com tantas graças, permitindo-me viver sempre com humildade, justiça, paz, esperança e amor.

Ao Professor Doutor Carlos Renato Tirapelli, pelas ricas orientações e ensinamentos que me tornam a cada dia uma pessoa melhor e por acreditar em meu potencial, proporcionando meu crescimento profissional e chances maravilhosas em minha vida, me fazendo acreditar que tudo é possível quando há empenho, esperança e muito estudo.

À toda minha família, principalmente meus pais que são a luz de minha vida que me ilumina para que eu possa enxergar meus erros e poder corrigi-los. Ao meu irmão por ser a alegria de nossas vidas. Minha tia Roseli por todo o apoio, e que mesmo não estando por perto sempre se fez presente.

Ao meu namorado Laércio Ferreira por todo apoio e compreensão nos momentos mais difíceis e por estar sempre ao meu lado nas ocasiões mais felizes de minha vida.

À Professora Adriana Inocenti Miasso, por todas as orientações e amizade.

Ao Doutor Marcos Hortes por toda a ajuda e esclarecimentos.

Ao Professor Doutor José Alexandre de Souza Crippa, pela oportunidade da pesquisa e orientações.

Ao Professor Doutor Vitor Tumas pela oportunidade.

A todos os pacientes, pela paciência e colaboração.

Marchi, KC. Impacto da depressão na qualidade de vida e na adesão a levodopa em pacientes com doença de Parkinson. [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2011.

RESUMO

Considerada universal, a doença de Parkinson (DP) ocupa a segunda posição entre as doenças neurodegenerativas mais comuns em idosos. A depressão é a comorbidade psiquiátrica mais comumente associada à esta doença e tem sido apontada repetidamente como a principal determinante da piora da qualidade de vida (QV) nestes pacientes como também um dos fatores que levam à pior adesão aos medicamentos propostos. Neste contexto o objetivo do presente estudo foi avaliar a prevalência de depressão em pacientes com DP em seguimento em um ambulatório especializado como também verificar o impacto da depressão na QV destes pacientes e na adesão ao tratamento com levodopa. O estudo foi realizado no ambulatório de distúrbios do movimento do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP. Foram selecionados 112 pacientes consecutivos com diagnóstico de DP em uso de levodopa, que foram entrevistados por meio da aplicação das seguintes escalas: Escala geriátrica de depressão com 15 itens (GDS-15), Parkinson's disease questionnaire-39 item version (PDQ-39), teste Morisky e Green e o Instrumento para Avaliar Atitudes Frente à Tomada de Remédios (IAAFTR). Foi encontrada a prevalência de depressão de 25% (n=28) entre os pacientes e uma forte correlação entre a GDS-15 e todas as dimensões do PDQ-39, evidenciando o real impacto que a depressão causa na QV dos pacientes com DP. Dos 112 pacientes, 53% (n=59) não apresentaram adesão ao seu tratamento, sendo que 52% reportaram que são descuidados quanto ao horário de tomarem sua medicação. Não foi encontrada correlação entre a presença de sintomas depressivos e a adesão do paciente à sua terapia antiparkinsoniana. O estudo demonstrou que a depressão está associada à piora da QV em pacientes com DP, afetando todas suas dimensões, especialmente a dimensão mobilidade. Toda a equipe de saúde que cuida destes pacientes devem ser encorajados e preparados para ajudar na investigação de sintomas depressivos na DP, por ser o seu tratamento a base crucial para a melhora da QV destes pacientes.

Descritores: Doença de Parkinson, Levodopa, Depressão, Qualidade de vida, Adesão à Medicação

Marchi, KC. Impact of depression on quality of life and levodopa adherence in patients with Parkinson's disease. [Dissertation]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2011.

ABSTRACT

Considered as universal, Parkinson's disease (PD) ranks second among the most common neurodegenerative diseases in the elderly. Depression is the most common psychiatric comorbidity associated with this disease and has been identified repeatedly as the main determinant of the worsening of quality of life (QoL) in these patients but also one of the factors that lead to poor adherence to medication proposed. In this context, the objective of this study was to evaluate the prevalence of depression in PD patients followed up in a specialized clinic and also to verify the impact of depression on the QoL of these patients and adherence to treatment with levodopa. The study was conducted in movement disorders clinic of the Hospital das Clínicas, Faculty of Medicine of Ribeirão Preto - USP. We selected 112 consecutive patients diagnosed with PD in use of levodopa, who were interviewed by the application of the following scales: Geriatric Depression Scale with 15 items (GDS-15), Parkinson's disease questionnaire-39 item version (PDQ-39), Morisky and Green test and Instrument to Measure Attitudes Toward Taking Medications (IAAFTR). A prevalence of depression of 25% (n = 28) and a strong correlation was found between the GDS-15 and all dimensions of the PDQ-39, showing the real impact that depression causes the QoL of patients with PD. Of the 112 patients, 53% (n = 59) showed no adherence to their treatment, and 52% reported that they are careless as to the time to take your medication. No correlation was found between presence of depressive symptoms and patient adherence to their therapy. The study showed that depression is associated with decreased quality of life in patients with PD, affecting all its dimensions, especially the mobility dimension. Health team that takes care of these patients should be encouraged and prepared to assist in the investigation of depressive symptoms in PD, its treatment to be the crucial basis for the improvement of QoL of these patients

Descriptors: Parkinson Disease, Levodopa, Depression, Quality of Life, Medication Adherence

Marchi, KC. Impacto de la depresión en la calidad de vida y la adhesión a la levodopa en pacientes con enfermedad de Parkinson [Dissertación]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2011.

RESUMEN

Considera universal, la enfermedad de Parkinson (EP) ocupa el segundo lugar entre las enfermedades neurodegenerativas más comunes en los ancianos. La depresión es la comorbilidad psiquiátrica más comunes asociados con esta enfermedad y ha sido identificado en varias ocasiones como el principal determinante del empeoramiento de la calidad de vida en estos pacientes, sino también uno de los factores que conducen a la falta de adherencia a la medicación propuesta. En este contexto, el objetivo de este estudio fue evaluar la prevalencia de la depresión en la EP pacientes seguidos en una clínica especializada y también para verificar el impacto de la depresión en la calidad de vida de estos pacientes y la adherencia al tratamiento con levodopa. El estudio se realizó en la Clínica de Trastornos del movimiento del Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina de Ribeirão Preto - USP. Hemos seleccionado 112 pacientes consecutivos con diagnóstico de EP en el uso de levodopa, que fueron entrevistados por la aplicación de las siguientes escalas: GDS-15, Parkinson's disease questionnaire-39 (PDQ-39), teste Morisky e Green y instrumentos para medir las actitudes hacia la toma de medicamentos (IAAFTR). La prevalencia de la depresión del 25% (n = 28) y una fuerte correlación se encontró entre el GDS-15 y todas las dimensiones del PDQ-39, que muestra el real impacto que la depresión hace que la calidad de vida de los pacientes con EP. De los 112 pacientes, 53% (n = 59) no mostró ninguna adhesión a su tratamiento, y el 52% informó que son descuidados en cuanto a la hora de tomar su medicamento. No se encontró correlación entre la presencia de síntomas depresivos y la adherencia del paciente a su tratamiento contra el Parkinson. El estudio mostró que la depresión se asocia con disminución en la calidad de vida en pacientes con enfermedad de Parkinson, que afecta a todas sus dimensiones, sobre todo la dimensión de la movilidad. El equipo que se encarga de estos pacientes deben ser motivados y preparados para ayudar en la investigación de los síntomas depresivos en la enfermedad, por su tratamiento ser la base fundamental para la mejora de la calidad de vida de estos pacientes.

Descriptores: Enfermedad de Parkinson, Levodopa, Depresión, Calidad de Vida, Cumplimiento de la Medicación

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Frequência e porcentagem das características sociodemográficas dos 112 pacientes com DP em uso de levodopa	27
Tabela 2 - Distribuição dos pacientes de acordo com a opinião sobre a importância da orientação no tratamento	28
Tabela 3 - Distribuição dos pacientes de acordo com o conhecimento a respeito das ações da levodopa.....	30
Tabela 4 - Distribuição dos valores das médias e desvio-padrão, com valor mínimo e máximo da PDQ-39 e suas oito dimensões	31
Tabela 5 - Escore da Correlação de Spearman entre PDQ-39 e suas oito dimensões e GDS-15 em pacientes com DP com e sem depressão	31
Tabela 6 - Distribuição dos pacientes com DP de acordo com os resultados apresentados no teste de Morisky e Green.....	32
Tabela 7 - Distribuição dos pacientes com DP de acordo com os resultados apresentados no IAAFTR.....	33

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1. Doença de Parkinson	12
1.2. Depressão e doença de Parkinson.....	13
1.3. Qualidade de Vida na doença de Parkinson	14
1.4. Adesão a levodopa.....	16
2. OBJETIVOS	20
2.1. Objetivo Principal.....	20
2.2. Objetivos Específicos	20
3. MÉTODOS.....	22
3.1. Tipo de estudo	22
3.2. Local do estudo.....	22
3.3. Sujeitos	22
3.4. Escalas de avaliação utilizadas para coleta de dados	23
3.4.1. Questionário Fechado	23
3.4.2. Escala geriátrica de depressão com 15 itens / <i>Geriatric Depression Scale 15-item version</i>	23
3.4.3. PDQ-39 / <i>Parkinson's disease questionnaire-39 item version</i>	24
3.4.4. Teste de Morisky e Green.....	24
3.4.5. IAAFTR (Instrumento para Avaliar Atitudes Frente à Tomada de Remédios)	24
3.5. Coleta de dados e procedimentos	25
3.6. Aspectos Éticos	25
3.7. Análise de dados.....	25
4. RESULTADOS	27
5. DISCUSSÃO	35
6. CONCLUSÕES.....	40
7. REFERÊNCIAS	42
8. ANEXOS	50
9. ARTIGOS PUBLICADOS	61

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1. Doença de Parkinson

Foi o médico inglês James Parkinson quem, pela primeira vez, descreveu a hoje conhecida doença de Parkinson (DP). No ano de 1817, em sua publicação “Um ensaio sobre a paralisia agitante” (“*An essay on the Shaking palsy*”), definiu a doença salientando seus sinais e sintomas cardinais como presença de tremores de repouso, diminuição da força muscular, posturas anormais do tronco e alterações de marcha, sem mencionar as alterações dos sentidos e intelecto (1-2). Em 1861-1862, Charcot e Vulpian acrescentaram várias contribuições para a descrição clínica da doença e foram os primeiros autores a descrever as alterações não motoras associadas (3).

Considerada universal, ocupa a segunda posição entre as doenças neurodegenerativas mais comuns em idosos depois da doença de Alzheimer. Sua prevalência é alta, afetando 3,3% da população brasileira com mais de 64 anos (4). No mundo inteiro são mais de dez milhões de pacientes e em 2020 estima-se que mais de 40 milhões de pessoas terão desordens motoras secundárias à DP (5). Se não corretamente tratada, 80 % dos pacientes com diagnóstico definido de DP se tornam severamente incapazes de desenvolver suas atividades e acabam indo a óbito após 10 a 14 anos do início da doença (6).

Apesar de bem descrita, a etiologia da DP não é completamente conhecida, sendo que alguns mecanismos têm sido propostos como fatores desencadeantes, entre os quais, dano oxidativo, genética e fatores ambientais (7). Entre os fatores genéticos, sabe-se que há pelo menos seis genes envolvidos com a DP (8). Possivelmente envolve diferentes causas para diferentes pacientes (9).

Em relação a sua patogênese, a DP deve ser considerada como um processo neurodegenerativo multicêntrico, com início em área subcortical e posterior degeneração a nível cortical e áreas límbicas (10). Tradicionalmente é descrita como resultado da perda de neurônios dopaminérgicos na substância negra e conseqüente redução do nível de dopamina no estriado de aproximadamente 60 a 70% do valor normal no momento do diagnóstico. Também está associada em 90% dos casos a depósitos protéicos citoplasmáticos (corpos de Lewy) (9). Esta descrição explica em parte os sintomas motores da doença. A degeneração de neurônios não dopaminérgicos também pode ocorrer em estágios mais tardios, levando o

paciente a disfunções colinérgicas e noradrenérgicas, o que por sua vez, contribui para as características não motoras da DP (11).

Mesmo a DP sendo tradicionalmente conhecida como um distúrbio do movimento, os seus sintomas não motores têm sido recentemente considerados como fatores relevantes de incapacidade em diferentes estágios da doença, podendo acometer diversos sistemas (12). Os principais descritos na literatura são: alterações neuropsiquiátricas como ansiedade, depressão, psicoses e prejuízos cognitivos; distúrbios do sono; alterações autonômicas, gastrointestinais e sensoriais. Alguns pacientes consideram estes sintomas mais debilitantes do que os sintomas motores da doença (13). Entre estas manifestações, os sintomas depressivos são os mais comuns (14).

1.2. Depressão e doença de Parkinson

A depressão na DP é particularmente importante por estar diretamente envolvida com a progressão dos sintomas físicos da doença, declínio cognitivo, diminuição da capacidade de auto-cuidado e principalmente com a piora na QV do paciente (15). Também está associada com o aumento da mortalidade na DP (16).

O trabalho de Duarte e Rego (2007) (17) evidenciou que os indivíduos com DP apresentaram até duas vezes mais depressão que os demais indivíduos com outras doenças crônicas estudados e algumas evidências sugerem também que a depressão pode ser um fator de risco para DP em um grupo de pacientes (18,19).

Fatores preditivos potenciais para o desenvolvimento de depressão na DP incluem: o paciente ser do sexo feminino, idade avançada, declínio cognitivo, comorbidade com ansiedade, aumento da gravidade da doença, instabilidade postural, sintomas motores que não respondem a levodopa e história familiar de DP (20).

A depressão na DP pode acometer até 68,1% dos pacientes, entretanto as taxas de prevalência variam bastante entre os diversos estudos dependendo do método empregado, da população avaliada e dos critérios diagnósticos utilizados (21). Apesar da alta prevalência, a comorbidade entre depressão e DP, geralmente, é sub-reconhecida e sub-diagnosticada (22). Neurologistas normalmente não reconhecem ou não diagnosticam depressão em mais de 50% das vezes em consultas de rotina (23) e, com isto, apenas 20% dos pacientes com DP e depressão recebem tratamento adequado para a comorbidade (24).

A dificuldade no diagnóstico de depressão na DP pode ser explicada parcialmente pela sobreposição de sintomas. Manifestações como diminuição da psicomotricidade, apatia, dificuldades de concentração e alterações de sono podem ser decorrentes da própria DP, podendo não representar um sintoma ou sinal de depressão. Portanto, para o diagnóstico de depressão na DP, devem-se ressaltar os sintomas psicológicos como: humor deprimido, perda do prazer nas atividades, sentimentos de culpa e menos valia (25).

Tanto aspectos relacionados aos prejuízos pertinentes à própria DP quanto mudanças neuroanatômicas resultantes da neurodegeneração devem ser considerados em sua etiologia (26). O estudo de Remy et al. (2005) (27), sugeriu que a depressão na DP está associada a perda específica da inervação de dopamina e noradrenalina dos componentes corticais e subcorticais do sistema límbico. O estudo de Frisina et al. (2009) (28) enfatizou a importância da deficiência das catecolaminas como regra na patogênese da depressão na DP.

A depressão tem sido reconhecida por ser a maior determinante de prejuízos da QV nestes pacientes, podendo afetar sua habilidade funcional e função cognitiva, além de afetar também a QV de seu cuidador (26,29).

Desta forma pode-se dizer que a depressão na DP tem um papel como fator prognóstico importante que deve ser reconhecido pela equipe que atende estes pacientes.

1.3. Qualidade de Vida na doença de Parkinson

Atualmente, há um crescente reconhecimento de que tanto o impacto da doença e seu tratamento sobre a vida diária quanto o bem estar psicológico do paciente e sua capacidade para executar seu papel social e ocupacional são igualmente importantes. Estes fatores, em parte, levaram à necessidade de avaliação da qualidade de vida como medida essencial para quantificar o real impacto das doenças crônicas sobre os pacientes (30).

A expressão *qualidade de vida* (QV) foi empregada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson em 1964 ao declarar que "*os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas.*" O interesse em conceitos como "padrão de vida" e "qualidade de vida" foi inicialmente partilhado por cientistas sociais, filósofos e políticos. A preocupação com o conceito de "*qualidade de vida*" refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle

de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (31). Bullinger et al. (32) consideram que o termo é mais geral e inclui uma variedade potencial maior de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de saúde e as intervenções médicas.

Desta forma, QV pode se conceituada de forma multidimensional e reflete a avaliação subjetiva da satisfação pessoal do paciente em relação ao seu bem-estar físico, funcional, emocional e social e também em relação a outros aspectos como relacionamento com a família, sua própria saúde, a saúde de pessoas próximas, questões financeiras, moradia, independência, religião, e atividades de lazer (33,34).

O comprometimento físico, social e econômico associados aos sinais e sintomas motores e às complicações secundárias da DP interferem no nível de incapacidade do indivíduo, fazendo com que esta patologia por si só influa negativamente na QV do paciente, levando-o ao isolamento e a pouca participação na vida social (35).

Com isto, o principal foco do tratamento em indivíduos com doenças crônicas, como a DP, deve ser a manutenção da QV, o que enfatiza a importância de conhecer as dimensões que abrangem esse conceito e as que são afetadas pela doença, e os instrumentos de medida que avaliam o impacto da DP na QV (33).

Estudos têm demonstrado alguns fatores preditivos responsáveis pela diminuição da QV dos pacientes com DP. Entre estes, o aumento da gravidade da doença, sintomatologia física apresentada, complicações relacionadas a medicações, declínio cognitivo e problemas psiquiátricos têm sido os principais apresentando forte correlação com a piora da QV dos pacientes (36,37). O conhecimento destes fatores ajuda a equipe a focar seus cuidados, e aos médicos selecionar estratégias de tratamento para minimizar as consequências tanto funcionais quanto emocionais da DP (35).

Os marcantes comprometimentos motores, a limitação física progressiva e a deficiência no desempenho funcional fazem dos aspectos físicos um dos grandes responsáveis pela piora da QV dos indivíduos portadores da DP (38).

No entanto é a depressão que tem sido apontada repetidamente como a principal determinante da piora da QV em pacientes com DP que possuem esta comorbidade (39). O impacto da depressão excede o do causado pelos sintomas motores da doença, por afetar mais dimensões da QV do paciente (40). Indivíduos com DP e depressão, doença avançada e altos níveis de disautonomia são os mais propensos a apresentar uma pior QV (35).

O estudo de Antonini et al. (2006) (41) demonstrou que o tratamento da depressão em pacientes com DP proporcionou um impacto significativo na QV, principalmente nas dimensões que dizem respeito a mobilidade, atividades de vida diária e estigma.

Com isso, freqüentemente vem sido discutida a importância do reconhecimento dos sintomas depressivos no paciente com DP, o diagnóstico precoce da depressão e o conseqüente tratamento adequado para a melhoria da QV destes pacientes (42).

1.4. Adesão a levodopa

Desde a década de 70, quando introduzida no mercado, a levodopa é considerada a droga de escolha para o tratamento da DP. É altamente eficaz, e uma boa resposta do paciente à droga é freqüentemente incluído como critério diagnóstico para DP (43). A levodopa é transportada através da barreira hematoencefálica e transformada em dopamina pela ação da enzima dopa descarboxilase, uma vez que este neurotransmissor não atravessa a barreira (44). Desta forma, a dopamina produzida é então liberada no espaço sináptico e recaptada pelo neurônio dopaminérgico através do transportador de dopamina e rearmazenada para sua liberação. A levodopa também pode ser convertida em dopamina periféricamente, o que é impedido com sua combinação com inibidores de descarboxilase carbidopa ou benserazida (45).

Embora a levodopa ofereça alívio efetivo dos sintomas em todos os estágios da doença, seu risco de induzir complicações motoras levou muitos a defender a utilização de drogas alternativas. Em relação a estas outras medicações também utilizadas para o tratamento, entre os pacientes com idade inferior a 55 anos, os agonistas dopaminérgicos (pramipexol, ropirinol) são medicamentos de primeira linha, pois apresentam menor risco para o aparecimento das discinesias quando em monoterapia. Entretanto após alguns anos de tratamento o uso de levodopa geralmente é necessário. Os inibidores da monoaminoxidase tipo B (selegilina e rasagilina), a amantadina e os anticolinérgicos (biperideno), também podem ser utilizadas como alternativas, no entanto, com eficácia sempre inferior à levodopa (46).

A adesão a terapia medicamentosa é considerada o principal determinante para a efetividade do tratamento, tem sido foco de várias pesquisas nos últimos anos, e sem dúvida, se tornou um dos maiores problemas enfrentados na prática médica, pela sua complexidade.

São escassos os estudos que avaliaram a adesão do paciente com DP à sua terapia, especialmente a levodopa.

Define-se adesão ao tratamento como o grau de concordância entre o comportamento de uma pessoa em relação às orientações do médico ou de outro profissional de saúde (47), requerendo uma relação colaborativa entre as partes.

São vários os fatores que influenciam a adesão do paciente à sua terapia e estão relacionados principalmente às condições demográficas e sociais do paciente, à natureza da doença, às características da terapêutica, ao relacionamento do paciente com os profissionais de saúde, bem como a características intrínsecas ao próprio paciente, como sua compreensão do tratamento e a relação estabelecida com os profissionais de saúde (48). A existência de dúvidas que o paciente guarda para si sobre sua terapia constitui um fator importante de não-adesão ao mesmo tempo passível de mudança quando a equipe de saúde atua de forma a educar o paciente, o orientando sobre os medicamentos que utiliza (48,49). Isto possibilitaria o preparo do paciente para assumir um papel ativo e responsável em seu tratamento, permitindo, também, que o mesmo perceba que pode controlar os sintomas com atitudes de maior adesão (50,51).

Regimes terapêuticos complexos diminuem a adesão do pacientes à terapia, devido principalmente ao número de medicações e os horários múltiplos de administração por dia. Um estudo com 39 pacientes com DP demonstrou que eles tomavam em média 5,2 medicamentos em 3,8 doses ao dia (52).

Uma revisão sistemática da literatura mostrou que pacientes deprimidos são três vezes mais propensos a ter pior adesão aos medicamentos propostos do que pacientes com doença crônica sem comorbidade com a depressão (53).

No início do curso da DP, a resposta de longa duração a agentes dopaminérgicos mascara os sinais de não aderência do paciente. Com o avanço da doença, doses não tomadas, tomadas em excesso, ou em horários diferentes dos prescritos podem causar aumento do parkinsonismo, flutuações motoras, ou uma variedade de outros efeitos colaterais. Em resposta aos sinais e sintomas exibidos pelos pacientes, os médicos modificam os horários prescritos da medicação e neste ponto a adesão a terapia torna-se fundamental (54).

Grosset et al. (2005) (54), analisou a adesão em pacientes com DP e demonstrou que um quinto destes pacientes tomavam menos medicação do que o prescrito pelos médicos. Ainda explicou que este fato se deveu principalmente à presença de depressão associada à baixa QV, pacientes mais jovens e que possuíam regimes terapêuticos mais complexos. Um fato interessante que observou é que mesmo possuindo adesão ao tratamento os pacientes

tomaram a medicação em intervalos errados. Todos estes fatores devem ser considerados pela equipe de saúde para maximizar os benefícios da terapia com antiparkinsonianos.

Da mesma forma, Leopold et al. (2004) (55) concluiu que aproximadamente apenas 10% dos pacientes com DP da pesquisa seguiam seu regime terapêutico. Durante um mês de estudo, demonstrou que 54% dos pacientes com DP não possuíram adesão à terapia, esquecendo de tomar a medicação, errando o horário ou tomando doses extras, sendo que 76,4% deles reconheciam ter esquecido ou tomado em horário errado sua medicação antiparkinsoniana.

Também é importante ressaltar que a não adesão gera custos econômicos potenciais que envolvem principalmente tempo de trabalho perdido da equipe envolvida, aumento de consultas, hospitalizações e cuidados mais especializados (55).

O baixo grau de adesão pode afetar negativamente a evolução clínica do paciente e a sua QV, constituindo-se em problema relevante, que pode trazer conseqüências pessoais, sociais e econômicas (56).

2. OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Principal

Avaliar a prevalência de depressão em pacientes com DP em seguimento em um ambulatório especializado.

2.2. Objetivos Específicos

- A) Verificar o impacto da depressão na QV de pacientes com DP;
- B) Verificar o impacto da depressão na adesão ao tratamento com levodopa.

3. MÉTODOS

3. MÉTODOS

3.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal e descritivo de abordagem quantitativa. Esse tipo de estudo coleta descrições detalhadas de variáveis existentes e usa os dados para avaliar e justificar condições e práticas correntes ou fazer planos para melhorar as práticas de atenção à saúde. O desenho foi utilizado para buscar informações precisas sobre as características dos sujeitos da pesquisa e também sobre a frequência de ocorrência de um fenômeno (57).

3.2. Local do estudo

O estudo foi realizado no Ambulatório de Distúrbios do Movimento do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HC-FMRP-USP) que está localizado no *Campus* de Ribeirão Preto.

3.3. Sujeitos

Foram avaliados 112 pacientes com diagnóstico de DP idiopática em tratamento com o antiparkinsoniano levodopa, maiores de 18 anos, que concordaram em participar do estudo, sendo capazes de entender e responder ao questionário. O diagnóstico de DP é feito segundo os critérios da *United Kingdom Parkinson's disease Society Brain Bank*, e inclui três passos: (1) diagnóstico de parkinsonismo (presença de bradicinesia e pelo menos um dos seguintes sintomas: rigidez muscular, tremor de repouso ou instabilidade postural); (2) exclusão de outras causas de parkinsonismo (por exemplo: história de traumas repetidos, encefalites, tratamento com neurolépticos no início dos sintomas); e (3) presença de critérios relacionados à evolução clínica como início unilateral, desordem progressiva, assimetria persistente e excelente resposta a levodopa (58).

Os pacientes participantes estavam em seguimento no Ambulatório de Distúrbios do Movimento do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HC-FMRP-USP) e foram avaliados consecutivamente no período de março a dezembro de 2010.

3.4. Escalas de avaliação utilizadas para coleta de dados

3.4.1. Questionário Fechado

Na primeira parte do questionário (A) foram coletados dados de identificação dos sujeitos participantes. Na segunda parte (B) o objetivo foi avaliar se o usuário de levodopa achava importante que fosse feita alguma orientação sobre o uso do medicamento. Na terceira parte (C) foram coletados dados a respeito do conhecimento do usuário sobre o medicamento antiparkinsonino (anexo A).

3.4.2. Escala geriátrica de depressão com 15 itens / *Geriatric Depression Scale 15-item version*

A GDS-15 (anexo B) é uma versão curta da escala original de 30 itens e foi elaborada por Sheikh & Yesavage (1986) a partir dos itens que mais fortemente se correlacionavam com o diagnóstico de depressão (59). A escala contém 15 itens, os quais devem ser respondidos “sim” ou “não”. Esses itens, em conjunto, mostraram boa acurácia diagnóstica, com sensibilidade, especificidade e confiabilidade adequadas. Essa versão reduzida é favorável para o rastreamento de depressão em ambulatórios gerais, assim como em outros ambientes não-especializados, pois o tempo necessário para a sua administração é menor (59). Um ponto de corte de 7/8 deve ser utilizado para identificação de depressão maior na DP (61). Almeida e Almeida (62) demonstraram que a versão brasileira da GDS-15 oferece medidas válidas para o diagnóstico de episódio depressivo maior de acordo com os critérios da CID-10 e DSM-IV. Outros trabalhos também validaram a GDS-15 para amostras de pacientes com DP (63,64).

3.4.3. PDQ-39 / *Parkinson's disease questionnaire-39 item version*

O PDQ-39 (anexo C) é um questionário específico de avaliação da QV na DP e compreende 39 itens. Foi desenvolvido com base em entrevistas com pessoas com DP, amplamente validado e traduzido em mais de 50 idiomas (65,66). A adaptação para o português-Brasil foi realizada na *Health Services Research Unit (Department of Public Health and Primary Care - University of Oxford)*, em 2005 (34). O PDQ-39 é dividido em oito dimensões: Mobilidade (10 itens), Atividades de Vida Diária (6 itens), Bem Estar Emocional (6 itens), Estigma (4 itens), Apoio Social (3 itens), Cognição (4 itens), Comunicação (3 itens) e Desconforto Corporal (3 itens). A pontuação total no PDQ-39 varia de 0 (nenhum problema) a 100 (máximo nível de problema), ou seja, uma baixa pontuação indica melhor percepção da QV por parte do indivíduo (29). Ainda não está disponível, na literatura, um ponto de corte que indique quais valores representam uma boa ou ruim percepção da QV.

3.4.4. Teste de Morisky e Green

O teste Morisky e Green (anexo D) é utilizado para identificar o grau de adesão ao tratamento medicamentoso prescrito, bem como permite avaliar o comportamento do paciente frente ao uso diário do medicamento (67). Estudos anteriores demonstraram sua utilidade e estabeleceram sua validade (68-70). É composto por quatro questões, com respostas Sim ou Não, em que Sim = 0 e Não = 1. O paciente é considerado aderente ao tratamento quando a pontuação for de quatro pontos, e não aderente quando obtiver três ou menos pontos.

3.4.5. IAAFTR (Instrumento para Avaliar Atitudes Frente à Tomada de Remédios)

O instrumento para avaliar atitudes frente a tomada dos remédios (anexo E) é composto de 10 perguntas estruturadas, com respostas afirmativas ou negativas. A nota de corte proposta é de 7, sendo as pontuações menores ou iguais a 7 referentes à atitude negativa e pontuações maiores do que 7, à atitude positiva (51,70).

3.5. Coleta de dados e procedimentos

A coleta de dados foi realizada no próprio ambulatório, no local onde os pacientes aguardam as consultas médicas. Primeiramente os prontuários dos pacientes que seriam atendidos no dia eram avaliados e os que atendiam aos critérios propostos pelo estudo, ou seja, pacientes com diagnóstico de DP idiopática e em uso de levodopa eram chamados e, mediante sua aceitação em participar do estudo, eram entrevistados. A avaliação era realizada durante o período em que o paciente aguardava consulta médica.

3.6. Aspectos Éticos

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP) (Processo HCRP no 10078/2009) (anexo F). Ao manifestar a concordância em participar da pesquisa, o participante tomou conhecimento e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo G), de acordo com a Resolução 196/96.

3.7. Análise de dados

Para análise dos dados foi utilizada abordagem quantitativa. Após a codificação de cada uma das variáveis, foi elaborado um dicionário de dados para construção de uma planilha no programa excel. Posteriormente, os dados foram transportados para serem analisados no programa Statistical Package for the Social Science (SPSS, versão 17.0). Foram investigadas associações estatísticas entre as variáveis categóricas usando o teste Qui-quadrado (χ^2), sendo a hipótese de associação aceita quando p encontrado for menor ou igual a 0,05. O coeficiente não - paramétrico de correlação de Spearman foi utilizado para analisar a relação e o grau de associação entre as escalas PDQ-39 e GDS-15. A comparação das variáveis quantitativas foi feita pelo teste não paramétrico de Mann-Whitney (71).

4. RESULTADOS

4. RESULTADOS

Dos 112 pacientes entrevistados 50,9% eram do sexo masculino, com média de idade de 65,6 anos (Desvio Padrão = $\pm 11,5$), idade mínima de 43 e máxima de 88 anos. A maioria da amostra (89,2%) apresentou baixa escolaridade (menos que oito anos de estudo), não trabalhava (95,5%) e era casada (58,9%) (Tabela 1).

Tabela 1. Frequência e porcentagem das características sociodemográficas dos 112 pacientes com DP em uso de levodopa.

<i>Variáveis</i>	<i>F</i> <i>(n=112)</i>	<i>%</i>
Gênero		
Masculino	57	50,9
Feminino	55	49,1
Idade		
20-40 anos	0	0,0
40-60 anos	38	34,0
60-80 anos	63	56,2
80 anos ou mais	11	9,8
Estado civil		
Solteiro(a)	12	10,7
Casado(a)	66	58,9
Divorciado(a)	22	19,6
Viúvo(a)	12	10,7
Número de Filhos		
Sem filho	17	15,2
1 filho	7	6,3
2- 3 filhos	52	46,4
4 ou mais	36	32,1
Trabalha		
Sim	5	4,5
Não	107	95,5

Não houve diferença significativa entre os que receberam (42%) e não receberam (58%) orientação acerca da terapia medicamentosa com levodopa ($\chi^2_{1}=2,89$; $p>0,05$) (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos pacientes de acordo com a opinião sobre a importância da orientação no tratamento.

<i>Variáveis</i>	<i>F</i> <i>(n=112)</i>	<i>%</i>	<i>Teste</i> χ^2
Recebeu orientação quanto ao uso da levodopa			
Sim	47	42,0	2,89
Não	65	58,0	$p>0,05$
Quem orientou			
Médico	46	97,8	82,38
Outro	1	2,2	$p<0,05$
Considera a orientação importante			
Sim	81	72,3	22,32
Não	0	0,0	$p<0,05$
Não sabe	31	27,7	
Qual a importância da orientação			
Aumenta confiança na terapia	62	76,5	
Aumenta a segurança da terapia	40	49,3	
Aumenta a efetividade da terapia	40	49,3	
Reduz efeitos colaterais e interações	20	24,7	
Dúvidas quanto ao tratamento			
Sim	25	22,3	34,32
Não	87	77,7	$p<0,05$
Qual dúvida			
Mecanismo de ação	4	16,0	
Efeitos colaterais	19	76,0	
Tempo de tratamento	3	12,0	
Interação com outros fármacos	2	8,0	
Tempo de início da ação do fármaco	5	20,0	
Se a levodopa causa dependência	0	0,0	
Outros	5	20,0	

A orientação foi realizada majoritariamente pelo médico ($\chi^2_1=82,38$; $p<0,05$) sendo citado uma vez o fisioterapeuta. A maioria dos participantes (72,3%) considerou a orientação importante ($\chi^2_1=22,32$; $p<0,05$) para aumentar a confiança, segurança e efetividade da terapia, minimizar os efeitos colaterais e interações medicamentosas. Ainda que a orientação pré-administração no uso da levodopa não fosse feita para a maioria dos pacientes, houve diferença significativa ($\chi^2_1=34,32$; $p<0,05$) entre usuários que apresentaram dúvidas (22,3%) e os que não apresentaram dúvidas (77,7%) (Tabela 2).

Na Tabela 3, que se refere ao conhecimento sobre as ações da levodopa, verificamos que 93% dos pacientes nunca aumentaram a dose do medicamento sem consentimento médico. Quando perguntados sobre a presença de efeitos colaterais, 39,3% dos pacientes referiram estar apresentando devido ao uso de levodopa. Dentre os efeitos colaterais relatados, o mais freqüente foi movimentos involuntários (39%). Aproximadamente 57% dos pacientes referiram outros sintomas como sono, tontura, dores no estômago, “cabeça pesada”, azia, quedas, constipação, fraqueza, mal estar, dor no peito, angústia, vermelhidão pela pele, salivação excessiva ou boca seca. Porém ficou evidenciado que não houve certeza por parte do paciente se estes sintomas relatados eram realmente efeitos da levodopa, uma vez que eles possuíam dúvidas, principalmente, quanto aos efeitos colaterais do fármaco.

Não foi encontrada associação entre dúvidas quanto ao tratamento e orientação sobre o uso de levodopa ($p>0,05$). No entanto, é importante observar que dentre os 47 pacientes que foram orientados, 35 (74,4%) referiram não possuir nenhuma dúvida em relação à terapia.

Os resultados obtidos com a aplicação da GDS-15 foram interpretados de acordo com o estudo de Chagas (2010) (62) adotando um ponto de corte 7/8, o recomendado para identificação de depressão maior na DP. Desta forma constatamos que 28 pacientes (25%) apresentaram critérios que evidenciam provável diagnóstico de depressão.

Tabela 3. Distribuição dos pacientes de acordo com o conhecimento a respeito das ações da levodopa.

<i>Variáveis</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
	<i>(n=112)</i>	
Já aumentou a dose sem consultar o médico		
Nunca	104	92,9
Uma vez	5	4,5
Freqüentemente	3	2,7
Está apresentando efeitos colaterais devido ao uso da levodopa?		
	44	39,3
Sim	50	44,6
Não	18	16,1
Não sabe		
Efeitos colaterais apresentados		
Náusea	4	9,1
Vômito	3	6,8
Falta de apetite	2	4,5
Diarréia	2	4,5
Agitação	1	2,2
Insônia	2	4,5
Depressão	1	2,2
Movimentos involuntários	17	38,6
Aumento da freqüência cardíaca	2	4,5
Outros	25	56,8

Na tabela 4 estão identificados os escores resultantes da análise do PDQ-39. A média do escore total foi de 42,6. As dimensões do PDQ-39 mais afetadas nos pacientes entrevistados foram a “mobilidade” com uma média de 14,08 e “emoções” que por sua vez apresentou média de 7,84.

Tabela 4. Distribuição dos valores das médias e desvio-padrão, com valor mínimo e máximo da PDQ-39 e suas oito dimensões.

<i>Dimensões</i>	<i>Média (desvio-padrão)</i>	<i>Min</i>	<i>Máx</i>
PDQ-39			
Mobilidade	14,08(±7,54)	0,0	25,64
AVD	6,38(±5,33)	0,0	15,38
Emoções	7,84(±3,17)	0,64	15,38
Estigma	2,37(±2,47)	0,0	8,97
Suporte Social	1,12(±1,37)	0,0	6,41
Cognição	4,80(±1,90)	0,64	9,62
Comunicação	2,97(±1,76)	0,0	7,05
Desconforto Corporal	3,07(±1,39)	0,0	6,41
PDQ-39(total)	42,66(±18,8)	3,21	76,28

Uma forte correlação entre o escore total do PDQ-39 e suas dimensões com o total da GDS-15 foi encontrada. O grupo de pacientes com depressão ($GDS-15 \geq 8$) apresentaram altos escores ($p < 0.0001$) no PDQ-39. As dimensões que mais se correlacionaram com a GDS-15 foram “mobilidade” e “emoções” (Tabela 5).

Tabela 5. Escore da Correlação de Spearman entre PDQ-39 e suas oito dimensões e GDS-15 em pacientes com DP com e sem depressão.

	<i>Correlação total GDS-15 (correlação de Spearman)</i>	<i>DP sem depressão (GDS-15 < 8) n=84</i>	<i>DP com depressão (GDS-15 ≥ 8) n=28</i>	<i>P (Mann-Whitney)</i>
	Correlação	Média (desvio-padrão)		
PDQ-39 total	0,741	37,22 (±16,93)	58,99 (±14,32)	<0,0001
<i>Mobilidade</i>	0,642	12,44 (±7,49)	19,00 (±5,31)	<0,0001
<i>AVD</i>	0,498	5,37 (±4,99)	9,40 (±5,28)	<0,0001
<i>Emoções</i>	0,642	6,75 (±2,60)	11,10 (±2,40)	<0,0001
<i>Estigma</i>	0,408	1,84 (±2,13)	3,96 (±2,76)	<0,0001
<i>Suporte Social</i>	0,463	0,82 (±1,16)	2,03 (±1,56)	<0,0001
<i>Cognição</i>	0,498	4,47 (±1,76)	5,79 (±1,99)	0,005
<i>Comunicação</i>	0,620	2,62 (±1,69)	4,02 (±1,55)	<0,0001
<i>Desconforto Corporal</i>	0,420	2,88 (±1,38)	3,66 (±1,26)	0,019

O critério para análise do teste de Morisky e Green foi adotado conforme o trabalho de Cavalari (2010) (70) onde a pontuação de 0 a 3 pontos indica não adesão e 4 pontos para os que tem adesão. Os dados indicaram que 53 pacientes (47,3%) apresentaram adesão à terapia quando avaliados pelo teste e 59 (52,7%) não tiveram adesão (pontuação ≤ 3) ($\chi^2_1=0,44$; $p>0,05$). Um dado que chamou atenção foi que dos 112 pacientes, 58 (51,8%) reportaram que são descuidados quanto ao horário de administração de sua medicação ($\chi^2_1=0,14$; $p>0,05$) e 36 (32,1%) já se esqueceram de tomar sua medicação alguma vez ($\chi^2_1=14,28$; $p<0,05$) (Tabela 6).

Tabela 6. Distribuição dos pacientes com DP de acordo com os resultados apresentados no teste de Morisky e Green.

<i>Itens</i>	<i>(n=112)</i>	<i>Sim</i> <i>(%)</i>	<i>Não</i> <i>(%)</i>	<i>Teste</i> χ^2
Você alguma vez, esquece de tomar seu remédio?		32,1	67,9	14,28 $p<0,05$
Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu remédio?		51,8	48,2	0,14 $p>0,05$
Quando você se sente bem, alguma vez, você deixa de tomar o remédio?		6,3	93,8	85,75 $p<0,05$
Quando você se sente mal com o remédio, às vezes, deixa de tomá-lo?		8,9	91,1	75,57 $p<0,05$

Analisando a pontuação obtida nas 10 questões que avaliaram atitudes frente à tomada dos remédios observou-se que 79 pacientes apresentaram atitudes positivas e 33 atitudes negativas, sendo que 51,8% não anotam o horário de sua medicação e 52,7% não tomam a medicação sempre no mesmo horário, não havendo diferença significativa em suas proporções ($\chi^2_1=0,14$; $p>0,05$; $\chi^2_1=0,32$; $p>0,05$). Da mesma forma, 16 pacientes (14,3%) haviam deixado de tomar alguma medicação para DP nos últimos dias (Tabela 7).

Tabela 7. Distribuição dos pacientes com DP de acordo com os resultados apresentados no IAAFTR.

<i>Itens</i>	<i>(n=112)</i>	<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>Teste</i>
		<i>(%)</i>	<i>(%)</i>	χ^2
1- Você anota horário para não se esquecer de tomar os remédios?		48,2	51,8	0,14 <i>p</i> >0,05
2- Você toma os remédios sempre no mesmo horário?		47,3	52,7	0,32 <i>p</i> >0,05
3- Você associa o horário de tomar o remédio com as atividades do dia a dia?		78,6	21,4	36,57 <i>p</i> <0,05
4- Quando tem que sair de casa, você toma os remédios?		94,6	5,4	89,28 <i>p</i> <0,05
5- Você providencia nova caixa do remédio antes dele acabar?		94,6	5,4	89,28 <i>p</i> <0,05
6- Você leva os remédios consigo quando viaja?		97,3	2,7	100,32 <i>p</i> <0,05
7- Você toma os remédios mesmo quando há diminuição dos sintomas?		91,1	8,9	75,57 <i>p</i> <0,05
8- Você deixa de tomar os remédios quando ingere bebida alcoólica?		1,8	98,2	104,14 <i>p</i> <0,05
9- Você deixou de tomar algum dos remédios para Parkinson nos últimos dias?		14,3	85,7	57,14 <i>p</i> <0,05
10- Faltou alguma vez à consulta médica nestes últimos seis meses?		0,9	99,1	108,03 <i>p</i> <0,05

Não foi encontrada correlação entre o teste de Morisky e Green e o instrumento IAAFTR com a GDS-15. Com isso, não foi observada no presente estudo a relação entre a adesão do paciente ao tratamento e a presença de sintomas depressivos (*p*>0,05). Da mesma forma não houve associação entre adesão a terapia e se o paciente recebeu ou não orientação quanto ao uso da levodopa. Porém vale ressaltar que dos 59 pacientes não aderentes, 39 (66%) não foram orientados.

5. DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

O presente trabalho demonstrou a presença de depressão em 25% dos pacientes entrevistados com DP, de acordo com o ponto de corte de 7/8 da GSD-15 proposto para a detecção de depressão em pacientes com DP (62). O valor encontrado é significativo e demonstra como é comum a presença desta comorbidade nestes pacientes, porém é menor quando comparado a outros trabalhos que também identificaram a prevalência de depressão em pacientes com DP. Esta constatação pode estar relacionada ao fato de que a amostra estudada é formada por pacientes atendidos em um serviço terciário, onde já possui diagnóstico e tratamento estabelecidos. Mesmo com valores de prevalência variados, deve-se ressaltar a importância dos estudos destacarem a presença de sintomas depressivos na DP salientando a necessidade de seu reconhecimento e tratamento para o indivíduo (18-27).

O impacto da depressão em pacientes com DP varia de manifestações moderadas como indisposição para cooperar até afastamento das atividades que costumavam ser feitas e isolamento social (72). Da mesma forma, a literatura enfatiza que pacientes com DP e depressão frequentemente possuem menor desempenho em escalas que avaliam função motora, atividades de vida diárias, apresentam mais alterações cognitivas e principalmente reportam pior percepção em sua QV (73).

Com isso, vale ressaltar a importância dos pacientes com DP serem rotineira e cuidadosamente avaliados para a presença de depressão, assim sendo beneficiados com o diagnóstico e tratamento precoces (74). De acordo com o *Global Parkinson's Disease Survey Steering Committee* (75) apenas 1% dos pacientes com DP reportam a depressão como um problema concomitante, apesar de 50% deles serem considerados depressivos.

Sabendo que uma baixa pontuação no PDQ- 39 indica melhor percepção da QV por parte do indivíduo, a média do escore total da escala encontrada de 42,66 mostra que realmente pacientes com DP possuem sua QV afetada. A QV do portador de DP está comprometida em várias dimensões, entre elas, física, mental/emocional, social e econômica (33). As dimensões mais afetadas de acordo com o PDQ-39 aplicado nestes pacientes foram “mobilidade” (14,08), “emoções” (7,84) e “atividades de vida diária” (6,38).

Vários fatores podem influenciar a QV desses indivíduos, sendo que os sinais e sintomas mais encontrados na literatura e que apresentam maior relevância para a DP são: bradicinesia, tremor, rigidez, instabilidade postural, distúrbios da marcha, dor, fadiga, distúrbios cognitivos e sexuais. Além disso, a limitação social e a sobrecarga econômica

também são fatores que também afetam diretamente a QV desses pacientes (35-38). Entretanto, trabalhos concluíram que, apesar dessas relações, as dimensões física e mental/emocional parecem ser as mais relevantes no comprometimento da QV da DP, uma vez que podem ser as responsáveis pelo desenvolvimento das outras limitações (33-35). Com isso, ultimamente tem sido destacado principalmente o impacto que a presença de sintomas depressivos pode causar na QV destes pacientes (39,40).

No presente estudo evidenciamos o real impacto que a depressão causa na QV dos pacientes com DP, pela forte correlação demonstrada entre a GDS-15 e todas as dimensões do PDQ-39. O grupo de pacientes com depressão apresentou alta pontuação no PDQ-39, o que indica uma pior percepção da QV pelo indivíduo. As dimensões “emoções” e “mobilidade” foram as que mais se correlacionaram ($r=0,642$; $p<0,0001$).

Claramente a depressão afeta a saúde mental do indivíduo, como também seu bem-estar emocional. A média encontrada na dimensão “emoções” para os pacientes sem depressão foi de 6,7, em contraste com 11,1 para os pacientes com depressão. Sabe-se que quanto maior a gravidade da depressão, maior a labilidade emocional e pior a percepção da QV, visto que indivíduos com depressão apresentam maior incapacidade e dependência (18).

Os aspectos físicos também podem ser considerados um dos grandes responsáveis pela piora da QV dos indivíduos com DP, pois agem como precursores de limitações em outras dimensões. As limitações físicas afetam emocionalmente o indivíduo, uma vez que este não consegue realizar suas atividades ocupacionais e atividades de vida diárias e, conseqüentemente, perdendo sua independência. Este fator gera a tendência ao isolamento, abdicação de atividades que lhe proporcionam prazer, e conseqüente afastamento da sociedade (34-35).

A dimensão “mobilidade” apresentou uma média de 19,0 nos pacientes com depressão, e 12,4 nos pacientes sem depressão. Os marcantes comprometimentos motores, a limitação física progressiva e a deficiência no desempenho funcional somados aos prejuízos causados pela depressão fizeram desta dimensão a mais afetada quando comparada a outras (35). Estes dados se relacionam com alguns trabalhos, os quais constataram correlação positiva entre piora do quadro motor, medida por escalas neurológicas específicas, e presença de depressão, corroborando a hipótese de que, ao comparar pacientes deprimidos e não deprimidos, o quadro motor é mais grave na presença de sintomas depressivos (21). No estudo de Schrag et al. (2000) (29), indivíduos com instabilidade postural, história de quedas e dificuldade de marcha apresentaram escores significativamente piores no PDQ-39 quando comparados a indivíduos sem essas características.

A dimensão “comunicação” foi a terceira que mais se correlacionou como total da GDS-15 e isto se deve principalmente pelo fato desta dimensão apresentar questões que abrangem aspectos motores da DP e domínios ligados a estes estão relacionados a uma pior percepção no escore do PDQ-39 (76). É de extrema importância o conhecimento e compreensão de todas as dimensões da QV afetadas pela DP, assim como de suas causas. Baseado nessas informações, a equipe de saúde será capaz de desenvolver programas de tratamento que minimizem as limitações decorrentes da progressão da doença, contribuindo assim para a melhora da QV desses indivíduos.

A adesão ao tratamento é a base para o sucesso do programa terapêutico (53). Os dados resultantes da aplicação do teste de Morisky e Green corroboram outros estudos realizados sobre adesão a terapia em pacientes com DP (54,55). Demonstramos que 53% dos pacientes não apresentaram adesão ao seu tratamento, sendo que 52,2% reportaram que são descuidados quanto ao horário de tomarem sua medicação e 33% já se esqueceram de tomar a medicação alguma vez. Da mesma forma, o instrumento que avalia as atitudes frente à tomada de remédios (IAAFTR) também evidenciou que 53% dos pacientes são descuidados quanto ao horário de tomar os remédios e 15,7% haviam deixado de tomar alguma medicação para DP nos últimos dias. Assim, um fato comum observado entre os dois instrumentos foi o descuido quanto ao horário de tomar a medicação. Este comportamento do tipo não intencional predominante, quando o paciente freqüentemente se esquece de tomar o medicamento, ou é descuidado com o horário para tomar os remédios, vem sendo observado em outros estudos, como fator mais freqüente que leva ao baixo grau de adesão ao tratamento medicamentoso prescrito (47,77). Esta constatação também foi feita no estudo de Grosset (2005) (54) que avaliou a adesão em pacientes com DP, onde foi demonstrado que mesmo possuindo adesão ao tratamento os pacientes tomaram a medicação em intervalos errados. Vale ressaltar que, com o avanço da doença, doses não tomadas, tomadas em excesso, ou em horários diferentes dos prescritos podem causar aumento do parkinsonismo, flutuações motoras, ou uma variedade de outros efeitos colaterais (54). Por outro lado, encontramos que 93% dos pacientes nunca tomaram mais medicação do que o prescrito pelo médico. Esta constatação é importante, uma vez que o uso excessivo de levodopa está associado ao aumento de discinesias e distúrbios de comportamento (78). A presença de depressão também é um fator que interfere na adesão do paciente a sua terapia. Mesmo assim não encontramos correlação entre a presença de sintomas depressivos e a adesão do paciente a sua terapia antiparkinsoniana.

Um dado importante encontrado no estudo é que 78,3% dos participantes referiram não apresentar dúvidas referentes a terapia com levodopa. Vale lembrar que a existência de dúvidas que o paciente guarda para si sobre sua terapia constitui um fator importante de não-adesão ao mesmo tempo passível de mudança quando a equipe de saúde atua de forma a educar o paciente, o orientando sobre os medicamentos que utiliza (48,49). Paralelamente, esta constatação permitiu concluirmos que os pacientes entrevistados conhecem o tratamento com levodopa que está sendo utilizado para o tratamento da DP. Das dúvidas apresentadas, 76% foram referentes aos efeitos colaterais que a levodopa pode causar, portanto cabe relembrar a atuação da equipe de saúde neste contexto. Desta forma, percebe-se a importância da atenção voltada para estes aspectos da atenção e cuidado à saúde, como a comunicação com o paciente, com maior preocupação no investimento na informação, educação e orientação dos pacientes, por meio de intervenções que permitam que eles se conscientizem sobre a importância do uso correto dos medicamentos. Quando questionados sobre este assunto, 72,3 % dos pacientes referiram que consideram a orientação dos profissionais sobre sua terapia importante, principalmente por aumentar sua confiança, segurança e efetividade do tratamento. Com isso, igualmente, seria necessário investir na atualização dos profissionais de saúde, discutindo, junto à equipe de saúde, o problema da não adesão ao tratamento e de suas causas, bem como as possibilidades da sua resolução. Frente à necessidade de se trabalhar com o paciente de forma abrangente, novamente fica clara a pertinência de um enfoque multidisciplinar, visando à melhoria da QV daquele que busca atendimento.

Uma limitação do presente estudo foi a ausência de dados clínicos adicionais que pudessem demonstrar a relação da depressão com a gravidade da DP, sua duração e início. Da mesma forma o conhecimento sobre o uso de antidepressivos entre os pacientes seria interessante para possíveis correlações.

6. *CONCLUSÕES*

6. CONCLUSÕES

O presente estudo demonstrou que a depressão está associada à piora da qualidade de vida em pacientes com DP, afetando todas suas dimensões, especialmente a dimensão mobilidade. Não foi encontrada correlação entre presença de sintomas depressivos e adesão do paciente a terapia com levodopa, porém ficou evidenciado que os pacientes com DP entrevistados são descuidados principalmente quanto ao horário de administração de sua medicação. A amostra também apresentou bom conhecimento quanto à terapia com levodopa, demonstrando dúvidas em especial no que se refere aos efeitos colaterais da medicação.

Médicos, especialmente neurologistas, e toda a equipe de saúde que cuida destes pacientes devem ser encorajados e preparados para ajudar na investigação de sintomas depressivos na DP, por ser o seu tratamento a base crucial para a melhora da QV destes pacientes. Da mesma forma maior atenção deve ser proporcionada aos aspectos relacionados à adesão do paciente com DP à sua terapia, principalmente com o aumento da pesquisa nesta área.

7. REFERÊNCIAS

7. REFERÊNCIAS

1. Parkinson J. An essay on the shaking palsy. 1817. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2002 Spring;14(2):223-36; discussion 2.
2. Kempster PA, Hurwitz B, Lees AJ. A new look at James Parkinson's Essay on the Shaking Palsy. *Neurology* 2007 Jul 31;69(5):482-5.
3. Teive HAG. O Papel de Charcot na doença de Parkinson. *Arquivos de Neuro- Psiquiatria* 1998;56(1): 141-5.
4. Barbosa MT, Caramelli P, Maia DP, Cunningham MC, Guerra HL, Lima-Costa MF, et al. Parkinsonism and Parkinson's disease in the elderly: a community-based survey in Brazil (the Bambui study). *Mov Disord* 2006 Jun;21(6):800-8.
5. Reis T. Doença de Parkinson: pacientes, familiares e cuidadores. Porto Alegre: Pallotti; 2004.
6. Poewe WH, Wenning GK. The natural history of Parkinson's disease. *Neurol* 1996;47:S146–152.
7. Warner TT, Schapira AH. Genetic and environmental factors in the cause of Parkinson's disease. *Ann Neurol* 2003;53(Suppl 3):S16–23.
8. Leverenz JB, Quinn JF, Zabetian C, Zhang J et al. Cognitive Impairment and Dementia in Patients with Parkinson Disease. *Curr Top Med Chem* 2009;9(10): 903–912.
9. Schapira AH. Etiology and Pathogenesis of Parkinson Disease. *Neurol Clin* 2009;27 583–603.
10. Braak H, Del Tredici K, Rub U, de Vos RA, Jansen Steur EN, Braak E. Staging of brain pathology related to sporadic Parkinson's disease. *Neurobiol Aging* 2003;24:197–211.
11. Hughes AJ, Daniel SE, Ben-Shlomo Y, Lees AJ. The accuracy of diagnosis of parkinsonian syndromes in a specialist movement disorder service. *Brain* 2002;125: 861–870.
12. Chaudhuri KR, Schapira AH. Non-motor symptoms of Parkinson's disease: dopaminergic pathophysiology and treatment. *Lancet Neurol* 2009 May;8(5):464-74.

13. Chaudhuri KR, Healy DG, Schapira AH. Non-motor symptoms of Parkinson's disease: diagnosis and management. *Lancet Neurol*. 2006;5:235-245.
14. Cummings JL. Depression and Parkinson's disease: a review. *Am J Psychiatry* 1992 Apr;149(4):443-54.
15. Dobkin RD, Allen LA, Menza M. A Cognitive-Behavioral Treatment Package for Depression in Parkinson's Disease. *Psychosomatics* 2006 May-June;47:3.
16. Hughes TA, Ross HF, Mindham RH, Spokes EG. Mortality in Parkinson's disease and its association with dementia and depression. *Acta Neurol Scand* 2004;110:118-123.
17. Duarte MB, Rego MAV. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. *Cad. Saúde Pública* 2007;23(3):691-700.
18. Schuurman AG, Van Den Akker M, Ensink KT, Metsemakers JF, Knottnerus JA, Leentjens AF, et al. Increased risk of Parkinson's disease after depression: a retrospective cohort study. *Neurology* 2002;58(10):1501-4.
19. Leentjens AF, Van Den Akker M, Metsemakers JF, Lousberg R, Verhey FR. Higher incidence of depression preceding the onset of Parkinson's disease: a register study. *Mov Disord* 2003;18(4):414-8.
20. Kummer A, Teixeira AL. Neuropsychiatry of Parkinson's Disease. *Arq Neuropsiquiatr* 2009;67(3-B):930-939.
21. Nakabayashi TIK, Chagas MHN, Côrrea ACL, Tumas V, Loureiro SR, Crippa JAS. Prevalence of depression in Parkinson's disease. *Rev Psiq Clín* 2008;35(6):219-27.
22. Shulman LM, Taback RL, Rabinstein AA, Weiner WJ. Non-recognition of depression and other non-motor symptoms in Parkinson's disease. *Parkinsonism and Related Disorders* 2002;8(3):193-7.
23. Silberman CD, Laks J, Rodrigues CS, Engelhardt E. Uma revisão sobre depressão como fator de risco na Doença de Parkinson e seu impacto na cognição. *R. Psiquiatr. RS* 2004 jan./abr;26(1): 52-60.
24. Mayeux R, Stern Y, Williams JBW, Cote L, Frantz A, Dyrenfurth I. Clinical and biochemical features of depression in Parkinson's disease. *Am J Psychiatry* 1986;43:756e9.

25. Cummings JL. Depression and Parkinson's disease: a review. *Am J Psychiatry* 1992;149:443-54.
26. McDonald WM, Richard IH, DeLong MR. Prevalence, Etiology, and Treatment of Depression in Parkinson's Disease. *Biol Psychiatry* 2003;54:363-375.
27. Remy P, Doder M, Lees A et al. Depression in Parkinson's disease: Loss of dopamine and noradrenaline innervation in the limbic system. *Brain* 2005;128:1314-1322.
28. Frisina PG, Haroutunian V, Libow LS. The neuropathological basis for depression in Parkinson's disease. *Parkinsonism and Related Disorders* 2009;15:144-148.
29. Schrag A, Jahanshahi M, Quinn N. What contributes to quality of life in patients with Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000;69:308-312.
30. Rahman S, Griffin HJ, Quinn NP, Jahanshahi M. Quality of Life in Parkinson's Disease: The Relative Importance of the Symptoms. *Movement Disorders* 2008;23(10):1428-1434.
31. Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *Journal of the American Medical Association* 1994;272(8), 619-926.
32. Bullinger M, Anderson R, Cella D. Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. *Qual Life Res* 1993; 2:451-9.
33. Camargos ACR, Cópico FCQ, Sousa TRR, Goulart F. O impacto da doença de Parkinson na qualidade de vida: uma revisão de literatura. *Rev Bras Fisioter* 2004; 8(3):267-72.
34. Lana RC, Álvares LMRS, Nasciutti-Prudente C, Goulart FRP, Teixeira-Salmela LF, Cardoso FE (2007). Percepção da qualidade de vida de indivíduos com doença de parkinson através do PDQ-39. *Rev. Bras. Fisioter* 2007;11(5):397-402.
35. Soh S, Morris ME, McGinley JL. Determinants of health-related quality of life in Parkinson's disease: A systematic review. *Parkinsonism and Related Disorders* 2011;17:1-9
36. Diamond A, Jankovic J. The effect of deep brain stimulation on quality of life in movement disorders. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005;76:1188-1193.
37. Schrag A, Selai C, Jahanshahi M, Quinn NP. The EQ-5D-a generic quality of life measure-is a useful instrument to measure quality of life in patients with Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000;69:67-73.

-
38. Kuopio AM, et al. The quality of life in Parkinson's disease. *Mov Disord* 2000; 15(2): 216-223.
39. Menza M, Dobkin RD, Marin H, Mark MH, et al. The Impact of Treatment of Depression on Quality of Life, Disability and Relapse in Patients with Parkinson's Disease. *Movement Disorders* 2009;24(9):1325–1332.
40. Jones CA, Pohar SL, Patten SB. Major depression and health-related quality of life in Parkinson's disease. *General Hospital Psychiatry* 2009;31:334–340.
41. Antonini A, Tesei S, Zecchinelli A, Barone P, De Gaspari D, Canesi M, et al. Randomized study of sertraline and low-dose amitriptyline in patients with Parkinson's disease and depression: effect on quality of life. *Mov Disord* 2006;21:1119–22.
42. Carod-Artal FJ, Ziolkowski S, Mesquita HM, Martí'nez-Martin P. Anxiety and depression: Main determinants of health-related quality of life in Brazilian patients with Parkinson's disease. *Parkinsonism and Related Disorders* 2008;14:102–108.
43. Fahn S, Oakes D, Shoulson I, Kieburtz K, Rudolph A, Lang A, et al. Levodopa and the progression of Parkinson's disease. *N Engl J Med* 2004 Dec 9;351(24):2498-508.
44. Hauser RA, Auinger P, Oakes D. Levodopa Response in Early Parkinson's Disease. *Movement Disorders* 2009;24(16).
45. Juri C, Chaná P. Levodopa en la enfermedad de Parkinson. ¿Qué hemos aprendido? *Ver Méd Chile* 2006;134(7):893-901.
46. Lees AJ, Hardy J, Revesz T. Parkinson's disease. *Lancet* 2009 Jun 13;373(9680):2055-66.
47. Dewulf NLS, Monteiro RA, Passos ADC, Vieira M et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças gastrintestinais crônicas acompanhados no ambulatório de um hospital universitário. *Rev Bras Ciências Farmacêuticas*. 2006;42(4).
48. Vermeire E, Hearnshaw WH, VanRoyen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research: a comprehensive review. *J Clin Pharm Ther* 2001;26: 331-345.
49. Pepe VLE, Castro CGSO. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. *Cad. Saúde Pública* 2000;16(3):815-822.

-
50. Strelec MAAM. A influência do conhecimento sobre a doença e atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial [dissertação]. São Paulo:Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2000.
51. Strelec MAAM, Pierin AMG, Mion Junior D. A influência do conhecimento sobre a doença e à atitude frente a tomada de remédios no controle da hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol* 2003;81(4): 343-348.
52. Grosset KA, Reid JL, Grosset DG. Medicine-Taking Behavior: Implications of Suboptimal Compliance in Parkinson's Disease. *Movement Disorders* 2005;20(11): 1397–1404.
53. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med* 2000;160:2101–2107.
54. Grosset KA, Bone I, Grosset DG. Suboptimal Medication Adherence in Parkinson's Disease . *Mov Disord* 2005;20(11).
55. Leopold NA, Polansky M, Hurka MR. Drug adherence in Parkinson's disease. *Mov Disord* 2004;19:513–517.
56. Marinker M, Shaw J. Not to be taken as directed: putting concordance for taking medicines into practice. *BMJ* 2003;326: 348-349.
57. Lo Biondo-Wood, G., Haber, J. *Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
58. Daniel SE, Lees AJ. Parkinson's Disease Society Brain Bank, London: overview and research. *Neural Transm Suppl.*1993;39:165-72.
59. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol* 1986;5:165-73
60. Paradela EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(6):918-23.
61. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 1999;57:421-6.

-
62. Chagas MH, Tumas V, Loureiro SR, Hallak JE, Trzesniak C, de Sousa JP, Rodrigues GG, Santos Filho A, Crippa JA. Validity of a Brazilian version of the Zung self-rating depression scale for screening of depression in patients with Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord* 2010;16(1):42-45.
63. Tumas V, Rodrigues GG, Farias TL, Crippa JA. 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 Neuropsiquiatr* 2008 Jun;66(2A):152-6.
64. Weintraub D, Oehlberg KA, Katz IR, Stern MB. Test characteristics of the 15-item geriatric depression scale and Hamilton depression rating scale in Parkinson disease. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006 Feb;14(2):169-75.
65. Peto V, Jenkinson C, Fitzpatrick R, et al. The development and validation of a short measure of functioning and well-being for individuals with Parkinson's disease. *Qual Life Res* 1995;4:241- 248.
66. Jenkinson C, Fitzpatrick R, Norquist J, Findley L, Hughes K. Cross cultural validation of the Parkinson's Disease Questionnaire: Tests of data quality, score reliability, response rate and scaling assumptions in America, Canada, Japan, Italy and Spain. *Journal of Clinical Epidemiology* 2003;56:843-847.
67. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care* 1986;24(1):67-74.
68. Garcia RAC. Os fatores de aderência ao tratamento farmacológico de hiperlipidemias em pacientes atendidos na Secretaria de Saúde de Ribeirão Preto [dissertação]. Ribeirão Preto: Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade de São Paulo; 2003.
69. Dewulf NLS. Investigação sobre a adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes portadores de doenças inflamatórias intestinais [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2005.
70. Cavalari E. Adesão ao tratamento : estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2010.
71. Toledo GL, Ovalle II. *Estatística Básica*. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1985.
72. Lieberman A. Depression in Parkinson's disease – a review. *Acta Neurol Scand* 2006;113: 1–8.

73. Reijnders JS, Ehrt U, Weber WE, Aarsland D, Leentjens AF. A systematic review of prevalence studies of depression in Parkinson's disease. *Mov Disord* 2008;23:183-189.
74. Cheng Y, Liu C, Mao C. Social support plays a role in depression in Parkinson's disease: A cross-section study in a Chinese cohort. *Parkinsonism and Related Disorders* 2008;14:43-45.
75. Global Parkinson's Disease Survey Steering Committee. Factors impacting on quality of life in Parkinson's disease: results from an international survey. *Mov Disord* 2002;17:60-67.
76. Martínez-Martín P, Serrano-Dueñas M, Vaca-Baquero V. Psychometric characteristics of the Parkinson's disease questionnaire (PDQ-39) – Equatorian version. *Parkinsonism Relat Disord* 2005;11:297-304.
77. Sewitch MJ, Abrahamowicz M, Burkun A, Bitton A et al. Patient nonadherence to medication in inflammatory Bowel disease. *Am. J. Gastroenterol* 2003;98(7):1535- 1544.
78. Lawrence AD, Evans AH, Lees AJ. Compulsive use of dopamine replacement therapy in Parkinson's disease: reward systems gone awry? *Lancet Neurol* 2003;2:595- 604.

8. ANEXOS

8. ANEXOS

Anexo A

QUESTIONÁRIO SOBRE O USO DE LEVODOPA (PROLOPA®)

Estas informações são confidenciais e serão mantidas anônimas. Agradecemos sua colaboração na realização desse estudo.

PARTE A: DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1. **Sexo:** M F

2. **Idade:** _____

3. **Escolaridade**

Primeiro Grau Completo

Primeiro Grau Incompleto

Segundo Grau Completo

Segundo Grau Incompleto

Terceiro Grau Completo

Terceiro Grau Incompleto

Pós-Graduação

Outros: _____

4. **Estado civil:**

Solteiro(a) Casado(a) Viúvo(a) Divorciado(a) Outros

5. **Número de Filhos**

Sem filhos 1 2- 3 4 ou mais

6. **Trabalha**

Sim Não

7. **Em caso afirmativo, qual é o local de trabalho:** _____

8. **Renda familiar** (salário mínimo: R\$ 415,00)

Menos de 1 salário 2-5 salários 6-10 salários 11 ou mais salários

PARTE B: IMPORTÂNCIA DA ORIENTAÇÃO NO TRATAMENTO

9. **Você recebeu orientação quanto ao uso da Levodopa (Prolopa®)?**

Sim Não

10. **Em caso afirmativo, quem fez essa orientação?**

Médico Enfermeiro Farmacêutico

Outros _____

11. **Você considera a orientação importante?**

Sim Não Não sabe

12. **Em caso afirmativo, por qual razão?**

Aumenta a confiança na terapia

Aumenta a segurança da terapia

Aumenta a efetividade da terapia

Reduz problemas como efeitos colaterais e interações medicamentosas associados à terapia

Outros _____

13. **Você tem dúvidas quanto ao tratamento com Levodopa (Prolopa®)?**

Sim Não

14. **Em caso afirmativo, qual(ais) sua(s) dúvida(s)?**

Mecanismo de ação do fármaco

Efeitos colaterais

Tempo de Tratamento

Interação com outros fármacos

Tempo de início da ação do fármaco

Se o medicamento causa dependência

Outros _____

PARTE C: CONHECIMENTO SOBRE AS AÇÕES DA LEVODOPA (PROLOPA®)**15. Você já aumentou a dose da Levodopa (Prolopa®) sem consultar o médico?**Nunca Uma vez Frequentemente **16. Você está apresentando efeitos colaterais devido ao uso da Levodopa (Prolopa®)?**Sim Não Não sabe **17. Em caso afirmativo, qual(ais) efeito(s)?**Náusea Vômito Falta de Apetite Diarréia Agitação Insônia Depressão Movimentos involuntários Aumento da frequência cardíaca

Outros _____

18. Você faz uso de outro(s) medicamento(s) além da Levodopa (Prolopa®)?Sim Não **19. Em caso afirmativo, esse(s) medicamento(s) está (ão) listado(s) abaixo (nome comercial entre parênteses)?**

Anticolinérgico (Trihexifenidil); Hidróxido de Magnésio (Pepsamar) ;

Carbonato de Cálcio (Pullulan); Metoclopramida (Plasil); Bicarbonato de Sódio (Sal de Fruta Eno); Neurolépticos (Abilify, Clopixol, Amplictil, Leponex, Flufenan, Haldol, Neozine)

Anexo B**Escala de Depressão Geriátrica – GDS-15**

1	Você está basicamente satisfeito com sua vida?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
2	Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
3	Você sente que sua vida está vazia?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
4	Você se aborrece com frequência?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
5	Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
6	Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
7	Você se sente feliz a maior parte do tempo?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
8	Você sente que sua situação não tem saída?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
9	Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
10	Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
11	Você acha maravilhoso estar vivo?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
12	Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
13	Você se sente cheio de energia?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
14	Você acha que sua situação é sem esperanças?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
15	Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim

Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol* 1986;5:165-173.

Anexo C**QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA NA DOENÇA DE PARKINSON (PDQ-39)**

Favor indicar uma única resposta, de acordo com as opções abaixo, para cada pergunta.

Pelo fato de ter Mal de Parkinson, com que frequência você passou pelas seguintes situações durante o último mês?

- 1-Teve dificuldades em participar de atividades de lazer de que gostaria de tomar parte?
 Nunca Raramente Às vezes
 Frequentemente Sempre
- 2- Teve dificuldades em cuidar da casa, por exemplo, realizando afazeres domésticos, cozinhando?
 Nunca Raramente Às vezes
 Frequentemente Sempre
- 3-Teve dificuldades em carregar sacolas de compras?
 Nunca Raramente Às vezes
 Frequentemente Sempre
- 4-Teve problemas em caminhar 750m?
 Nunca Raramente Às vezes
 Frequentemente Sempre
- 5-Teve problemas em caminhar 100 m?
 Nunca Raramente Às vezes
 Frequentemente Sempre
- 6-Teve problemas em dar uma volta pela casa com a facilidade de que gostaria?
 Nunca Raramente Às vezes
 Frequentemente Sempre
- 7-Teve dificuldades em aparecer em público?
 Nunca Raramente Às vezes
 Frequentemente Sempre
- 8-Precisou de alguém para acompanhá-lo (a) para sair?
 Nunca Raramente Às vezes
 Frequentemente Sempre
- 9-Sentiu medo ou preocupou-se em cair em público?
 Nunca Raramente Às vezes
 Frequentemente Sempre
- 10-Ficou confinado em casa mais do que gostaria?
 Nunca Raramente Às vezes
 Frequentemente Sempre

Favor indicar **uma resposta** para cada pergunta.

Pelo fato de ter o Mal de Parkinson, com que frequência você passou pelas seguintes situações durante o último mês?

- 11-Teve dificuldade em lavar-se?
 Nunca Raramente Às vezes
 Frequentemente Sempre
- 12-Teve dificuldade em vestir-se?
 Nunca Raramente Às vezes
 Frequentemente Sempre
- 13-Teve problemas em abotoar as suas roupas ou amarrar os seus sapatos?
 Nunca Raramente Às vezes
 Frequentemente Sempre
- 14-Teve problemas em escrever com clareza?
 Nunca Raramente Às vezes
 Frequentemente Sempre
- 15-Teve dificuldades em cortar a comida?
 Nunca Raramente Às vezes
 Frequentemente Sempre

16-Teve dificuldades em segurar uma bebida sem entorná-la?

Nunca	Raramente	Às vezes
Freqüentemente	Sempre	

17-Sentiu-se deprimido(a)?

Nunca	Raramente	Às vezes
Freqüentemente	Sempre	

18-Sentiu-se isolado(a) e sozinho(a)?

Nunca	Raramente	Às vezes
Freqüentemente	Sempre	

19-Sentiu-se choroso(a) ou triste?

Nunca	Raramente	Às vezes
Freqüentemente	Sempre	

20-Sentiu-se com raiva ou ressentido(a)?

Nunca	Raramente	Às vezes
Freqüentemente	Sempre	

21-Sentiu-se ansioso(a)?

Nunca	Raramente	Às vezes
Freqüentemente	Sempre	

Favor indicar **uma resposta** para cada pergunta.

Pelo fato de ter o Mal de Parkinson, com que frequência você passou pelas seguintes situações durante o último mês?

22-Sentiu-se preocupado(a) com o futuro?

Nunca	Raramente	Às vezes
Freqüentemente	Sempre	

23-Sentiu que tinha de manter em segredo a sua doença (Parkinson) das outras pessoas?

Nunca	Raramente	Às vezes
Freqüentemente	Sempre	

24-Evitou comer ou beber em público?

Nunca	Raramente	Às vezes
Freqüentemente	Sempre	

25-Sentiu-se constrangido(a) em público por ter o mal de Parkinson?

Nunca	Raramente	Às vezes
Freqüentemente	Sempre	

26-Sentiu-se preocupado(a) com a reação das pessoas em relação a você?

Nunca	Raramente	Às vezes
Freqüentemente	Sempre	

27- Teve problemas nos seus relacionamentos com as pessoas mais próximas?

Nunca	Raramente	Às vezes
Freqüentemente	Sempre	

28-Sentiu falta de apoio(a) do seu(sua) cônjuge ou parceiro(a)?

Nunca	Raramente	Às vezes
Freqüentemente	Sempre	

Caso não tenha cônjuge ou parceiro(a), favor assinalar aqui

29-Sentiu falta de apoio da família ou dos amigos mais chegados?

Nunca	Raramente	Às vezes
Freqüentemente	Sempre	

30-Cochilou repentinamente durante o dia?

Nunca	Raramente	Às vezes
Freqüentemente	Sempre	

31-Teve problemas de concentração, por exemplo, ao ler ou assistir TV?

Nunca Raramente Às vezes
 Frequentemente Sempre

Favor indicar uma resposta para cada pergunta.

Pelo fato de ter o Mal de Parkinson, com que frequência você passou pelas seguintes situações durante o último mês?

32-Sentiu sua memória fraca?

Nunca Raramente Às vezes
 Frequentemente Sempre

33-Teve sonhos angustiantes ou alucinações?

Nunca Raramente Às vezes
 Frequentemente Sempre

34-Teve dificuldades ao falar?

Nunca Raramente Às vezes
 Frequentemente Sempre

35-Sentiu-se incapaz em comunicar-se com as pessoas de maneira apropriada?

Nunca Raramente Às vezes
 Frequentemente Sempre

36-Sentiu-se ignorado(a) pelas pessoas?

Nunca Raramente Às vezes
 Frequentemente Sempre

37-Teve câimbras ou espasmos musculares?

Nunca Raramente Às vezes
 Frequentemente Sempre

38-Sentiu dores constantes nas juntas ou no corpo?

Nunca Raramente Às vezes
 Frequentemente Sempre

39-Sentiu sensações desagradáveis de calor ou frio?

Nunca Raramente Às vezes
 Frequentemente Sempre

Anexo D**Teste de Morisky e Green**

1. “*Você, alguma vez, esquece de tomar o seu remédio?*”
0. *Sim* 1. *Não*

2. “*Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar o seu remédio?*”
0. *Sim* 1. *Não*

3. “*Quando você se sente bem, algumas vezes, você deixa de tomar seu remédio?*”
0. *Sim* 1. *Não*

4. “*Quando você se sente mal, com o remédio, às vezes, deixa de tomá-lo?*”
0. *Sim* 1. *Não*

Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care* 1986;24(1):67-74.

Anexo E**Instrumento para avaliar atitudes frente à tomada dos remédios (IAAFTR)**

Nas questões de numero 1 ao 7, as resposta SIM = 1 e NÃO = 0

Nas questões 8,9,10, as respostas SIM = 0 e NÃO = 1

- 1- Você anota horário para não se esquecer de tomar os remédios?
sim não
- 2- Você toma os remédios sempre no mesmo horário?
sim não
- 3- Você associa o horário de tomar o remédio com as atividades do dia a dia?
sim não
- 4- Quando tem que sair de casa, você toma os remédios?
sim não
- 5- Você providencia nova caixa do remédio antes dele acabar?
sim não
- 6- Você leva os remédios consigo quando viaja?
sim não
- 7- Você toma os remédios mesmo quando há diminuição dos sintomas?
sim não
- 8- Você deixa de tomar os remédios quando ingere bebida alcoólica?
sim não
- 9- Você deixou de tomar algum dos remédios para Parkinson nos últimos dias?
sim não
- 10- Faltou alguma vez à consulta medica nestes últimos seis meses?
sim não

Anexo F



Ribeirão Preto, 11 de dezembro de 2009

Ofício nº 4183/2009
CEP/MGV**Presados Senhores,**

O trabalho intitulado **"IMPACTO DA DEPRESSÃO NA QUALIDADE DE VIDA E ADEÇÃO A LEVODOPA EM PACIENTES COM DOENÇA DE PARKINSON"** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 300ª Reunião Ordinária realizada em 07/12/2009 e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 10078/2009.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (ICH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente.


DRª MÂRCIA GUDMARÃES VILLANOVA
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-DSP

Ilustríssimas Senhoras
KÁTIA COLOMBO MARCHEI
PROF. DR. CARLOS RENATO TIRAPELLI (Orientador)
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

Anexo G

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa intitulada “*Impacto da Depressão na Qualidade de Vida e Adesão a Levodopa em Pacientes com Doença de Parkinson*”, desenvolvida por Kátia Colombo Marchi, sob orientação do Prof. Dr. Carlos Renato Tirapelli.

1. *Justificativa e Objetivos*

Atualmente, uma importância maior tem sido dada para os sintomas não motores da Doença de Parkinson (DP). Sabe-se que a depressão é a manifestação não motora mais freqüente entre os pacientes com DP e tem sido reconhecida por ser a maior determinante de prejuízos da qualidade de vida nestes pacientes, podendo afetar sua habilidade funcional e função cognitiva. O objetivo deste estudo é analisar qual a prevalência de depressão em pacientes com DP e se há relação entre depressão e a redução da qualidade de vida e da adesão ao tratamento com levodopa em pacientes com DP. Além disso, pretende-se avaliar qual o conhecimento dos pacientes com DP em relação ao uso da levodopa.

2. *Procedimentos:*

A sua participação no estudo consistirá em responder algumas perguntas relativas ao seu estado emocional, que fazem parte de escalas para avaliação de sintomas depressivos, de adesão ao medicamento levodopa e da qualidade de vida além de um questionário com questões relativas a dados pessoais, a importância das orientações sobre o uso do medicamento Levodopa e seu conhecimento sobre esse medicamento. Estima-se que a duração total desde procedimento seja de 15 a 20 minutos.

3. *Desconfortos e Riscos Possíveis:*

Não são esperados quaisquer riscos ou desconfortos no presente estudo. A não participação ou caso queira interromper sua participação no presente estudo, não causará qualquer problema ou dificuldade no seu atendimento neste serviço.

4. *Benefícios esperados:*

As respostas dadas não trarão nenhum problema ou risco e caso, após avaliação das respostas dadas, perceba-se que algum tipo de ajuda ou tratamento para seu estado emocional seja necessário, serão dadas as orientações devidas e necessárias, conforme sua vontade. Seus dados pessoais (nome, telefone, etc) e as respostas fornecidas não serão fornecidas a ninguém e não aparecerão nos resultados deste estudo. Os resultados de sua avaliação ficarão a sua disposição, caso seja de seu interesse. Caso venha a ter quaisquer dúvidas relativas ao presente estudo estaremos à disposição.

Eu, _____, R.G. (ou outro documento), _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar.

1. A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa a que serei submetido;
2. A garantia de receber uma cópia do termo de consentimento livre e esclarecido;
3. A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar no estudo sem que isso traga prejuízo à continuidade do meu cuidado e tratamento neste serviço;
4. A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada com a minha privacidade;
5. O compromisso de me proporcionar informação atualizada durante o estudo, ainda que esta possa afetar minha vontade de continuar participando;
6. O compromisso de que serei devidamente acompanhado e assistido durante todo o período de minha participação no projeto, bem como de que será garantida a continuidade do meu tratamento, após a conclusão dos trabalhos de pesquisa;

Declaro, ainda, que concordo inteiramente com as condições que me foram apresentadas e que, livremente, manifesto a minha vontade em participar do referido projeto.

Ribeirão Preto, _____ de _____ 2010

Assinatura do participante ou cuidador

Kátia Colombo Marchi

Fone:(17)35235973

Agradecemos sua colaboração e nos colocamos à disposição para qualquer informação que seja necessária:

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Avenida Bandeirantes, 3900

14040-902 Ribeirão Preto – SP

Fone: (16) 3602-0532

e-mail: crtirapelli@eerp.usp.br

9. ARTIGOS PUBLICADOS

Revista Brasileira de Psiquiatria vol.33 no.1 São Paulo Mar. 2011

LETTERS TO THE EDITORS

Quality of life and depressive symptoms in Parkinson's disease

Qualidade de vida e sintomas depressivos na doença de Parkinson

Dear Editor,

Depression is the most common psychiatric comorbidity in Parkinson's disease (PD) and can affect up to 68.1% of patients with this movement disorder.¹ It is well-known that depression directly affects the quality of life and psychosocial functioning of PD patients. Thus, we have read with great interest the article by Margis et al. in which the authors assessed the influence of depressive symptoms on the quality of life of PD patients.² The authors observed that the Geriatric Depression Scale (GDS) score was positively associated with the total score in the World Health Organization Quality of Life Assessment for older adults and five of its six domains.

To the same end as Margis et al.,² we have recently used the 39-item Parkinson's Disease Questionnaire (PDQ-39) and its eight dimensions and the 15-item GDS (GDS-15) to assess quality of life and depressive symptoms in PD patients, respectively. We divided the patients into two groups (PD without depression and PD with depression) according to the GDS-15 cutoff score of eight proposed for the screening of depression in PD.³

The study was approved by the local ethics committee and the patients gave their informed consent to participate (HCRP nº 10078/2009).

A total of 114 patients (50.9% male) with a mean age of 64.7 years (SD = ±12.6) were enrolled. Most participants (n = 92; 80.7%) had little education (less than 8 years), were not working (n = 109; 95.6%), and were married (n = 65; 57%). One limitation of this study is the absence of further clinical data. In addition, structured clinical interviews (e.g.: SCID-CV) were not applied for the diagnosis of depression. This is also a limitation of the study by Margis et al.²

The total score in the PDQ-39 and its subscales/dimensions strongly correlated with the total score in the GDS-15. The group of patients with current depression (GDS-15 \geq 8) had higher scores ($p < 0.0001$) in the PDQ-39 and its dimensions (Table 1). Therefore, our findings confirm and expand the results found by Margis et al.²

Nowadays, special attention has been given to the non-motor symptoms of PD in clinical and research settings. In particular, depressive symptoms have been consistently associated with poor quality of life, and, in some studies, this correlation is stronger than that found for motor symptoms.⁴

The mobility dimension was strongly correlated with depressive symptoms ($\rho = 0.654$) in our study. This is in line with the findings of Margis et al.,² in which

Table 1. Correlation scores (Spearman) between PDQ-39 and its eight dimensions and GDS-15 in Parkinson's disease (PD) patients with and without depression.

	Correlation with GDS-15 total (Spearman correlation)	PD without depression (GDS-15<8)	PD with depression (GDS-15≥8)	P (Mann-Whitney test)
	Correlation	Mean (SD)		
PDQ-39 total	0.751	37.23 (±17.06)	59.78 (±13.86)	<0.0001*
<i>Mobility</i>	0.654	48.37 (±29.36)	75.00 (±20.12)	<0.0001*
<i>ADL</i>	0.515	35.04 (±32.61)	66.26 (±39.61)	<0.0001*
<i>Emotional well-being</i>	0.607	43.93 (±17.24)	69.62 (±16.91)	<0.0001*
<i>Stigma</i>	0.407	18.00 (±20.99)	37.90 (±26.61)	<0.0001*
<i>Social support</i>	0.488	10.74(±15.21)	26.88 (±19.45)	<0.0001*
<i>Cognition</i>	0.485	43.67 (±17.31)	56.65 (±20.47)	0.004
<i>Communication</i>	0.641	34.14 (±22,19)	54.84 (±20.84)	<0.0001*
<i>Bodily discomfort</i>	0.414	37.65 (±18.10)	47.58 (±12.69)	0.016*

SD: standard deviation; *: statistically significant difference ($p < 0.05$); GDS-15: Geriatric Depression Scale; PDQ-39: Parkinson's disease Questionnaire-39 item

depression presented the strongest correlation with the autonomy domain ($\rho = 0.61$).² It is interesting to note that this domain was not associated with the Hoehn and Yahr stage or correlated with the motor subscale of the UPDRS. This finding suggests that depressive symptoms in PD could be more related to autonomy than to motor disability.

This is also consistent with the results of another Brazilian study, in which depression was found to be the most consistent determinant of quality of life and was an independent predictor of quality of life.⁵

In conclusion, these data highlight the importance of the recognition and diagnosis of depression in PD in order to implement the appropriate treatment and consequently to improve the quality of life of these patients.

References

1. Nakabayashi TI, Chagas MH, Côrrea AC, Tumas V, Loureiro SR, Crippa JA. Prevalence of depression in Parkinson's disease. *Rev Psiq Clin.* 2008;35(6):219-27.
2. Margis R, Donis KC, Schonwald SV, Rieder CR. WHOQOL-OLD assessment of quality of life in elderly patients with Parkinson's disease: influence of sleep and depressive symptoms. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010;32(2):125-31.
3. Chagas MH, Tumas V, Loureiro SR, Hallak JE, Trzesniak C, de Sousa JP, Rodrigues GG, Santos Filho A, Crippa JA. Validity of a Brazilian version of the Zung self-rating depression scale for screening of depression in patients with Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord.* 2010;16(1):42-5

4. Gallagher DA, Lees AJ, Schrag A. What are the most important nonmotor symptoms in patients with Parkinson's disease and are we missing them? *Mov Disord.* 2010;25(15):2493-500.

5. Carod-Artal FJ, Ziomkowski S, Mourao Mesquita H, Martinez-Martin P. Anxiety and depression: main determinants of health-related quality of life in Brazilian. *Parkinsonism Relat Disord.* 2008;14(2):102-8

Adesão à medicação em pacientes com doença de Parkinson atendidos em ambulatório especializado
Medication adherence in patients with Parkinson's disease treated at a specialized ambulatory

Revista Ciência e Saúde Coletiva

Katia Colombo Marchi, Marcos Hortes Nisihara Chagas, Vitor Tumas, Adriana Inocenti Miasso, José Alexandre de Souza Crippa, Carlos Renato Tirapelli

INTRODUÇÃO

A doença de Parkinson (DP) é universal, sendo a segunda doença neurodegenerativa mais comum em idosos depois da doença de Alzheimer e tem alta prevalência, afetando entre 0,5 e 1% da população com idade entre 65 e 69 anos, aumentando de 1 a 3% na população acima de 80 anos. Tendências demográficas atuais predizem o dobro no número de casos até 2050^{1,2}.

O tratamento medicamentoso é o principal meio para o controle dos sintomas da doença de Parkinson (DP). O objetivo da terapia quando diagnosticada a doença é aumentar a atividade dopaminérgica nos gânglios da base e se sabe que a levodopa é a droga mais prescrita e eficaz para este fim, promovendo uma melhora na qualidade e expectativa de vida dos pacientes com DP^{3,4}. Porém sabe-se que a adesão à medicação antiparkinsoniana é fundamental tanto para o alcance desta melhora, quanto para o controle dos sintomas, maximizando o efeito da medicação e a resposta do paciente à droga⁵.

A adesão à terapia medicamentosa é considerada o principal determinante para a efetividade do tratamento e tem sido foco de várias pesquisas com doenças crônicas nos últimos anos, porém apenas recentemente vem sendo estudado em pacientes com DP⁶. Define-se adesão ao tratamento como o grau de concordância entre o comportamento de uma pessoa em relação às orientações do médico ou de outro profissional de saúde⁷, requerendo uma relação colaborativa entre as partes.

Regimes terapêuticos complexos diminuem a adesão dos pacientes à terapia, devido principalmente ao número de medicações e os horários múltiplos de administração por dia. Pacientes com DP tomam em média 5,2 medicamentos em 3,8 doses ao dia⁸. Da mesma forma, pacientes deprimidos são três vezes mais propensos a ter pior adesão aos medicamentos propostos do que pacientes com doença crônica sem comorbidade com a depressão⁹ e está evidenciado, através de uma extensa literatura, que a prevalência de depressão na DP é alta, podendo acometer até 68,1% dos pacientes¹⁰.

Grosset *et al.*⁵, analisaram a adesão em pacientes com DP e demonstraram que um quinto dos pacientes tomavam menos medicação do que o prescrito pelos médicos, atribuindo este fato principalmente aos pacientes mais jovens, regimes terapêuticos mais complexos e à presença de depressão associada à baixa qualidade de vida, sendo esta última, uma associação extensamente encontrada na literatura em pacientes com DP¹¹. Da mesma forma, Leopold *et al.*¹², demonstraram que 54% dos pacientes com DP não possuíram adesão à terapia, esquecendo de tomar a medicação, errando o horário ou tomando doses extras, sendo que 76,4% deles reconheciam ter esquecido ou tomado em horário errado sua medicação antiparkinsoniana.

Diante do exposto, entende-se que pacientes com DP possuem diversos fatores de risco para a não adesão à sua terapia medicamentosa. Sabendo que o baixo grau de adesão pode afetar negativamente a evolução clínica do paciente e a sua qualidade de vida, constituindo-se um problema

de saúde pública relevante¹³, que pode trazer conseqüências pessoais, sociais e econômicas¹⁴, gerando custos potenciais que envolvem principalmente tempo de trabalho perdido da equipe envolvida, aumento de consultas, hospitalizações e cuidados mais especializados¹², este estudo teve por objetivos avaliar a adesão à terapia antiparkinsoniana com levodopa em pacientes com DP, como também seu conhecimento acerca da medicação.

MÉTODOS

Tratou-se de estudo transversal e descritivo de abordagem quantitativa que avaliou 112 pacientes consecutivos com DP que freqüentavam regularmente o ambulatório de distúrbios do movimento do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). A amostra foi representada pelos pacientes em tratamento com levodopa que concordaram em participar do estudo e que foram capazes de entender e responder ao questionário.

Foram coletados dados por meio de um questionário fechado composto por três partes. Na primeira parte do questionário foram coletados dados de identificação dos sujeitos participantes. Na segunda parte o objetivo foi avaliar se o usuário de levodopa achava importante que fosse feita alguma orientação sobre o uso do medicamento. Na terceira parte foram coletados dados a respeito do conhecimento do usuário sobre o medicamento antiparkinsoniano.

O teste de Morisky e Green foi utilizado para identificar o grau de adesão ao tratamento medicamentoso prescrito, como também permitiu avaliar o comportamento do paciente frente ao uso diário do medicamento¹⁵. Estudos anteriores demonstraram sua utilidade e estabeleceram sua validade^{16,17,18}. É composto por quatro questões, com respostas Sim ou Não, em que Sim = 0 e Não = 1. O paciente é considerado aderente ao tratamento quando a pontuação for de quatro pontos, e não aderente quando obtiver três ou menos pontos.

O instrumento para avaliar atitudes frente à tomada dos remédios (IAAFTR) é composto de 10 perguntas estruturadas, com respostas afirmativas ou negativas. A nota de corte proposta é de 7, sendo as pontuações menores ou iguais a 7 referentes à atitude negativa e pontuações maiores do que 7, à atitude positiva^{18,19}.

Para análise dos dados foi utilizada abordagem quantitativa. Após a codificação de cada uma das variáveis, foi elaborado um dicionário de dados para construção de uma planilha no programa excel. Após digitação e impressão da primeira lista de freqüência simples, foram verificados e corrigidos os erros de codificação ou de digitação dos dados. Posteriormente, os dados foram transportados para serem analisados no programa Statistical Package for the Social Science (SPSS, versão 17.0). Foram investigadas associações estatísticas entre as variáveis categóricas usando o teste Qui-quadrado (χ^2), sendo a hipótese de associação aceita quando p encontrado for menor ou igual a 0,05. O coeficiente não - paramétrico de correlação de Spearman foi utilizado para analisar a relação e o grau de associação entre as escalas.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP) (Processo HCRP no 10078/2009). Ao manifestar a concordância em participar da pesquisa, o participante tomou conhecimento e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução nº 196/96.

RESULTADOS

Dos 112 pacientes entrevistados 50,9% eram do sexo masculino, com média de idade de 65,6 anos (Desvio Padrão = $\pm 11,5$), idade mínima de 43 e máxima de 88 anos. A maioria da amostra (89,2%) apresentou baixa escolaridade (menos que oito anos de estudo), não trabalha (95,5%) e é casado (58,9%) (Tabela 1).

Não houve diferença significativa entre os que receberam (42%) e não receberam (58%) orientação acerca da terapia medicamentosa com levodopa ($\chi^2_1=2,89$; $p>0,05$) (Tabela 2).

A orientação foi realizada majoritariamente pelo médico ($\chi^2_1=82,38$; $p<0,05$) sendo citado uma vez o fisioterapeuta. A maioria dos participantes (72,3%) considerou a orientação importante ($\chi^2_1=22,32$; $p<0,05$) para aumentar a confiança, segurança e efetividade da terapia, minimizar os efeitos colaterais e interações medicamentosas. Ainda que a orientação pré-administração no uso da levodopa não fosse feita para a maioria dos pacientes, houve diferença significativa ($\chi^2_1=34,32$; $p<0,05$) entre usuários que apresentaram dúvidas (22,3%) e os que não apresentaram dúvidas (77,7%) (Tabela 2).

Na Tabela 3, que se refere ao conhecimento sobre as ações da levodopa, verificamos que 93% dos pacientes nunca aumentaram a dose do medicamento sem consentimento médico. Quando perguntados sobre a presença de efeitos colaterais, 39,3% dos pacientes referiram estar apresentando devido ao uso de levodopa. Dentre os efeitos colaterais relatados, o mais freqüente foi movimentos involuntários (40%). Aproximadamente 58% dos pacientes referiram outros sintomas como sono, tontura, dores no estômago, “cabeça pesada”, azia, quedas, constipação, fraqueza, mal estar, dor no peito, angústia, vermelhidão pela pele, salivação excessiva ou boca seca. Porém ficou evidenciado que não houve certeza por parte do paciente se estes sintomas relatados eram realmente efeitos da levodopa, uma vez que eles possuíam dúvidas, principalmente, quanto aos efeitos colaterais do fármaco.

Não foi encontrada associação entre dúvidas quanto ao tratamento e orientação sobre o uso de levodopa ($p>0,05$). No entanto, é importante observar que dentre os 47 pacientes que foram orientados, 35 (74,4%) referiram não possuir nenhuma dúvida em relação à terapia.

O critério para análise do teste de Morisky e Green foi adotado conforme o trabalho de Cavallari¹⁸ onde a pontuação de 0 a 3 pontos indica não adesão e 4 pontos para os que tem adesão. Os dados indicaram que 53 pacientes (47,3%) apresentaram adesão à terapia quando avaliados pelo teste e 59 (52,7%) não tiveram adesão (pontuação ≤ 3). Um dado que chamou atenção foi que dos 112 pacientes, 58 (51,8%) reportaram que não tomam a medicação no horário correto ($\chi^2_1=0,14$; $p>0,05$) e 36 (32,1%) já se esqueceram de tomar sua medicação alguma vez ($\chi^2_1=14,28$; $p<0,05$) (Tabela 4).

Analisando a pontuação obtida nas 10 questões que avaliaram atitudes frente à tomada dos remédios observou-se que 79 pacientes apresentaram atitudes positivas e 33 atitudes negativas, sendo que 51,8% não anotam o horário de sua medicação e 52,7% não tomam a medicação sempre no mesmo horário, não havendo diferença significativa em suas proporções ($\chi^2_1=0,14$; $p>0,05$; $\chi^2_1=0,32$; $p>0,05$). Da mesma forma, 16 pacientes (14,3%) haviam deixado de tomar alguma medicação para DP nos últimos dias (Tabela 5).

Não foi encontrada associação entre adesão a terapia e se o paciente recebeu ou não orientação quanto ao uso da levodopa. Porém vale ressaltar que dos 59 pacientes não aderentes, 39 (66%) não foram orientados.

DISCUSSÃO

A adesão ao tratamento é a base para o sucesso do programa terapêutico²⁰ e são vários os fatores que influenciam a adesão do paciente à sua terapia, dentre eles, condições demográficas e sociais do paciente, sua compreensão acerca tratamento, natureza da doença, características da terapêutica e o relacionamento do paciente com os profissionais de saúde²¹, sendo por este motivo o fenômeno da não-adesão classicamente considerado como complexo e multideterminado²², tendo como consequências maiores custos a saúde pública do país devido ao aumento no número de casos de intoxicações e internações hospitalares¹³.

Os dados resultantes da aplicação do teste de Morisky e Green corroboram outros estudos realizados sobre adesão a terapia em pacientes com DP^{5,8,12,23}. Demonstramos que 53% dos pacientes não apresentaram adesão ao seu tratamento, sendo que 52,2% reportaram que não tomam a medicação no horário correto e 33% já se esqueceram de tomar a medicação alguma vez. Da mesma forma, o instrumento que avalia as atitudes frente à tomada de remédios (IAAFTR) também evidenciou que 53% dos pacientes tomam os remédios em horários diferentes do prescrito e 15,7% haviam deixado de tomar alguma medicação para DP nos últimos dias. Assim, um fato comum observado entre os dois instrumentos foi o descuido quanto ao horário de tomar a medicação. Este comportamento do tipo não intencional predominante, quando o paciente freqüentemente se esquece de tomar o medicamento, ou é descuidado com o horário para tomar os remédios, vem sendo observado como o fator mais freqüente que leva ao baixo grau de adesão ao tratamento medicamentoso prescrito^{17,23,24}. Esta constatação também foi feita no estudo de Grosset *et al.*⁵ que avaliou a adesão em pacientes com DP, onde foi demonstrado que mesmo possuindo adesão ao tratamento os pacientes tomavam a medicação em intervalos errados. Estes achados, de uma forma geral, indicam que o paciente possui disposição para o uso do medicamento, como também um grau satisfatório de conhecimento em relação ao medicamento em uso. Porém, ao mesmo tempo evidenciam baixo grau de preocupação dos pacientes em relação à utilização correta do medicamento⁷.

Vale ressaltar que no início do curso da DP, a resposta de longa duração a agentes dopaminérgicos mascara os sinais de não aderência do paciente. Com o avanço da doença, doses em horários diferentes dos prescritos podem causar principalmente aumento do parkinsonismo e flutuações motoras. Em resposta aos sinais e sintomas exibidos pelos pacientes, os médicos modificam os horários prescritos da medicação e neste ponto a adesão a terapia torna-se fundamental²⁵.

Por outro lado, encontramos que 93% dos pacientes nunca tomaram mais medicação do que o prescrito pelo médico, corroborando um estudo multicêntrico que demonstrou ser esta atitude rara entre os pacientes²³. Esta constatação é importante, uma vez que o uso excessivo de levodopa está associado ao aumento de discinesias, confusão mental, alucinações e distúrbios de comportamento²⁶.

A presença de depressão também é um fator que interfere na adesão do paciente à sua terapia, principalmente por estar diretamente envolvida com a progressão dos sintomas físicos da doença, declínio cognitivo, diminuição da capacidade de auto-cuidado e piora na qualidade de vida do paciente^{20,27}. Em estudo recente com esse grupo de pacientes, observamos que 25% destes apresentaram critérios que evidenciavam provável diagnóstico de depressão de acordo com a aplicação da GDS-15 (Geriatric Depression Scale 15-item version)¹¹. Porém não foi encontrada relação entre a adesão do paciente ao tratamento e a presença de sintomas depressivos ($p > 0,05$) quando correlacionado os resultados do teste de Morisky e Green e o instrumento IAAFTR com os observados na GDS-15 utilizada no trabalho citado.

Um dado relevante encontrado no estudo é que 78,3% dos participantes referiram não apresentar dúvidas referentes à terapia com levodopa. Vale lembrar que a existência de dúvidas que o paciente guarda para si sobre sua terapia constitui um fator importante de não-adesão ao mesmo tempo passível de mudança quando a equipe de saúde atua de forma a educar o paciente, o orientando sobre os medicamentos que utiliza^{21,28}. Paralelamente, esta constatação permitiu concluirmos que os pacientes entrevistados conhecem o tratamento com levodopa que está sendo utilizado para o tratamento da DP. Das dúvidas apresentadas, 76% foram referentes aos efeitos colaterais que a levodopa pode causar, portanto cabe lembrar a atuação da equipe de saúde neste contexto.

Assim, é de extrema importância ressaltar que para avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso prescrito, deve-se não apenas considerar os fatores externos ao paciente, mas também sua compreensão acerca do tratamento e a relação estabelecida com os profissionais de saúde. Neste contexto, destaca-se a importância da comunicação e a necessidade dos profissionais de saúde estabelecer um vínculo de confiança com o paciente, visando transformar as informações por ele recebidas em conhecimentos definidos, permitindo ao paciente assumir um papel ativo e responsável em seu tratamento, tornando-o capaz de perceber que atitudes de maior adesão ajudam a controlar os sintomas da doença^{7,28,29}.

Desta forma, evidencia-se a necessidade da atenção voltada para estes aspectos da atenção e cuidado à saúde, como a comunicação com o paciente, com maior preocupação no investimento na informação, educação e orientação, por meio de intervenções que permitam a conscientização sobre a importância do uso correto dos medicamentos³⁰.

Quando questionados sobre este assunto, 71,3 % dos pacientes referiram que consideram a orientação dos profissionais de saúde sobre sua terapia importante, principalmente por aumentar sua confiança, segurança e efetividade do tratamento. Com isso, igualmente, seria necessário investir na atualização dos profissionais de saúde, discutindo, junto à equipe de saúde, o problema da não adesão ao tratamento e de suas causas e conseqüências, bem como as possibilidades de sua resolução, enfatizando ser a adesão um ponto fundamental para o planejamento de uma gestão de saúde de qualidade¹³. Frente à necessidade de se trabalhar com o paciente de forma abrangente, fica clara a pertinência de um enfoque multidisciplinar, visando à melhoria da qualidade de vida daquele que busca atendimento.

CONCLUSÃO

A não adesão medicamentosa em pacientes com DP é um fato importante que acarreta conseqüências clínicas, sociais e econômicas, e que ainda tem recebido menor atenção do que necessita. Sua avaliação é essencial, pois permite evitar que se atribua outras causas, como a progressão da doença ou efeitos colaterais das medicações, para a menor resposta do paciente à droga que ocorre quando este não possui adesão medicamentosa.

Ficou evidenciado que os pacientes com DP entrevistados não seguem principalmente o horário prescrito de administração de sua medicação, ocorrendo a ingestão em intervalos de tempo variados o que por sua vez tem implicação para o desenvolvimento principalmente de flutuações motoras. A amostra apresentou bom conhecimento quanto à terapia com levodopa, demonstrando dúvidas em especial no que se refere aos efeitos colaterais da medicação. Com isso, os pacientes devem ser orientados sobre a importância de ingerir sua medicação no horário correto, entendendo os benefícios que a adesão pode proporcionar e ao mesmo tempo estarem cientes de que doses não tomadas, tomadas em excesso, ou em horários diferentes dos prescritos podem diminuir sua resposta ao tratamento.

REFERÊNCIAS

1. de Lau LM, Breteler MM. Epidemiology of Parkinson's disease. *Lancet Neurol* 2006;5: 525-35.
2. Toulouse A, Sullivan AM. Progress in Parkinson's disease-Where do we stand? *Progress Neurobiol.* 2008;85:376-92.
3. Schapira AHV. Treatment Options in the Modern Management of Parkinson Disease. *Arch Neurol* 2007Aug;64(8):1083-1088.
4. Tarrants ML, Denarié MF, Castelli-Haley J, Millard J, Zhang D. Drug Therapies for Parkinson's Disease: A Database Analysis of Patient Compliance and Persistence. *Am J Geriatr Pharmacother* 2010 Aug;8(4): 374-383.
5. Grosset KA, Bone I, Grosset DG. Suboptimal Medication Adherence in Parkinson's Disease. *Mov Disord* 2005 Nov;20(11):1502-7.
6. Grosset D. Therapy adherence issues in Parkinson's disease. *J Neurol Sci* 2010; 289:115-118.
7. Dewulf NLS, Monteiro RA, Passos ADC, Vieira EM, Troncon LEA. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças gastrintestinais crônicas acompanhados no ambulatório de um hospital universitário. *Rev Bras Ciências Farmacêuticas* 2006;42(4):575-584.
8. Grosset KA, Reid JL, Grosset DG. Medicine-Taking Behavior: Implications of Suboptimal Compliance in Parkinson's Disease. *Mov Disord* 2005;20(11): 1397-1404.
9. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med* 2000;160:2101-2107.
10. Nakabayashi TIK, Chagas MHN, Côrrea AC, Tumas V, Loureiro SR, Crippa JAS. Prevalence of depression in Parkinson's disease. *Rev Psiquiatr* 2008;35(6):219-27.
11. Chagas MHN, Sanches RF, Tumas V, Marchi KC, Tirapelli CR. Quality of life and depressive symptoms in Parkinson's disease. *Rev Bras Psiquiatr* 2011;33:99-101.
12. Leopold NA, Polansky M, Hurka MR. Drug adherence in Parkinson's disease. *Mov Disord* 2004;19:513-517.
13. Carvalho ALM, Leopoldino RWD, Silva JEG da, Cunha CP da. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa HIPERDIA no município de Teresina-PI. *Cien Saude Colet.* No prelo 2011.
14. Marinker M, Shaw J. Not to be taken as directed: putting concordance for taking medicines into practice. *BMJ* 2003;326: 348-349.
15. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care* 1986;24(1):67-74.
16. Garcia RAC. Os fatores de aderência ao tratamento farmacológico de hiperlipidemias em pacientes atendidos na Secretaria de Saúde de Ribeirão Preto [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2003.
17. Dewulf NLS. Investigação sobre a adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes portadores de doenças inflamatórias intestinais [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2005.
18. Cavalari E. Adesão ao tratamento : estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2010.
19. Strelec MAAM, Pierin AMG, Mion Junior D. A influência do conhecimento sobre a doença e à atitude frente a tomada de remédios no controle da hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol* 2003;81(4): 343-348.
20. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with

- medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med* 2000;160:2101–2107.
21. Vermeire E, Hearnshaw WH, VanRoyen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research: a comprehensive review. *J Clin Pharm Ther* 2001;26: 331-345.
 22. Santa-Helena ET, Nemes MIB, Eluf Neto J. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. *Cad Saúde Pública* 2010;26(12):2389-2398.
 23. Grosset D, Antonini A, Canesi M, Pezzoli G, Lees A, Shaw K, Cubo E, Martinez-Martin P, Rascol O, Negre-Pages L, Senard A, Schwarz J, Strecker K, Reichmann H, Storch A, Löhle M, Stocchi F, Grosset K. Adherence to Antiparkinson Medication in a Multicenter European Study. *Mov Disord* 2009;24(6):826–832.
 24. Sewitch MJ, Abrahamowicz M, Burkun A, Bitton A, Wild GA, Cohen A. Patient nonadherence to medication in inflammatory Bowel disease. *Am J Gastroenterol* 2003;98(7):1535- 1544.
 25. Stocchi F, Vacca L, Ruggieri S, Olanow CW. Intermittent vs continuous levodopa administration in patients with advanced Parkinson disease: a clinical and pharmacokinetic study. *Arch Neurol* 2005;62:905–910.
 26. Lawrence AD, Evans AH, Lees AJ. Compulsive use of dopamine replacement therapy in Parkinson's disease: reward systems gone awry? *Lancet Neurol* 2003;2:595– 604.
 27. Dobkin RD, Allen LA, Menza M, A Cognitive-Behavioral Treatment Package for Depression in Parkinson's Disease. *Psychosomatics* 2006 May-June;47(3): 259-263.
 28. Pepe VLE, Castro CGSO. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. *Cad Saúde Pública* 2000;16(3):815-822.
 29. Robinson A. Review article: inflammatory bowel disease – empowering the patient and improving outcome. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 20(4):84-87.
 30. Cintra FA, Guariento ME, Miyasaki LA. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. *Cien Saude Colet* 2010;15(Supl.3):3507-3515.