

Sintomas de ansiedade e depressão em pessoas com doença de parkinson durante a pandemia de Covid-19

Symptoms of a anxiety and depression in people with parkinson disease during the Covid-19 pandemic

DOI:10.34119/bjhrv6n2-152

Recebimento dos originais: 24/02/2023

Aceitação para publicação: 28/03/2023

Ana Caroline Pereira Matheus

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade do Oeste Paulista

Endereço: Rua Jose Bongiovani, 700, Campus I, Presidente Prudente - SP,
CEP: 19050-920

E-mail: ana_caroline070199@hotmail.com

Michelle Del Nery

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade do Oeste Paulista

Endereço: Rua Jose Bongiovani, 700, Campus I, Presidente Prudente - SP,
CEP: 19050-920

E-mail: michelledelnery@gmail.com

Suelen Umbelino da Silva

Mestra em Matemática Aplicada e Computacional

Instituição: Universidade do Oeste Paulista

Endereço: Rua Jose Bongiovani, 700, Campus I, Presidente Prudente - SP,
CEP: 19050-920

E-mail: suelen@unoeste.br

Ana Claudia de Souza Fortaleza Marques

Doutora em Ciências do Movimento

Instituição: Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE)

Endereço: Rua Jose Bongiovani, 700, Campus I, Presidente Prudente - SP,
CEP: 19050-920

E-mail: anafortaleza@unoeste.br

Daniela Mizusaki Iyomasa

Doutora em Psicobiologia

Instituição: Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE)

Endereço: Rua Jose Bongiovani, 700, Campus I, Presidente Prudente - SP,
CEP: 19050-920

E-mail: danielami@unoeste.br

RESUMO

A Doença de Parkinson (DP) é uma doença neurodegenerativa progressiva, com sintomas motores e não motores. O quadro clínico do paciente com DP pode ser gravemente influenciado por circunstâncias geradores de estresse, como o isolamento social decorrente da pandemia. Foi

realizado um estudo transversal no município de Presidente Prudente, São Paulo, em 2022, com o objetivo de avaliar a prevalência de sintomas de depressão e ansiedade nos pacientes com DP na pandemia de Covid-19, quando comparados com aqueles que não possuem a doença. Foram incluídos neste estudo 60 sujeitos, 30 com DP e 30 idosos sem desordens neurológicas. Foi avaliado o perfil sociodemográfico e aplicada a Escala de Ansiedade e Depressão (HAD). Os resultados obtidos mostraram que não há diferença estatisticamente significativa, no tocante ao estado psicossocial, entre os grupos analisados, o que sustenta a conclusão de alguns estudos, mas também diverge dos resultados de outros, sendo necessárias novas análises com amostras maiores e ferramentas mais abrangentes.

Palavras-chave: Doença de Parkinson, Depressão, Ansiedade, pandemia, Covid-19.

ABSTRACT

Parkinson's disease (PD) is a progressive neurodegenerative disease, with motor and non-motor symptoms. The clinical condition of patients with PD can be seriously influenced by circumstances that generate stress, such as social isolation resulting from the pandemic. A cross-sectional study was carried out in the municipality of Presidente Prudente, São Paulo, in 2022, with the objective of evaluating the prevalence of symptoms of depression and anxiety in patients with PD during the Covid-19 pandemic, when compared to those who do not have the disease. . Sixty subjects were included in this study, 30 with PD and 30 elderly without neurological disorders. The sociodemographic profile was evaluated and the Anxiety and Depression Scale (HAD) was applied. The results obtained showed that there is no statistically significant difference, regarding the psychosocial state, between the analyzed groups, which supports the conclusion of some studies, but also diverges from the results of others, requiring new analyzes with larger samples and more comprehensive tools.

Keywords: Parkinson's Disease, Depression, Anxiety, pandemic, Covid-19.

1 INTRODUÇÃO

A doença de Parkinson (DP) é uma doença neurodegenerativa progressiva, caracterizada pelo acometimento anatomopatológico e morte dos neurônios dopaminérgicos localizados na pars compacta da substância negra mesencefálica (Radhakrishnan e Goyal, 2018). A DP também pode ser categorizada como uma sinucleinopatia, visto que também há o aumento da concentração da proteína alfa-sinucleína no tecido nervoso, originando os Corpos de Lewy, que são achados citológicos típicos da doença (Reich e Savitt, 2018).

De acordo com Burns of Diseases, Injuries and Risk factors 6,1 milhões de pessoas em todo o mundo possuem Doença de Parkinson (Dorsey et al., 2018). Essa patologia não é uma doença de notificação compulsória no Brasil e, portanto, sua prevalência é apenas estimada. Essa estimativa está em torno de 220 mil pessoas (Bovolenta e Fenício, 2016). Dados do DATASUS revelam que, no ano de 2019, foram realizadas 208 internações no estado de São Paulo em decorrência da DP. A prevalência e incidência da doença vêm apresentando aumento em função de alterações na demografia populacional (Sveinbjornsdottir, 2016).

A DP caracteriza-se pela presença de sintomas motores e não motores. Dentre os sintomas motores clássicos, destacam-se bradicinesia, tremor de repouso, rigidez muscular e instabilidade postural (Hayes, 2019). A estimativa é de que aproximadamente 80% dos neurônios dopaminérgicos já estejam degenerados até o início do aparecimento dos sintomas motores (Sveinbjorndottir, 2016).

Os sintomas não motores incluem declínio cognitivo, distúrbios do sono, disautonomia, depressão e ansiedade, e, com a progressão da doença, eles podem se tornam mais intensos do que os sintomas motores (Hayes, 2019). Embora as questões psicossociais relacionadas à condição da pessoa com DP sejam importantes, elas não são os fatores predominantes para a presença de depressão. São as questões neurobiológicas associadas à neurodegeneração presente na DP as responsáveis pelas taxas mais altas de depressão nos pacientes. Na ausência de um tratamento, as consequências da depressão se ampliam para além dos sintomas relacionados ao humor: aumento da incapacidade funcional, progressão mais rápida dos transtornos físicos e cognitivos, redução significativa na qualidade de vida e elevação da aflição do cuidador. (Marsh, 2013). Logo, depressão e ansiedade persistem ao longo do curso da DP e estão relacionadas à exacerbação do quadro (Sveinbjorndottir, 2016).

Como depressão e DP possuem alguns sintomas em comum (redução da expressão facial, transtornos envolvendo o sono, fadiga, retardo psicomotor e diminuição do apetite), ela pode receber um diagnóstico incompleto em pacientes que apresentam DP. A depressão leve é um sintoma frequente nas fases iniciais da doença, favorecendo a progressão acelerada dos sintomas motores característicos e elevando a mortalidade (Wu et al., 2017). Sua relação com a DP está associada a alterações em sistemas dopaminérgicos, noradrenérgicos e serotoninérgicos. Já a ansiedade, que também está presente em significativa porcentagem dos pacientes com DP, pode se manifestar de diversas formas (ansiedade generalizada, ataques de pânico e fobias sociais) e geralmente, porém nem sempre, está associada à depressão (Schapira, 2017).

O quadro clínico do paciente com DP pode ser gravemente influenciado por circunstâncias geradoras de estresse, como a atual pandemia de Covid-19. Esta, por sua vez, alterou a fluidez da normalidade no mundo todo e gerou um cenário repleto de incertezas. Este contexto é ainda mais delicado em pacientes com doenças neurológicas crônicas, tais como a DP. Relatórios recentes apontam para a elevação do estresse, ansiedade e depressão em pacientes com DP (Janiri et al., 2020). Ademais a pandemia da COVID-19 fez com que todas as atenções fossem voltadas para a infecção, o que reduziu o foco direcionado ao atendimento de doenças crônicas, entre elas a DP (Kitani-Morii et al., 2021).

Outrossim, a perda da prática de exercícios aeróbicos em função da pandemia pode agravar as manifestações clínicas motoras da DP. Os sintomas não motores também podem apresentar piora. Portanto, a tensão psicológica relacionada com essa redução da prática de exercícios pode agravar os sintomas da doença de forma global (Helmich e Bloem, 2020). Além disso, a pandemia resultou na limitação de atividades ao ar livre e no distanciamento social, que tem por consequência o afastamento de membros da família (Balci et al., 2021). Em suma, a pandemia de COVID-2019 parece deixar os pacientes com DP ainda mais suscetíveis a transtornos psicológicos, quando comparados aos indivíduos sem a doença (Otmani et al., 2021).

2 JUSTIFICATIVA

A DP é a segunda doença neurodegenerativa mais comum, e sua prevalência cresce substancialmente com a idade (Lill e Klein, 2017). A ansiedade e a depressão estão presentes em aproximadamente 30-40% das pessoas com a doença (Otmani et al., 2021). Nesse sentido, pacientes com a DP podem apresentar maior tendência a quadros de depressão em momentos de maior estresse social, tais como a pandemia (Kitani-Morii et al., 2021). Esse fato, somado a falta de abordagens sobre o assunto no Brasil, revela a necessidade de estudos que evidenciem tal condição, a fim de justificar medidas de prevenção e fomentar processos terapêuticos para redução de possíveis sintomas de ansiedade e depressão, pois de acordo com Aguiar et al. (2020) a depressão contribui para a piora na morbidade da DP.

3 OBJETIVO

Avaliar a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão nos pacientes com DP durante a pandemia, quando comparados com aqueles que não possuem a doença.

4 MÉTODOS

4.1 DESENHO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional transversal, realizado no município de Presidente Prudente, estado de São Paulo, para avaliar a prevalência de sintomas de depressão e ansiedade nos pacientes com DP durante a pandemia de COVID-19. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa e somente realizado após sua aprovação. Os participantes incluídos no estudo foram orientados em relação às etapas da pesquisa e aos questionários aplicados e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.2 PARTICIPANTES

A princípio, a amostra do estudo foi selecionada por conveniência, sendo composta por 60 pacientes divididos em dois grupos de 30 pessoas. O número de participantes previstos, entretanto, foi reduzido a 15 em um dos grupos em função de dificuldades de acesso a tais participantes. O primeiro grupo, a saber, o grupo com número reduzido de participantes, foi composto por pacientes portadores da Doença de Parkinson que frequentam o Centro de Estudos e Atendimento em Fisioterapia e Reabilitação (CEAFIR), da Universidade Estadual Paulista (UNESP), ou a Clínica de Fisioterapia da Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE). Os instrumentos utilizados neste estudo foram aplicados na clínica da UNOESTE ou no CEAFIR em dias comuns de atendimento. O Segundo grupo foi composto por pacientes idosos sem a Doença de Parkinson que acompanham pacientes que realizam tratamento na Clínica de Fisioterapia da Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE). De forma semelhante ao primeiro grupo, os instrumentos desse estudo foram aplicados na clínica de Fisioterapia, em dias nos quais os idosos acompanham os pacientes da clínica.

4.3 CRITERIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão do primeiro grupo foram: pacientes com diagnóstico de DP, de ambos os sexos, na faixa etária de 60 a 80 anos, que se encontram nos estágios de 1 a 4 da patologia, de acordo com a Escala de Hoehn e Yahr modificada. Para o segundo grupo, os indivíduos também deveriam estar na faixa etária de 60 a 80 anos, de ambos os sexos, mas sendo independentes na realização das atividades diárias. Foram excluídas do estudo pessoas com déficit cognitivo e que, devido a isso, tornaram-se inaptas para responder os questionários, sendo este um critério de exclusão válido para ambos os grupos. Outrossim, foram excluídos do grupo de comparação pessoas com diagnóstico de outras doenças neurodegenerativas.

4.4 INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Inicialmente foi aplicado um questionário sócio-demográfico (Tabela 1) para coleta de informações básicas tais como: nome, idade, peso, estatura, medicamentos em uso e presença de outras comorbidades. Ademais, os participantes também foram questionados sobre a realização de atividade física, abandono da realização dessas atividades durante a pandemia, presença de atividades de lazer e o contato com a família. Além disso, o grupo de pacientes com doença de Parkinson também foi questionado quanto ao tempo de diagnóstico da doença. O segundo e principal instrumento utilizado foi a versão da Escala HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) validada em português (Tabela 2). A escala original foi construída por

Zigmond e Snaith no intuito de detectar casos prováveis de transtornos de ansiedade e depressão em níveis leves. Ela é formada por 14 itens, sendo 7 constituintes da subescala HADS-Ansiedade e, os outros 7, constituintes da subescala HADS-Depressão. Cada resposta varia de 0 a 3 pontos, sendo a pontuação máxima para cada subescala igual a 21 (Faro, 2015). Considerando-se cada subescala separadamente, uma pontuação de 0 a 7 pontos é indicativa de normalidade, enquanto uma pontuação de 8 a 11 pontos aponta para uma probabilidade de existência do transtorno de ansiedade ou depressão. Uma pontuação acima de 12 pontos é bastante sugestiva para a presença do transtorno de ansiedade ou depressão. Diversos estudos afirmam a validade da HADS no tocante à análise daquilo que ela se propõe a avaliar (Snaith, 2003).

Tabela 1 – Questionário sócio-demográfico.

Questionário socio-demográfico

Nome: _____

Idade: _____ Peso: _____ Estatura: _____ Sexo: _____ Etnia _____

Local de nascimento _____ Estado civil _____

Ocupação atual _____ Ocupação anterior _____

Faz uso de algum medicamento? () Sim () Não

Quais? _____

Comorbidades presentes: _____

Qual era a frequência de realização de atividade física antes da pandemia?

() Não realizava atividade física.

() De uma a três vezes por semana.

() Mais que três vezes por semana.

Durante a pandemia:

() Deixei de realizar atividades físicas.

() Diminui a frequência de realização de atividades físicas.

() Não realizava atividade física antes da pandemia.

() Mantive o mesmo ritmo de realização de atividade física.

Em relação à realização de atividades de lazer durante a pandemia:

() Mantive o ritmo de realização dessas atividades.

() Diminui significativamente o ritmo de realização de atividades de lazer durante a pandemia.

() A realização não era frequente antes da pandemia e continua não sendo.

No tocante ao contato com a família durante a pandemia:

() Já havia um bom contato antes e o mesmo se manteve da mesma forma.

() Houve redução do contato com a família durante a pandemia.

() O contato não era muito significativo antes da pandemia e se manteve da mesma forma.

Tempo passado desde o diagnóstico de Doença de Parkinson (exclusivo para pacientes com a doença):

Fonte: elaborado pelas autoras

Tabela 2: Escala HAD – Avaliação do Nível de Ansiedade e Depressão

DADOS PESSOAIS			
NOME			
ORIENTAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DO TESTE			
Assinale com “X” a alternativa que melhor descreve sua resposta a cada questão.			
1. Eu me sinto tensa (o) ou contraída (o):			
() a maior parte do tempo[3]	() boa parte do tempo[2]	() de vez em quando[1]	() nunca [0]
2. Eu ainda sinto que gosto das mesmas coisas de antes:			
() sim, do mesmo jeito que antes [0]	() não tanto quanto antes [1]	() só um pouco [2]	() já não consigo ter prazer em nada [3]
3. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer			
() sim, de jeito muito forte [3]	() sim, mas não tão forte [2]	() um pouco, mas isso não me preocupa [1]	() não sinto nada disso[1]
4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas			
() do mesmo jeito que antes[0]	() atualmente um pouco menos[1]	() atualmente bem menos[2]	() não consigo mais[3]
5. Estou com a cabeça cheia de preocupações			
() a maior parte do tempo[3]	() boa parte do tempo[2]	() de vez em quando[1]	() raramente[0]
6. Eu me sinto alegre			
() nunca[3]	() poucas vezes[2]	() muitas vezes[1]	() a maior parte do tempo[0]
7. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:			
() sim, quase sempre[0]	() muitas vezes[1]	() poucas vezes[2]	() nunca[3]
8. Eu estou lenta (o) para pensar e fazer coisas:			
() quase sempre[3]	() muitas vezes[2]	() poucas vezes[1]	() nunca[0]
9. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:			
() nunca[0]	() de vez em quando[1]	() muitas vezes[2]	() quase sempre[3]
10. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:			
() completamente[3]	() não estou mais me cuidando como eu deveria[2]	() talvez não tanto quanto antes[1]	() me cuido do mesmo jeito que antes[0]
11. Eu me sinto inquieta (o), como se eu não pudesse ficar parada (o) em lugar nenhum:			
() sim, demais[3]	() bastante[2]	() um pouco[1]	() não me sinto assim[0]
12. Fico animada (o) esperando animado as coisas boas que estão por vir			
() do mesmo jeito que antes[0]	() um pouco menos que antes[1]	() bem menos do que antes[2]	() quase nunca[3]
13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:			
() quase todo o momento[3]	() várias vezes[2]	() de vez em quando[1]	() não senti isso[0]
14. Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:			
() quase sempre[0]	() várias vezes[1]	() poucas vezes[2]	() quase nunca[3]
RESULTADO DO TESTE			
OBSERVAÇÕES:			
Ansiedade: [] questões (1,3,5,7,9,11,13) Depressão: [] questões (2,4,6,8,10,12 e 14)		Escore: 0 – 7 pontos: improvável 8 – 11 pontos: possível – (questionável ou duvidosa) 12 –	

21 pontos: provável	
NOME RESPONSÁVEL PELA APLICAÇÃO DO TESTE	
DATA	

Fonte: Zigmond, A.S.7 Snaith,R.P.The Hospital Anxiety and Depression Scale.Acta Psychiatrica Scandinavica 1983; 67,361 -370.

4.5 ANALISE ESTATÍSTICA

Os dados foram tabulados no Microsoft Excel, e posteriormente analisados com o auxílio do software RStudio, a partir do cálculo de medidas-resumo e distribuições de frequências para caracterização dos participantes do estudo, bem como o cálculo das RPs (razões de prevalência) e seus IC 95% (intervalos de confiança de 95%), para comparação entre os grupos.

Foi aplicado o teste T-Student para comparar os sintomas de ansiedade e depressão em pacientes com e sem a doença de Parkinson.

Para verificar possível associação entre as variáveis do questionário sócio-demográfico com a classificação dos pacientes pela escala HADS, foi ajustado um modelo de regressão logística multinomial, para o qual o uso de medicamentos pelos pacientes foi considerado como possível variável de confusão.

O nível de significância adotado em todos os testes foi de 5%.

O tamanho amostral garantiu um poder de teste de 97% e nível de confiança de 95% para detectar uma diferença de no mínimo 2 pontos na escala HADS (considerando um desvio-padrão de 2 pontos) a partir do teste T-Student, se mostrando, portanto, suficiente aos objetivos do estudo.

Os dados foram comparados por meio do teste Qui-Quadrado para as variáveis categóricas e do teste T-Student para as variáveis quantitativas, considerando um nível de significância de 5% em todos os testes.

5 RESULTADOS

A Tabela 3 apresenta os resultados gerais e a comparação entre os grupos, com e sem a doença de Parkinson, para as variáveis estudadas.

A única característica considerada estatisticamente diferente entre os grupos foi a idade, sendo que o grupo com DP tinha em média $72 \pm 6,3$ anos, e o grupo sem DP $67,6 \pm 5,1$ anos. Para aqueles com DP, o tempo de diagnóstico médio foi de $4,6 \pm 2,8$ anos.

Observamos também que no grupo com DP contou com mais homens (73,3%), enquanto o grupo sem DP contou ligeiramente com mais mulheres (53,3%). Tal diferença, no

entanto, não foi considerada significativa. Também não foram observadas diferenças de etnia ou estado civil entre os grupos, sendo de modo geral mais prevalentes brancos (77,8%) e casados (64,4%).

Dentre as principais comorbidades, a mais prevalente foi a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), em 68,9% dos participantes, seguida por Diabetes Mellitus (33,3%), Dislipidemia (13,3%), hipotireoidismo (11,1%) e coronariopatia (8,9%). Não foram observadas diferenças significativas entre os pacientes com e sem DP.

Não foram observadas diferenças significativas considerando a doença de Parkinson para a atividade física antes e durante a pandemia, ou mesmo atividade de lazer e contato com a família. Antes da pandemia, apenas 8,9% dos participantes não realizavam atividade física, mas durante a pandemia 40% deixaram de realizar diminuíram a frequência. Notamos um impacto importante nas atividades de lazer, uma vez que 68,9% relataram ter diminuído significativamente durante a pandemia, sendo que apenas 22,2% mantiveram o ritmo de antes. Além disso, 42,2% afirmaram ter sofrido redução no contato com a família.

Com respeito à ansiedade e depressão, também não foram encontradas diferenças significativas em relação à DP. De modo geral, o escore HAD apontou que 35,6% dos idosos foram sugestivos para ansiedade (ansiedade possível ou provável) e 17,8% sugestivo para depressão (depressão possível ou provável). O uso de ansiolítico/antidepressivo foi feito por 24,4% dos participantes em geral.

Tabela 3 – Características gerais dos participantes e por grupo, com e sem DP.

Variável ¹		Geral (n=45)	Com doença de Parkinson (n=15)	Sem doença de Parkinson (n=30)	P-valor
Idade		69,0 ± 5,9	72 ± 6,3	67,6 ± 5,1	0,015*
Peso		71,3 ± 10,3	70,1 ± 9,6	71,9 ± 10,7	0,572
Estatura		1,62 ± 0,10	1,64 ± 0,10	1,61 ± 0,10	0,228
Tempo de diagnóstico (anos)		-	4,6 ± 2,8	-	-
Sexo	Feminino	20 (44,4%)	4 (26,7%)	16 (53,3%)	0,090
	Masculino	25 (55,6%)	11 (73,3%)	14 (46,7%)	
Etnia	Branca	35 (77,8%)	12 (80,0%)	23 (76,7%)	0,800
	Preta	10 (22,2%)	3 (20,0%)	7 (23,3%)	
Estado civil	Casado(a)	29 (64,4%)	10 (66,7%)	19 (63,3%)	0,993
	Divorciado(a)	3 (6,7%)	1 (6,7%)	2 (6,7%)	
	Solteiro(a)	6 (13,3%)	2 (13,3%)	4 (13,3%)	
	Viúvo(a)	7 (15,6%)	2 (13,3%)	5 (16,7%)	
Principais comorbidades	HAS	31 (68,9%)	9 (60,0%)	22 (73,3%)	0,274
	DM	15 (33,3%)	4 (26,7%)	11 (36,7%)	0,455
	Hipotireoidismo	5 (11,1%)	2 (13,3%)	3 (10,0%)	0,767
	Coronariopatia	4 (8,9%)	2 (13,3%)	2 (6,7%)	0,481
	Dislipidemia	6 (13,3%)	0 (0,0%)	6 (20,0%)	0,058
	Não realizava	4 (8,9%)	2 (13,3%)	2 (6,7%)	0,623
	1 – 3 vezes/semana	25 (55,6%)	7 (46,7%)	18 (60,0%)	

Variável ¹		Geral (n=45)	Com doença de Parkinson (n=15)	Sem doença de Parkinson (n=30)	P-valor
Atividade física antes da pandemia	Mais de 3 vezes/semana	16 (35,6%)	6 (40,0%)	10 (33,3%)	
Atividade física durante a pandemia	Deixou de realizar	8 (17,8%)	3 (20,0%)	5 (16,7%)	0,339
	Diminuiu a frequência	10 (22,2%)	1 (6,7%)	9 (30,0%)	
	Não realizava antes e continuou não realizando	4 (8,9%)	2 (13,3%)	2 (6,7%)	
Atividade de lazer durante a pandemia	Manteve o ritmo	23 (51,1%)	9 (60,0%)	14 (46,7%)	0,843
	A realização não era frequente antes e continua não sendo	4 (8,9%)	1 (6,7%)	3 (10,0%)	
	Diminuiu significativamente	31 (68,9%)	10 (66,7%)	21 (70,0%)	
Contato com a família durante a pandemia	Manteve o ritmo	10 (22,2%)	4 (26,7%)	6 (20,0%)	0,432
	Houve redução do contato	19 (42,2%)	5 (33,3%)	14 (46,7%)	
	Já havia um bom contato antes e ele se manteve	21 (46,7%)	9 (60,0%)	12 (40,0%)	
Escore HAD (sugestivo para ansiedade)	O contato não era muito significativo antes e se manteve	5 (11,1%)	1 (6,7%)	4 (13,3%)	0,640
	Improvável	29 (64,4%)	10 (66,7%)	19 (63,3%)	
	Possível/questionável	12 (26,7%)	3 (20,0%)	9 (30,0%)	
Escore HAD (sugestivo para depressão)	Provável	4 (8,9%)	2 (13,3%)	2 (6,7%)	0,286
	Improvável	37 (82,2%)	11 (73,3%)	26 (86,7%)	
	Possível/questionável	7 (15,6%)	4 (26,7%)	3 (10,0%)	
Uso de ansiolítico e/ou antidepressivo	Provável	1 (2,2%)	0 (0,0%)	1 (3,3%)	0,806
	Improvável	11 (24,4%)	4 (26,7%)	7 (23,3%)	

¹Variáveis quantitativas expressas em média \pm Desvio-padrão e variáveis categóricas expressas em n (%). HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica. DM: Diabetes Mellitus. *: valores estatisticamente significativos.

6 DISCUSSÃO

De acordo com os resultados, dentre as informações básicas colhidas pelo questionário sócio-demográfico fora encontrada diferença estatística significativa entre os dois grupos apenas no tocante à idade, sendo a DP mais prevalente nos pacientes com idade ligeiramente mais avançada. Tais resultados estão de acordo com dados do IBGE que estimam cerca de 700/100000 casos em pessoas com 60 a 69 anos, e 1500/100000 casos em pessoas com 70 a 79 anos (Santos et al.,2022). A maioria dos estudos revela um ápice no número de casos da doença aos 80 anos sendo que, após essa idade, o subdiagnóstico aumenta. Um dos fatores que contribui para esse aumento do subdiagnóstico é a presença conjunta de demência, um agente que inviabiliza o diagnóstico (Ascherio e Schwarzschild, 2016).

Em relação à variável gênero, a literatura sugere notável discrepância na expressão e na consciência de sintomas não motores, como alterações de humor e quadros depressivos, entre homens e mulheres com DP (Crispino et al, 2021). Nesse sentido, há indícios de que, no início da doença, pacientes homens referem principalmente queixas clínicas acerca dos sinais e sintomas motores clássicos da DP: bradicinesia, rigidez e instabilidade postural (Scott et al,

2000). Em contrapartida, pacientes mulheres apresentam mais sintomas de ansiedade, hipotímia e depressão (Crispino et al, 2021). No entanto, outros estudos demonstraram melhora geral no estado psíquico, com o tratamento para DP, em ambos os sexos (Picilo et al, 2014). No presente estudo, apesar de não estatisticamente significativa, o grupo com DP era composto majoritariamente por homens (73,3%) e o grupo sem DP era ligeiramente composto por mais mulheres (53,3%).

No que se refere à prática de atividade física, durante a pandemia de Covid-19, 40% dos pacientes da nossa amostra, com e sem DP, deixaram de realizar atividade física ou diminuíram a frequência de exercícios. Neste aspecto, a literatura demonstra que este fato se deve tanto ao fechamento de academias e, no caso do presente estudo, das clínicas de fisioterapia, quanto ao medo dos pacientes de contraírem Covid-19 (Song et al, 2020).

A terapia não medicamentosa da DP, expressa principalmente pela fisioterapia e atividade física, é capaz de melhorar a qualidade de vida do paciente como um todo (Mak et al, 2017). A literatura também revelou, em conformidade, que pacientes com DP que deixaram de realizar sessões de fisioterapia, devido ao bloqueio pela pandemia, referiram piora dos sintomas motores e também dos não motores (Schirinzí et al, 2020). Consoante a isto, terapias realizadas em grupo são ainda mais eficazes para a adesão e para a melhora do quadro psicossocial dos pacientes com DP, haja vista que sentem-se melhor acolhidos quando interagem com outras pessoas com quadro clínico semelhante (Veazey, 2009). Obtivemos relatos similares durante a execução de nossa pesquisa.

Em estudo realizado na Holanda, foi demonstrado que pacientes com DP podem sofrer as consequências da pandemia, especialmente do isolamento social advindo desta, de maneira semelhante à população saudável, sem DP (Helmich, 2020). Nesse aspecto, há denotada convergência com os resultados obtidos através da atual pesquisa. Contudo, também cabe ressaltar que, a par das divergências oriundas entre estudos semelhantes das diversas partes do mundo, a pandemia refletiu em graus variáveis de confinamento e de impacto social, estritamente relacionados ao desenvolvimento e às características culturais de cada região (Shalash, 2020). Desse modo, é esclarecida a importância de avaliar as descobertas em cada contexto social e a necessidade de estudos com diferentes populações.

No que diz respeito à prevalência de ansiedade e depressão entre os dois grupos, a saber, o objeto de análise principal do estudo, não houve diferença estatística significativa. Contudo, deve-se ressaltar algumas limitações relativas à execução da coleta de dados, sendo uma delas a limitação do tamanho da amostra. Em função de dificuldades de acesso às pessoas com DP, uma vez que várias delas não compareceram aos atendimentos no período em que a coleta fora

realizada ou não faziam fisioterapia, e da ausência de dados nos sistemas informatizados que viabilizem tal acesso, o número final de participantes difere daquele proposto na metodologia. Outrossim, o uso de antidepressivos e ansiolíticos por uma parcela dos participantes pode exercer certo efeito nos resultados da escala HAD. Não obstante essas limitações tenham algum papel nos resultados, estes últimos estão de acordo com alguns outros estudos já realizados sobre o tema que não evidenciaram uma piora significativa nos sintomas de ansiedade e depressão, durante a pandemia, nos pacientes com DP. Outros estudos, por outro lado, não corroboram tais resultados.

Um estudo foi realizado no Marrocos para avaliar o efeito psicológico das medidas de isolamento social nos pacientes com DP. Após aplicação de um questionário validado para avaliar sintomas de ansiedade e depressão, antes e depois de um confinamento total de 6 semanas, não fora constatada diferença estatística significativa entre os resultados do início e do final do confinamento (Otmani et al, 2021). Além disso, outro estudo realizado na Toscana durante a pandemia envolvendo um grupo de pessoas com DP, concluiu ausência de piora em sintomas motores, no estado de humor, na ansiedade ou na insônia em 70% dessas pessoas (Del Prete et al, 2021).

Em contrapartida, outros estudos refutam os resultados obtidos por esta análise e revelam o impacto negativo da pandemia nos sintomas de ansiedade e depressão dos pacientes com DP. Um estudo transversal realizado no Japão com a participação de 39 pacientes com DP e 32 controles mostrou que os pacientes com DP tinham maior tendência à depressão quando comparado aos controles, mediante ao contexto de restrição imposto pela pandemia (Mori-Kitani et al, 2021). Ademais, outro estudo, que realizou busca sistemática em base de dados e selecionou 21 estudos após certa triagem, revelou acentuação da gravidade de transtornos psiquiátricos nos pacientes com DP durante a pandemia na maioria desses estudos, ressaltando, porém, a necessidade de análises mais precisas (Nabizadeh et al, 2022).

7 CONCLUSÃO

O presente estudo não identificou maior prevalência dos sintomas de ansiedade e depressão nas pessoas com DP durante a pandemia de Covid-19, quando comparadas às pessoas sem a doença. Conquanto tais resultados estejam de acordo com alguns estudos que, de forma semelhante, não verificaram essa diferença em suas amostras, eles também confrontam outras análises da literatura que inferiram tal diferença. Nesse sentido, outros estudos envolvendo amostras maiores, ferramentas mais abrangentes e distintas formas de análise são necessários,

haja vista que os sintomas de ansiedade e depressão agravam ainda mais o quadro dos pacientes com DP, impondo maiores restrições a sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ADHAKRISHNAN, D. M.; Goyal, V. Parkinson's disease: a review. **Neurology India**, v. 66, p. 26-35, 2018
- REICH, S. G.; SAVITT, J. M. Parkinson Disease. **Medical Clinics of North America**, v. 103, p. 337-350, 2019.
- DORSEY, E. R.; et al. Global, regional, and national burden of Parkinson's disease, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **Lancet Neurology**, v. 17, p. 939–953, 2018.
- BOVOLENTA, T. M.; CARVALHO FELICIO, A. O doente de Parkinson no contexto das Políticas Públicas de Saúde no Brasil. **Revista Einstein**, v. 14, p. 7-9, 2016.
- SVEINBJORNSDOTTIR, S. The clinical symptoms of Parkinson's disease. **Journal of Neurochemistry**, v. 139, p. 318–324, 2016.
- HAYES, M. T. Parkinson's disease and parkinsonism. **The American Journal of Medicine**, v. 132, p. 802-807, 2019.
- MARSH, L. Depression and Parkinson's Disease: Current Knowledge. **Current Neurology and Neuroscience Reports** 13, Article number 409, 2013.
- WU, P.; et al. Effectiveness of physical activity on patients with depression and Parkinson's disease: A systematic review. **Plos One**, p. 1-14, 2017.
- SCHAPIRA, A. H. V.; et al. Non-motor features of Parkinson disease. **Nature Reviews neuroscience**, v. 18, p. 435-450, 2017.
- JANIRI, D.; PETRACCA, M.; MOCCIA, L.; et al. COVID-19 Pandemic and psychiatric Symptoms: The impact n Parkinson's Disease in the Elderly. **Frontiers in Psychiatric**, v. 11, p. 1-8, 2020.
- KITANI-MORII, F.; KASAI, T.; HORIGUCHI, G. et al. Risk factors for neuropsychiatric symptoms in patients with Parkinson's disease during COVID-19 pandemic in Japan. **Plos one**, p. 1-13, 2021.
- HELMICH, R.; BLOEM, B. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Parkinson's Disease: Hidden Sorrows and Emerging Opportunities. **Journal of Parkinson's Disease**, v. 10, p. 351-354, 2020.
- BALCI, B.; et al. Impact of the COVID-19 pandemic on physical activity, anxiety, and depression in patients with Parkinson's disease. **International Journal of Rehabilitation Research**, 2021.
- OTMANI, H.; BIDAOU, Z.; AMZIL, R.; et al. No impact of confinement during COVID-19 pandemic on anxiety an depression in Parkinsonian patients. **Revue Neurologique**, v. 177, p. 272-274, 2021.
- LILL, C. M.; KLEIN, C. Epidemiologie und Ursachen der Parkinson-Erkrankung. **Der Nervenarzt**, v. 88, p. 345–355, 2017.

FARO, A. Análise fatorial confirmatória e normatização da Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 31, p. 349-353, 2015.

SNAITH, R. The Hospital Anxiety and Depression Scale. **BioMed Central**, 2003.

SANTOS, G et al., Doença de Parkinson: Padrão epidemiológico das internações no Brasil. **Research, Society and Development**, v.11, n 1, 2022.

ASCHERIO, A.;SCHWARZSCHILD, M. The epidemiology of Parkinson's Disease: Risk factors and prevention. **The Lancet Neurology**, v. 15, p. 1257-1272, 2016.

CRISPINO, P.; et al. Gender Differences and Quality of Life in Parkinson's Disease. **Int. International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, p.198, 2021.

SCOTT, B.; et al. Gender differences in Parkinson's disease symptom profile. **Acta Neurologica Scandinava**, v. 102, p. 37-43, 2000.

PICILLO, M.; et al. Gender differences in non-motor symptoms in early Parkinson's disease: A 2-years follow-up study on previously untreated patients. **Parkinsonism Relat. Disord.** v. 20, p. 850-854, 2014.

SONG, J.; et al. The changes of exercise pattern and clinical symptoms in patients with Parkinson's disease in the era of COVID-19 pandemic. **Parkinsonism Relat Disord** v.80, p.148-151, 2020.

MAK, MK.; et al. Long-term effects of exercise and physical therapy in people with Parkinson disease. **Nature Reviews Neurology**, v.13, p. 689-703, 2017.

SCHIRINZI, T.; et al. Physical activity changes and correlate effects in patients with Parkinson's disease during COVID-19 lockdown. **Movement Disorders Clinical Practices**, v. 7, p.797-802, 2020.

VEAZEY, C.;et al. Telephone-administered cognitive behavioral therapy: a case study of anxiety and depression in Parkinson's disease. **Journal of Clinical Psychology in Medical Settings**, v.16, p. 243-253, 2009.

SHALASH, et al. Mental Health, Physical Activity, and Quality of Life in Parkinson's Disease During COVID-19 Pandemic. **Movement Disorders**, v. 35, 2020.

DEL PRETE, E et al. Prevalência e impacto do COVID-19 na doença de Parkinson: evidências de uma pesquisa multicêntrica na região da Toscana. **Journal of Neurology**, p. 1179-1187, 2021.

NABIZADEH, F.; et al. Resultados psicológicos da pandemia de COVID-19 em pacientes com doença de Parkinson: uma revisão sistemática. **Journal of Clinical Neuroscience**, v. 102, p. 101-108, 2022.