



**FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS, EXATAS E DA SAÚDE DO PIAUÍ
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR DO VALE DO PARNAÍBA
COORDENAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA**

**DANIELE CAVALCANTE MEDEIROS DA CUNHA
EMANUELLA DE CASTRO NEGREIROS NOGUEIRA
IANE LOPES DA ROCHA**

**ESTUDO DOS EFEITOS ADVERSOS DOS MEDICAMENTOS
ANTIPARKISONIANOS E SUA INFLUÊNCIA NA QUALIDADE DE
VIDA DOS PACIENTES, NA PLANÍCIE LITORÂNEA – PI.**

**PARNAÍBA – PI
2019**

**DANIELE CAVALCANTE MEDEIROS DA CUNHA
EMANUELLA DE CASTRO NEGREIROS NOGUEIRA
IANE LOPES DA ROCHA**

**ESTUDO DOS EFEITOS ADVERSOS DOS MEDICAMENTOS
ANTIPARKISONIANOS E SUA INFLUÊNCIA NA QUALIDADE DE
VIDA DOS PACIENTES, NA PLANÍCIE LITORÂNEA – PI.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Medicina da FAHESP/IESVAP na
disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso III
como requisito para obtenção do Grau de Bacharel
em Medicina.

Orientador(a): Profº Mário Abel Lima Barros

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária
Lygia Conceição Leitão Teixeira CRB-3/619

Cunha, Daniele Cavalcante Medeiros da; Nogueira,
Emanuella de Castro Negreiros; Rocha, Iane
Lopes da.

C972e

Estudo dos efeitos adversos dos medicamentos
Antiparkinsonianos e sua influência na qualidade de
vida dos pacientes, na Planície litorânea - PI / Daniele
Cavalcante Medeiros Cunha; Emanuella de Castro
Negreiros Nogueira; Iane Lopes da Rocha.- Parnaíba
. - 2019.

47 f. : il.

Monografia apresentada ao Instituto de
Educação Superior do Vale do Parnaíba – IESVAP,
Parnaíba-PI, para graduação em Medicina, 2019.

Orientador: Prof.º Especialista Mario Abel
Lima Barros.

1. Doença de Parkinson. I. Título.

CDU 616.858

**DANIELE CAVALCANTE MEDEIROS DA CUNHA
EMANUELLA DE CASTRO NEGREIROS NOGUEIRA
IANE LOPES DA ROCHA**

**ESTUDO DOS EFEITOS ADVERSOS DOS MEDICAMENTOS
ANTIPARKISONIANOS E SUA INFLUÊNCIA NA QUALIDADE DE
VIDA DOS PACIENTES, NA PLANÍCIE LITORÂNEA – PI.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para o Curso de Medicina da
FAHESP/IESVAP como requisito para obtenção do Grau de Bacharel em Medicina.

Data da aprovação: ____/____/2019

BANCA EXAMINADORA

Professor: Mário Abel Lima Barros

Prof^a. Adriana Lima Barros
1^a examinador

Prof. Francisco das Chagas Candeira Mendes Junior
2^a examinador

AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho a Deus, que sempre iluminou meu caminho e direcionou minha vida.

Aos meus pais, Nelson e Rejane, que não mediram esforços para que chegasse até essa etapa da minha vida.

A minha irmã pela amizade, companheirismo e apoio de sempre.

Aos meus familiares, sobretudo meu avô e minha madrinha, que sempre serviram de motivação nessa trajetória.

Ao meu namorado, que sempre foi um grande companheiro e parceiro de todas as horas. E aos meus amigos, que me deram muita força durante a faculdade e foram compreensivos com os momentos de ausência.

Daniele Cavalcante Medeiros da Cunha

Agradeço a Deus, por iluminar e direcionar os meus caminhos e conceder-me força e coragem para enfrentar e superar todos os obstáculos.

Aos meus amados pais, Melchisedec e Socorro por acreditarem no meu potencial e tornarem possível a concretização desse sonho, sempre com muito amor, carinho e fé.

Aos meus irmãos, Vanessa, Stella Midiã e Melchisedec Filho pela paciência, companheirismo e cuidado. E por compreenderem a minha ausência em muitos momentos durante esses anos.

A Tia Gildeni e meus sobrinhos, que mesmo de longe sempre me incentivaram e apoiaram em todas as circunstâncias.

Agradeço as minhas companheiras de TCC, Iane e Daniele, por todo empenho, dedicação e paciência. E ao meu orientador Mário Abel por todos os ensinamentos.

Emanuella de Castro Negreiros Nogueira

Agradeço primeiramente a Deus por me dar saúde e muita força para superar todas as dificuldades.

Ao meu orientador Mário Abel, por todo o tempo que dedicou a me ajudar durante o processo de realização deste trabalho.

Aos meus pais, Rosileide e Ribamar, por todo o amor que me deram, além da educação, ensinamentos e apoio.

Agradeço aos meus amigos, por confiarem em mim e estarem do meu lado em todos os momentos da vida.

As minhas irmãs Thaiz Helena e Raphaella Rocha e a minha sobrinha Maria Clara, por estarem sempre ao meu lado e me apoiarem em todas as minhas decisões.

Ao meu namorado que esteve do meu lado em todos os momentos dessa pesquisa sempre me incentivando.

Agradeço as minhas colegas de TCC, Daniele e Emanuella, pelas experiências compartilhadas durante todo o processo desse trabalho e também pelo apoio e paciência.

Iane Lopes da Rocha

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis”.

(José de Alencar)

RESUMO

INTRODUÇÃO: O mal de Parkinson é a segunda doença neurodegenerativa que mais acomete idosos e compromete o seu bem-estar, devido à intensidade dos seus sinais e sintomas. Portanto, é importante a compreensão das modificações provocadas pela doença de Parkinson para a ampliação de pesquisas sobre recursos terapêuticos medicamentosos. No entanto, esses recursos podem ocasionar efeitos colaterais secundários à doença. **OBJETIVO:** Analisar a eficácia do tratamento farmacológico e os efeitos adversos na melhoria da qualidade de vida dos pacientes com Parkinson. **MÉTODOS:** Foi realizado um estudo transversal, não experimental e descritivo de abordagem quantitativa que utilizou como instrumento de pesquisa a escala unificada de avaliação da Doença de Parkinson (Unified Parkinsons' disease Rating Scale – UPDRS-ADAPTADA), com assinatura prévia dos pacientes e/ou responsável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **RESULTADOS:** A amostra foi constituída por 20 pacientes acometidos pela doença de Parkinson. Em geral, estes pacientes sentem-se tristes, mas não são diagnosticados com depressão e não possuem pensamentos suicidas. Em relação ao cotidiano, eles percebem uma lentidão, no entanto não se sentem incapazes e a maioria consegue realizar as tarefas diárias sem ajuda. Dor nas discinesias e distonias são os efeitos colaterais mais relatados pelos pacientes entrevistados. **CONCLUSÃO:** A partir desse estudo foi possível observar que o tratamento farmacológico pode contribuir para melhoria da qualidade de vida dos entrevistados e que os resultados encontrados corroboram com estudos já publicados sobre pacientes de outras regiões.

Palavras-Chaves: Bem-estar. Doença de Parkinson. Efeitos colaterais. Fármaco.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Parkinson's disease is the second major neurodegenerative disease which affects older people and compromises their well-being due to the intensity of their signs and symptoms. Therefore, it is important to understand the modifications caused by Parkinson's disease, for the expansion of research on therapeutic tools. Nonetheless, these tools can cause secondary side effects to the disease. **OBJECTIVE:** To analyze the efficacy of pharmacological treatment and adverse effects in improving Parkinson's disease patients' life quality. **METHODS:** A cross-sectional, non-experimental and descriptive study, based on a quantitative approach, was carried out using the unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS-ADAPTED) with patients and/or responsible person prior signature on the Free and Informed Consent Form. **RESULTS:** The sample comprised 20 patients with Parkinson's disease. Generally, these patients feel sad, but are not diagnosed with depression and do not have suicidal thoughts. Towards the daily life, they notice a slowness, however do not feel incapable and most can accomplish the daily tasks without help. Pain in dyskinesias and dystonias are the most reported side effects reported by the patients interviewed. **CONCLUSION:** It was possible to observe, from this study, that the pharmacological treatment can contribute to improve the interviewees' life quality and the results found corroborate with studies already published about patients from other regions.

Key words: Well-being. Parkinson's disease. Side effects. Drug

LISTA DE ABREVIATURAS

COMT	Catecol-O-metil-transferase
DP	Doença de Parkinson
EUA	Estados Unidos da América
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ITPAC	Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
QV	Qualidade de vida
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SNC	Sistema Nervoso Central
UPDRS	Unified Parkinsons' disease Rating Scale

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Doença de Parkinson.....	11
1.2 Problemática.....	12
1.3 Justificativa.....	12
1.4 Hipóteses.....	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
2.1 Fisiopatologia da Doença de Parkinson	13
2.2 Manifestações Clínicas.....	14
2.3 Tratamento medicamentoso.....	15
2.4 Qualidade de vida na doença de Parkinson.....	17
3 OBJETIVOS.....	18
3.1 Geral.....	18
3.2 Específico.....	18
4 METÓDOS.....	18
4.1 Tipo de estudo.....	18
4.2 Amostra.....	19
4.3 Local de estudo.....	19
4.4 Critérios de inclusão.....	19
4.5 Critérios de exclusão.....	19
4.6 Materiais.....	19
4.7 Procedimentos.....	19
4.8 Análise dos dados.....	20
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO (ARTIGO).....	20
6 CONCLUSÃO GERAL	31
REFERÊNCIAS	32
ANEXOS	35

ANEXO A 35

ANEXO B 39

ANEXO C 42

ANEXO D.....45

1 INTRODUÇÃO

1.1 Doenças de Parkinson

A doença de Parkinson (DP) é caracterizada como um distúrbio neurodegenerativo na qual ocorre a morte gradual de neurônios localizados no núcleo do mesencéfalo denominado substância negra, resultando na diminuição da produção de dopamina. (GARRETT, 2010; MAGALHÃES, 2014)

A etiologia da doença foi descrita pela primeira vez por em 1817 por James Parkinson, que descreveu como “Paralisia agitante”, em que a condição foi definida como: “Movimento involuntário trêmulo, com força muscular diminuída, em partes não ativas, mesmo quando suportadas; com uma propensão de curvatura do tronco para frente e aceleração do ritmo da caminhada: com sentidos e intelecto permanecendo ilesos” (PARKINSON, 1817). Por isso, o nome da doença é em homenagem a esse médico inglês.

Na contemporaneidade a DP é considerada a segunda maior e mais prevalente doença neurológica senil. Estima-se uma prevalência de 100 a 200 casos por 100 mil habitantes. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) revelam que 1% da população acima dos 65 anos sofre com o Mal de Parkinson.

O crescimento da população idosa no Brasil tem ocorrido de forma acelerada. As projeções mais tradicionalistas indicam que, em 2020, o país será o sexto do mundo em número de idosos, com um grupo superior a 30 milhões de pessoas. Esse envelhecimento populacional do Brasil é resultado de mudanças vertiginosas, que vêm acontecendo nas últimas três décadas, isso se deve à redução da mortalidade infantil e ao declínio acentuado da fecundidade (TANNURE et al.,2010). A estimativa é de que pelo menos 200 mil pessoas tenham DP.

A DP não apresenta predisposição por classes sociais, raça, cor e sexo. Segundo a Portaria Nº 228 do Ministério da Saúde, a Doença de Parkinson é uma doença de distribuição universal e atinge todos os grupos étnicos e classes socioeconômicas.

Ainda não foi descoberta a definitiva etiologia da DP, no entanto muitas hipóteses são elencadas. A mais notável, é a causa multifatorial, ou seja, a combinação da tendência genética, fatores ambientais, distúrbios metabólicos, anormalidades celulares ou ainda, modificações do envelhecimento (ALMEIDA et al.,2016).

1.2 Problemática

Os indivíduos portadores do mal de Parkinson têm a sua qualidade de vida comprometida devido às complicações degenerativas causadas pela evolução da doença como tremores, bradicinesia, rigidez muscular e instabilidade postural. No intuito de diminuir esses sinais e sintomas são recomendados tratamentos farmacológicos, entretanto a maioria delas causam efeitos colaterais aos pacientes.

Diante disso, os benefícios dos fármacos para o tratamento do mal de Parkinson sobressaem os malefícios dos seus efeitos adversos na qualidade de vida desses pacientes?

1.3 Justificativa

A população brasileira passa por um período de envelhecimento, por consequência disso, há um aumento no índice de doenças que acometem idosos. A população com 60 anos ou mais de idade passa de 14,2 milhões, em 2000, para 19,6 milhões, em 2010, devendo atingir 41,5 milhões, em 2030, e 73,5 milhões, em 2060 (IBGE, 2015).

Neste caso é de extrema importância o estudo dessas patologias para garantir melhoria na qualidade de vida população. Dentre elas está o mal de Parkinson, segunda doença neurodegenerativa, que mais atinge pacientes nessa faixa etária.

A evolução do mal de Parkinson compromete o bem-estar do paciente, devido à intensidade dos seus sinais e sintomas. Portanto, a importância da compreensão das modificações provocadas em idosos em decorrência da DP, que os diferem de uma população de idosos saudáveis, é fundamental para a amplificação dos recursos terapêuticos medicamentosos. No entanto, esses recursos podem ocasionar efeitos colaterais secundários da doença.

1.4 Hipóteses

- a) O tratamento farmacológico controla os sintomas do Mal de Parkinson, minimizando, assim, a debilidade do paciente.
- b) Os efeitos adversos atingem diretamente na qualidade de vida do paciente.
- c) As medicações podem desenvolver efeitos colaterais, entretanto isso não diminui a sua importância no tratamento sintomatológico da DP.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Fisiopatologia da Doença de Parkinson

A Doença de Parkinson é ocasionada devido a uma lesão da substância negra, levando assim, a uma diminuição da produção de dopamina. O sistema dopaminérgico e os neurônios de melanina sofrem despigmentação. Assim, quanto mais clara for a substância negra, maior será a perda de dopamina. (MENOTTI; ZANUSSO JÚNIOR, 2015).

Essa redução causa uma degradação da via nigroestriatal, causando uma oscilação de neurotransmissores excitatórios e inibitórios no corpo estriado. Com isso, há um comprometimento extrapiramidal quanto ao domínio dos movimentos corporais complexos, desenvolvendo tremores, rigidez, bradicinesia e instabilidade postural (ANDERSON; BRAUN, 2009.p.475).

A substância negra localiza-se dorsalmente ao pedúnculo e ventralmente ao tegumento, se estendendo longitudinalmente ao mesencéfalo. É caracterizada por sua pigmentação escura devido a uma grande quantidade de melanina. Divide-se em duas partes: a compacta e a reticular (MENESES, 2006.p.121).

A parte compacta é formada por células volumosas e pigmentadas. Seus neurônios são ricos em dopamina, o que os caracteriza como a principal fonte de dopamina estriatal (núcleo caudado e putâmen) (MENESES, 2006.p.121,122).

As fibras aferentes nigrais saem do segmento lateral do globo pálido, do núcleo subtalâmico, do núcleo dorsal da rafe, do núcleo pedúnculo-pontino e principalmente do núcleo caudado e putâmen (neostriado), sendo, estas últimas, conhecidas como fibras estriatonigrais (MENESES, 2006.p122).

As fibras eferentes nigrais surgem das duas partes da substância negra, tendo neurotransmissores e projeções diferentes: fibras nigroestriatais (neurônios dopaminérgicos), fibras nigrotalâmicas e nigrotegmentares (neurônios GABA-érgicos) (MENESES, 2006.p.122).

Funcionalmente, as principais são as que se conectam com o corpo estriado (fibras nigroestriatais e estriatonigrais). Essa destruição dos neurônios dopaminérgicos da substância negra causa uma depleção de dopamina no corpo estriado, e com isso, graves alterações motoras são provocadas, o que caracteriza a Síndrome de Parkinson (MENESES, 2006.p.122).

Em suma, os sintomas do Parkinson são ocasionados devido ao desequilíbrio da dopamina e da acetilcolina que estão no corpo estriado. Isso ocorre por essa doença neurodegenerativa afetar os gânglios da base, e principalmente a via nigroestriatal, fonte de maior quantidade de dopamina no cérebro. Pelo fato de esses gânglios da base formarem parte do sistema extrapiramidal e serem, assim, responsáveis pela regulação da parte motora, a doença causa as manifestações tão conhecidas do Parkinson (ANDERSON; BRAUN, 2009.p.474,475).

2.2 Manifestações Clínicas

A sintomatologia da doença de Parkinson é caracterizada por distúrbios motores, cognitivos e emocionais que se intensificam com a progressão da doença. A princípio, as alterações motoras apresentam-se com predomínio unilateral, evoluem para manifestações bilaterais e em estágios mais avançados acarretam perda da autonomia funcional (MANCOPES et al., 2013).

Esse conjunto de sinais e sintomas é essencial para o diagnóstico da doença, visto que não há testes laboratoriais e marcadores biológicos que confirmem a doença. Portanto, utiliza-se a tétrade: acinesia ou bradicinesia, rigidez muscular, tremor de repouso e instabilidade postural, como critérios fundamentais para classificação da DP. Diante disso, a presença de dois ou quatro desses sinais sugere o diagnóstico clínico da doença (SAITO, 2011).

O tremor é a principal manifestação clínica da DP, ocorre em 70% dos pacientes, é mais característico em repouso com uma frequência de 4-6Hz, que se manifesta nas extremidades, sendo a forma mais conhecida, a que acomete os dedos das mãos (STEBBINS et al., 2013).

A rigidez muscular ocorre devido ao aumento da tonicidade e inflexibilidade do músculo. Na DP, isso é consequência do nível de dopamina ser insuficiente para a realização dos movimentos de extensão e flexão dos músculos. Em consonância com a bradicinesia (lentidão do movimento), hipocinesia (redução na amplitude do movimento), acinesia (dificuldade em iniciar movimentos), provocam a dificuldade de movimentação do paciente ou em grau mais elevado a impossibilidade (SANTOS, 2013)

Outra alteração motora importante são os distúrbios da marcha, sendo mais frequente, o Freezing of Gait, ou Freezing (congelamento) da marcha. Esse sintoma caracteriza-se como um episódio transitório e altamente incapacitante, pois impede o indivíduo de realizar o primeiro passo ou dar sequência a marcha, apesar da intenção de andar (NUTT et al., 2011).

Aliado a isso, a instabilidade postural é um dos principais sintomas na doença de Parkinson, que resulta em uma maior frequência de quedas (38 e 68%) e suas sequelas. Estas alterações se relacionam a distúrbios musculares caracterizadas pela inabilidade de gerar padrões de sinergia propícios. Tais distúrbios tendem a intensificar-se durante a evolução da doença (FUKUNAGA et al.,2014).

É importante destacar as manifestações não motoras que também estão presentes como: a depressão, demência e a ansiedade. Essas alterações estão diretamente relacionadas com a evolução dos sintomas físicos e cognitivos, que incapacitam o autocuidado. Por consequência há uma piora na qualidade de vida do paciente (MENDES, 2017).

2.3 Tratamento Medicamentoso

O tratamento do Parkinson não visa à cura do paciente, pois ainda não se conhece medicamento que faça recuperar ou regredir a degeneração neuronal. A maior importância durante o período da enfermidade é estender ao máximo que o paciente tenha autonomia de suas funções (SILVA, 2010.p.424; MARCHI, 2013).

Os medicamentos, em geral, aliviam os sintomas causados pela doença, mas é de bastante relevância alertar sobre as consequências que o uso crônico dessas drogas causa, avaliando e, se precisar, reajustar o esquema posológico do paciente na tentativa de um equilíbrio entre o alívio dos sintomas e a prevenção de reações adversas indesejáveis (SILVA, 2010.p.424).

Levodopa

A levodopa é um antiparkinsoniano precursor imediato de dopamina. Ela ultrapassa a barreira hematoencefálica e é quebrada pela dopa descarboxilase em dopamina nos neurônios nigroestriatais. Assim, a quantidade do neurotransmissor deficiente é restaurada (SILVA, 2010.p.424,425).

Apesar de reduzir os sintomas da doença, a levodopa causa efeitos colaterais em alguns sistemas do corpo do paciente. No trato gastrointestinal causa, em sua grande maioria, anorexia, náuseas, vômitos e desconforto epigástrico na fase inicial, devendo, por causa disso, ser administrada juntamente com inibidores periféricos de descarboxilase (SILVA, 2010.p.425).

Apesar de não ser muito frequente, é necessário estar atento aos pacientes com problemas cardíacos, pois arritmias cardíacas já foram descritas devido ao uso da levodopa. Além disso, os pacientes podem apresentar hipotensão ortostática no início do tratamento, o que melhora com a continuidade do tratamento (SILVA, 2010.p.425).

Alterações mentais aparecem em uma quantidade pequena de pacientes, e isso inclui agitação, confusão mental, alucinações, ilusões, ideias paranoides, sonhos vívidos, hipomania, depressão, conduta hipersexual e psicoses (SILVA, 2010.p.426).

Os distúrbios neurológicos são muitos, as discinesias, por exemplo, podem aparecer logo depois dos primeiros meses de tratamento com a levodopa. Esses movimentos involuntários são dependentes da dose e reduzem com a diminuição da dosagem do medicamento (SILVA, 2010.p.426).

Com o tratamento continuado principalmente por mais de seis anos, ainda pode acontecer o que se chama de fenômeno *on-off* (liga-desliga). O paciente fica em um estado de acinesia, pausa, não consegue se movimentar seguido por um momento de retorno dos movimentos (SILVA, 2010.p.426).

Grande parte dos pacientes que utilizam a levodopa têm os efeitos colaterais referentes ao tempo e à dose do tratamento. A eficácia desse medicamento tem seu declínio depois de 3 a 5 anos (SILVA, 2010.p.426).

Selegilina

A selegilina é outro tipo de medicamento, ele é um inibidor seletivo da monoamina oxidase tipo B, enzima que quebra a dopamina no cérebro, portanto é responsável pela inibição da degradação intraneural de dopamina no sistema nigroestriatal e bloqueador da recaptação dessa substância (SILVA, 2010.p.427).

Quando utilizada junto com a levodopa o efeito dopaminérgico aumenta, e dessa forma pode causar boca seca, mal-estar intestinal, vertigem, confusão mental, alucinações, câimbras, insônia, hipotensão ortostática e arritmias cardíacas (SILVA, 2010.p.427, 428).

Bromocriptina

A bromocriptina tem como mecanismo de ação estimular os receptores dopaminérgicos do SNC, do sistema cardiovascular, eixo hipotálamo-hipofisário e trato gastrointestinal (SILVA, 2010.p.428).

Seus efeitos colaterais são náuseas, tonturas, vômitos, fadiga, hipotensão ortostática, constipação, sonolência e boca seca. Porém, tem uma vantagem em relação à levodopa, pois tem menos predisposição a apresentar discinesias e o fenômeno *on-off* (SILVA, 2010.p.428).

Pramipexol

O pramipexol é um agonista de dopamina de grande seletividade e afinidade pelo receptor D2 de dopamina. Os pacientes que fazem uso desses medicamentos geralmente reclamam de náuseas, constipação, tontura, sonolência, insônia, astenia, alucinações, hipotensão postural, cefaleia, confusão e discinesias (SILVA, 2010.p.429,430).

Tolcapone

O tolcapone é um inibidor reversível e seletivo da catecol-O-metil-transferase (COMT), enzima muito importante no catabolismo da levodopa, central e periférico, o que eleva a levodopa periférica, aumentando sua biodisponibilidade (SILVA, 2010.p.431).

Os efeitos colaterais que mais aparecem são anorexia, náuseas, diarreia, dispepsia, hipotensão postural, tontura, cefaleia, sonolência leve, transtorno do sono, discinesia e a disfunção hepática (SILVA, 2010.p.431).

2.4 Qualidade de vida na doença de Parkinson

O conceito de qualidade de vida indica as condições de vida de um ser humano, que envolve várias áreas, como o bem físico, mental, psicológico e emocional, relacionamentos sociais, como família e amigos e também saúde, educação e outros parâmetros que afetam a vida humana (ALMEIDA, 2012). Dessa forma, o tratamento para o Mal de Parkinson objetiva a manutenção da qualidade de vida do paciente, com o alcance almejado da autoestima e a sua reinserção social, assegurando-lhe o direito de cidadania (MANDIRA,2012).

A DP possui característica gradativa e crônica, a doença afeta a qualidade de vida (QV) dos portadores. Admitia-se que inicialmente os sintomas motores são os mais atingidos, contudo, com a progressão da doença, ocorre o aparecimento de novos sintomas, comprometendo várias dimensões relacionadas à qualidade de vida. É fundamental reconhecer as questões que mais prejudicam a qualidade de vida dos parkinsonianos,

considerando que tais fatores podem não ser vistos no exame clínico por não participarem da relação de sintomas motores mais comuns conhecidos (PETERNELLA, 2012).

Estudos comprovam que as quatro principais características que atingem indivíduos com DP são o tremor de repouso, a rigidez, a bradicinesia (lentidão nos movimentos) e a instabilidade postural. Outra característica clínica clássica da DP é a hipocinesia (diminuição dos movimentos). Além disso, são comumente acompanhadas por fadiga, congelamento da marcha, depressão, sintomas autonômicos, dor e, muitas vezes, demência. Esses fatores juntos, ou mesmo sozinhos, podem elevar o risco de quedas, restringindo o desenvolvimento de atividades e diminuindo a participação social desses indivíduos (SILVA, 2015).

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Analisar a eficácia do tratamento farmacológico e os efeitos adversos na melhoria da qualidade de vida dos pacientes com Parkinson.

3.2 Específicos

- a) Caracterizar os pacientes selecionados portadores de doença de Parkinson quanto as suas disfunções e necessidades.
- b) Correlacionar o tratamento farmacológico com a melhoria da qualidade de vida.
- c) Identificar os efeitos adversos dos medicamentos para tratamento do mal de Parkinson.

4 METÓDOS

4.1 Tipo de estudo

Trata de um estudo transversal, não experimental e descritivo de abordagem quantitativa, que foi realizada no período de fevereiro de 2018 a março de 2019. A pesquisa foi conduzida por buscas através dos termos livres “Bem-estar” (Wellness), “Doença de Parkinson” (*Parkinson Disease*), “Efeitos colaterais” (Side effects) e Medicação (Medication), nas seguintes bases de dados eletrônicas, Lilacs, Scielo, Medline e Pubmed, no período de 2006 a 2019. Um total de 75 artigos que preenchiam os requisitos propostos pela metodologia da pesquisa e diversos livros foram analisados para complementação dos dados.

4.2 Amostra

A população conta com 45 pacientes em cadastro ativo na farmácia de componente especializado que abrange as cidades da planície litorânea do Piauí. No entanto, devido às limitações da pesquisa a amostra contém 20 usuários.

4.3 Local de estudo

Farmácia de componente especializado que engloba as cidades da Planície litorânea do Piauí. Essa planície é composta por 11 municípios: Bom Princípio do Piauí, Buriti dos Lopes, Cajueiro da Praia, Caraúbas do Piauí, Caxingó, Cocal, Cocal dos Alves, Ilha Grande, Luís Correia, Murici dos Portelas e Parnaíba (CGMA, 2015).

4.4 Critérios de inclusão

- Diagnóstico confirmado pelo neurologista de DP
- Aprovação do paciente ou responsável por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- Estar cadastrado e ativo na Farmácia Componente Especializado da Planície Litorânea

4.5 Critérios de exclusão

- Pacientes que abandonaram o tratamento medicamentoso
- Pacientes falecidos durante a pesquisa
- Pacientes não cadastrados

4.6 Materiais

Com base na literatura foram utilizados um questionário adaptado e validado, e um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido como critério para participação na pesquisa.

O questionário utilizado foi à escala unificada de avaliação da Doença de Parkinson (Unified Parkinsons' disease Rating Scale – UPDRS-ADAPTADA).

4.7 Procedimentos

O projeto foi encaminhado e aprovado ao comitê de ética em pesquisa do grupo ITPAC e os pacientes/responsáveis que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados foi realizada na Farmácia Especializada, local onde os pacientes aguardam para receber seus medicamentos. Primeiramente, os prontuários dos pacientes foram avaliados e os que atenderam aos critérios propostos pelo estudo foram entrevistados. A entrevista aconteceu no período de fevereiro a março de 2019, por três pesquisadores durante entrevista individual.

4.8 Análise dos dados

As variáveis foram resumidas em tabelas e gráficos mediante frequência absoluta e relativa (porcentagem). Os gráficos foram construídos com auxílio dos programas Excel® e GraphPad Prism 6.0.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

ESTUDO DOS EFEITOS ADVERSOS DOS MEDICAMENTOS ANTIPARKISONIANOS E SUA INFLUÊNCIA NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES, NA PLANÍCIE LITORÂNEA – PI

Iane Lopes da Rocha^{1*}, Emanuella de Castro Nogueira², Daniele Cavalcante
Medeiros da Cunha³, Alyne Rodrigues de Araujo⁴, Mário Abel Lima Barros⁵

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a eficácia do tratamento farmacológico e os efeitos adversos na melhoria da qualidade de vida dos pacientes com Parkinson. **MÉTODOS:** Foi realizado um estudo transversal, não experimental e descritivo de abordagem quantitativa que utilizou como instrumento de pesquisa a escala unificada de avaliação da Doença de Parkinson (Unified Parkinsons' disease Rating Scale – UPDRS-ADAPTADA), com assinatura prévia dos pacientes e/ou responsável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **RESULTADOS:** A amostra foi constituída por 20 pacientes acometidos pela doença de Parkinson. Em geral, estes pacientes sentem-se tristes, mas não são diagnosticados com depressão e não possuem pensamentos suicidas. Em relação ao cotidiano, eles percebem uma lentidão, no entanto não se sentem incapazes e a maioria consegue realizar as tarefas diárias sem ajuda. Dor nas discinesias e distonias são os efeitos colaterais mais relatados pelos pacientes entrevistados. **CONCLUSÃO:** A partir desse estudo foi possível observar que o tratamento farmacológico pode contribuir para melhoria da qualidade de vida dos entrevistados e que os resultados encontrados corroboram com estudos já publicados sobre pacientes de outras regiões.

Palavras-Chaves: Bem-estar. Doença de Parkinson. Efeitos colaterais. Fármaco.

STUDY OF THE ADVERSE EFFECTS OF ANTIPARKISONIAN MEDICINES AND THEIR INFLUENCE ON THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS, IN THE COASTLINE PLAIN – PI

ABSTRACT

Purpose: To Analyze the efficacy of pharmacological treatment and the adverse effects on improving the quality of life of patients with Parkinson's disease. **Methods:** A cross-sectional and descriptive study of quantitative approach was used as a research tool for the unified Parkinson's disease Rating Scale (UPDRS), with signature Patients and/or companions of the informed Consent form. **Results.** The sample consisted of 20 patients affected by Parkinson's disease. In general, these patients feel sad, but are not diagnosed with depression and do not have suicidal thoughts. In relation to the daily life, they perceive a slowness, however do not feel incapable and most can accomplish the daily tasks without help. Pain in dyskinesias and dystonias are the most reported side effects by the patients. **Conclusion.** From this study it was possible to observe that the pharmacological treatment can contribute to improve the quality of life of the patients and that the results found corroborate with studies already published on patients from other regions.

Key words: Welfare. Parkinson's disease. Side effects. Medication.

Autor para correspondência: Aluno de Graduação em Medicina. Faculdade de Ciências Humanas, Exatas e da Saúde do Piauí-Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba. Parnaíba-PI. Rua Boa Vista, bairro: São Benedito, nº147 – Parnaíba-PI. E-mail: iane_lrocha@hotmail.com. Telefone: 98-982940003.

¹ Aluno de Graduação em Medicina. Faculdade de Ciências Humanas, Exatas e da Saúde do Piauí-Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba. Parnaíba-PI. E-mail: iane_lrocha@hotmail.com.

² Aluno de Graduação em Medicina. Faculdade de Ciências Humanas, Exatas e da Saúde do Piauí-Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba. Parnaíba-PI. E-mail: lela_negreiros@hotmail.com.

³ Aluno de Graduação em Medicina. Faculdade de Ciências Humanas, Exatas e da Saúde do Piauí-Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba. Parnaíba-PI. E-mail: danicmcse@hotmail.com.

⁴ Biomédica Doutora em Biotecnologia pela Rede Nordeste de Biotecnologia (RENORBIO). Parnaíba-PI. E-mail: alyne_biomed@hotmail.com.

⁵ Farmacêutico. Graduado em Farmácia e habilitado em análises clínicas pela Universidade Federal do Piauí. Especialista em análises clínicas pela Faculdade Cathedral. Especialista em docência do Ensino Superior pela Cândido Mendes. Atualmente é farmacêutico do componente especializado de Assistência Farmacêutica- Regional Parnaíba - Secretaria Estadual de Saúde do Piauí. Farmacêutico do laboratório de análises clínicas do município de Luís Correia. Professor de farmacologia da Faculdade de Medicina IESVAP e da Maurício de Nassau. E-mail: mariobarros@iesvap.com.br

INTRODUÇÃO

A doença de Parkinson (DP) é caracterizada como um distúrbio neurodegenerativo na qual ocorre a morte gradual de neurônios localizados no núcleo do mesencéfalo denominado substância negra, resultando na diminuição da produção de dopamina (1, 2).

A sintomatologia da patologia é caracterizada por distúrbios motores, cognitivos e emocionais que se intensificam com a progressão da doença. A princípio, as alterações motoras apresentam-se com predomínio unilateral, evoluem para manifestações bilaterais e em estágios mais avançados acarretam perda da autonomia funcional (3).

Esse conjunto de sinais e sintomas é essencial para o diagnóstico da doença, visto que não há testes laboratoriais e marcadores biológicos que a confirmem. Portanto, utiliza-se a tétrade: acinesia ou bradicinesia, rigidez muscular, tremor de repouso e instabilidade postural, como critérios fundamentais para classificação da DP. Diante disso, a presença de dois ou quatro desses sinais sugere o diagnóstico clínico da doença (4).

É importante destacar as manifestações não motoras que também estão presentes como: a depressão, demência e a ansiedade. Essas alterações estão diretamente relacionadas com a evolução dos sintomas físicos e cognitivos, que incapacitam o autocuidado. Por consequência há uma piora na qualidade de vida do paciente. Na contemporaneidade a DP é considerada a segunda maior e mais prevalente doença neurológica senil. Estima-se uma prevalência de 100 a 200 casos por 100 mil habitantes (5).

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) revelam que 1% da população acima dos 65 anos sofre com o Mal de Parkinson. A DP não apresenta predisposição por classes sociais, raça, cor e sexo. Segundo a Portaria Nº 228 do Ministério da Saúde, a Doença de Parkinson é uma doença de distribuição universal e atinge todos os grupos étnicos e classes socioeconômicas. Ainda não foi descoberta a definitiva etiologia da DP, no entanto muitas hipóteses são elencadas. A mais notável, é a causa multifatorial, ou seja, a combinação da tendência genética, fatores ambientais, distúrbios metabólicos, anormalidades celulares ou ainda, modificações do envelhecimento (6, 7).

O tratamento do Parkinson não visa à cura do paciente, pois ainda não se conhece medicamento que faça recuperar ou regredir a degeneração neuronal. A maior importância durante o período da enfermidade é estender ao máximo que o paciente tenha autonomia de suas funções (8).

Os medicamentos, em geral, aliviam os sintomas causados pela doença, mas é de bastante relevância alertar sobre as consequências que o uso crônico dessas drogas causa,

avaliando e, se precisar, reajustar o esquema posológico do paciente na tentativa de um equilíbrio entre o alívio dos sintomas e a prevenção de reações adversas indesejáveis. As principais drogas utilizadas são: levodopa, selegilina, bromocriptina, pramipexol, tolcapone e amantadina (9). O tratamento para o Mal de Parkinson objetiva a manutenção da qualidade de vida do paciente, com o alcance almejado da autoestima e a sua reinserção social, assegurando-lhe o direito de cidadania (10).

O conceito de qualidade de vida indica as condições de vida de um ser humano, que envolve várias áreas, como o bem físico, mental, psicológico e emocional, relacionamentos sociais, como família e amigos e também saúde, educação e outros parâmetros que afetam a vida humana (11).

Estudos comprovam que as quatro principais características que atingem indivíduos com DP são o tremor de repouso, a rigidez, a bradicinesia (lentidão nos movimentos) e a instabilidade postural. Outra característica clínica clássica da DP é a hipocinesia (diminuição dos movimentos). Além disso, são comumente acompanhadas por fadiga, congelamento da marcha, depressão, sintomas autonômicos, dor e, muitas vezes, demência. Esses fatores juntos, ou mesmo sozinhos, podem elevar o risco de quedas, restringindo o desenvolvimento de atividades e diminuindo a participação social desses indivíduos (12).

Neste contexto, o vigente estudo tem por objetivo analisar a eficácia do tratamento farmacológico e os efeitos adversos na melhoria da qualidade de vida dos pacientes com Parkinson.

METODOLOGIA

Trata de um estudo transversal, não experimental e descritivo de abordagem quantitativa, que foi realizada no período de fevereiro de 2018 a março de 2019. A pesquisa foi conduzida por buscas através dos termos livres “Bem-estar” (Wellness), “Doença de Parkinson” (Parkinson Disease), “Efeitos colaterais” (Side effects) e Medicação (Medication), nas seguintes bases de dados eletrônicas, Lilacs, Scielo, Medline e Pubmed, no período de 2006 a 2019. Um total de 75 artigos que preenchiam os requisitos propostos pela metodologia da pesquisa foram analisados para complementação dos dados. A população conta com 45 pacientes em cadastro ativo na farmácia de componente especializado que abrange as cidades da planície litorânea do Piauí. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do grupo ITPAC.

Os critérios de inclusão dos pacientes foram: diagnóstico confirmado pelo neurologista de DP, aprovação do paciente ou responsável por meio do Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido, estar cadastrado e ativo na Farmácia Componente Especializado da Planície Litorânea.

Os dados foram colhidos no período de fevereiro a março de 2019, por três pesquisadores durante entrevista individual. Foi utilizado um questionário (a escala unificada de avaliação da Doença de Parkinson (Unified Parkinsons' disease Rating Scale – UPDRS-ADAPTADA), a fim de analisar a que ponto os efeitos adversos das medicações interferem na qualidade de vida dos pacientes. As variáveis foram resumidas em tabelas e gráficos mediante frequência absoluta e relativa (porcentagem). Os gráficos foram construídos com auxílio dos programas Excel® e GraphPad Prism 6.0.

RESULTADOS

A amostra foi constituída por 20 pacientes que são acometidos pela doença de Parkinson, usuários da rede de saúde da Planície Litorânea – PI. Em relação ao estado mental, a maioria dos pacientes (70%) afirmou apresentar períodos de tristeza ou culpa acima do normal, entretanto esses períodos não são duradouros. Nenhum paciente relatou a existência de pensamentos suicidas (**Tabela 1**).

Tabela 1. Distribuição de pacientes quanto ao estado mental, comportamento ou estado emocional do paciente em relação à depressão.

DEPRESSÃO	FREQUÊNCIA ABSOLUTA (Fi)	FREQUÊNCIA RELATIVA (Fri %)
Ausente	5	25%
Períodos de tristeza ou culpa acima do normal. Nunca permanece por dias ou semanas.	14	70%
Depressão permanente com sintomas vegetativos (insônia, anorexia, perda de peso, desinteresse).	1	5%
Depressão permanente com sintomas vegetativos. Pensamento ou tentativa de suicídio.	0	0%
TOTAL	20	100%

Quanto à motivação dos pacientes usuários de medicamentos antiparkinsonianos, 70% apresentam-se normais, enquanto 15% sentem-se mais passivos, ou seja, menos interessados que o habitual, ou com desinteresse por atividades diferentes daquelas rotineiras (**Tabela 2**).

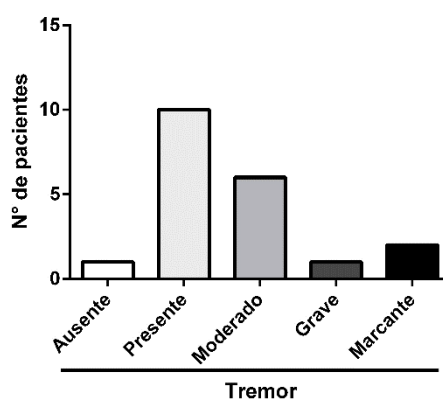
Tabela 2. Distribuição de pacientes quanto ao estado mental, comportamento ou estado emocional do paciente em relação à motivação/iniciativa.

MOTIVAÇÃO/INICIATIVA	FREQUÊNCIA ABSOLUTA (Fi)	FREQUÊNCIA RELATIVA (Fri %)
Normal	14	70%
Mais passivo, menos interessado que o habitual.	3	15%
Perda da iniciativa ou desinteresse por atividades fora do dia-a-dia.	3	15%
TOTAL	20	100%

Uma parcela significativa dos pacientes entrevistados relata um comprometimento superficial na fala (45%), pouca lentidão na escrita (50%), na manipulação dos alimentos (45%), no ato de se vestir (55%) e no momento de realizar a higiene pessoal (70%), quando afirmam não precisar de ajuda. Além de conseguirem realizar as atividades diárias, ainda que com um pouco de lentidão, muitos pacientes (55%) afirmam não sofrerem quedas devido ao “freezing” característico da doença de Parkinson, que aparece raramente no início da marcha de 45% dos entrevistados.

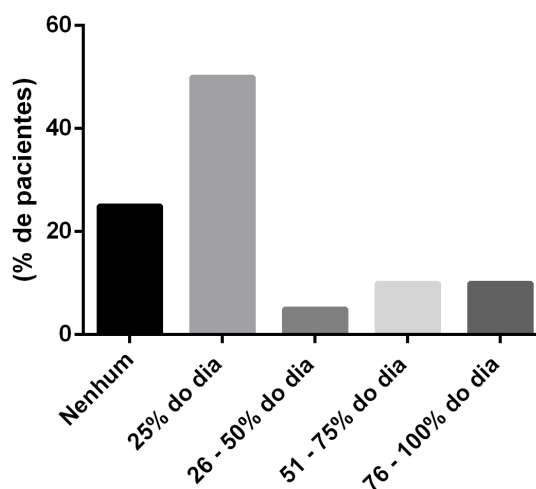
Em relação à marcha, metade dos pacientes apresenta uma pequena dificuldade, podendo não balançar os braços ou tendendo a arrastar as pernas, enquanto 25% deles conseguem caminhar normalmente. Da mesma forma, metade dos pacientes apresentam tremores, mas sem muita frequência. No entanto, 30% dos pacientes (n=6) apresentam tremores moderados que incomodam (**Figura 1**). Apenas um paciente (5%) relata ausência dos tremores com o uso da medicação.

Figura 1. Distribuição de pacientes quanto ao tremor.



A discinesia, como complicação da terapia, foi reportada por 75% dos pacientes, destes, a maioria sente por um período de 6 horas por dia ou 25% do dia (**Figura 2**).

Figura 2. Percentual de pacientes que reportaram discinesia como complicação da terapia para tratamento do Parkinson.



A incapacidade também foi abordada pelos entrevistados como complicação da terapia. Em relação a este parâmetro, 65% dos pacientes não demonstraram incapacidade e 35% apresentaram incapacidade de leve a grave (**Tabela 3**).

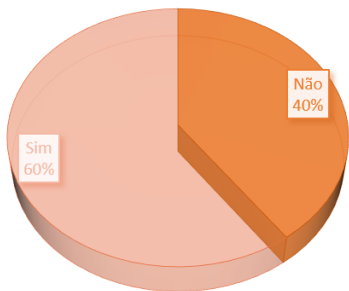
Tabela 3. Distribuição de pacientes quanto à incapacidade como complicação da terapia.

INCAPACIDADE	FREQUÊNCIA ABSOLUTA (Fi)	FREQUÊNCIA RELATIVA (Fri %)
Não incapacitante	13	65%
Incapacidade leve	3	15%
Incapacidade moderada	2	10%
Incapacidade grave	2	10%
Completamente incapaz	0	0%
TOTAL	20	100%

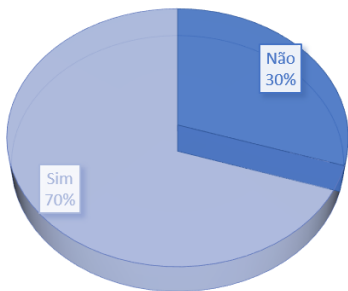
As outras complicações da terapia, como anorexia, náusea ou vômitos, distúrbio do sono, hipotensão ortostática e nictúria foram relatadas pela maioria dos pacientes, enquanto complicações tais como constipação, urgência miccional, perda de olfato ou paladar e sudorese excessiva, são reportadas pela minoria dos pacientes (**Figura 3**). Assim como 60% dos pacientes que afirmaram não apresentar distonias.

Figura 3. Distribuição de pacientes quanto à presença de outras complicações.

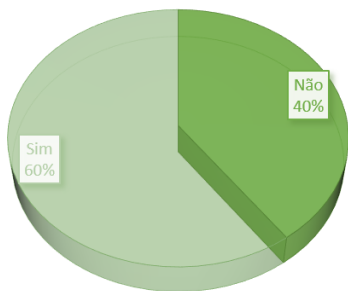
ANOREXIA, NÁUSEA OU VÔMITOS



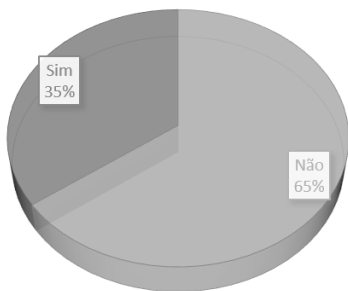
DISTÚRBIO DO SONO



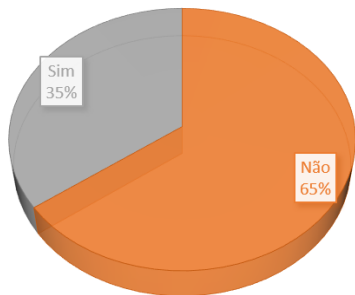
HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA



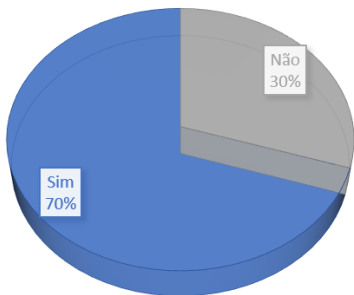
CONSTIPAÇÃO



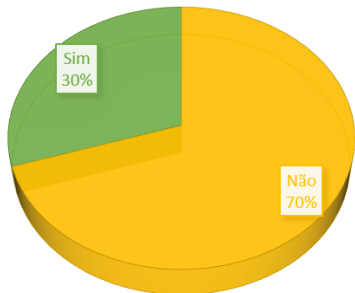
URGÊNCIA MICCIONAL



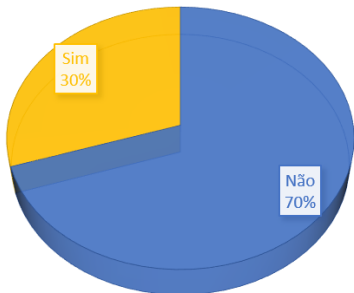
NICTÚRIA



PERDEU OLFATO OU PALADAR



SUDORESE EXCESSIVA



DISCUSSÃO

Os resultados, obtidos por meio dos questionários aplicados aos pacientes usuários de medicamentos para tratamento da doença de Parkinson, permitiram avaliar aspectos relacionados ao estado mental e ao cotidiano do paciente, bem como os sintomas característicos da doença e aqueles que aparecem em decorrência do uso contínuo das drogas antiparkinsonianas.

A doença de Parkinson é uma doença neurodegenerativa multissistêmica, comum no Brasil. Os transtornos mentais e alterações relacionadas ao comportamento são frequentes em portadores desta doença, tais transtornos prejudicam a qualidade de vida dos pacientes que, muitas vezes, apresentam ansiedade, depressão, psicose, dentre outros (13). A maioria dos pacientes desse estudo sente-se triste, no entanto os pacientes relatam que essa tristeza não é duradoura e que não ocorrem pensamentos suicidas, enquanto apenas 5% da população entrevistada relatou depressão. Esse percentual ficou abaixo dos 14% relatado por Almeida et al. (14) para a população da Flórida (EUA).

Além de distúrbios neurológicos, os pacientes podem apresentar também alterações relacionadas à comunicação, principalmente, decorrentes da limitação dos movimentos dos músculos associados aos mecanismos da fala. Sabe-se que a medicação utilizada para o tratamento do Parkinson pode produzir efeito variável sobre as alterações que a doença ocasiona, assim, este estudo demonstra que a maioria dos pacientes relata alteração na fala de superficial a moderada (15, 16).

A cronicidade da doença de Parkinson proporciona mudanças no cotidiano dos pacientes, no que diz respeito à sua individualidade e capacidade de realização das tarefas diárias, piorando com a progressão da doença. Nesse sentido, a medicação representa algo positivo quando há percepção de suas vantagens na redução dos sinais e sintomas decorrentes do quadro clínico do paciente (17). Esse aspecto pode ser observado nos resultados encontrados nesse estudo, que demonstram, no geral, uma lentidão em atividades da vida diária. Entretanto, vale ressaltar, que poucos pacientes necessitam de ajuda para realizar suas atividades diárias.

A literatura reporta que o tratamento medicamentoso da doença de Parkinson com levodopa, pramipexol, metilfenidato e inibidores da monoaminoxidase podem ajudar a diminuir o *freezing* da marcha. Esse dado corrobora com os achados nesse estudo, uma vez que muitos pacientes afirmam apresentar o *freezing* raramente e nenhum paciente relatou ter caído em decorrência do *freezing* (18).

Em relação aos sintomas motores do Parkinson, os tremores e a discinesia podem ser considerados os sintomas mais importantes e diminuem a qualidade de vida dos pacientes. Estudos apontam para uma tendência em aumentar esses sintomas mediante o tratamento prolongado com levodopa, que é o padrão ouro para o tratamento de desordens motoras em associação com outros fármacos. Metade dos pacientes desse estudo afirmaram apresentar discinesia em 25% do dia (6 h) e tremores (ainda que não sejam frequentes), dessa forma, acredita-se que tratamentos alternativos aliados ao tratamento medicamentoso podem reduzir a incidência desses sintomas motores (19).

Os efeitos colaterais mais prevalentes dentre os entrevistados foram dor nas discinesias, presença de distonias, anorexia, náuseas, vômitos, distúrbios do sono, hipotensão ortostática e nictúria. A maioria desses efeitos colaterais já são relatados na literatura como mais prevalentes, reforçando os resultados desse estudo (17).

CONCLUSÕES

A partir dos dados compilados nesse estudo foi possível observar que o tratamento farmacológico realizado pelos pacientes com Parkinson pode contribuir para melhoria da qualidade de vida dos pacientes entrevistados, que apresentaram poucos distúrbios neurológicos. A análise dos dados também permitiu concluir que os pacientes da Planície Litorânea –PI apresentam alguns sintomas predominantes, provavelmente decorrente de efeitos colaterais, tais como distonias e dor nas discinesias, corroborando com estudos já publicados sobre pacientes de outras regiões.

AGRADECIMENTOS

Somos gratas à Deus, que encheu nossos corações de luz e contribuiu com a nossa cumplicidade. Agradecemos aos familiares, namorados e amigos, que nunca negaram palavras de força, incentivo e otimismo ao longo da jornada acadêmica. Obrigada mestre Mário Abel, grande professor e orientador. Agradecemos por sua confiança e incansável dedicação. Você nunca perdeu a fé na nossa pesquisa e soube nos amparar nos momentos mais difíceis. Também somos gratas a nossa co-orientadora, Alyne Rodrigues, que nos apoiou e contribuiu com as revisões do conteúdo do artigo. À Farmácia Componente Especializado da Planície Litorânea, nosso muito obrigada por permitir a realização da pesquisa, e aos pacientes por se disponibilizarem em participar.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, L.; AHMED, B.; WALZ, R.; JESUS, S.; PATTERSON, A.; MARTINEZ-RAMIREZ, D. et al. **Depressive Symptoms are Frequent in Atypical Parkinsonian Disorders**. *Mov Disord Clin Pract*, vol. 4, n. 2, p. 191-197, 2016.
2. ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R. **Qualidade de Vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa**. Escola de Artes, Ciências e Humanidades - EACH/USP. São Paulo, 2012. Disponível em: <http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf> Acesso em 25 mar.2019.
3. BARROS, A. L. S.; SILVEIRA, E. G. C.; SOUZA, R. C. M.; FREITAS, L. C. F. **Uma análise do comprometimento da fala em portadores de doença de Parkinson**. *Revista Neurociências*, v. 12, n. 3, 123-129, 2004.
4. BEKRIS, L. M.; MATA, I. F.; ZABETIAN, C. P. **The genetics of Parkinson disease**. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, v. 23, n. 4, p. 228-242, 2010.
5. Daneault, J. F.; Carignan, B.; Sadikot, A. F.; Panisset, M.; Duval, C. **Drug-induced dyskinesia in Parkinson's disease. Should success in clinical management be a function of improvement of motor repertoire rather than amplitude of dyskinesia?** *BMC Medicine*, v. 11, p. 76-93, 2013.
6. GARRETT, C.; PEREIRA, D. **Factores de risco da doença de Parkinson um estudo epidemiológico**. *Acta Méd Port*, v. 23, p. 15-24, 2010. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/599/283>. Acesso em 25 mar. 2019.
7. KUMMER, A.; TEIXEIRA, A. L. **Neuropsychiatry of Parkinson's Disease**. *Arq Neuropsiquiatr*, v. 67, n. 3-B, p. 930-939, 2009.
8. LOPES, M. A.; TANAKA, E. M.; NISHIYAMA, P. Reações adversas causadas por antiparkinsonianos. **Interfaces Científicas – saúde e ambiente**, v. 1, n. 1, 2012.
9. MAGALHÃES, G. H. F. **Tecnologias Cognitivas: Uma Abordagem Geral**. IV Seminário Interno de Cognição Artificial - SICA - FEEC - UNICAMP, 2014.
10. MANCOPES, R.; BUSANELLO-STELLA, A. R.; FINGER, L. S.; NEU, A. P.; PACHECO, A. B.; TORRIANI, M. S. **Influência da levodopa sobre a fase oral da deglutição em pacientes com doença de Parkinson**. *Rev CEFAG*, v. 15, n. 3, p. 707-712, 2013.
11. MANDIRA, A. **Estudo da influência positiva na qualidade de vida de portadores da Doença de Parkinson participantes do Grupo Lótus**. *Rev Kairós*, v. 15, n. 8, p.185-199, 2012.
12. MARCHI, K. C.; CHAGAS, M. H. N.; TUMAS, V.; MIASSO, A. I.; CRIPPA, J. A. S.; TIRAPELLI, C. R. **Adesão à medicação em pacientes com doença de Parkinson atendidos em ambulatório especializado**. *Cien Saúde Colet*, v. 18, n. 3, p. 855-862, 2013.

13. MENDES, F. **Evolução da doença de Parkinson – operacionalização da decisão cirúrgica.** 116f. (Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências Médicas). Portugal, Universidade do Porto, 2017.
14. MURDOCH, B.; WHITEHILL, T.; LETTER, M.; JONES, H. **Communication Impairments in Parkinson's Disease.** *Parkinson's Disease*. v. 2011, p.1-2, 2011.
15. SAITO, T. **A Doença de Parkinson e Seus Tratamentos:** uma revisão bibliográfica. 35f. (Tese do curso de Especialização em Saúde Coletiva e Saúde). Londrina, Centro Universitário Filadélfia, 2011.
16. SILVA, D. **Perfil dos indivíduos com doença de Parkinson atendidos no setor de fisioterapia de um hospital universitário no Rio de Janeiro.** *Braz J Psychiatry*, v. 51, n. 4, p.100-105, 2015.
17. SOUZA, C. P.; OLIVEIRA, G. N.; FOSS, M. P.; TUMAS, V. **The interlocking finger test in patients with Parkinson's disease and healthy subjects.** *J Clin Neurosci*, v. 29, p. 145-148, 2016.
18. VALCARENGHI, R. V.; ALVAREZ, A. M.; SANTOS, S. S. C.; SIEWERT, J. S.; NUNES, S. F. L.; TOMASI, A. V. R. **O cotidiano das pessoas com a doença de Parkinson.** *The daily lives of people with Parkinson's disease.* *Rev Bras Enferm*, v. 71, n. 2, p. 272-279, 2018.
19. ZHANG, L.-L.; CANNING, S. D.; WANG, X.-P. **Freezing of Gait in Parkinsonism and its Potential Drug Treatment.** *Curr Neuropharmacol*, v. 14, p. 302-306, 2016.

6 CONCLUSÃO GERAL

A partir dos dados compilados nesse estudo foi possível observar que o tratamento farmacológico realizado pelos pacientes com Parkinson pode contribuir para melhoria da qualidade de vida dos pacientes entrevistados, que apresentaram poucos distúrbios neurológicos. A análise dos dados também permitiu concluir que os pacientes da Planície Litorânea –PI apresentam alguns sintomas predominantes, provavelmente decorrente de efeitos colaterais, tais como distonias e dor nas discinesias, corroborando com estudos já publicados sobre pacientes de outras regiões.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, L.; AHMED, B.; WALZ, R.; JESUS, S.; PATTERSON, A.; MARTINEZ-RAMIREZ, D. et al. **Depressive Symptoms are Frequent in Atypical Parkinsonian Disorders**. *Mov Disord Clin Pract*, vol. 4, n. 2, p. 191-197, 2016.
- ALMEIDA, Marco Antonio Bettine de; GUTIERREZ, Gustavo Luis; MARQUES, Renato. **Qualidade de Vida**: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa. Escola de Artes, Ciências e Humanidades - EACH/USP. São Paulo, 2012. Disponível em: <http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf> Acesso em: 25 mar.2019.
- ANDERSON, Cindy; BRAUN, Carie. **Fisiopatologia**: Alterações funcionais na saúde humana. 1.ed. Porto Alegre: Artmed. 2009.
- BLAZQUEZ, Carmen; FORJAZ, Maria; KURTIS, Mônica. **Impact of Pharmacotherapy on Quality of Life in Patients with Parkinson's Disease**. 2015.
- BOOTH, Heather; HIRST, Warren; MARTINS, Richard. **The Role of Astrocyte Dysfunction in Parkinson's Disease Pathogenesis**. *Trends in neurosciences*. 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5462417/#>> Acesso em: 23 de março de 2018.
- DIDIO, Camila. **Freezing da Marcha na Doença de Parkinson**: Análise de Fatores Associados. 77f. (curso de pós-graduação em ciências da reabilitação). Porto Alegre, UFCSPA, 2016.
- FUKUNAGA, Jackeline et al. **Postural control in Parkinson's disease**. São Paulo, 2014.
- GARRETT C; PEREIRA, D. **Factores de risco da doença de Parkinson um estudo epidemiológico**. *Acta Médica Portuguesa*. Porto, v.23, p.15-24, 2010. Disponível em:<<https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/599/283>>. Acesso em: 25 mar.2019.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI, subsídios para as projeções da população**. Rio de Janeiro, 2015.
- MAGALHÃES GHF. **Tecnologias Cognitivas**: Uma Abordagem Geral. IV Seminário Interno de Cognição Artificial - SICA - FEEC - UNICAMP, 2014.
- MANCOPES, Renata et al. **Influência da levodopa sobre a fase oral da deglutição em pacientes com doença de Parkinson**. *Revista CEFAG*, Porto Alegre-RS, v.15, n.3,p.707-712, Mai-Jun.2013.
- MANDIRA, Anna. **Estudo da influência positiva na qualidade de vida de portadores da Doença de Parkinson participantes do Grupo Lótus**. *Revista Kairós Gerontologia*. São Paulo, v.15, n.8,p.185-199, dezembro. 2012.
- MARCHI, K. C. et al. **Adesão à medicação em pacientes com doença de Parkinson atendidos em ambulatório especializado**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 3, p.855-862,

2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000300031&script=sci_arttext>. Acesso em: 25 mar. 2019.

MENDES, Fernando. **Evolução da doença de Parkinson – operacionalização da decisão cirúrgica**. 116f. (Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências Médicas). Portugal, Universidade do Porto, 2017.

MENESES, Murilo. **Neuroanatomia aplicada**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

MENOTTI, Luciana Doneli; ZANUSSO JÚNIOR, Gerson. DOENÇA DE PARKINSON: UMA REVISÃO. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**. Paraná, v.13, n.1, p.70-77, 2015.

NUTT JG, Bloem BR, Giladi N, et al. **Freezing of gait: moving forward on a mysterious clinical phenomenon**. *Lancet Neurol*. v.10 ,p.734–44,2011.

PARKINSON, James. **An Essay on the Shaking Palsy**. London: Sherwood, Neely, and Jones. 1817.

PETERNELLA, Fabiana; MARCON, Sonia. **Qualidade de vida de indivíduos com Parkinson e sua relação com tempo de evolução e gravidade da doença**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Paraná, v.20,n.2,p.8, abril.2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt_23.pdf>. Acesso em: 21 abril. 2018.

RODRIGUES, Caroline Tais. **Avaliação da qualidade de vida em pacientes com doença de Parkinson**. 52f. (Tese de conclusão do curso de fisioterapia). São Paulo, Universidade de São Francisco, 2010.

SAITO, Tane. **A Doença de Parkinson e Seus Tratamentos: uma revisão bibliográfica**. 35f. (Tese do curso de Especialização em Saúde Coletiva e Saúde). Londrina, Centro Universitário Filadélfia, 2011.

SANTOS, Luciana; CECATO, Francisca; MARTINELLI, José. **Fatores relevantes no desempenho cognitivo de pacientes com doença de Parkinson: dados de um Instituto de Geriatria e Gerontologia de Jundiaí**. São Paulo, 2013.

SECRETÁRIA DE DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL. **Perfil Territorial**. Planície Litorânea, 2015.

SILVA, Débora. **Perfil dos indivíduos com doença de Parkinson atendidos no setor de fisioterapia de um hospital universitário no Rio de Janeiro**. *Revista Brasileira de Neurologia*, Rio de Janeiro, v.51, n.4, p.100-5, novembro. 2015.

SILVA, Penildon. **Farmacologia**. 8.ed. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2010.

SOUZA CP et al. **The interlocking finger test in patients with Parkinson's disease and healthy subjects**. *J Clin Neurosci*. 2016.

STEBBINS GT et al. **How to identify tremor dominant and postural instability/gait difficulty groups with the movement disorder society unified Parkinson's disease rating**

scale: Comparison with the unified Parkinson's disease rating scale. *Mov Disord.* 2013. Cap 28, p.668-670.

TANNURE, M. C. et al. **Perfil epidemiológico da população idosa de Belo Horizonte, MG, Brasil.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 63, n. 5, p. 817-22, out. 2010.

ANEXOS

ANEXO A

REGRAS PARA SUBMISSÃO DA REVISTA

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1- Todas as submissões devem ser enviadas por meio do Sistema Eletrônico de Editoração de Revista – SEER. O texto deve estar gravado em extensão RTF (Rich Text Format) ou em formato do Microsoft Word, desde que não ultrapasse 4MB.

2- O preenchimento dos metadados é obrigatório, sem o qual o artigo não poderá seguir para a etapa de avaliação:

Título: No idioma original, com versão em português e inglês;

Autor(es): Nome completo, titulação, atividade principal (professor assistente, adjunto, titular; estudante de graduação, pós-graduação, especialização), afiliação (instituição de origem ou clínica particular, departamento, cidade, estado e país) e e-mail. O limite do número de autores é seis, exceto em casos de estudo multicêntrico ou similar.

Autor para correspondência: nome, endereço postal e eletrônico (e-mail) e telefone;

Conflito de interesses: Caso exista alguma relação entre os autores e qualquer entidade pública ou privada que possa gerar conflito de interesses, esta possibilidade deve ser informada;

Resumo: Estruturado no idioma original, com versão em português e inglês;

Palavras-chave: No idioma original, com versão em português e inglês.

3- O número de palavras do manuscrito deve variar conforme a seção a que se pretende encaminhar.

VERIFICAR A POLÍTICA DE SEÇÃO

As páginas do texto devem ser formatadas em fonte Times New Roman, tamanho 12, página padrão A4, numeradas no canto superior direito, com margens superior e esquerda de 3 cm e margens inferior e direita de 2 cm. Deve-se usar espaço entrelinhas 1,5, em uma

coluna, sem espaços entre os parágrafos, que devem ter entrada de 1,25 cm. As citações diretas com mais de 3 linhas e as notas de rodapé devem estar em corpo tamanho 10.

4- O título e o subtítulo (quando houver) do texto devem aparecer em negrito (sem itálico), em Caixa Alta e Baixa. Eles devem ser claros, objetivos, precisos e concisos, não devem conter qualquer numeração. Algo entre 5 e 13 palavras é de muito bom tamanho.

5- O resumo deve conter o máximo de 250 palavras e sua estrutura deve variar conforme a seção a que se encaminhará o manuscrito: artigo original (Objetivo, Metodologia, Resultados e Conclusão ou Purpose, Methods, Results, Conclusions para o abstract; Relato de caso (Objetivo, Descrição do caso, Conclusão ou Purpose, Case description, Conclusions para o abstract); Revisão de literatura: a forma estruturada para o artigo original pode ser seguida, mas não é obrigatória. Todos os artigos submetidos em português deverão ter resumo em português e em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português, além do abstract.

6- As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5, no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponível: <http://decs.bvs.br> ou do Index Medicus.

7- Obrigatoriamente, os arquivos anexos ou apêndices (questionário, entrevista entre outros) devem encaminhados em arquivos independentes como arquivos suplementares durante o processo de submissão no SEER.

8- As tabelas, figuras, gráficas ou quadros devem ser inseridos no corpo do manuscrito precedidos do texto que os citam. Devem ser numerados sequencialmente e formatados dentro das margens. Os autores devem ter conhecimento das limitações impostas pelo tamanho e layout da revista. Portanto, as tabelas grandes devem ser evitadas.

9- Agradecimentos: Devem ser breves e objetivos, a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria. O apoio de agências de fomento e outras organizações devem ser mencionados nesta seção. Pode ser mencionada a apresentação do trabalho em eventos científicos.

10- As referências deverão respeitar as normas do International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver Group).

- a) Citar, no máximo, 25 referências para artigos de pesquisa, 15 para relato de caso e 50 para revisão de literatura;
- b) A lista de referências deve ser escrita em espaço duplo, em sequência numérica, conforme são mencionadas pela primeira vez no texto. A referência deverá ser completa, incluindo o nome de todos os autores (até seis), seguido de “et al.” quando for o caso.
- c) Os autores devem checar se os autores citados estão referenciados antes de submeter o artigo;
- d) As abreviaturas dos títulos dos periódicos internacionais citados deverão estar de acordo com o Index Medicus/ MEDLINE e para os títulos nacionais com LILACS e BBO.

As referências devem ser identificadas no texto, nos quadros, e nas legendas com algarismos árabes entre parênteses. As referências citadas apenas em quadros ou em legendas de figuras devem ser numeradas de acordo com a sequência estabelecida pela primeira identificação no texto desse quadro ou figura.

Evitar citar uma comunicação pessoal a menos que esta forneça informação essencial não disponível numa fonte de informação publicada. Neste caso o nome da pessoa e a data da comunicação devem ser citados entre parênteses no texto.

11- Outros aspectos a serem observados: Na reprodução de documentação clínica, deve-se evitar o uso de iniciais, nomes e números de registro de pacientes. A identificação de pacientes não é permitida. Um termo de consentimento esclarecido, assinado pelo paciente, quanto ao uso de sua imagem e documentação médica deverá ser fornecido pelo(s) autor(es) quando solicitado pela Revista.

Ao reproduzir no manuscrito algum material previamente publicado (incluindo textos, gráficos, tabelas, figuras ou quaisquer outros materiais), a legislação cabível de direitos autorais deverá ser respeitada. O(s) autor (es) devem fornecer um documento emitido pela entidade publicadora (ou autor da foto) pertinente, autorizando o uso de tais materiais.

Todo trabalho de pesquisa que envolva estudo com seres humanos deverá citar no início desta seção que o protocolo de pesquisa foi aprovado pela comissão de ética da instituição de acordo com os requisitos nacionais e internacionais, como a Declaração de Helsinki.

O número de registro do projeto de pesquisa no SISNEP/Ministério da Saúde ou o

documento de aprovação de Comissão de Ética equivalente internacionalmente deve ser enviado como arquivo suplementar na submissão on-line (obrigatório). Trabalhos com animais devem ter sido conduzidos de acordo com recomendações éticas para experimentação em animais com aprovação de uma comissão de pesquisa apropriada e o documento pertinente deve ser enviado como arquivo suplementar.

As unidades de medida devem seguir o Sistema Internacional de Medidas. Na primeira citação de marcas comerciais deve-se escrever o nome do fabricante e o local de fabricação entre parênteses (cidade, estado, país).

DECLARAÇÃO DE DIREITO AUTORAL

A partir da submissão do artigo, entende-se como automática a cessão dos direitos autorais para a Revista, uma vez tendo sido aprovado e aceito para publicação.

POLÍTICA DE PRIVACIDADE

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

ANEXO B

ESCALA UNIFICADA DE AVALIAÇÃO DA DOENÇA DE PARKINSON (*UNIFIED PARKINSONS' DISEASE RATING SCALE - UPDRS*) ADAPTADO

I -> ESTADO MENTAL/COMPORTAMENTO/ESTADO EMOCIONAL

Depressão

0=ausente

1= períodos de tristeza ou culpa acima do normal. Nunca permanece por dias ou semanas.

2= depressão permanente com sintomas vegetativos (insônia, anorexia, perda de peso, desinteresse).

3= depressão permanente com sintomas vegetativos. Pensamento ou tentativa de suicídio.

Motivação/iniciativa

0= normal

1= mais passivo, menos interessado que o habitual

2= perda da iniciativa ou desinteresse por atividades fora do dia-a-dia

II -> ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA

Fala

0= normal

1= comprometimento superficial. Nenhuma dificuldade em ser entendido.

2= comprometimento moderado. Solicitado a repetir frases, às vezes.

3= comprometimento grave. Solicitado freqüentemente a repetir frases.

4= retraído, perda completa da motivação.

Escrita

0= normal

1= um pouco lenta ou pequena.

2= menor e mais lenta, mas as palavras são legíveis.

3= gravemente comprometida. Nem todas as palavras são comprometidas.

4= a maioria das palavras não são legíveis.

Cortar alimentos ou manipular

0= normal

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

2= capaz de cortar os alimentos, embora desajeitado e lento. Pode precisar de ajuda.

3= alimento cortado por outros, ainda pode alimentar-se, embora lentamente.

4= precisam ser alimentados por outros.

Vestir

0= normal.

1= lento, mas não precisa de ajuda.

2= necessita de ajuda para abotoar e colocar os braços em mangas de camisa.

3= necessita de bastante ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho.

4= não consegue vestir-se (nenhuma peça) sem ajuda.

Higiene

0=normal

1= lento, mas não precisa de ajuda.

2= precisa de ajuda no chuveiro ou banheira, ou muito lento nos cuidados de higiene.

3= necessita de assistência para se lavar, escovar os dentes, pentear-se, ir ao banheiro.

4= sonda vesical ou outra ajuda mecânica.

Quedas (não relacionadas ao freezing= congela ao iniciar o passo, ou seja, não sai da posição inicial)

0= nenhuma

1= quedas raras.

2= cai ocasionalmente, menos de uma vez por dia.

3= cai, em média, uma vez por dia.

4= cai mais de uma vez por dia.

Freezing quando anda

0= nenhum

1= raro freezing quando anda, pode ter hesitação no início da marcha.

2= freezing ocasional, enquanto anda.

3= freezing freqüente, pode cair devido ao freezing.

4= quedas freqüentes devido ao freezing.

Marcha

0= normal.

1= pequena dificuldade. Pode não balançar os braços ou tende a arrastar as pernas.

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

3= dificuldade grave na marcha, necessita de assistência.

4= não consegue andar, mesmo com ajuda.

Tremor

0= ausente.

1= presente, mas infrequente.

2= moderado, mas incomoda o paciente.

3= grave, interfere com muitas atividades.

4= marcante, interfere na maioria das atividades.

III. COMPLICAÇÕES DA TERAPIA (NA SEMANA QUE PASSOU)**A . DISCINESIAS (mão trêmula)**

Duração. Que percentual do dia acordado apresenta discinesias?

0= nenhum

1= 25% do dia. (6 horas por dia)

2= 26 - 50% do dia. (de 6 a 12 horas por dia)

3= 51 – 75% do dia. (12 a 18 horas por dia)

4= 76 – 100% do dia. (de 18 a 24 horas por dia)

Incapacidade. Quão incapacitante é a discinesia?

0= não incapacitante.

1= incapacidade leve.

2= incapacidade moderada.

3= incapacidade grave.

4= completamente incapaz.

Discinesias dolorosas. Quão dolorosas são as discinesias?

0= não dolorosas.

1= leve.

2=moderada.

3= grave.

4= extrema.

Presença de distonia (contrações musculares involuntárias) ao amanhecer.

0= não 1= sim

B. OUTRAS COMPLICAÇÕES

O paciente apresenta anorexia (perda excessiva de peso), náusea (enjoo) ou vômitos?

0= não 1=sim

O paciente apresenta algum distúrbio do sono?

Insônia (não conseguir dormir) ou hipersonolência (dormir muito).

0= não 1= sim

O paciente apresenta hipotensão ortostática (pressão cai quando fica em pé) sintomática?

0= não 1=sim

Tem constipação? (evacua < 4x/semana, ou precisa fazer força ou usar laxantes para evacuar?)

0= Não 1= Sim

Tem urgência miccional?

0= Não 1= Sim

Tem nictúria?

0= Não 1= Sim

Perdeu o olfato ou o paladar?

0= Não 1= Sim

Tem sudorese excessiva?

0= Não 1= Sim

ANEXO C

MODELO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado colaborador (a), Convidamos o (a) Sr (a)

para participar como voluntário da pesquisa intitulada: Estudo dos efeitos adversos dos medicamentos antiparkinsonianos e sua influência na qualidade de vida dos pacientes, na planície litorânea – PI. Que se refere a um projeto de pesquisa do(s) participante(s): Daniele Cavalcante Medeiros da Cunha, Emanuella de Castro Negreiros Nogueira e Iane Lopes da Rocha, o qual pertence ao Curso de Medicina da FAHESP/IESVAP sob responsabilidade do Professor Mário Abel Lima Barros. O(s) objetivo(s) deste estudo: Analisar a eficácia do tratamento farmacológico e os efeitos adversos na melhoria da qualidade de vida dos pacientes com Parkinson.

Os resultados contribuirão para a saúde de bem-estar dos pacientes com Mal de Parkinson. Portanto, a importância da compreensão das modificações provocadas em idosos em decorrência da DP, que os diferem de uma população de idosos saudáveis, é fundamental para a amplificação dos recursos terapêuticos medicamentosos. No entanto, esses recursos podem ocasionar efeitos colaterais secundários da doença. Sua forma de participação consiste na resolução de questionários sobre os medicamentos e o mal de Parkinson.

O Sr (a). tem o direito de ser mantido informado sobre os resultados parciais da pesquisa e caso seja solicitado, darei todas as informações que solicitar. Não será cobrado nada e não haverá gastos, decorrentes de sua participação e se houver algum dano decorrente da pesquisa, o participante será indenizado nos termos da Lei. Além disso, seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato. Eu me comprometo a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados serão veiculados por meio de artigos científicos em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos, sem nunca tornar possível a sua identificação.

Este estudo não oferecerá nenhum risco ao paciente.

São esperados os seguintes benefícios imediatos da sua participação nesta pesquisa: Comunicar os resultados e as conclusões da pesquisa; encaminhar para serviços de saúde e outros.

Gostaríamos de deixar claro que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado.

Desde já, agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

Esse termo terá suas páginas rubricadas pelo pesquisador principal e será assinado em duas vias, das quais uma ficará com o participante e a outra com o pesquisador principal. Iane Lopes da Rocha, Rua Boa Vista Nº147 – Bairro São Benedito, Condomínio Minerva. Numero: 98-982940003

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____, portador (a) da cédula de identidade/CPF de número _____, abaixo assinado, declaro que concordo em participar da pesquisa/estudo: Estudo dos efeitos adversos dos medicamentos antiparkinsonianos e sua influência na qualidade de vida dos pacientes, na planície litorânea – PI, como VOLUNTÁRIO. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo a pesquisa. Eu discuti com a Iane Lopes da Rocha ou qualquer um dos demais membros da equipe de pesquisadores sobre minha decisão em participar desta pesquisa. Ficaram claros para mim quais são os propósitos da pesquisa, os procedimentos a serem realizados, seus possíveis desconfortos e riscos, e as garantias de sigilo e de esclarecimentos. Também ficou claro que minha participação é isenta de despesas. Concordo VOLUNTARIAMENTE em participar da pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido e receberei uma cópia deste documento.

E por estar de acordo, assino o presente termo.

Parnaíba, _____ de _____ de _____.



Impressão Digital

(Assinatura do sujeito participante da pesquisa ou representante legal)

.....

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Nome: _____

RG/CPF: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

RG/CPF: _____

Assinatura: _____

.....

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Parnaíba, _____ de _____ de _____ .

Nome do pesquisador responsável

ANEXO D

Agradecimento pela submissão

