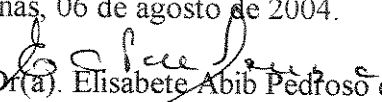


ERIKA SPROESSER CARDOSO

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas, área de Ciências Biomédicas do(a) aluno(a) **Érika Sproesser Cardoso.**

Campinas, 06 de agosto de 2004.


Prof. Dr(a). Elisabete Abib Pedroso de Souza
Orientador(a)

**O PSICODRAMA COMO INSTRUMENTO DE SAÚDE
NA DOENÇA DE PARKINSON**

CAMPINAS

2004

**UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE**

ERIKA SPROESSER CARDOSO

**O PSICODRAMA COMO INSTRUMENTO DE SAÚDE
NA DOENÇA DE PARKINSON**

**Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade
Estadual de Campinas, para obtenção do título de Mestre
em Ciências Médicas; área de concentração em
Ciências Biomédicas.**

Orientadora: Prof^a Dr^a Elisabete Abib Pedroso de Souza

Co-Orientadora: Prof^a Dr^a Elizabeth M. A. B. Quagliato

Apoio: CNPq

CAMPINAS

2004

UNIDADE	BC
Nº CHAMADA	T/Unicamp
	C179p
V	EX
TOMBO BC/	64196
PROC.	16 P 0008.05
C	☐
D	☒
PREÇO	11,00
DATA	13/06/05
Nº CPD	

3. bibid: 352203

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

C179p Cardoso, Erika Sproesser
 O Psicodrama como instrumento de saúde na doença de Parkinson /
 Erika Sproesser Cardoso. Campinas, SP : [s.n.], 2004.

 Orientadores: Elisabete Abib Pedroso de Souza, Elizabeth Maria
 Aparecida Barasnevicius Quagliato
 Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
 Faculdade de Ciências Médicas.

 1. Psicologia. 2. Psicoterapia. 3. Qualidade de vida. 4.
 Parkinson, doença de. I. Elisabete Abib Pedroso de Souza. II.
 Elizabeth Maria Aparecida Barasnevicius Quagliato. III.
 Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.
 IV. Título.

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Orientadora: Profª Drª Elisabete Abib Pedroso de Souza

Co-orientadora: Profª Drª Elizabeth M. A. B. Quagliato

MEMBROS:

1) Dra. Elisabete Abib Pedroso de Souza

2) Dr. Edmur Carelli

3) Dra. Dayse Maria Borges Keyralla

Curso de Pós-graduação em Ciências Médicas, área de concentração em Ciências Biomédicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Campinas, 27 de agosto de 2004.

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho, com muito amor,
ao meu marido Eduardo e aos meus
pais, Maria Elena e Cesar.*

À Dra. Elisabete Abib Pedroso de Souza pela orientação dedicada, carinho e incentivo durante todo o processo de pesquisa.

À Dra. Maura A. Viana, pelo acolhimento e auxílio no ambulatório de neurologia.

À Dra. Elizabeth Quagliato, pela oportunidade de pesquisa.

A todos os docentes, médicos, residentes e enfermeiras do ambulatório de neurologia do HC-Unicamp, em especial à Solaine, pelo carinho.

À fisioterapeuta Mariângela e à nutricionista Silvia.

Aos funcionários do departamento de neurologia, FCM/Unicamp, em especial à Cecília, pela dedicação e atenção.

A todos os colegas que trabalharam ou trabalham no Laboratório de Qualidade de Vida, em especial à Camila e Rosiane, pela ajuda na pesquisa.

A todos os pacientes que atendi durante estes anos.

À Cleide e Helymar, da comissão de estatística da Unicamp.

Ao CNPq pelo apoio científico e financeiro para esta pesquisa.

Ao Dr. Luis Falivene Roberto Alves, pela supervisão no Instituto de Psicodrama e Psicoterapia de Grupo de Campinas e pela dedicação enquanto terapeuta.

A todos os professores do Instituto Sedes Sapientiae e Instituto de Psicodrama e Psicoterapia de Grupo de Campinas, que me ensinaram o Psicodrama.

A toda minha família.

A todos os meus amigos, em especial às amigas e colegas Joseane e Lígia, por acompanharem minha trajetória profissional.

DIVISA

*Mais importante do que a ciência é o seu resultado,
Uma resposta provoca uma centena de perguntas.*

*Mais importante do que a poesia é o seu resultado,
Um poema provoca uma centena de atos heróicos.*

*Mais importante que o reconhecimento é o seu resultado,
O resultado é dor e culpa.*

*Mais importante do que a procriação é a criança.
Mais importante do que a evolução da criação é a evolução
do criador.*

*Em lugar de passos imperativos, o imperador.
Em lugar de passos criativos, o criador.
Um encontro de dois: olhos nos olhos, face a face.
E quando estiveres perto, arrancar-te-ei os olhos
e colocá-los-ei no lugar dos meus;
E arrancarei meus olhos
Para colocá-los no lugar dos teus;
Então ver-te-ei com os teus olhos
E tu ver-me-ás com os meus.*

*Assim, até a coisa comum serve o silêncio.
E no encontro permanece a meta sem cadeias:
O Lugar indeterminado, num tempo indeterminado,
A palavra indeterminada para o homem indeterminado.*

*Deus é espontaneidade. Dai o mandamento:
“Sê espontâneo!”.*

**Moreno (1914),
em “As Palavras do Pai”**

	<i>PÁG.</i>
RESUMO.....	xxv
ABSTRACT.....	xxix
1- INTRODUÇÃO.....	33
1.1- A Doença de Parkinson – Aspectos clínicos e neurológicos.....	35
1.2- Distúrbios psiquiátricos e psicológicos na DP.....	39
1.3- Qualidade de vida na DP.....	44
1.4- Psicoterapia de grupo e psicodrama.....	46
2- OBJETIVOS.....	51
2.1- Objetivo geral.....	53
2.2- Objetivos específicos.....	53
3- CASUÍSTICA E MÉTODOS.....	55
3.1- Seleção da amostra.....	57
3.2- Caracterização demográfica e clínica da amostra.....	58
3.3- Instrumentos.....	60
3.4- Ambiente.....	62
3.5- Procedimento.....	63
3.6- Análise estatística.....	68
4- RESULTADOS.....	67
4.1- Resultados quantitativos.....	69
4.2- Resultados qualitativos.....	80

5- DISCUSSÃO.....	85
5.1- Aspectos emocionais da DP.....	87
5.2- A intervenção psicodramática.....	89
5.3- O resgate da saúde emocional.....	95
6- CONCLUSÃO.....	99
7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	103
8- ANEXOS.....	111

	PÁG.
Tabela 1- Caracterização demográfica da amostra.....	59
Tabela 2- Caracterização clínica da amostra.....	60
Tabela 3- Resultados pré e pós da intervenção psicológica para depressão, ansiedade e qualidade de vida.....	73

	<i>PÁG.</i>
Figura 1- Boxplots dos resultados dos questionários Beck, Idate I e Idate II....	75
Figura 2- Boxplots da avaliação dos questionários de Qualidade de Vida.....	75

	<i>PÁG.</i>
Gráfico 1- Depressão (categorizada).....	77
Gráfico 2- Ansiedade – Idate I (categorizada).....	78
Gráfico 3- Ansiedade – Idate II (categorizada).....	79

	PÁG.
Anexo 1- Termo de consentimento para pesquisa.....	113
Anexo 2- Ficha de Identificação dos pacientes.....	115
Anexo 3- Inventário de Depressão Beck.....	117
Anexo 4- Inventário de Ansiedade Estado e Traço – IDATE II e II.....	121
Anexo 5- Questionário de Qualidade de Vida – QVDP-41.....	123
Anexo 6- Questionário de Qualidade de Vida – PDQL-37.....	129
Anexo 7- Dados brutos (demográficos, clínicos e escores dos questionários).....	133

RESUMO

A Doença de Parkinson é uma doença crônica, neurodegenerativa, seu avanço produz mudanças psicossociais e no estilo de vida que compromete a qualidade de vida do paciente. Muitas vezes, o paciente não consegue se adaptar adequadamente frente às muitas mudanças comportamentais e sociais, acarretando distúrbios psicológicos como ansiedade e depressão.

Este estudo tem como objetivo avaliar a eficácia do atendimento psicoterapêutico focal, com abordagem psicodramática, na melhora da qualidade de vida e dos sintomas de ansiedade e depressão de pacientes parkinsonianos.

Foram avaliados no Laboratório de Qualidade de Vida/Unicamp, 16 sujeitos (9 homens e 7 mulheres; 45 a 72 anos de idade), com Doença de Parkinson idiopática, encaminhados pelo ambulatório de neurologia do HC/ Unicamp, os quais cumpriram alguns critérios de inclusão.

Para a avaliação psicológica foram aplicados quatro questionários: Inventário de Depressão Beck (BECK, 1974); Inventário de Ansiedade - Estado e Traço (SPIELBERGER et al., 1970); Questionário de Qualidade de Vida na Doença de Parkinson PDQL -37 (BOER et al., 1996) e Questionário de Qualidade de vida e a Doença de Parkinson QVDP-41 (SOUZA, et al., 2004).

Os pacientes foram divididos aleatoriamente em grupo-experimental (GE) e grupo- controle (GC), este último sem intervenção psicoterapêutica num primeiro momento.

No procedimento psicoterapêutico (seis meses, 12 sessões) utilizou-se de técnicas psicodramáticas, abordando aspectos relacionados à doença e implicações psicossociais.

A análise dos resultados intragrupo evidenciou mudanças significativas para todas as variáveis: depressão, ansiedade e qualidade de vida; a análise intergrupo mostrou resultados significativos para a depressão.

A psicoterapia psicodramática focal mostrou-se eficaz na melhora da qualidade de vida e nos sintomas de ansiedade e depressão de pacientes parkinsonianos.

O psicodrama e a psicoterapia de grupo demonstram ser instrumentos significativos no resgate da saúde emocional dos pacientes com DP, resgatando os papéis sociais comprometidos pela condição da doença.

Dado a importância de fatores psicológicos que envolvem a doença crônica, neurodegenerativa, esta pesquisa propõe uma análise destes fatores e possibilita o estudo da intervenção de técnicas psicoterapêuticas escassas na literatura em DP.

ABSTRACT

Many times the fast development of the disease brings a series of changes, both psychosocial and in the life style of the person, that damages seriously the patient's quality of life.

Evaluate the efficiency of the focused treatment using the psychodrama concerning the improvement of the patients' quality of life and also the symptoms of anxiety and depression of the patients suffering from the Parkinson's disease of the HC-Unicamp.

Psychotherapy using the psychodrama (12 group sessions) of 16 patients of the Department of Neurology of the HC-Unicamp, with a medical diagnosis of the Parkinson's disease. The patients were divided at random in two groups, the experimental one (GE) and the control one (GC). Before and after the psychological assistances the patients were given 4 questionnaires were: The Quality of Life and the Parkinson's Disease Questionnaire QVDO-41 (SOUZA, SPROESSER & MERLIN, 2004). The Quality of Life and the Parkinson's Disease Questionnaire PDQL-37 (BOER, SPEELMEN & HAES, 1996). The Beck Inventory Depression (BECK, 1974) and the Anxiety – State and Trace Inventory (SPIELBERGER et al., 1970).

After the psychotherapeutic intervention, the GE showed a significant change concerning the quality of life (QVDP-41, $p=0.008$ and PDQL-37, $p=0.016$); depression ($p=0.008$) and anxiety (Idate I, $p=0.008$ and Idate II, $p=0.008$). There were also changes related to the disease reported and observed by the patients themselves.

The psychodrama was proved to be effective in the improvement, both in the quality of life, in the depression and anxiety symptoms of the patients as well.

1- INTRODUÇÃO

1.1- A Doença de Parkinson – Aspectos clínicos e neurológicos

A Doença de Parkinson (DP), classificada como distúrbio de movimento, é uma doença neurodegenerativa que atinge 85 a 175 casos por 100.000 pessoas. Acomete pessoas entre 50 e 70 anos de idade de ambos os sexos, mas alguns estudos mostraram maior incidência no sexo masculino que no feminino; aparecendo em diferentes raças e classes sociais (MENEZES e TEIVE, 1996).

Embora as manifestações se iniciem em torno dos 60 anos de idade, podem ocorrer abaixo dos 40 anos, neste caso denominado parkinsonismo precoce, ou mesmo antes dos 21 anos de idade, referido como parkinsonismo juvenil (ANDRADE et al., 1999).

James Parkinson, médico inglês nascido em 1755 e falecido em 1824, publicou em 1817 em Londres a primeira descrição mundial da doença, “An Essay on Shaking Palsy”, embora anteriormente ao autor houvessem algumas descrições de autores egípcios não muito definidas. Na monografia, Parkinson descreveu seis casos de pacientes com a doença, com idade entre 50 e 72 anos, todos do sexo masculino (MENEZES e TEIVE, 1996; ANDRADE et al., 1999; PARKINSON, 1817).

A enfermidade foi intitulada como “Paralisia Agitante”, caracterizada pela presença de movimentos tremulantes involuntários e diminuição da força muscular, com uma tendência para inclinação do tronco para frente e alteração da marcha (ANDRADE et al., 1999; PARKINSON, 1817). Na evolução da doença, foi descrito a presença de tremores iniciando em uma das mãos com progressão mais difusa, ocorrendo piora na marcha e quedas frequentes.

Vários neurologistas publicaram observações sobre a doença, mas somente 50 anos depois de Parkinson que Charcot, neurologista francês, contribuiu efetivamente na descrição do quadro clínico, no diagnóstico diferencial e no tratamento da doença. Charcot sugeriu a mudança de nome de Paralisia Agitante para Doença de Parkinson (“la maladie de Parkinson”). O autor distinguiu as formas “tremulantes” e “rígido acinética”, como também, descreveu o quadro secundário da doença como anormalidades articulares, demência, perda da memória e disfunções cognitivas (MENEZES e TEIVE, 1996; ANDRADE et al., 1999; PARKINSON, 1817).

Charcot foi também o primeiro a sugerir uma terapêutica para a doença e, em 1877 indicou a substância anticolinérgica para o tratamento (ANDRADE, 1996).

Em seguida vários autores estudaram as funções neurais envolvidas com a DP. Em 1919, Tretiakoff, observou uma variedade de lesões degenerativas, ressaltando a redução do número de células pigmentadas da substância negra do mesencéfalo. Observou a presença de inclusões citoplasmáticas nas células nigrais, descritas por Lewy em 1913, que passaram a ser conhecidas como células de Lewy, um marcado anatomopatológico da DP (HUGHES et al., 1992; LIEBERMAN, 1998).

Em 1960, Eringer e Hornykiewicz associaram a DP com a depleção da produção de dopamina nos circuitos motores subcorticais. Após este período vários tratamentos foram sugeridos para a DP, a amantadina, novos anticolinérgicos e os agonistas da dopamina; como também, iniciaram os tratamentos cirúrgicos utilizando a estereotaxia. A introdução da dopamina em 1960 representou o principal avanço terapêutico na DP (OLANOW e KOLLER, 1998; ANDRADE et al., 1999).

Apesar de anos de estudos e conhecimentos, a causa da DP permanece desconhecida até os dias de hoje.

A característica anatomopatológica da DP consiste na degeneração de neurônios da substância negra, especialmente de sua zona compacta (SNc). Observa-se, também, perda neural em outras estruturas do tronco cerebral e do prosencéfalo basal, como a área tegmental ventral, locus ceruleus, núcleo motor dorsal do vago e núcleo basal de Meynert. Neurônios localizados na SNc, ricos em melanina, produzem dopamina e suas células projetam-se para o estriado. Neurônios localizados na área tegmental ventral também produzem dopamina e projetam-se principalmente para áreas límbicas. Na DP a perda neuronal é mais intensa nas porções ventro-laterais da SNc (ANDRADE et al., 1999; LIEBERMAN, 1998).

Outros neurotransmissores, como a noradrenalina e serotonina, encontram-se moderadamente reduzidas em áreas específicas do tronco cerebral como o locus ceruleus e os núcleos da rafe. Estes neurotransmissores são responsáveis pelos distúrbios psiquiátricos e cognitivos que podem acontecer na DP.

Os corpos de Lewy são considerados como a principal característica patológica da DP e são encontrados em várias regiões do sistema nervoso desde o córtex cerebral até gânglios simpáticos paravertebrais e trato gastrointestinal, mas são encontrados principalmente na SNc, lócus ceruleus, núcleo dorsal do vago, núcleo basal de Meynert e em menor quantidade no córtex cerebral.

Os estudos envolvidos na degeneração neuronal na DP apontam para a existência de processo ativo de toxicidade neuronal (MENEZES e TEIVE, 1996). A natureza desse processo não é conhecida, mas provavelmente está relacionada a um estresse oxidativo e pode ser desencadeado por cinco possibilidades abaixo discriminadas, mas a causa primária ainda permanece obscura.

Para MENEZES e TEIVE (1996) os mecanismos implicados na degeneração celular na DP são: ação de neurotoxinas ambientais, produção de radicais livres, anormalidades mitocondriais, predisposição genética e envelhecimento cerebral.

Apesar dos estudos da neuroquímica, dos mecanismos fisiopatológicos e da etiopatogenia da DP, ainda não se obteve um marcador biológico para o diagnóstico. O exame clínico é o fator essencial para o diagnóstico correto, com observações dos sinais, sintomas e resposta ao tratamento para se diferenciar de síndromes parkinsonianas e outras enfermidades (LIEBERMAN, 1998).

A DP é uma doença neurodegenerativa, que cursa com a perda da substância negra (lócus niger) do mesencéfalo e os sintomas principais se manifestam por alterações motoras como: tremor, rigidez, bradicinesia e alterações do equilíbrio postural (ANDRADE et al., 1999; OLANOW e KOLLER, 1998).

O tremor ocorre nos membros superiores na maioria das vezes. Há pacientes que não apresentam tremor, apresentando a forma rígido-acinética da DP.

A rigidez na DP atinge todos os músculos: flexores, extensores, pronadores, supinadores, rotadores, adutores e abdutores.

Outro sintoma é a bradicinesia. Este é o sintoma que mais diferencia o parkinsonismo de outras alterações motoras, significando um alentecimento dos movimentos, especialmente dos movimentos automáticos associados a uma pobreza geral de movimento (MENEZES e TEIVE, 1996).

A pobreza da expressividade facial, alentecimento da motricidade da fala e da escrita também são expressões da bradicinesia. Demonstra, muitas vezes, uma falta de expressão ou mesmo tristeza e, com relação a fala é um fenômeno parecido com a gagueira.

A alteração ou instabilidade postural ocorre depois das fases iniciais da doença e deve-se à perda de reflexos posturais. Os pacientes sentem dificuldade em manter postura ereta e assumem uma postura de tronco e cabeça fletidos ventralmente.

Em estados avançados o paciente pode apresentar uma marcha rápida, quedas frequentes ou mesmo um comprometimento ao iniciar os passos (freezing).

Para a definição de um diagnóstico preciso na DP, tem que haver pelo menos três sintomas dos quatro principais citados anteriormente: tremor de repouso, rigidez muscular, bradicinesia e alterações posturais (OLANOW e KOLLER, 1998). Alguns estudos demonstram que 25% de pacientes com parkinsonismo possuem um parkinsonismo atípico e não doença de Parkinson idiopática.

O início assimétrico ou unilateral, principalmente do tremor indica ser DP idiopática, como também, o aparecimento de discinesias provocada pelo uso da levodopa no tratamento (ANDRADE et al., 1999; OLANOW e KOLLER, 1998).

A doença de Parkinson é classificada em cinco estágios de gravidade, avaliadas pela escala Hoehn e Yahr (HOENH e YAHRD, 1967) e muito usada na prática clínica:

- 1- apresentação unilateral da doença.
- 2- apresentação bilateral, sem acometimento dos reflexos posturais.
- 3- apresentação bilateral, com alteração dos reflexos posturais e lentidão na execução de tarefas do dia-a-dia.

- 4- manifestações clínicas comprometem a independência do paciente, necessitando de auxílio na maior parte das atividades da vida diária.
- 5- confinamento à cama ou à cadeira de rodas.

Ao lado das alterações motoras, a DP pode causar alterações cognitivas como demência, perda da memória e concentração (MENEZES e TEIVE, 1996; ANDRADE et al., 1999; MOLHO, 2002), como, também, distúrbios psiquiátricos, alterações emocionais e relacionais que causam desconforto ao paciente, talvez mais que as próprias limitações físicas.

Apesar da avaliação médica ser o melhor instrumento, o diagnóstico também pode ser complementado através de exames como a ressonância magnética. O tratamento ocorre através de medicamentos, fisioterapia, fonoaudiologia e técnicas de cirurgia (BARBOSA, 1995), como também é importante o acompanhamento psicológico e neuropsicológico.

1.2- Distúrbios psiquiátricos e psicológicos na DP

Segundo ROBINS (1975), LIEBERMAN (1998), OLANOW e KOLLER (1998), ROCHA (1998) e ANDRADE et al. (1999), a DP pode acarretar alguns distúrbios psiquiátricos como alterações cognitivas, distúrbios do sono, quadro de alucinação, delírio, ansiedade e depressão. Estes distúrbios se devem às alterações neurobiológicas, efeitos dos medicamentos e desajustes psicossociais desencadeados ao surgimento da doença.

As alterações cognitivas mais frequentes são: distúrbios viso-espaciais e lentidão do processo decisório. Mas, quando há o comprometimento da memória e funções executivas frontais pode evoluir para um quadro de demência, que ocorre em uma frequência de 20%. (ANDRADE et al., 1999; LIEBERMAN, 1998).

Já a depressão é o distúrbio psiquiátrico mais frequente na DP. Pesquisas recentes utilizaram o Inventário de Depressão Beck (BECK, 1974) e mostraram uma frequência de 40% de pacientes parkinsonianos com depressão (CUMMINGS, 1992;

KUZIS et al., 1997; TANDBERG et al., 1997; RICHARD, 2002; MOLHO, 2002); metade destes pacientes, 54% se enquadram nos critérios da depressão maior, enquanto que, a outra metade apresentam distímia ou depressão leve a moderada.

A depressão na DP é caracterizada por sentimento de tristeza, irritabilidade, pessimismo quanto ao futuro, idéias suicidas, desespero, sentimento de culpa e autocrítica excessiva. Como também, pode apresentar distúrbios do sono, distúrbio de apetite, disfunção sexual, dificuldade de concentração, comprometimento da memória e isolamento social (MOLHO, 2002).

Para MENEZES e TEIVE (1996) apesar do alto índice de depressão na DP, o índice de suicídio não é maior que nos grupos de pacientes da mesma idade sem DP.

STEIN et al. (1990) observaram que a depressão foi mais severa em pessoas abaixo dos 55 anos de idade. Não observaram relação entre sintomas depressivos e duração da doença e a incidência foi maior no sexo feminino; o histórico familiar de depressão aumentou as chances do aparecimento de depressão nos pacientes parkinsonianos.

Segundo ANDRADE et al. (1999) e RICHARD (2002), a depressão parece ser mais comum em pacientes com DP que apresentam rigidez e bradicinesia que naqueles que apresentam tremor como sintoma. Alguns estudos, focalizando lateralidade, são descritos por ANDRADE et al. (1999) que sugerem que pacientes com hemiparkinsonismo direito (disfunção maior no hemisfério cerebral esquerdo), na avaliação do Inventário de Depressão Beck (BECK, 1974), apresentaram escores mais altos que pacientes com predominância no hemisfério esquerdo ou bilateral.

ANDRADE et al. (1999), nesta revisão, discutem se a depressão é um processo reativo ao surgimento da doença ou manifestações neurobiológicas da própria DP. Os autores, numa visão organicista, enfocam alguns pontos importantes como a depressão normalmente se manifesta antes dos sinais motores, está mais presente em indivíduos com DP que indivíduos com outras doenças crônicas incapacitantes e não está relacionada com a severidade da doença.

Vários autores discutem sobre a etiologia da depressão na DP (CUMMINGS, 1992; LIEBERMAN, 1998; AARSLAND, 1999), abordando principalmente quanto às manifestações neurobiológicas da doença.

CUMMINGS (1992) propôs que as alterações neuropatológicas levariam à depleção de neurotransmissores, o que provocaria uma disfunção mesocortical e pré-frontal, interrompendo circuitos cerebrais vinculados aos mecanismos de recompensa, de dependência ambiental e aliviadores de tensão com conseqüente surgimento dos sintomas depressivos.

As alterações neurobiológicas da depressão na DP apresentam três neurotransmissores: o serotoninérgico (núcleos da rafe do tronco cerebral), o dopaminérgico (projeções meso-cortico-límbicas) e noradrenérgico (lócus ceruleus) (MOLHO, 2002).

Clinicamente o papel da dopamina na depressão é observado quando há piora do quadro em período-off (GUZE e BARRIO, 1991; ANDRADE et al., 1999; MOLHO, 2002).

Estudos bioquímicos com pacientes parkinsonianos deprimidos (MOLHO, 2002), mostraram uma redução líquórica do principal metabólito da serotonina. Porém, nem todos os pacientes apresentam redução neste metabólito no líquido cefalorraqueano. Hornykeiwicz (MOLHO, 2002) encontraram uma diminuição do conteúdo cerebral de serotonina no exame post-mortem de alguns parkinsonianos; Jellinger e Paulus (MOLHO, 2002) relataram perda neural mais severa no núcleo dorsal da rafe.

Alterações significativas ocorrem no lócus ceruleus (principal fonte de noradrenalina) em pacientes parkinsonianos deprimidos.

Esses mesmos autores, demonstraram por estudos funcionais, com tomografia por emissão de pósitrons (PET), um hipometabolismo frontal inferior em paciente com DP deprimidos comparados aos não deprimidos.

MOLHO (2002) abordou, não só os aspectos neurobiológicos envolvidos na depressão na DP, mas também os aspectos da depressão reativa decorrente das alterações físicas, isolamento social e outras conseqüências da doença crônica.

A ansiedade é um distúrbio psiquiátrico também encontrado em pacientes parkinsonianos e pesquisas caracterizaram como distúrbio de ansiedade de acordo com os sintomas descritos no DSM IV, Diagnóstico e Manual de Doenças Mentais (1994). A ansiedade é mais comum em pacientes com DP que pacientes com outras doenças crônicas. Alguns estudos demonstraram que 38% de pacientes apresentaram ansiedade. Estes pacientes normalmente eram mais jovens que a média e apresentavam a doença há pouco tempo. A ansiedade na DP se caracteriza por fadiga, insônia, cansaço, tremor, taquicardia, respiração ofegante e necessidade freqüente de urinar (MOLHO, 2002).

O mesmo autor referiu que distúrbios de ansiedade na DP podem acarretar quadros de fobias e ataques de pânico. Estudos demonstraram que 92% de pacientes parkinsonianos com ansiedade apresentavam depressão e 67% de pacientes parkinsonianos com depressão apresentavam quadro de ansiedade.

Assim como na depressão, o quadro de ansiedade, stresse e pânico na DP podem ser causados tanto por alterações neuroquímicas, como também, podem ter relação com a piora dos sintomas físicos (ANDRADE et al., 1999; MOLHO, 2002).

A DP, assim como outras doenças crônicas, causam transtornos psicológicos decorrentes de aspectos ligados aos sintomas físicos e também da necessidade de conviver com a doença (HORN, 1974; ELLGRING et al., 1990).

A depressão e a ansiedade se acarretadas por alterações neurofisiológicas ou por demandas externas são importantes, e o tratamento focaliza-se nas medicações antidepressivas, ansiolíticos e no acompanhamento psicológico adequado (OLANOW e KOLLER, 1998).

O avanço da doença traz para o doente crônico uma série de mudanças psicossociais e no estilo de vida, com alta freqüência de distúrbios emocionais como ansiedade e depressão, sentimentos de inutilidade e dependência, comportamentos de isolamento social e muitas vezes agressividade (SOUZA e GUERREIRO, 2000).

Essas alterações emocionais surgem devido à condição da limitação física: necessidade de adaptação frente às atividades do dia-a-dia como escrever, vestir-se, dirigir, e outros e, ainda, sentimentos de inutilidade frente à rotina diária e aos grupos sociais, como também, sentimento de dependência em relação aos familiares e amigos.

No processo de adaptação, as mudanças comportamentais na DP são refletidas pela reação individual de cada paciente, como cada indivíduo reage frente ao impacto do diagnóstico e tratamento da doença.

Desta forma, alterações clínicas se mesclam com a percepção que o paciente tem do que é ter Parkinson. Como será que o indivíduo reage aos primeiros sintomas da DP? A partir daí, quais os mecanismos psicológicos adotados para lidar com a doença?

Devido à lentidão da progressão da doença, muitos pacientes demoram a procurar ajuda médica, negando os sintomas que aparecem, numa forma de autoproteção.

O diagnóstico da DP pode causar ao mesmo tempo alívio e choque, pois, ao mesmo tempo que o paciente sabe que doença possui e como tratá-la, tem que lidar com o impacto de possuir uma doença neurológica progressiva e as mudanças que ocorrerão na sua vida como o trabalho, relacionamento social e familiar, e outros (HORN, 1974; ELLGRING, 1990).

As reações familiares e sociais causam ainda mais apreensão e stresse ao paciente. O paciente e seus familiares normalmente vivenciam uma mistura de sentimentos e emoções como: negação, raiva, tristeza e preocupação (OLANOW e KOLLER, 1998).

Assim já, desde o início, o impacto do diagnóstico da DP leva o paciente, muitas vezes, a apresentar depressão, ansiedade e stresse.

Os principais sintomas da depressão reativa são: humor deprimido, falta de interesse nas atividades diárias, ganho ou perda de peso, insônia ou excesso de sono, agitação motora, fadiga ou perda de energia, sentimento de pessimismo, diminuição da concentração (ELLGRING, 1990).

Normalmente, os pacientes parkinsonianos deprimidos se sentem frustrados frente às alterações e sintomas físicos de rigidez muscular, bradicinesia e tremor. As mudanças físicas refletem nas atividades sociais, e uma das estratégias de “coping” ou enfrentamento mais utilizada é o isolamento (ELLGRING, 1990).

É preciso considerar um envolvimento de variáveis biológicas e psicossociais que controlam o ajustamento à doença e alterações emocionais e comportamentais.

A doença, a hospitalização e as intervenções cirúrgicas trazem implicações profundas na vida do paciente e de sua família. Acredita-se que é necessário um trabalho interdisciplinar com a equipe de saúde, visando a compreensão dos processos psicológicos e sociais pelos quais passa o paciente nos momentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação, assim como o reconhecimento de fatores psíquicos que interferem, determinam e muitas vezes agravam os quadros orgânicos (SOLON, 1990).

As alterações físicas, cognitivas, emocionais, comportamentais e sociais influenciam negativamente a qualidade de vida do parkinsoniano.

1.3- Qualidade de vida na DP

A qualidade de vida do parkinsoniano diminui com a progressão da doença, pois esta condição afeta negativamente a saúde física, psicológica, o nível de independência, e as relações sociais (FITZPATRICK et al., 1997; GLOZMAN, et al. 1998; MAC MAHON e THOMAS, 1998; MARTINEZ – MARTÍN et al., 1998; MARINUS et al., 2002), que são aspectos essenciais para o bem-estar bio-psico-social do ser humano. Este comprometimento é ocasionado tanto pelas limitações decorrentes do avanço da doença, quanto pelos efeitos colaterais causados pelo uso dos medicamentos parkinsonianos.

A Organização Mundial de Saúde (World Health Organization, 1958) definiu qualidade de vida como sendo a percepção individual em relação à posição na vida, dentro do contexto dos sistemas culturais e de valores em que vivem e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. ANDRADE et al. (1999), descreveu a qualidade de vida como “cuidados e assistência através do atendimento às necessidades fundamentais, ajustando as várias fases do desenvolvimento humano, tendo como objetivo a maximização do bem-estar bio-psico-social”.

Segundo GLOZMAN et al. (1998), qualidade de vida é a percepção de bem-estar físico, psicológico e social que o paciente tem de si mesmo em relação à doença. É a percepção e avaliação do paciente frente ao impacto que a doença e suas consequências tem produzido em sua vida.

CRAMER (1999), descreveu que qualidade de vida envolve: capacidade e disponibilidade física, saúde psicológica, nível de independência, as relações sociais e o ambiente.

Não só os sintomas de uma doença crônica influenciam o bem-estar, mas como o doente vivencia sua doença. A qualidade de vida é um conceito altamente subjetivo ligado à percepção de como a pessoa se vê e se sente doente. É uma resposta à percepção de si mesmo e das reações dos outros (SOUZA e GUERREIRO, 2000).

Conceitua-se como a visão do próprio indivíduo em relação as suas condições de vida, já que é a partir dessa perspectiva que o sentido do termo qualidade de vida ganha relevância. Há grande diferença entre a avaliação dos pacientes e a da equipe médica, fato este que pode ocasionar discrepância entre as habilidades percebidas pelo profissional e as reais habilidades do paciente (SOUZA et al., 2004).

Diante desta realidade, a questão da importância da avaliação clínica em relação à qualidade de vida dos pacientes vêm sendo discutida e originando diversos estudos em todo o mundo, com o intuito de se criar formas mais eficientes e fidedignas de se evidenciar a visão subjetiva do paciente frente suas condições de vida. (FITZPATRICK et al., 1997; GLOZMAN et al., 1998).

A qualidade de vida do paciente parkinsoniano aborda vários aspectos como estado físico, limitações físicas, função social, saúde mental, limitações frente aos problemas emocionais, vitalidade e percepção de saúde, além de fatores contingentes a trabalho, relacionamento social e lazer (KUOPIO et al., 2000). Também se avaliam mudanças cognitivas, na comunicação, atividades diárias, percepção estigmatizada sobre si mesmo, pois estes fatores alteram a qualidade de vida do parkinsoniano.

A adaptação frente à DP, tal como entre outras doenças crônicas como a epilepsia (SOUZA e GUERREIRO, 2000), os fatores sociais e psicológicos influenciam a própria satisfação até mais do que as próprias limitações físicas. As mudanças na imagem corporal e as mudanças envolvidas na doença crônica influenciam o bem-estar do paciente.

Muitas mudanças em relação à sensação de bem-estar estão acompanhadas de sintomas de ansiedade e depressão, sendo que a depressão ocorre com grande frequência na DP. Há grande correlação entre depressão e o desempenho nas atividades diárias, segundo Schwab and England Activities Daily Living (KUOPIO et al., 2000).

O aparecimento da depressão e ansiedade na DP causa grande impacto na qualidade de vida dos pacientes, sendo muito importante identificar e tratar estes transtornos psicológicos.

É escassa a literatura de procedimentos psicoterapêuticos no tratamento do paciente parkinsoniano, enfocando o seu bem-estar, melhora na qualidade de vida e ajustamento à doença (WERNER e FORMAD, 1997), e nenhuma referência à psicoterapia psicodramática.

Visto que o avanço da DP afeta negativamente a qualidade de vida dos parkinsonianos, envolvendo aspectos psicológicos e sociais, a psicoterapia de grupo e o psicodrama aparecem como possibilidade de intervenção psicoterapêutica, pois como abordagens utilizando grupos, focalizam o paciente nas suas relações interpessoais (MORENO, 1983), favorecendo o ajustamento pessoal e social com troca de vivências com outras pessoas com dificuldades semelhantes.

1.4- Psicoterapia de grupo e psicodrama

A psicoterapia de grupo começou a ser utilizada em 1905 por J. Pratt, médico americano, no tratamento de pacientes tuberculosos. Este método demonstrou ótimos resultados na melhora física dos pacientes, sendo utilizado como modelo para os Alcoólicos Anônimos, iniciado em 1935 (ZIMERMAN e OSÓRIO, 1997).

ZIMERMAN e OSÓRIO (1997) descreveram que vários autores contribuíram para os trabalhos de grupo. Freud contribuiu indiretamente para os trabalhos da grupoterapia em seus estudos voltados à psicologia dos grupos humanos: *Totem e Tabu* (1913) e *Mal-estar da Civilização* (1930); outros autores como K. Lewin, S.H. Foulkes, Pichon Riviére e W.R. Bion deram grandes contribuições à técnica; mas Moreno, em 1930 foi quem introduziu a expressão “terapia de grupo”, propiciando a importante técnica grupal do psicodrama, bastante difundido e praticado na atualidade.

Para MORENO (1993), a psicoterapia de grupo é um método em que cada participante, não apenas o terapeuta, pode atuar como agente curativo. Não trata só o indivíduo isolado, mas o grupo inteiro e todos os indivíduos que estão em relação a ele. O fundamento da psicoterapia de grupo é a doutrina da “interação terapêutica”. É desenvolvida em sessões contextualizadas, das quais participa um número pré-estabelecido de integrantes e atua como um procedimento terapêutico e um método de investigação das relações, ações e comunicações sociais.

Este método foi utilizado inicialmente por J. L. Moreno na Europa, em situações reais de vida com famílias em suas residências. Mais tarde, nos Estados Unidos, Moreno utilizou o método em clínicas, instituições e hospitais com grupos de prisioneiros, crianças e doentes mentais (MORENO, 1993).

O psicodrama foi utilizado e controlado cientificamente em vários grupos como alcoolismo, obesidade, deficiências mentais, esquizofrenia, doenças cardíacas, diabetes, escleroso múltipla, entre outros (MORENO, 1997).

Com o desenvolvimento das técnicas grupais, o psicodrama surgiu como uma terapia profunda de grupo através da ação. Drama, palavra de origem grega que significa ação (MORENO, 1997), ou seja, permite ultrapassar os domínios das discussões verbais, palestras informativas e análises psicológicas, criando espaços para vivenciar situações de conflitos, trazidos por um elemento do grupo (ALVES, 1994).

A representação de relacionamentos humanos como amor, matrimônio, doença e morte, guerra e paz, que constituem a imagem do mundo, podem ser representados em miniatura numa micro-realidade, dentro do grupo através da dramatização de cenas (MORENO, 1997).

O psicodrama apresenta dois fundamentos principais: a “espontaneidade criadora” e teoria de papéis.

Espontaneidade é a capacidade de se ajustar a situações novas ou já vivenciadas, desempenhando os papéis sociais adequadamente (MORENO, 1993).

Papel é a forma de funcionamento que um indivíduo assume no exato momento em que reage a uma situação em que estão envolvidas pessoas e objetos que atuam como contrapapéis (MENEGAZZO, 1995).

Dentro de um contexto social o desempenho de papéis apresenta caráter psicossocial que influencia a formação individual e coletiva de um indivíduo (RUBINI, 1995). O indivíduo constrói papéis desde o seu nascimento até sua morte e estes papéis desempenham importantes funções na comunicação dele com seu meio social.

RUBINI (1995) descreveu que a concepção de papéis entende que o existir humano é viver em coletividade, este enfoque se funda no princípio de que o homem tem um papel a desempenhar, cada indivíduo se caracteriza por uma variedade de papéis que regem seu comportamento e que cada cultura se caracteriza por uma série de papéis que, com maior ou menor êxito, impõe a todos os membros da sociedade.

Os papéis podem ser classificados como papéis sociais, dimensão social, papéis psicossomáticos, dimensão fisiológica e papéis psicodramáticos, dimensão psicológica do eu (FONSECA, 1980; MORENO, 1997).

O desempenho de papéis é tanto uma função perceptiva quanto representativa, podendo ser treinado para atuar de forma adequada em diferentes situações de vida (GARRIDO, 1996).

No caso da doença crônica, na maioria das vezes o paciente sofre mudanças bruscas no seu estilo de vida e muitas vezes não consegue ser espontâneo o suficiente para se adequar a muitas mudanças físicas, emocionais e sociais, utilizando-se muito do papel de doente nas suas relações interpessoais, comprometendo outros papéis sociais.

Muitas vezes o paciente crônico deposita no papel de doente toda sua vivência psicológica negativa, autotransferência, com comprometimento dos papéis sociais (FONSECA, 2000).

Quando a espontaneidade adoece, as funções de adequação e criação de papéis também. A conservação da normalidade exige ser-se suficientemente espontâneo para criar uma conduta adequada às inevitáveis mudanças de vida (GARRIDO, 1996).

Na abordagem psicodramática, quando a espontaneidade adoece e o indivíduo perde a capacidade de desempenhar os papéis sociais adequadamente, afeta as funções essenciais da personalidade e sua dimensão relacional e, conseqüentemente aparecem os sintomas de ansiedade e depressão (GARRIDO, 1996), comprometendo sua qualidade de vida.

Neste caso, o psicodrama e a psicoterapia de grupo contribuem como instrumentos importantes no resgate da saúde do paciente crônico, quando objetiva retomar e reestruturar os papéis sociais comprometidos com a doença.

No caso da psicoterapia de grupo tematizada, como é o caso da doença de Parkinson, é determinada durante um período de tempo limitado, denominada por muitos autores como psicoterapia breve (NAVARRO, 1995). Para o autor, a terapia tematizada grupal tem por objetivo levar os indivíduos a uma maior consciência sobre a doença e/ou situação em questão, bem como a formas mais adequadas que poderiam encontrar para minimizar o conflito, identificando inibições, rejeições e condutas e isolamento, proporcionando o reconhecimento dos recursos pessoais para modificar a situação atual e formular projetos de vida.

A psicoterapia de grupo tematizada pode ser dividida em três etapas: o princípio, quando o objetivo é proporcionar um continente grupal, possibilitando com que os elementos do grupo se exponham; o desenvolvimento, fase que através de técnicas, proporciona o trabalho dos conflitos emocionais e sociais pertinentes ao tema abordado, buscando alternativas, informações e metas de melhor adequação frente ao problema discutido; e a finalização, período de avaliação do grupo e de cada participante e de suas relações e repercussões no seu átomo social (NAVARRO, 1995).

Para o mesmo autor o tempo delimitado é muito importante para o trabalho de psicoterapia tematizada, pois promove um aumento de senso de responsabilidade pessoal para mudanças e encoraja o ato de conseguir independência.

Durante os atendimentos, em cada sessão, é discutido e trabalhado um aspecto que emerge da necessidade do grupo, observada pelo terapeuta, buscando técnicas mais adequadas para a situação como, por exemplo, a dramatização e o jogo dramático, utilizando-se da inversão de papéis, duplo, solilóquio, espelho, multiplicação dramática e outras técnicas psicodramáticas (GONÇALVES et al., 1988; YOZO, 1996, FONSECA, 2000, MORENO, 2001).

A psicoterapia de grupo e o psicodrama são métodos importantes porque permitem ao paciente, no contexto dramático, a retomada e treino dos papéis e sua passagem ao contexto social. Permite vivenciar papéis que deixou de desempenhar ou que desempenha de forma inadequada, buscando formas novas, espontâneas e criativas de se relacionar, adequando suas relações como amigo(a), pai, mãe, filho(a), etc, melhorando assim sua qualidade de vida.

O suporte em grupo traz grandes benefícios psicológicos e sociais aos pacientes com DP. Alguns estudos, com procedimentos psicológicos em grupo com DP (ELLGRING, 1990), demonstraram efeitos positivos no bem-estar e na relação interpessoal destes pacientes (OLANOW e KOLLER, 1998).

2- OBJETIVOS

2.1- Objetivo geral

Avaliar a eficácia do atendimento psicodramático focal em grupo, na melhora da qualidade de vida e nos sintomas de ansiedade e depressão de pacientes parkinsonianos do ambulatório de Neurologia do HC-Unicamp.

2.2- Objetivos específicos

1. Avaliar a qualidade de vida e sintomas de ansiedade e depressão nos pacientes parkinsonianos.
2. Relacionar os resultados obtidos na qualidade de vida, ansiedade e depressão pré e pós-procedimento psicoterapêutico intragrupo, entre os tempos de coleta: tempo inicial e 6 meses após a primeira coleta.
3. Comparar os resultados do grupo experimental e controle em função das variáveis psicológicas de interesse.

3- CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1- Seleção da amostra

Foram avaliados 20 pacientes (11 homens e 9 mulheres) no Laboratório de Qualidade de Vida em Neurologia, encaminhados pelo ambulatório de Distúrbio de Movimento do Departamento de Neurologia do HC-Unicamp, com diagnóstico médico de doença de Parkinson idiopática.

A seleção dos pacientes ocorreu no ano 2002 e início de 2003, de acordo com os encaminhamentos e demanda do ambulatório de neurologia.

A seleção desses pacientes seguiu alguns critérios de inclusão e exclusão descritos a seguir:

Critérios de inclusão:

- pacientes atendidos pelo ambulatório de Distúrbio de Movimento do HC-Unicamp.
- diagnóstico médico de doença de Parkinson idiopática: início assimétrico, apresentar ao menos 3 dos 4 sintomas: tremor, bradicinesia, rigidez e alteração do reflexo postural.
- possuir ressonância magnética sem alteração de outras afecções.
- encontrar-se nos estágios de 1 a 3, segundo avaliação médica, baseado na escala Hoehn e Yarh (HOEHN e YARD, 1967).
- possuir escolaridade mínima para compreensão dos testes.
- possuir idade acima de 45 anos.

Critérios de exclusão:

- apresentar afecções clínicas sistêmicas como: doença renal grave, hipertensão arterial sistêmica, doença de pequenos vasos e diabetes.
- apresentar distúrbios psiquiátricos (doenças psicóticas) ou quadro demencial.
- fazer uso de neurolépticos.

Os pacientes que cumpriram os critérios de inclusão e tiveram disponibilidade para acompanhamento terapêutico foram convidados para participar voluntariamente da pesquisa e receberam informações sobre os objetivos, duração e avaliação da pesquisa.

Após preenchimento do Termo de Consentimento para Pesquisa (Anexo 1), aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa, os pacientes foram aleatoriamente divididos nos grupos GE (grupo-experimental, n=10) e GC (grupo-controle, n=10), este último sem intervenção terapêutica num primeiro momento.

Durante os atendimentos os grupos (GE e GC) perderam dois pacientes respectivamente. No GE, houve a mudança de diagnóstico médico de um paciente e o outro teve que ser retirado do grupo porque não administrava adequadamente os medicamentos. Ambos continuaram em atendimento pela psicóloga no ambulatório de neurologia. Já no GC, os dois pacientes não retornaram para a aplicação dos testes pós-procedimento terapêutico devido a motivos pessoais.

3.2- Caracterização demográfica e clínica da amostra

A caracterização demográfica e clínica dos sujeitos se encontram nas tabelas abaixo (tabelas 1 e 2, respectivamente), apresentando dados demográficos quanto à idade, sexo, escolaridade e estado civil, e dados clínicos referentes à duração, idade de início da doença e severidade (estágio) da DP.

Tabela 1- Caracterização demográfica da amostra.

	GE				GC			
	M	DP	n	%	M	DP	n	%
Idade	58	8			60	9		
Sexo								
Feminino			4	50			3	37.5
Masculino			4	50			5	62.5
Escolaridade								
Ensino fundamental			5	62.5			8	100
Ensino médio			3	37.5			0	0
Estado civil								
Solteiro			1	12.5			0	0
Casado			6	75			6	75
Viúvo			0	0			2	25
Separado			1	12.5			0	0

GE (grupo-experimental); GC (grupo-controle); DP (desvio-padrão); M (média); n (número de sujeitos); % (porcentagem de sujeitos).

A amostra foi homogênea quanto à idade e sexo entre os grupos.

Quanto à escolaridade, o grupo experimental apresentou cinco (62.5%) sujeitos com ensino fundamental, enquanto que o GC apresentou oito (100%); sendo os outros três (37.5%) sujeitos do GE com ensino médio.

Em relação ao estado civil, o GE apresentou hum (12.5%) solteiro, seis (75%) casados e hum (12.5%) separado. No GC, a porcentagem e o número de sujeitos casados e viúvos foram respectivamente: seis (75%), dois (25%) e não houve sujeitos solteiros e separados.

Tabela 2- Caracterização clínica da amostra.

	GE		GC	
	M	DP	M	DP
Duração da doença (anos)	9	4	7	4
Idade de início da doença	49.3	9.3	53.3	10.3
Estágio	2.4	0.2	2.2	0.4

GE (grupo-experimental); GC (grupo-controle); M (média); DP (desvio-padrão); n (número de sujeitos).

Quanto à duração, idade de início e estágio da DP, a amostra apresentou-se homogênea.

Em relação aos medicamentos utilizados pelos pacientes nos grupos, estes foram controlados do início ao fim do atendimento psicoterapêutico, pelos médicos no ambulatório de neurologia do HC-Unicamp, não incluindo novos medicamentos ou modificando a dosagem dos mesmos.

3.3- Instrumentos

3.3.1- Ficha de identificação contendo dados pessoais dos pacientes (nome, idade, endereço, escolaridade, estado civil, número de filhos e nível sócioeconômico) e dados sobre a doença (tempo e idade de início da doença, estágio, medicamentos); (Anexo 2).

3.3.2- Inventário de Depressão Beck (BECK, 1974), que objetiva a medida de sintomas de depressão através das avaliações pessoais dos sujeitos nos 21 itens do teste. Este é um teste muito usado nas pesquisas com DP (Anexo 3).

3.3.3- Inventário de Estado e Traço de Ansiedade – IDATE I e II (SPIELBERGER et al., 1970), que objetiva medir a sensibilidade (estado) e o nível habitual de ansiedade dos indivíduos (traço de ansiedade), cada um contendo 20 itens (Anexo 4).

3.3.4- Questionário de Qualidade de Vida e a Doença de Parkinson, QVDP – 41 (SOUZA, SPROESSER e MERLIN, 2004) que avalia o bem-estar nos seguintes aspectos: percepção de saúde (4 itens), social (9 itens), físico (14 itens) e psicológico (14 itens); (Anexo 5).

Este teste, num estudo-piloto com 25 sujeitos, evidenciou índices de validade e confiabilidade. O coeficiente alfa de Cronbach total foi de 0.86, com valores de 0.73 para o aspecto social, 0.76 para o físico e de 0.79 para o psicológico, indicando boa consistência do instrumento.

O teste e re-teste mostraram nos pacientes que não relataram mudanças, estabilidade através do coeficiente de correlação intra-classe. Portanto, os coeficientes foram: físico (0.81), psicológico (0.80), social (0.78) e total 0.87.

O coeficiente de correlação de Spearman, mostrou correlação significativa entre as questões totais do questionário e questões específicas em cada área, obtendo respectivamente os valores 0.75 (física), 0.82 (psicológica) e 0.82 (social), indicando um $p < 0.01$, evidenciando que todo o teste mede o mesmo conceito teórico para comprovar a validade de satisfação.

O teste de Wilcoxon evidenciou diferença significativa para a qualidade de vida quanto aos aspectos psicológicos: depressão ($p=0$) e estado de ansiedade ($p=0.04$), mostrando alta correlação dos testes-padrão ouro utilizados na validação: Inventário de Depressão Beck (BECK, 1974) e Inventário Estado e Traço de Ansiedade (SPIELBERGER et al., 1970), para a comprovação da validade de critério.

A validade de construção foi feita procurando examinar a eficiência das medidas de qualidade de vida comparando sujeitos com depressão e sem depressão. A hipótese sob investigação foi que o primeiro grupo respondesse como tendo pior qualidade de vida. O teste de Wilcoxon mostrou-se altamente significativo ($p=0$).

Outra hipótese sob investigação ainda para comparar a validade de construção foi que, quanto maior a percepção de controle da doença melhor a qualidade de vida.

A percepção de controle da doença foi compreendida neste estudo como sendo a avaliação subjetiva em relação ao controle pessoal sobre seu estado físico. O teste Mann Whitney mostrou uma diferença significativa entre esta variável e escore total de qualidade de vida ($p=0.02$) e aspecto psicológico ($p=0.01$). Nestas medidas, a validade de construção do teste mostrou sucesso em explicar hipóteses derivadas das teorias que o embasaram. Assim, ansiedade, depressão e percepção de controle da doença foram utilizadas como variáveis independentes.

Outras variáveis comparadas como idade, duração e severidade da doença não foram significativas.

3.3.5- Questionário de Qualidade de Vida na Doença de Parkinson – PDQL (BOER et al., 1996) que avalia o bem-estar de pacientes com doença de Parkinson dividido em 37 questões, nos aspectos de: saúde física, saúde mental, percepção de saúde, social e psicológico (energia, fadiga e depressão); (Anexo 6).

3.4- Ambiente

Na entrevista e devolutiva, os pacientes foram atendidos individualmente pela psicóloga e pesquisadora em sala adequada ao atendimento psicológico como, também, todos os atendimentos de grupo foram conduzidos em uma sala para atendimento grupal.

3.5- Procedimento

Durante o processo, a primeira fase constou de atendimento individual para entrevista e avaliação psicológica - pré-procedimento terapêutico (GE e GC).

Grupo-experimental

Os atendimentos psicológicos no GE ocorreram de 15 em 15 dias com duração de 1 hora e 30 minutos cada sessão, num total de 12 sessões em grupo (6 meses de duração).

Estes atendimentos foram baseados nos métodos e técnicas psicodramáticas, abordando aspectos relacionados à doença e implicações psicossociais e tiveram seguimento com a própria pesquisadora psicóloga. Além disso, foram convidadas dentro deste programa de intervenção duas profissionais, uma fisioterapeuta e uma nutricionista, que enfocaram, respectivamente, exercícios físicos e aspectos nutricionais na DP.

Foram utilizados nas sessões: dinâmicas de grupo, jogos dramáticos, dramatização de cenas escolhidas pelo grupo e técnicas psicodramáticas como inversão de papéis, duplo, solilóquio, espelho, concretização, multiplicação dramática e outras (GONÇALVES et al., 1988; YOZO, 1996, FONSECA, 2000, MORENO, 2001).

Os registros das sessões foram feitos por uma psicóloga observadora, que fez as anotações dos momentos mais importantes do processo psicoterapêutico, confirmadas pela responsável da pesquisa. Em nenhum momento a observadora interferiu no processo.

Grupo-controle

O GC nesta fase da coleta de dados não recebeu atendimento terapêutico, o que foi feito após este período, dado a necessidade ética de contemplar todos os sujeitos com o atendimento psicológico.

A segunda fase do processo constou da reaplicação dos questionários de avaliação psicológica para a comparação com os dados pré-procedimento interventivo.

Durante o procedimento os pacientes estavam sob efeito da medicação (período-on), para melhor controle de seus sintomas físicos e maior disponibilidade para as atividades do tratamento psicológico.

Dado a necessidade de controlar as mudanças neurobiológicas da depressão e ansiedade, houve a manutenção da mesma medicação durante todo o processo de tratamento psicológico e a não inclusão de uma nova medicação.

Segue especificamente a descrição dos atendimentos do grupo e respectivos objetivos.

3.5.1-Atendimento do grupo

1ª Sessão

Objetivo: Propiciar a apresentação, integração e desinibição entre os membros do grupo.

Levantar as expectativas do grupo sobre os atendimentos.

Procedimento: Dinâmica de grupo com a finalidade de início de integração.

Discussão aberta entre os pacientes sobre aspectos da história de cada um, introduzindo aspectos do surgimento da doença, sintomas físicos, emoções relacionadas à doença e relação com os familiares, possibilitando a troca de vivências; bem como, levantando as expectativas sobre o funcionamento do grupo.

2ª Sessão

Objetivo: Informar e discutir sobre aspectos clínicos e neurológicos da doença de Parkinson, trabalhando idéias pré-concebidas do paciente frente a esta enfermidade.

Procedimento: Utilizou-se de uma dinâmica de grupo, que permitiu os pacientes falarem sobre suas fantasias, idéias e crenças sobre a DP. A terapeuta informou e discutiu com o grupo sobre a doença, sintomas e tratamentos.

3ª Sessão

Objetivo: Discutir sobre reações emocionais e comportamentais frente aos primeiros sintomas e diagnóstico da doença.

Procedimento: Utilizou-se um jogo dramático quando os pacientes puderam, dentro do contexto psicodramático, representar o papel de doente e da doença. A técnica possibilitou que os pacientes entrassem em contato concretamente com seus sentimentos e comportamentos relacionados à DP.

4ª Sessão

Objetivo: Identificar as estratégias psicológicas utilizadas pelos pacientes frente à DP.

Procedimento: Primeiramente utilizou-se da técnica do psicodrama interno, como aquecimento, permitindo identificar o significado pessoal do adoecer. Em seguida, o grupo elegeu uma representação da doença para a dramatização. A dramatização permitiu a busca de estratégias psicológicas mais adequadas frente às crenças no processo da DP.

5ª Sessão

Objetivo: Reflexão, discussão e busca de comportamentos adequados frente às situações ansiógenas decorrentes da DP.

Procedimento: Inicialmente, promoveu-se um aquecimento do grupo para o tema, sensibilização corporal e visualização de imagens e cenas temidas ao longo do processo da doença. Em seguida, o grupo escolheu uma cena, real ou imaginária, para a dramatização buscando formas criativas e mais adequadas frente à situação ameaçadora.

6ª Sessão

Objetivo: Identificar as limitações físicas e suas repercussões sociais.

Procedimento: Utilizou-se de um jogo dramático e da técnica de multiplicação dramática, levando o grupo a compartilhar as experiências e dificuldades diante dos sintomas físicos da rotina diária, buscando recursos adaptativos frente ao dia-a-dia.

7ª Sessão

Objetivo: Discutir o papel de doente e os papéis complementares como familiares, cuidadores e sociedade.

Procedimento: Discussão grupal a partir das consignas (considerações): “Por que não quero ser doente? Por que quero ser doente?” – Levantamento das reflexões do desempenho do papel de doente, como perdas e ganhos secundários, frente a todas suas relações sociais.

8ª Sessão

Objetivo: Orientar sobre aspectos físicos e exercícios para a DP.

Procedimento: Palestra com a fisioterapeuta.

9ª Sessão

Objetivo: Informar e orientar o paciente sobre aspectos nutricionais na DP.

Procedimento: Palestra da nutricionista.

10ª Sessão

Objetivo: Reestruturação de papéis sociais. Propiciar o resgate de antigos ou novos papéis, deixados de desempenhar no processo da doença.

Procedimento: Para aquecimento do grupo levantou-se uma reflexão a partir da afirmação: “O que eu gostaria de fazer, que a situação da doença me impede”. Depois, o grupo escolheu uma cena para a dramatização e reflexão, propiciando identificar sentimentos de perdas, frustrações, buscando estratégias mais satisfatórias no exercício do papel desejado de acordo com as deficiências da DP.

11ª Sessão

Objetivo: Buscar os sentimentos e comportamentos percebidos no grupo como mais adequados diante da situação da DP.

Procedimento: Sociodrama. No processo de fechamento, construção de personagens, através da representação simbólica, a partir de sentimentos e percepções que representavam as necessidades do grupo relatadas nas sessões.

12ª Sessão

Objetivo: Fechamento dos atendimentos. Levantar as reflexões sobre os comportamentos, vivências no grupo e os resultados apresentados.

Procedimento: Utilizou-se a dinâmica de grupo: “amigo secreto”, cada participante escolheu um presente simbólico para o “amigo secreto” de acordo com a participação, atuação, e relatos dessa pessoa no grupo, possibilitando também que todos falassem sobre os atendimentos e suas repercussões comportamentais e sociais.

3.6- Análise estatística

Os objetivos da análise estatística foram: a)- descrever as variáveis estudadas nos dois grupos de estudo (GE, n=08; e GC, n=08) de pacientes portadores da doença de Parkinson; b)- comparar os dois grupos em função destas variáveis de interesse: depressão, ansiedade e qualidade de vida (nos dois questionários), analisando-se no QVDP-41 percepção de saúde, social, físico, psicológico e total; c)- comparar as variáveis acima dentro de cada grupo entre os tempos de coleta: tempo inicial e seis meses após a primeira coleta.

Para descrever o perfil da amostra, segundo as variáveis pesquisadas, foram elaboradas tabelas de frequência das variáveis categóricas (sexo), e estatísticas descritivas, com medidas de posição e dispersão, das variáveis contínuas (idade, tempo de doença, estágio e escores).

Para comparar a distribuição de uma variável categórica entre os grupos foi utilizado o teste exato de Fisher.

Para analisar a evolução entre os períodos pré e pós das escalas de Beck (depressão) e Idate (ansiedade) e sua categorização foi utilizado o teste de McNemar.

Para analisar a distribuição dos escores entre os grupos foi utilizado o teste de Mann-Whitney para ansiedade e qualidade de vida, que compara os postos das observações entre os grupos e o teste Anova para o inventário de depressão.

Utilizou-se o teste de Wilcoxon ou Qui-quadrado de Stuart-Maxiwell, para analisar a evolução dos escores entre os tempos pré e pós-intervenção em cada grupo, comparando os postos das observações entre os tempos para cada paciente.

O nível de significância adotado foi de 5%, ou seja, $p < 0.05$.

4- RESULTADOS

4.1- Resultados quantitativos

Os resultados brutos em escore de cada paciente, bem como os dados demográficos e da doença encontram-se em anexo (Anexo 7).

Seguem-se os resultados da avaliação quantitativa das variáveis: depressão, ansiedade e qualidade de vida.

Depressão

O Inventário de Depressão Beck (Beck, 1974) permite uma classificação em categorias: ausente, depressão moderada e depressão severa.

Pré-teste

No GE e GC oito sujeitos (50%) apresentaram depressão moderada e severa.

No GE quatro sujeitos (25%) apresentaram depressão severa e um sujeito (12.5%) apresentou depressão moderada. No GC três sujeitos (37.5%) apresentaram depressão moderada.

Pós-teste

No GE e GC cinco sujeitos (31.25%) mostraram-se deprimidos.

No GE somente dois sujeitos (25%) apresentaram depressão moderada enquanto que no GC três sujeitos (37.5%) mostraram depressão moderada.

Ansiedade

A avaliação da ansiedade pelo Questionário de Ansiedade - Estado e Traço, IDATE I e II (SPIELBERGER et al., 1970) foi considerado o escore bruto por grupo, além de uma análise categorizada demonstrando presença ou ausência de ansiedade.

IDATE I

Pré-teste

O GE apresentou média de 50 pontos e o GC 48 pontos.

No GE e GC sete sujeitos (43.75%) apresentaram estado de ansiedade.

O GE apresentou quatro sujeitos (50%) com ansiedade e o GC três sujeitos (37.5%).

Pós-teste

O GE apresentou média de 39 pontos enquanto que o GC 45 pontos.

No GE e GC dois sujeitos (12.5%) mostraram-se ansiosos.

No GE nenhum sujeito apresentou ansiedade enquanto que no GC dois sujeitos (12.5%) apresentaram quadro de ansiedade.

IDATE II

Pré-teste

O GE apresentou média de 49 pontos e o GC 43 pontos.

No GE e GC quatro sujeitos (25%) apresentaram traço de ansiedade.

O GE e o GC apresentaram dois sujeitos (25%) com ansiedade em cada grupo.

Pós-teste

O GE mostrou uma média de 34 pontos enquanto que o GC 46 pontos.

Os grupos apresentaram um total de três sujeitos (13.75%) com traço de ansiedade.

No GE apenas um sujeito (12.5%) apresentou ansiedade enquanto que no GC dois sujeitos (25%).

Qualidade de Vida

Os dados da avaliação dos questionários de qualidade de vida apresentaram-se em escore, considerando que, quanto maior a pontuação, pior a qualidade de vida.

PDQL – 37

Pré-teste

O GE apresentou média de 95 pontos, mínimo de 76 e máximo de 123 pontos.

O GC apresentou média de 94 pontos, mínimo de 61 e máximo de 134 pontos.

Pós-teste

O GE apresentou média de 77 pontos, mínimo de 59 e máximo de 123 pontos.

O GC apresentou média de 97 pontos, mínimo de 63 e máximo de 130 pontos.

QVDP – 41

Pré-teste

Total: O GE apresentou média de 101 pontos, mínimo de 79 e máximo de 125.

O GC apresentou média de 88 pontos, mínimo de 67 e máximo de 108.

Percepção de saúde: O GE apresentou média de 14 pontos.

O GC apresentou média de 14 pontos.

Social: O GE apresentou média de 22 pontos.

O GC apresentou média de 18 pontos.

Físico: O GE apresentou média de 35 pontos.

O GC apresentou média de 30 pontos.

Psicológico: O GE apresentou média de 30 pontos.

O GC apresentou média de 27 pontos.

Pós-teste

Total: O GE apresentou média de 80 pontos, mínimo de 53 e máximo de 115.

O GC apresentou média de 90 pontos, mínimo de 77 e máximo de 116.

Percepção de saúde: O GE apresentou média de 14 pontos.

O GC apresentou média de 13 pontos.

Social: O GE apresentou média de 15 pontos.

O GC apresentou média de 18 pontos.

Físico: O GE apresentou média de 27 pontos.

O GC apresentou média de 30 pontos.

Psicológico: O GE apresentou média de 25 pontos.

O GC apresentou média de 29 pontos.

Análise intergrupo

A análise entre o GE e o GC mostrou que não houve diferença significativa de sexo, idade, duração e estágio (severidade) da doença entre os grupos.

Demonstrou que houve diferença significativa quanto à depressão ($p=0.008$), com frequência menor nos grupos. Os demais resultados não evidenciaram mudanças significativas.

Análise intragrupo

Esta análise mostrou alta significância na comparação das variáveis entre os tempos de coleta, pré e pós-intervenção psicoterapêutica para o grupo experimental observado na Tabela 3.

Os testes aplicados para avaliar depressão, ansiedade e qualidade de vida evidenciaram resultados significativos para o GE que pode ser observado a seguir, também, na Tabela 3.

Tabela 3- Resultados pré e pós-intervenção psicológica para depressão, ansiedade e qualidade de vida.

Avaliação	Pré-Teste				Pós-Teste				p-valor ^a	
	GE		GC		GE		GC		GE	GC
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
Depressão	23	12	11	6	9	9	12	6	0.008	0.656
Ansiedade- estado	50	7	48	11	39	8	45	11	0.008	0.188
Ansiedade-traço	49	11	43	12	34	11	46	13	0.008	0.188
Qualidade de vida - PDQL	95	16	94	31	77	22	97	27	0.016	0.297
Qualidade de vida – QVDP										
Percepção de saúde	14	2	14	2	14	2	13	2	0.773	0.453
Social	22	6	18	4	15	5	18	3	0.008	0.829
Físico	35	6	30	6	27	6	32	6	0.016	0.313
Psicológico	30	9	27	6	25	8	29	8	0.008	0.203
Total	101	17	88	14	80	21	92	16	0.008	0.188

a (elevado) = teste de Wilcoxon para amostras relacionadas.

GE – grupo-experimental; GC – grupo-controle; M – média; DP – desvio-padrão.

Os pacientes do GE apresentaram melhora significativa no aspecto de depressão ($p=0.008$); nos aspectos de ansiedade: estado de ansiedade ($p=0.008$) e traço de ansiedade ($p=0.008$); e na qualidade de vida PDQL-37 (0.016) e qualidade de vida QVDP-41 nos aspectos: total (0.008), social ($p=0.008$), físico (0.016) e psicológico ($p=0.008$); o aspecto de percepção de saúde não apresentou ser significativo (0.773).

A seguir, através das Figuras 1 e 2 pode-se melhor observar a diferença significativa (queda) entre pré e pós-intervenção para a maioria das variáveis apenas no GE.

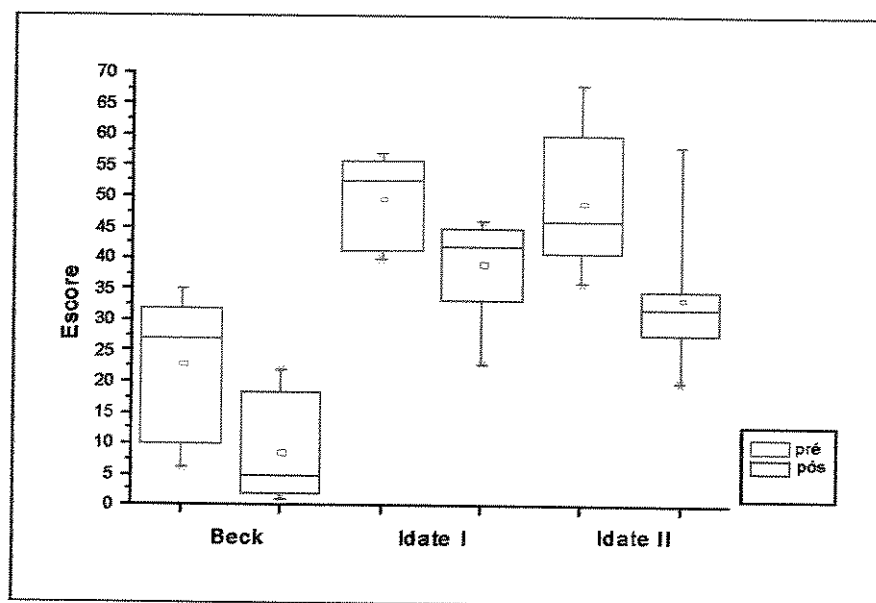


Figura 1- Boxplots dos resultados dos questionários Beck, Idate I e II. Grupo-experimental.

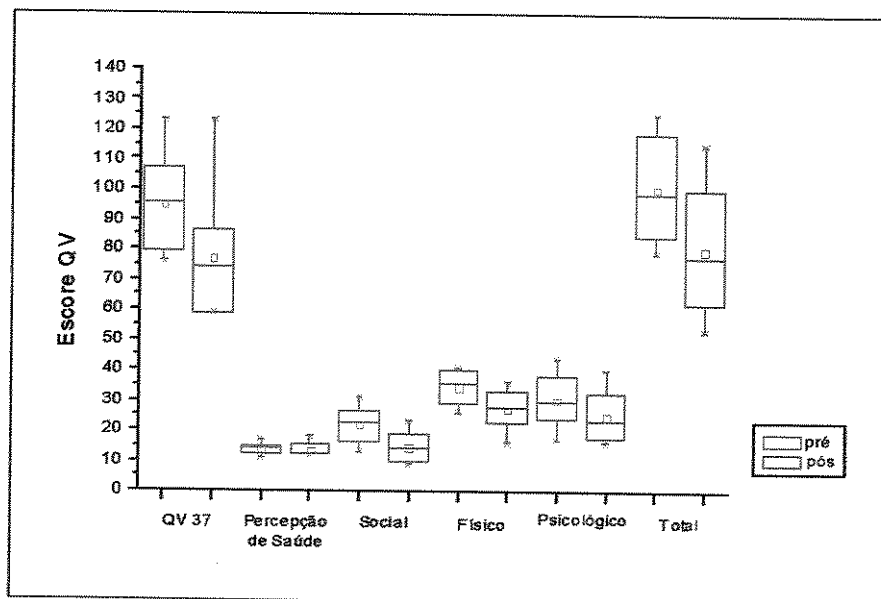


Figura 2- Boxplots da avaliação dos questionários de qualidade de vida. Grupo-experimental.

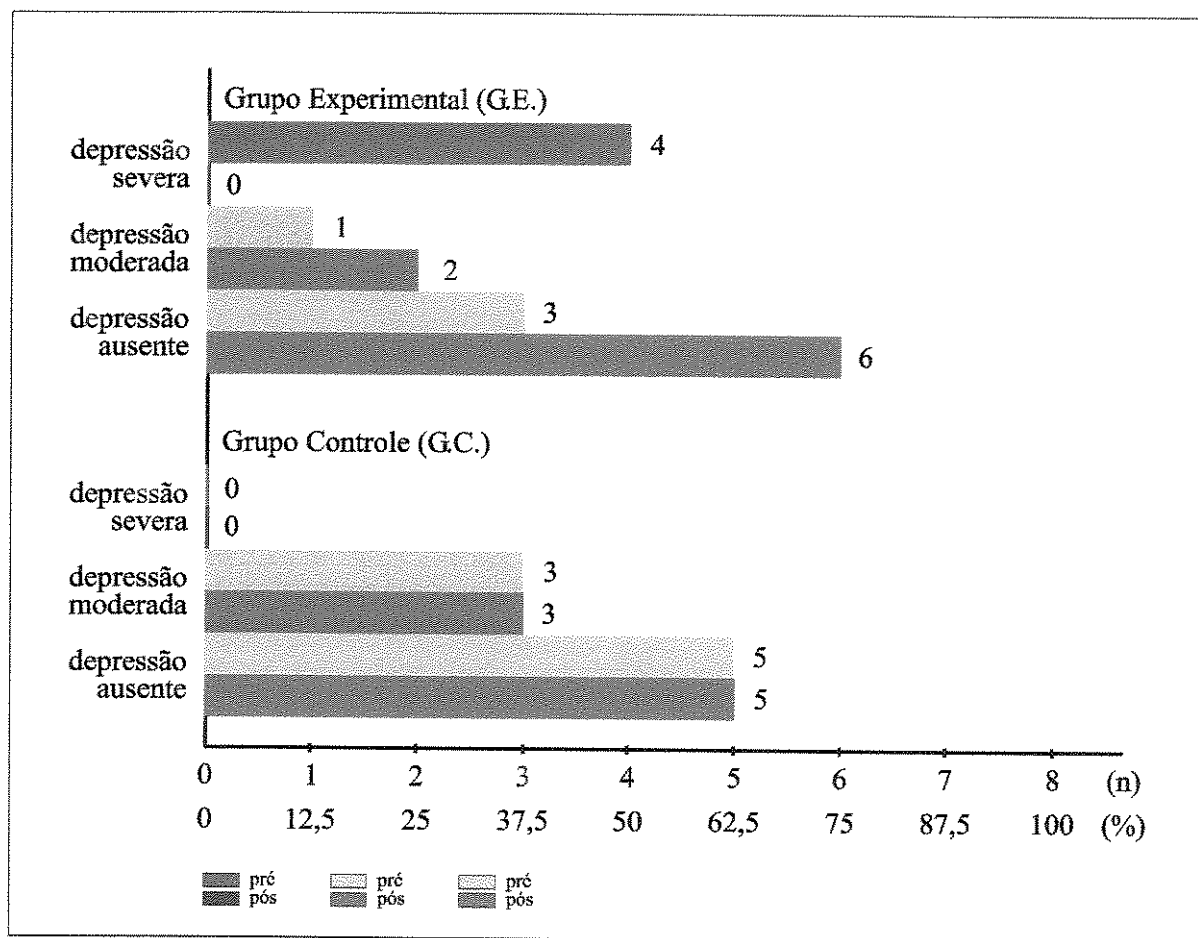
Análise intragrupo categorizada

A análise categorizada das variáveis pode ser observada nos gráficos 1, 2 e 3.

Esta análise mostrou que houve queda de 25% para 0% de pacientes com depressão severa, passando para quadro moderado e ausente apenas para o GE, enquanto que no GC manteve-se o mesmo quadro.

Com relação ao estado de ansiedade, a frequência de pacientes no GE pré-intervenção foi de 50%, diminuindo na pós-intervenção para 0%. No GC a diferença foi de apenas 12% entre os períodos.

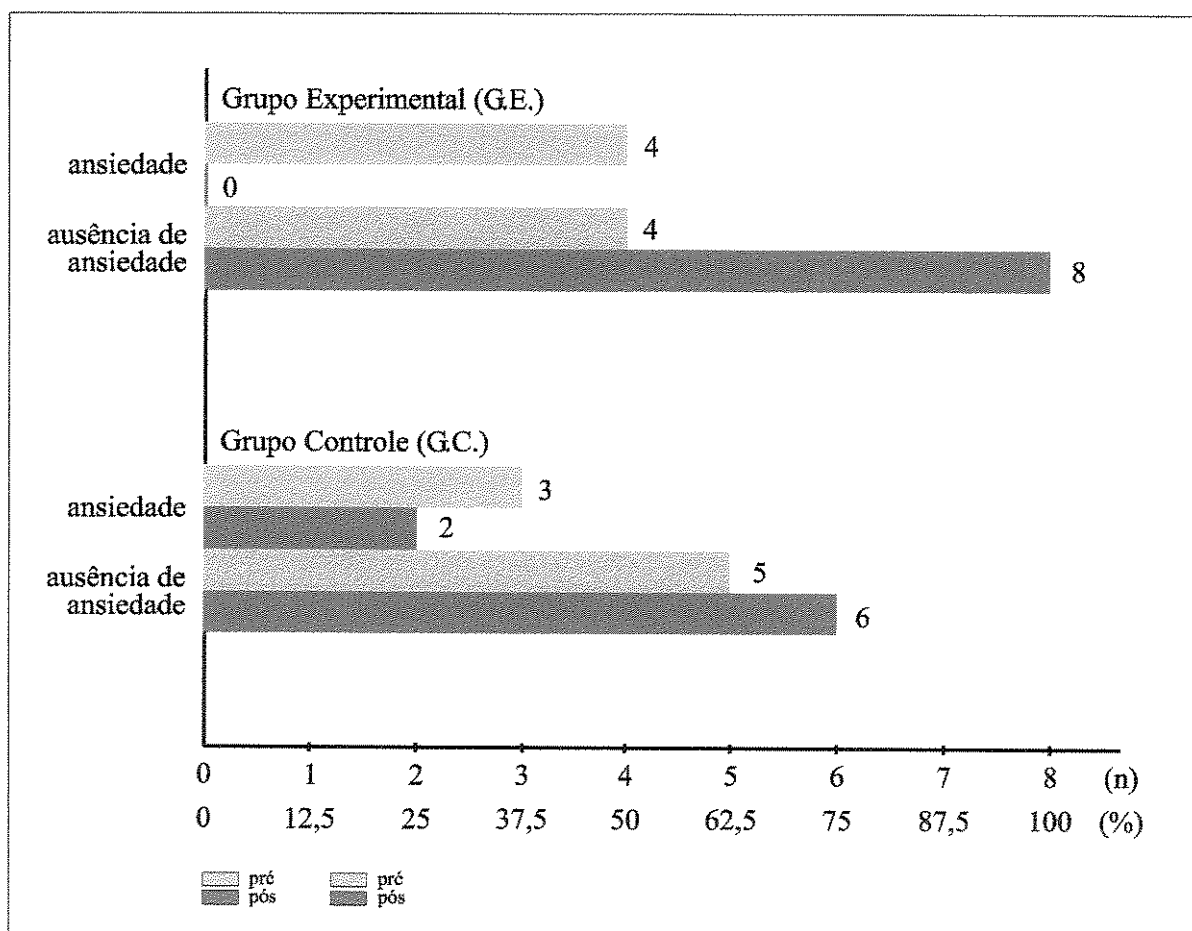
O GC mostrou que 25% dos pacientes mantiveram-se com traço de ansiedade enquanto que no GE a frequência diminuiu de 25% para 12.5%.



Frequência absoluta e relativa dos sujeitos a partir dos resultados do Inventário de Depressão Beck (Beck, 1970).

n = número de sujeitos; GE = grupo-experimental; GC = grupo-controle.

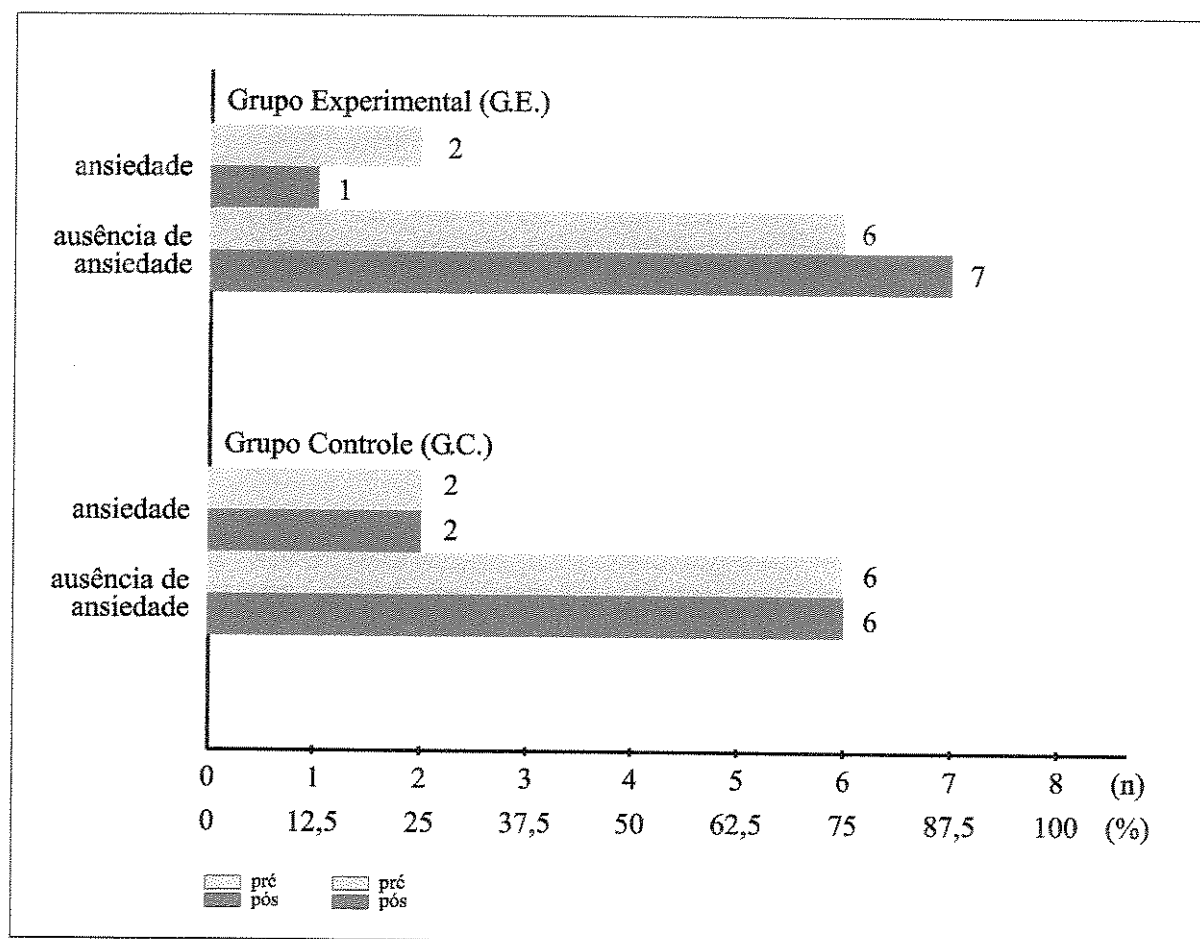
Gráfico 1- Comparação entre pré e pós-intervenção psicológica da depressão (categorizada).



Frequência absoluta e relativa dos sujeitos a partir dos resultados do Inventário de Ansiedade-Estado, Idate I (SPIELBERGER et al., 1970).

n = número de sujeitos; GE = grupo-experimental; GC = grupo-controle.

Gráfico 2- Comparação entre pré e pós-intervenção psicológica do estado de ansiedade (categorizada).



Frequência absoluta e relativa dos sujeitos a partir dos resultados do Inventário de Ansiedade-Traço, Idate II (SPIELBERGER et al., 1970).

n = número de sujeitos; GE = grupo-experimental; GC = grupo-controle.

Gráfico 3- Comparação entre pré e pós-intervenção psicológica do traço de ansiedade (categorizada).

4.2- Resultados qualitativos

A avaliação qualitativa foi apresentada pelos comportamentos e relatos dos pacientes no grupo e na devolutiva.

A seguir, serão descritas as queixas iniciais dos pacientes do GE e as respectivas mudanças observadas e relatadas durante o processo:

Paciente 1: A.B., 56 anos, sexo masculino.

Queixas iniciais: desânimo, tristeza, falta de interesse nas atividades diárias.

Mudanças: compreende melhor a doença, faz caminhadas, voltou a jogar bola e fazer atividades domésticas; melhora no humor.

Paciente 2: C.M.A.V., 45 anos, sexo feminino.

Queixas iniciais: sentimentos de tristeza, angústia, desespero ao exercer as atividades diárias; falta de apetite, perda de peso (10 Kg depois da doença); insônia.

Mudanças: alimenta-se melhor, voltou a ter interesse nas atividades domésticas e no relacionamento com o marido, adaptação dos medicamentos com as atividades diárias (período-on), melhora no sono.

Paciente 3: G.N., 57 anos, sexo masculino.

Queixas iniciais: sente-se irritado perto de outras pessoas; medo de sair de casa; pouco contato com os filhos; isolamento social.

Mudanças: entende melhor sobre a doença e a necessidade dos medicamentos, sente-se mais calmo, mantém contato com os filhos.

Paciente 4: L.A.C., 51 anos, sexo masculino.

Queixas iniciais: sente-se isolado das pessoas, quase não sai de casa; tristeza.

Mudanças: retomou alguns vínculos de amizade, saiu de casa, viajou. A irmã relatou que ele se tornou mais alegre, começou a aprender violão.

Paciente 5: N.T.A., 65 anos, sexo feminino.

Queixas iniciais: dificuldade em aceitar a doença, medo de relatar sobre sua doença para as pessoas; falta de ar, quando ansiosa seus sintomas pioram, não consegue lidar com os problemas do momento.

Mudanças: compreende melhor a DP, aceita de uma melhor forma a doença, procura a ajuda de outras pessoas e compartilha seus problemas com amigos e familiares, melhora da depressão.

Paciente 6: N.A.G.R., 63 anos, sexo feminino.

Queixas iniciais: apresenta dificuldade em aceitar a doença, ansiedade no atraso do diagnóstico médico, raiva, tristeza, depressão, vergonha das pessoas pelo tremor, isolamento social, perda de memória, quando ansiosa seus sintomas pioram.

Mudanças: aprendeu sobre os aspectos da DP; sente-se mais calma e tranqüila nas atividades diárias (domésticas), retomou alguns vínculos sociais, voltou a frequentar a igreja, faz atividades físicas (hidroginástica, caminhada), perdeu peso (Vigilantes do Peso).

Paciente 7: R.S.P., 71 anos, sexo feminino.

Queixas iniciais: sente-se triste, aflita, ansiosa, principalmente quando fica sozinha.

Mudanças: melhorou o relacionamento com o marido, pede ajuda das pessoas quando necessita, compreende melhor a DP.

Paciente 8: R.R.S., 60 anos, sexo masculino.

Queixas iniciais: isolamento social (família, amigos, atividade diárias); tristeza, apatia, depressão.

Mudanças: saiu de casa com mais facilidade, voltou a frequentar bancos, igrejas, supermercados. Recuperou sua independência nas atividades diárias como: tomar banho, se alimentar, fazer barba. Faz atividade física (bicicleta ergométrica), participa do grupo de fisioterapia do HC-Unicamp. Sente-se mais disposto e animado nas atividades diárias. Voltou a frequentar a casa dos filhos, melhorou o relacionamento com a esposa. Relatou que sua família está mais feliz, incentivando suas mudanças.

De acordo com o relato dos sujeitos da pesquisa, comparando queixas e resultados comportamentais, observaram-se mudanças nos seguintes aspectos:

- Relacionadas ao conhecimento sobre a doença - a partir de novas informações obtidas quanto aos aspectos neurológicos e médicos da DP, os pacientes puderam alterar idéias irracionais, como por exemplo, associações inadequadas entre fatores precipitantes e DP - causas religiosas ou emocionais como predisponentes à doença.
- Reestruturação de atividades de vida diária - houve melhor organização da rotina diária e atividades de autocuidado. Exemplo: os pacientes passaram a adequar horário de alimentação e higiene para controlar os efeitos do medicamento (períodos on e off).
- Diminuição do nível de ansiedade ao executar tarefas diárias.
- Reestruturação dos papéis sociais foi observada através da conscientização da autocompetência na resolução de problemas. A percepção do comprometimento dos papéis sociais após a doença, motivou a desfocalização do papel de doente para outros papéis. Exemplo: os pacientes voltaram a frequentar bancos, igrejas, reuniões sociais, etc.

- Mudanças na percepção e reações dos familiares e cuidadores, a partir da adequação do próprio comportamento. Exemplo: adequação dos papéis e vínculos de pai-filho, marido-esposa e outros.
- Busca de atividades de lazer.
- Diminuição da depressão. Relataram maior disposição física, com mais apetite e melhora na qualidade do sono.
- Maior assertividade - os pacientes passaram a expressar os sentimentos de forma mais adequada. Ex: antes choravam muito, ou não manifestavam seus sentimentos, fechando-se ou isolando-se.

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

5- DISCUSSÃO

A Doença de Parkinson (DP) é uma doença crônica, neurodegenerativa, seu avanço produz mudanças físicas, comportamentais, sociais e emocionais como ansiedade e depressão (SOUZA, 2004), comprometendo a qualidade de vida do paciente parkinsoniano (FITZPATRICK et al, 1997; GLOZMAN, et al. 1998; MAC MAHON e THOMAS, 1998; MARTINEZ – MARTÍN et al., 1998, MARINUS et al., 2002).

5.1- Aspectos emocionais na DP

A avaliação psicológica evidenciou no pré-teste resultados que concordam com a literatura quanto à presença elevada de alterações emocionais como depressão, ansiedade e baixa qualidade de vida. Estes aspectos mostraram-se comprometidos na maioria dos pacientes, tanto no GE (grupo-experimental) como no GC (grupo-controle).

A depressão é o distúrbio psiquiátrico mais freqüente na DP, aparecendo com uma freqüência de 40% nas pesquisas que utilizaram o mesmo instrumento deste estudo, ou seja, segundo a avaliação do Beck Inventory Depression (BECK, 1974). Este teste é muito utilizado nas pesquisas com pacientes com DP (ANDRADE et al., 1999; CUMMINGS, 1992; MOLHO, 2002). Na amostra analisada 50% dos pacientes apresentaram depressão (62.5% do GE e 37% do GC); mesmo considerando uma amostra pequena, os dados confirmam os estudos epidemiológicos de depressão na DP.

O modelo cognitivo propõe que a depressão é um transtorno psicológico que é decorrente do modo distorcido que o indivíduo percebe os acontecimentos, influenciando o afeto e o comportamento. Normalmente está associada a uma perda pessoal e predisposição genética. (BECK, 1997).

Na amostra estudada, a ansiedade demonstrou também ser um distúrbio freqüente na DP, apresentando um índice de 43.7% de pacientes, segundo a avaliação do Inventário de Ansiedade - Estado e Traço (SPIELBERGER et al., 1970), aproximando-se da média de 38% apresentada por alguns autores na literatura (CUMMINGS, 1992; MOLHO, 2002), que utilizaram os critérios de diagnóstico do DSM IV, Diagnóstico e Manual de Doenças Mentais (1994).

Na revisão bibliográfica, não se identificou nenhum estudo com o uso do instrumento aplicado nesta pesquisa. Buscou-se este instrumento, por entender ansiedade como uma percepção ao estímulo ameaçador que depende das condições do indivíduo, ligadas às experiências prévias com situações semelhantes que geram emoções aprendidas (SOUZA, 1995). Independente do uso de critérios de medidas diferentes, foram observados dados aproximados de frequência dos sintomas avaliados.

Os resultados demonstraram, que a maioria dos pacientes com distúrbio psiquiátrico de ansiedade apresentaram também quadro de depressão, assim como descreveu MOLHO (2002). A amostra confirma que os pacientes parkinsonianos apresentaram comorbidade.

Com o comprometimento de aspectos físicos e emocionais, como ansiedade e depressão, o paciente tende a relatar uma qualidade de vida comprometida. Quando o paciente fala sobre si mesmo, fala de suas limitações relativas (a sua saúde física, psicológica, o nível de independência e as relações sociais), que são aspectos importantes para o bem-estar do ser humano (CRAMER, 1999); e que se apresentam bastante alterados na doença crônica.

A avaliação da qualidade de vida demonstrou comprometimento no bem-estar da maioria dos pacientes. O relato de dificuldades na aceitação da doença, dificuldades em executar as atividades diárias, sentimentos de vergonha, raiva e pena de si mesmos, entre outras dificuldades confirmam este comprometimento.

SOUZA e GUERREIRO (2000) e Kuopio (2000) descreveram que os aspectos psicológicos e sociais da doença, muitas vezes, comprometem a qualidade de vida do paciente mais que os sintomas físicos. A forma como cada paciente percebe e vivencia sua doença vai se modificando em cada fase, desde os primeiros sintomas; como são percebidos no diagnóstico e no próprio processo da doença, como os sintomas vão comprometendo aspectos físicos e de relações do indivíduo. Segundo ANDERSON e BURY (1988), um distúrbio crônico é um processo de ajustamento e mudança contínuo.

Na DP, doença neurodegenerativa, os distúrbios psiquiátricos são causados pelas alterações neurobiológicas (CUMMINGS, 1992; LIEBERMAN, 1998; AARSLAND, 1999). Mas, considerada também como doença crônica, desencadeia distúrbios emocionais e comportamentais decorrentes das representações mentais e reações psicológicas frente ao diagnóstico e adaptação à doença. Depressão, ansiedade, sentimentos de tristeza, negação, raiva (OLANOW e KOLLER, 1998) foram descritas pelos pacientes na entrevista inicial e durante o processo terapêutico. Estas idéias e sentimentos controlam a maneira de lidar com a doença, levando os pacientes a utilizarem estratégias de enfrentamento inadequadas, a mais utilizada durante a convivência com a doença foi o isolamento social (ELLGRING, 1990).

O comportamento de isolamento social influencia substancialmente muitos papéis sociais, o paciente passa a exacerbar o papel de doente nas suas relações.

Para desfocalizar o papel do doente e resgatar os papéis sociais comprometidos com o isolamento social e distúrbios emocionais, a psicoterapia de grupo com abordagem psicodramática parece ser o método mais adequado. O método não trata só o paciente, mas todas as pessoas que estão relacionadas a ele (MORENO, 1993).

5.2- A intervenção psicodramática

Os objetivos dos atendimentos foram elaborados anteriormente ao início do grupo, de acordo com as necessidades de um grupo focal e breve, e experiência com atendimento de outros grupos, como no estudo-piloto (SPROESSER et al., 2004). As queixas foram levantadas pelos pacientes na entrevista e primeira sessão, e conduzidas no decorrer do processo terapêutico, sem perder a meta inicial de atendimento focado.

Entendemos como conceito geral de psicoterapia breve o tratamento realizado num curto espaço de tempo, que se preocupa com a remoção ou com a melhora do sintoma, com a readaptação ou reequilíbrio emocional pelo uso de técnicas diversas, dependendo da formação teórico-prática do terapeuta (NAVARRO, 1999).

Para SANTOS (1997) a psicoterapia breve tem como finalidade “uma experiência emocional corretiva”, permitindo ao paciente vivenciar uma situação de aceitação e segurança, na busca de formulação interna dos conflitos e reestruturação das vivências com ansiedade.

Foi estabelecida uma forma de atendimento breve, centralizado em questões relacionadas ao paciente e à DP, garantindo a possibilidade de atendimento psicológico a pacientes de baixa renda que procuram cuidados médicos, num hospital universitário, considerando todas as dificuldades de locomoção.

Os objetivos traçados foram: 1- proporcionar a conscientização sobre a doença de Parkinson, informando sobre aspectos clínicos e neurológicos, dada a desinformação e idéias irracionais presentes; 2- proporcionar a busca de sentimentos e emoções relacionadas ao surgimento e convivência com a DP, para uma tomada de consciência individual e compartilhada; 3- com os encontros, propiciar a busca de recursos mais adaptativos frente às limitações físicas e distúrbios emocionais, como também, o resgate e reestruturação de papéis sociais comprometidos com a doença.

Como todos os grupos, há uma fase de aquecimento, onde cada um precisa dar um espaço para conhecer o outro com o qual vai compartilhar idéias, sentimentos e vivências.

Em um grupo recém formado, em que as pessoas não se conhecem, o primeiro momento é de isolamento. Há poucos contatos, praticamente nenhuma discriminação de características individuais ou de papéis do grupo. Não existe ação conjunta e a realização de tarefas coletivas é difícil. Cada um sabe quem é: estar consigo mesmo, respeitar o próprio ritmo, suportar o isolamento (FONSECA, 2000).

Cabe ao diretor, terapeuta, proporcionar aquecimento adequado para que o grupo se integre e se desenvolva durante os encontros. A cada atendimento o grupo se mostrou mais coeso e os pacientes mais livres para expressarem seus sentimentos e dificuldades.

Na entrevista, como no primeiro encontro do grupo, os pacientes sob questionamento, relataram conhecimentos inadequados sobre o quadro clínico e neurológico da DP.

Estas crenças e fantasias foram retomadas no segundo encontro, através de dinâmica de grupo. Quando os pacientes relataram suas idéias relacionadas à DP, demonstraram ansiedade em relação a suas fantasias de cura, progressão ou mesmo determinantes da doença. Alguns pacientes relataram causas emocionais, outros, causas religiosas. Outros demonstraram estarem informados quanto à DP, os quais colaboraram (pacientes 4 e 5) para dar informação ao grupo, mostrando que não só o terapeuta é agente de mudança, mas o grupo todo (MORENO, 1993).

A psicóloga ao passar informações pertinentes sobre a DP, como aspectos da causa, sintomas, evolução e tratamento, esclareceu dúvidas dos pacientes que não haviam sido discutidas com a equipe médica. É preciso dar um espaço para ouvir o paciente, informar sobre os aspectos médicos, para aliviar a ansiedade e stresse relacionados com a desinformação (SOUZA e GUERREIRO, 2001). Muitos pacientes demonstram medo e vergonha em questionar o médico sobre suas dúvidas.

É importante no processo de terapia, com pacientes crônicos, conscientizá-los sobre a doença, desmistificando crenças e fantasias inadequadas.

Num segundo momento terapêutico, abordou-se sobre os aspectos psicológicos desde o diagnóstico até o momento atual da doença.

Ao discutir sobre reações emocionais e comportamentais frente aos primeiros sintomas e diagnóstico da DP, cada paciente através da representação simbólica, no contexto dramático, pode representar o papel de doente e sua doença, utilizando as técnicas de tomada e inversão de papéis, concretizando a imagem da doença internalizada. A inversão de papéis permite uma percepção maior em relação ao outro e dos papéis desempenhados no grupo (GONÇALVES, 1998).

Ao vivenciar sua doença, o paciente pode ter consciência de como está representada internamente (papel psicodramático), juntamente, pode relatar sobre suas principais dificuldades diárias frente aos sintomas e emoções como: raiva, medo, culpa, pena, tristeza. Os pacientes perceberam como se sentem em relação a vários aspectos: emocional, social, físico e psicológico, ou seja, perceberam sua qualidade de vida. A qualidade de vida é uma resposta subjetiva à percepção de si mesmo e da reação do meio social (SOUZA e GUERREIRO, 2000).

Não basta saber identificar os aspectos clínicos da doença, mas entender o seu significado interno, pois, estes aspectos, são importantes na busca de estratégias comportamentais mais adequadas de adaptação.

Enfocando as estratégias psicológicas adotadas pelos pacientes frente à DP, utilizou-se o psicodrama interno e a técnica do videotape (FONSECA, 2000). A técnica permitiu aos pacientes visualizarem as cenas do início da doença, e os sentimentos relacionados até o momento atual, presentificando o passado. O psicodrama interno é uma técnica psicodramática que mobiliza o desejo e as sensações do paciente, não entrando em aspectos racionais (DIAS, 1996).

Com o psicodrama interno, os pacientes puderam dar forma, cor, tamanho, voz e sensações à doença de Parkinson, numa concretização e personificação da doença, transformando-a em personagens. O grupo escolheu o protagonista, um personagem. Protagonista é “um elemento do contexto dramático que surge através de um personagem no desempenho de um papel, questionador de sua ação, e representante emocional das relações estabelecidas entre os elementos de um grupo” (ALVES, 1994).

No contexto dramático os pacientes puderam elaborar as estratégias psicológicas e comportamentais de se lidar com uma doença progressiva, sem cura. Ao discutir no grupo sobre estas estratégias falou-se sobre o controle emocional, como diminuir a ansiedade para as tarefas diárias e também adaptar horários de medicamentos com estas tarefas (período- on). Muitos pacientes relataram desistir de suas atividades por falta do controle físico e emocional, sentiam-se mais ansiosos quando se cobravam em ter que fazer as tarefas da mesma forma que faziam antes da doença e, quando não

conseguiam, desistiam facilmente. Muitas vezes, deixavam de exercer a atividade por longos períodos ou excluíaam de sua vida diária.

O paciente deve desenvolver um senso de competência e responsabilidade no tratamento, favorecendo os cuidados com a doença e desenvolver capacidades que tenham impacto positivo no estilo de vida e que requeiram habilidades para resolver problemas. (SANTILLI, 1993; SOUZA e GUERREIRO, 2001).

Continuando com enfoque psicológico, o grupo elegeu uma cena que foi protagonizada pelo paciente 7. O paciente levou a cena em que representava sua dificuldade de comunicação social e medo de dependência de amigos e familiares. Na dramatização, o paciente com a ajuda do grupo (egos auxiliares), representou uma alternativa de comportamento e pôde perceber que existem outras formas de se comunicar e não apenas a forma a que estava acostumado atuar durante sua vida. Na discussão, o grupo todo relatou sobre os momentos ansiógenos que passaram e todos buscaram elaborar formas novas de fazer a mesma coisa sem se tornar uma situação aversiva. A dificuldade de fala na DP pode contribuir para o isolamento social, pois a linguagem desempenha importante papel nas relações sociais (LIMA et al., 1997).

Na sexta sessão com a técnica da multiplicação dramática, o grupo todo pode representar um paciente do grupo, a paciente 6. Cada um representou de forma diferente a paciente, mostrando alternativas de se comportar frente à queixa relatada.

No sétimo encontro, abordou-se sobre os papéis complementares do papel de doente. Falou-se sobre os ganhos e perdas de um papel socialmente exacerbado, o papel do doente. Os pacientes compartilharam suas vivências relacionadas à exclusão ou inclusão social, ou seja, muitas vezes os pacientes relacionam a aceitação social, o afeto de amigos e familiares pela sua limitação física, “dó social”; ou a falta de atenção ou afeto dado ao “preconceito social”, considerando este último aspecto pensamentos negativos relacionados à DP. Assim, como descreveu FONSECA (2000), os pacientes depositam no papel de doente uma vivência psicológica negativa, comprometendo outros papéis sociais.

Na décima e décima primeira sessão o enfoque foi buscar resgatar estes papéis esquecidos ou buscar os papéis desejados que nunca foram desempenhados pela condição da doença.

Na décima segunda sessão, utilizou-se o Sociodrama. Com a técnica os pacientes construíram personagens a partir dos sentimentos levantados no aquecimento, que representavam as necessidades do grupo. Apareceram aspectos do co-inconsciente grupal que se tornaram co-conscientes, os sentimentos apresentados. “O co-inconsciente refere-se a vivências, sentimentos, desejos e até fantasias comuns entre duas ou mais pessoas que se dão em estado inconsciente” (GONÇALVES et al., 1988). Nesta sessão, cada paciente representou um personagem que percebeu como necessário para o grupo diante dos relatos das sessões, como exemplo: a força de vontade, a alegria, a reflexão, o amigo. O sociodrama “... esclarece as relações intergrupais os valores que funcionam como critérios coletivos, e também as ideologias compartilhadas” (MENEGAZZO, 1995).

Foram fechados os atendimentos com a dinâmica do amigo secreto, cada paciente deu um presente simbólico para seu amigo secreto, de acordo com os relatos, queixas, dificuldades desse paciente durante o processo. Um dos pacientes recebeu uma bola de futebol, por ter voltado a jogar bola com os amigos; outro recebeu uma bicicleta ergométrica, pois sentia dificuldades em fazer atividades físicas. Outra paciente recebeu flores por ser afetiva e colaboradora com o grupo, entre outros.

Todos compartilharam sobre os atendimentos psicológicos enfocando a mudanças emocionais e comportamentais ocorridas.

Na maioria das sessões utilizou-se de dramatização, fazendo com que os pacientes atuassem de forma diferente do que estavam acostumados, experimentando uma nova realidade, a Realidade Suplementar (SOLIANI, 1998; MORENO, 2001).

Para SOLIANI (1998), “a realidade suplementar não é uma técnica, mas a realidade com o qual se trabalha todo o tempo em que se dramatiza. A realidade suplementar é a realidade do psicodrama, a realidade da representação psicodramática”.

5.3-O resgate da saúde emocional

Os resultados apresentados pela avaliação dos questionários (quantitativos), como através dos relatos dos próprios pacientes (qualitativos), evidenciaram mudanças significativas apenas para o grupo-experimental, demonstrando que a intervenção psicoterapêutica psicodramática aparece como um instrumento de resgate da saúde emocional para os parkinsonianos.

A melhora no quadro de depressão, apenas para o GE ($p= 0.008$), demonstra que, este quadro na DP, não deve ser considerado apenas como decorrente de fatores neurobiológicos, como descreveram alguns autores organicistas (CUMMINGS, 1992; LIEBERMAN, 1998; AARSLAND, 1999), mas deve ser considerado também e principalmente, como um fator decorrente do processo de diagnóstico e adaptação frente à doença crônica, ou seja, depressão reativa (HORN, 1974; ELLGRING, 1990; OLANOW e KOLLER, 1998).

A literatura da depressão na DP com enfoque neurofisiológico mostrou que, pacientes com sintomas de rigidez e bradicinesia, hemiparkinsonismo direito e com idade abaixo de 55 anos, apresentam índices de depressão maiores que outros pacientes com DP, segundo a avaliação do Inventário de Depressão Beck (BECK, 1974).

Os relatos e queixas dos próprios pacientes durante o processo psicodramático, demonstraram que os pacientes que possuíam rigidez e bradicinesia apresentavam maiores dificuldades em executar atividades diárias, comparado aos pacientes que possuíam tremor como sintoma principal, dado a lentidão e esforço maior para executar as tarefas.

Quanto à lateralidade, sugere-se de acordo com as evidências desta pesquisa, que a maioria dos indivíduos são destros, como também a maioria dos pacientes do grupo e estes pacientes executavam suas atividades principais como escrever, alimentar-se, vestir-se, tomar banho, com a mão e braço direito. Se existem mais pessoas destros que canhotas, levanta-se a hipótese que as pessoas com disfunção maior no hemisfério esquerdo deprimem mais que as pessoas com disfunção no hemisfério direito, em função da limitação ao executar as atividades diárias estar diretamente relacionada ao hemisfério direito.

Em relação à idade, a amostra analisada não confirmou a literatura, os resultados de depressão apareceram em diferentes idades.

Quanto ao aspecto da ansiedade, os resultados mostraram melhora tanto para estado de ansiedade ($p= 0.008$), quanto para traço de ansiedade ($p= 0.008$) no GE. Evidenciou-se, durante os atendimentos, que a ansiedade na DP está relacionada às dificuldades de adaptação frente às diversas mudanças que o paciente sofre, emocionais, comportamentais e relacionais no processo de adoecer. Muitas vezes, o paciente, cria fantasias e crenças inadequadas sobre a doença não conseguindo fazer planejamentos futuros, participar de reuniões sociais, adaptar-se aos medicamentos e exercícios físicos, enfrentando mudanças abruptas no estilo de vida.

Normalmente a depressão e ansiedade são distúrbios que aparecem juntos na DP, acarretados pelos sentimentos de perdas iminentes e dependência em relação aos familiares e cuidadores, confirmando a comorbidade descrita na literatura (MOLHO, 2002).

Frente ao diagnóstico e primeiros sintomas da DP, os pacientes demonstraram também quadro de ansiedade e depressão e criavam crenças inadequadas frente à situação inesperada. Estes pacientes apresentavam ansiedade no início da doença, assim como descreveram alguns autores (ANDRADE et al., 1999; MOLHO, 2002).

Com as técnicas psicodramáticas, os pacientes vivenciaram situações de ansiedade, buscando estratégias comportamentais que traziam mais controle e satisfação que as utilizadas anteriormente aos atendimentos. As habilidades que o indivíduo busca para se adaptar frente a uma situação de stresse são denominadas “coping”, ou seja, estratégias de enfrentamento. Este termo é definido como o controle a uma resposta de stresse para reduzir sua qualidade aversiva (ANTONIAZZI et al., 1999).

Os momentos de exposição social como ir a bancos, igrejas, mercados, festas, demonstraram ser as situações mais ansiógenas para os pacientes, piorando, muitas vezes, os sintomas parkinsonianos, sobretudo o tremor e a rigidez.

Os pacientes se queixaram de perda de controle emocional frente à doença em diversas condições, principalmente nas condições sociais, apresentando o comportamento de isolamento social como estratégia de enfrentamento inadequada. Aprender a controlar a

própria ansiedade, através da psicoterapia focal, ajudou os pacientes a resgatarem os papéis sociais comprometidos, melhorando os vínculos interpessoais e diminuir os sentimentos de medo e vergonha.

Os familiares, muitas vezes, reforçavam o papel do doente atuando no contrapapel apenas como cuidador. Nestes casos, sem perceber este comportamento, a família reforça a impotência do paciente frente às suas atividades, os quais se sentem dependentes de seus familiares.

Com as mudanças positivas nos aspectos de depressão, ansiedade e resgate das atividades sociais, os pacientes motivaram seus familiares a auxiliá-los no processo de adequação.

Devido à reestruturação da rotina de vida, adaptação aos medicamentos, entendimento melhor sobre a doença (aspecto clínico e perceptual), controle emocional frente aos sintomas e situações ansiógenas e restabelecimento dos vínculos sociais, a qualidade de vida dos pacientes melhorou significativamente (PDQL, $p=0.016$ e no QVDP, $p=0.008$).

A avaliação após o procedimento psicoterapêutico mostrou que a melhora da qualidade de vida nos aspectos social ($p=0.008$) e psicológico ($p=0.008$) foram maiores que no aspecto físico ($p=0.016$), confirmando a literatura que, muitas vezes, aspectos psicológicos e sociais influenciam a resposta subjetiva, ou seja, a qualidade de vida do paciente mais que o aspecto físico (SOUZA e GUERREIRO, 2000; KUOPIO et al., 2000).

A comparação dos resultados intergrupo demonstrou mudanças significativas apenas para a depressão, dado a alta frequência de pacientes com depressão na amostra analisada. Para uma melhor análise intergrupo das variáveis analisadas, necessita-se de um número maior de sujeitos.

Já na análise intragrupo, mesmo com o número pequeno de sujeitos na amostra, o estudo contemplou os objetivos da pesquisa.

As palestras da fisioterapeuta e nutricionista visaram exercícios e alimentação mais adequada para alívio das limitações físicas.

A psicoterapia é útil para que o paciente compreenda melhor as relações funcionais envolvidas no adoecer, curar, prevenir e reabilitar, desenvolvendo autocontrole, isto é, aprende a dispor das contingências que governam seus próprios comportamentos. Promove condutas mais eficazes de adesão ao tratamento e enfrentamento da doença, visando o desenvolvimento de sua qualidade de vida. (AMARAL, 2001).

Com os comportamentos inadequados adquiridos com a doença, a espontaneidade dos pacientes diminui, utilizando-se do papel de doente nas relações, comprometendo outros papéis que adquiriram ao longo da vida. Assim, os pacientes perdem o referencial de sua identidade como indivíduo.

Segundo GARRIDO (1996), os papéis e as relações entre os diversos papéis constituem a melhor revelação de uma determinada cultura. Um indivíduo se reconhece como tal, dentro de uma cultura, de acordo com os papéis que desempenha.

Com o desempenho patológico dos papéis, o psicodrama e a psicoterapia de grupo contribuíram como instrumentos significativos no resgate da saúde emocional dos pacientes com DP. Estes métodos permitiram, no contexto dramático, o paciente vivenciar formas novas e espontâneas de atuar em diferentes situações, permitindo a passagem deste comportamento ao contexto social. Modificou os comportamentos inadequados para mais adequados e satisfatórios, melhorando a qualidade de vida.

Segundo MORENO (1993), “a troca de vivências entre pessoas com dificuldades semelhantes, favorece o ajustamento pessoal e social. O psicodrama pode ser definido como o método que penetra a verdade da alma através da ação...”, da ação grupal ao resgate da saúde emocional, através da co-criação.

6- CONCLUSÃO

Esta pesquisa possibilitou o estudo da intervenção psicológica em grupo, com abordagem psicodramática, ausente na literatura com DP.

A avaliação psicológica de pacientes com Doença de Parkinson idiopática, do ambulatório de neurologia do HC/Unicamp, demonstrou que a depressão e a ansiedade são distúrbios psicológicos freqüentes na doença. Os pacientes apresentaram comprometimento na qualidade de vida nos aspectos: psicológico, social, físico e percepção de saúde.

A análise intragrupo, da comparação das variáveis psicológicas, após procedimento psicoterapêutico, mostrou resultados significativos apenas para o grupo-experimental: depressão, estado de ansiedade, traço de ansiedade, qualidade de vida QVDP-41 e PDQL-37.

A análise intergrupo demonstrou significância apenas para a depressão.

O atendimento psicodramático focal em grupo evidenciou significativa eficácia na melhora da qualidade de vida e nos sintomas de ansiedade e depressão de pacientes parkinsonianos.

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AARSLAND, D.; LARSEN, J.P.; LIM, N.G.; LANVIN, C.; KERLSEN, K.; TANDBERG, E. et al. Range of neuropsychiatric disturbances in patients with parkinson's disease. **Journal Neurol Neurosurg Psychiatry** 67: 492-496, 1999.

ALVES, L.F.R. O Protagonista: Conceito e Articulações na Teoria e na Prática. **Rev Brasileira de Psicodrama**, 2 (1), 49-55. São Paulo: Artes Gráficas, 1994.

AMARAL, V.L; In: MARINHO, M.L. (org.) **Psicologia Clínica e da Saúde**. Londrina: UEL, 2001.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: **Diagnostic and Statistycal Manual of Mental Disorders**, 4 Ed., Washington D.C., APA, 1994.

ANDERSON, R.; BURY, M. **Living with chronic illness: the experience of patients and their families**. London: Allen & Unwin, 1988.

ANDRADE, C.R.F. **Fonoaudiologia Preventiva – teoria e vocabulário técnico científico**. São Paulo: Lovise, 1996.

ANDRADE, L.F; BARBOSA, E.R.; CARDOSO, F.; TEIVE, H.A.G. **Doença de Parkinson. Estratégias atuais de tratamento**. São Paulo: Lemos, 1999.

ANTONIAZZI, A.S; DELL'ANGLIO, D.D.; BANDEIRA, D.R. O conceito de coping: uma revisão teórica. **Rev Estudos de Psicologia**, 3 (2), 1998.

BARBOSA, E.R. Tratamento da doença de Parkinson. In: NITRINI, R.; YUBIAN, E.M.T.;

RABELLO, E.G.D. (orgs.). **Condutas em Neurologia**. São Paulo: Editora Clínica Neurológica HC-FCM USP, 37-39, 1995.

BECK, A.T. Assesment of depression: the depression inventory. Psychologycal measurement in psychopharmacology. **Med Probl Pharmac Psychiatry**, 7: 151-69, 1974.

BECK, J.S. **Terapia Cognitiva. Teoria e Prática**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BOER, A.G.E.M.; WIJCKER, W.; SPEELMEN, J.D.; HAES, J.C.J.M. Quality of life in patients with Parkinson's disease: development of a questionnaire. **J Neurol Neurosurg Psychiatry**, 61: 70-74, 1996.

CUMMINGS, J.L. Depression and Parkinson's disease: A review. **Am J Psychiatry** (4) 149: 443-454, 1992.

CRAMER, J.A.; WESTBROOK, L.; DEVINSKI, O. Development of the quality of life in epilepsy inventory for adolescents: the QOLIE-AD- 48. **Epilepsia**, 40: 1114-1121, 1999.

DIAS, V.R.C. **Sonhos e Psicodrama Interno na Análise Psicodramática**. São Paulo: Ágora, 1996.

ELLGRING, H.; SEILER, S.; NAGEL, U.; PERLETH, B.; GASSES, T.; OERTEL, W.H.. Psychosocial Problems of Parkinson Patients: Approaches to Assessment and Treatment. **Adv Neurol**, 53, 1990.

FITZPATRICK, R.; PETO, V.; LENKINSON, C.; GREENHALL, R.; HYMAN, N. Health-related quality of life in Parkinson's disease: a study of outpatient clinic attenders. **Mov Disord**, 12 (6): 916-922, 1997.

FONSECA, J.S. **Psicodrama da Loucura**. Correlação entre Buber e Moreno. São Paulo: Ágora, 1980.

FONSECA, J. **Psicoterapia da Relação. Elementos de Psicodrama Contemporâneo**. São Paulo: Ágora, 2000.

GARRIDO, E.M. **Psicologia do Encontro: J. L. Moreno**. São Paulo: Ágora, 1996.

GLOZMAN, J.M.; BICHEVA, K.G.; FEDEROVA, N.V. Quality of Life of Care- Givers (SQLC). **Neurology**, 245 (1): 39 – 41, 1998.

GONÇALVES, C.S.; WOLFF, J.R.; ALMEIDA, V.C. **Lições de Psicodrama** . Introdução ao Pensamento de J.L. Moreno. São Paulo: Ágora, 1988.

GONÇALVES, C.S. In: MONTEIRO, R.F. (org.). **Técnicas fundamentais do psicodrama**. São Paulo: Ágora, 1998.

GUZE, B.H.; BARRIO, J.C.B. The Etiology of depression in parkinson's disease patients. **Psychosomatics**, 32 (4): 391-394, 1991.

HOEHN, M.M.; YARHR, M.D. Parkinsonism: onset progression and mortality. **Neurology**, 17: 427-441, 1967.

HORN, S. Some Psychological factors in Parkisonism. **J Neurol Neurosur Psychiatry**, 37: 27-31, 1974.

HUGHES, A.J.; DANIEL, S.E.; KILFORD, L.; LEES, A.J. Accuracy of clinical diagnosis of idiopathic Parkinson's disease: a clinico-pathological study of 100 cases. **J Neurol Neurosurg Psychiatry**, 55: 181-184, 1992.

KUOPIO, A.M.; MARTILLA, R.J.; HELENIOUS, H.; TOVONEN, M.; RINNE, U.K. The Quality of Life in Parkison's Disease. **Mov Disord** 15 (2): 216-223, 2000.

KUZIS. G.; SABE, L.; TIBERTI, C.; LEIGUARDA, R.; STARKSTEIN, S.E. Cognitive functions in major depression and Parkinson disease. **Arch neurol**, 54: 982-986, 1997.

LEVIN, B. LABRE, M.M.; WEINER, W.J. Parkinson's Disease and Depression: Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory. **J Neurol Neurosur Psychiatry**, 51: 1401-1404, 1998.

LIEBERMAN, A. **Neurology**, 50 (6): 33-38, 1998.

LIMA, S.S.P.; QUAGLIATO, E.M.A.B.; CAGLIARI, L.C.; SOUZA, E.A.P. A linguagem e o isolamento social no Mal de Parkinson. **Rev Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, 2 (1): 5-13, 1997.

MACMAHON, D.G.; THOMAS, S. Practical approach to quality of life in Parkinson's disease: the nurse's role. **Neurology**, 245 (1): 16-22, 1998.

- MARINUS, J.; RAMAKER, C.; HILTEN, J.J.V.; STIGGELBOLT, A.M. Health Related quality of Life in Parkinson's Disease: a systematic review of disease specific instruments. **J Neurol Neurosu Psychiatric**; 72: 241-248, 2002.
- MARTÍNEZ-MARTIN, P.; PAYO, B.F. and The group centro for study of movement disorders. Quality of life in Parkinson's disease: validation study of the PDQ-39 Spanish version. **Neurology**, 245 (1): 34-38, 1998.
- MENEGAZZO, J. **Dicionário de Psicodrama**. São Paulo: Ágora, 1995.
- MENEZES, M.S.; TEIVE, H.A.G. **Doença de Parkinson. Aspectos Clínicos e Cirúrgicos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
- MOLHO, E. Behavioral Manifestation of Parkinson's Disease. **Neurology (cd-rom)**, 2002.
- MONTEIRO, R.F. (org.). **Técnicas Fundamentais de Psicodrama**. São Paulo: Ágora, 1998.
- MORENO, J.L. **Fundamentos do Psicodrama**. São Paulo: Summus, 1983.
- MORENO, J.L. **Psicoterapia de Grupo e Psicodrama**. São Paulo: Psy, 1993.
- MORENO, J.L. **Psicodrama**. São Paulo: Cultrix, 1997.
- MORENO, Z.T. **A realidade suplementar e a arte de curar**. São Paulo: Ágora, 2001.
- NAVARRO, M.P. Terapia tematizada grupal com tempo limitado. **Rev Brasileira de Psicodrama**. São Paulo: Diretoria de divulgação e Comunicação da Febrap, 3 (1): 75-79, 1995.
- NAVARRO, M.P. In: ALMEIDA, W.C. (org.) **Grupos. A proposta do psicodrama**. São Paulo: Ágora, 1999.
- OLANOW, C. W.; KOLLER, W. C. An Algorithm (Decision Tree) for the Manegement of parkinson's Disease: Treatment Guidelines. **Neurology**, 50 (3): 2-57, 1998.

PARKINSON, J. **An essay on the shaking palsy**. London: printed by Whittingham and Rowland for Sherwood. Neely and Jones, 1817.

RICHARD, I.H. Issues Surrounding the Diagnosis and treatment of Dpressive Symptoms in Parkinson's Disease. **Neurology (cd-room)**, 2002.

ROBINS, A.H. Depression in Patients with Parkisonism. **British J Psychiatry**, 128: 141-145, 1975.

ROCHA, M.S.G. **Alterações da Cognição após Palidotomia para Tratamento da Doença de Parkinson**. São Paulo, 1998. (Tese - Doutorado. Escola Paulista de Medicina).

RUBINI, C.J. O Conceito de Papel no Psicodrama. **Rev Brasileira de Psicodrama**. São Paulo: Diretoria de Divulgação e Comunicação da Febrap, 3 (1): 75-79, 1995.

SANTILLI, N. Psychosocial Aspects of Epilepsy Education and Counseling for Patients and Families. In: Wyllie, E. (ed.). **The Tratment of Epilepy: principles and Practice**. Philadelphia Lea & Felinger, 1163-1171, 1993.

SANTOS, E.F. **Psicoterapia Breve**. Abordagem Sistematizada de Situação de Crise. São Paulo: Ágora, 1997.

SAVOIA, M.G. Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (Coping). **Rev Psiquiatria Clínica**, 26 (2), 1999.

SOLIANI, M.L.C. In: MONTEIRO, R.F. (org.) **Técnicas fundamentais do psicodrama**. São Paulo: Ágora, 1998.

SOLON, L.A.G. O Papel do Psicólogo Hospitalar. **Rev Brasileira de Psicodrama**. São Paulo: Diretoria de Divulgação e Comunicação da Febrap, 1, 1990.

SOUZA, E.A.P. **Ansiedade na Disfunção Sexual em Epilépticos**. Campinas, 1995. (Tese - Doutorado. Universidade Estadual de Campinas).

SOUZA, E.A.P.; GUERREIRO, M.M. Qualidade de Vida e Epilepsia. In: Guerreiro, C.M.A.; Guerreiro, M.M. (orgs.) **Epilepsia**. São Paulo: Lemos, 191-197, 1996.

SOUZA, E.A. P.; GUERREIRO, CAM. Qualidade de Vida e Epilepsia. In: GUERREIRO, C.A.M.; GUERREIRO, M.M. (orgs.). **Epilepsia**. São Paulo: Lemos, 83-90, 2000.

SOUZA, E.A.P.; GUERREIRO, M.M. **Epilepsia. Impacto do diagnóstico em pacientes e familiares. Evolução e terapia**. São Paulo: Lemos Editorial, 2001.

SOUZA, E.A.P; Sproesser, E.C.; Merlin, M. Qualidade de Vida na Doença de Parkinson. Instrumento QVDP – 41. **Rev Estudos de Psicologia – UFRN**, (2004, prelo).

SPIELBERGER, C.D.; GORSUCH, R.L.; LUSHENE, R.E. **Manual for the State Trait Anxiety Inventory**. Palo Alto: California Consulting Psychologist Press, 1970.

SPROESSER, E.C.; MERLIN, M.; SOUZA, E.A.P. A Psicoterapia Psicodramática na Doença de Parkinson. **Revista Estudos de Psicologia – UFRN**, (2004, prelo).

STEIN, M.B.; HEUSER, I.J.; JUNCOS, J.L.; UHDE, T.W. Anxiety disorders in Parkinson's disease. **Am J Psychiatry**, 147: 217-220, 1990.

TANDBERG, E.; LARSEN, J.P.; AARSLLAND, D.; LOOKE, K.; CUMMINGS, J.L. Risk Factors for Depression in Parkinson's Disease. **Arch Neurol**, 54: 625-630, 1997.

WERMUTH, L.; KNUDSEN, L.; BOLDSSEN, J. A study of cognitive functions in young parkinsonian patients. **Acta Neurol Scand**, 93: 21-24, 1996.

WERNERW, M.; FORMAD, F. Effect of Early Diagnosis and Therapy on Prognosis of Parkinson Syndrome. **Versicherungsmedizin**, 49 (4): 126-31, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1958.

YOZO, R.Y.K. **100 Jogos para Grupos**. Uma abordagem psicodramática para clínicas, empresas e escolas. São Paulo: Ágora, 1996.

ZIMERMAN, D.E.; OSÓRIO, L.C. **Como Trabalhamos com Grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

8- ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa de Mestrado: “O Psicodrama como Instrumento de Saúde na Doença de Parkinson”.

Esta pesquisa tem por objetivo avaliar a eficiência do atendimento psicológico na melhora do bem estar físico e emocional de pacientes do ambulatório de neurologia do HC-Unicamp, com Doença de Parkinson.

Ciente disso concordo com a minha participação neste processo, estando certo que estarei sob atendimento psicológico adequado, determinado pela pesquisadora. Autorizo uma possível divulgação dos dados obtidos, salvaguardando o sigilo quanto sua identificação.

Caso não concorde e/ou interrompa a participação na pesquisa continuará a receber atendimento psicológico e médico no ambulatório do hospital.

Nome:

Idade:

Endereço:

Nº HC:

Assinatura do paciente

Assinatura da pesquisadora

Erika Sproesser Cardoso

UNICAMP
HOSPITAL DAS CLÍNICAS
AMBULATÓRIO DE NEUROLOGIA

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO PESSOAL:

I- Dados Pessoais:

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ Cidade: _____

II- Dados Demográficos:

Idade: _____ Data Nascimento: _____

Escolaridade: _____

Profissão: _____

Nível sócioeconômico: _____

Origem: _____

Estado Civil: _____ Filhos: _____

Cor: _____ Religião: _____

III- Caracterização da Doença:

Início: _____

Duração: _____

Estágio: _____

Percepção de Controle: _____

Medicação: _____

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

Nº: _____ HC: _____ DATA: ____/____/____

NOME: _____

Neste questionário existem grupos de afirmativas. Por favor, leia cuidadosamente cada um deles. A seguir, selecione a afirmativa em cada grupo que melhor descrever como você se sentiu NA SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE. Desenhe um círculo em torno do número ao lado da afirmativa que houver selecionado. Se várias afirmativas no grupo parecerem aplicar-se igualmente bem, circule cada uma delas. Certifique de ler todas as afirmativas de cada grupo antes de fazer sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.
 1 Sinto-me triste.
 2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo sair disso.
 3 Estou muito triste e tão infeliz que não posso mais agüentar.
2. 0 Não estou particularmente desencorajado (a) quanto ao futuro.
 1 Sinto-me desencorajado (a) quanto ao futuro.
 2 Sinto-me que não tenho mais nada por esperar.
 3 Sinto que o futuro é tão sem esperança que as coisas não podem melhorar.
3. 0 Não me sinto fracassado (a).
 1 Sinto que falhei mais que o indivíduo médio.
 2 Quando olho para trás em minha vida, tudo o que vejo é uma porção de fracassos.
 3 Sinto que sou um fracasso completo como pessoa.
4. 0 Sinto-me satisfeito (a) com as coisas como sempre senti.
 1 Não gosto das coisas como gostava antes.
 2 Não consigo sentir satisfação real com coisa alguma.
 3 Estou insatisfeito (a) ou aborrecido (a) com tudo.
5. 0 Não me sinto particularmente culpado (a).
 1 Sinto-me culpado (a) boa parte do tempo.
 2 Sinto-me culpado (a) maior parte do tempo.
 4 Sinto-me culpado (a) o tempo todo.
6. 0 Não sinto que esteja sendo punido (a).
 1 Sinto que posso ser punido (a).
 2 Espero ser punido.
 3 Sinto que estou sendo punido (a).

7. 0 Não me sinto desapontado (a) comigo mesmo (a).
1 Sinto-me desapontado (a) comigo mesmo (a).
2 Sinto-me aborrecido comigo mesmo (a).
3 Eu me odeio.
8. 0 Não acho que sou pior que os outros.
1 Critico-me por minhas fraquezas ou erros.
2 Responsabilizo-me o tempo todo por minhas falhas.
3 Culpo-me por todas as coisas ruins que me acontecem.
9. 0 Não penso nunca em me matar.
1 Às vezes penso em me matar, mas não levo isso à diante.
2 Gostaria de me matar.
3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.
10. 0 Não costumo chorar mais do que o normal.
1 Choro mais do que antes.
2 Atualmente choro o tempo todo.
3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, mesmo querendo.
11. 0 Agora as coisas não me irritam mais do que antes.
1 Fico chateado (a) ou irritado (a) mais facilmente do que costumava.
2 Atualmente sinto-me irritado o tempo todo.
3 Já não irrita mais com as coisas como antes.
12. 0 Não perdi o interesse nas outras coisas ou pessoas.
1 Interesse-me menos do que antes pelas as outras pessoas.
2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
13. 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem quanto antes.
1 Adio minhas decisões mais do que antes.
2 Tenho muito mais dificuldades em tomar decisões do que antes.
3 Não consigo mais tomar decisões alguma.
14. 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que antes.
1 Preocupo-me por estar parecendo velho (a) ou sem atrativos.
2 Sinto que mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
3 Considero-me feio (a).
15. 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.
1 Preciso de mais força para começar qualquer coisa.
2 Tenho que me esforçar demais para fazer qualquer coisa.
3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
16. 0 Durmo tão bem quanto de costume.
1 Não durmo tão bem quanto costumava.
2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que costume e tenho dificuldade de voltar a dormir.
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

17. 0 Não fico mais cansado (a) como costumava.
1 Fico cansado (a) com mais facilidade do que antes.
2 Sinto-me cansado (a) ao fazer qualquer coisa.
3 Estou cansado (a) demais para fazer qualquer coisa.
18. 0 Meu apetite continua como de costume.
1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
2 Meu apetite está muito pior agora.
3 Não tenho mais nenhum apetite.
19. 0 Não tenho perdido peso ultimamente.
1 Emagreci mais de 2,5 Kg.
2 Emagreci mais de 5 Kg.
3 Emagreci mais de 7 Kg.
20. 0 Não tenho maiores preocupações com minha saúde
1 Problemas físicos (dores de cabeça, estômago, prisão de ventre, etc...) me preocupam.
2 Estou preocupado (a) com problemas físicos e isto me dificulta a pensar em outras coisas.
3 Estou muito ocupado com meus problemas físicos e isso me impede de pensar em outras coisas.
21. 0 Ultimamente não tenho observado mudanças em meu interesse sexual.
1 Estou menos interessado (a) em sexo do que costumava.
2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.
3 Perdi completamente o interesse sexual.

ESCORE: _____

EXAMINADOR: _____

QUESTIONÁRIO DE AUTO - AVALIAÇÃO**IDATE I-A ESTADO**

Nº: _____ HC: _____ DATA: _____
 NOME: _____

Instruções: A seguir, estão algumas informações que tem sido usadas para descrever sentimentos pessoais. Leia cada uma e faça um círculo ao redor do número, à direita da afirmação, que melhor indica como você se sente agora, neste momento.

Não há respostas certas e erradas, não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxima de como você se sente neste momento.

	Muitíssimo	4			
	Bastante	3			
	Um pouco	2			
	Absolutamente não	1			
01.	Sinto-me calmo (a)	1	2	3	4
02.	Sinto-me seguro (a)	1	2	3	4
03.	Sinto-me tenso (a)	1	2	3	4
04.	Estou arrependido (a)	1	2	3	4
05.	Sinto-me à vontade	1	2	3	4
06.	Sinto-me perturbado (a) atrapalhado(a)	1	2	3	4
07.	Estou preocupado (a) com possíveis infortúnios infelicidades	1	2	3	4
08.	Sinto-me descansado(a)	1	2	3	4
09.	Sinto-me ansioso(a) aflito(a)	1	2	3	4
10.	Sinto-me em "casa"	1	2	3	4
11.	Sinto-me confiante [seguro (a)]	1	2	3	4
12.	Sinto-me nervoso (a)	1	2	3	4
13.	Estou agitado (a)	1	2	3	4
14.	Sinto-me uma pilha de nervos	1	2	3	4
15.	Estou descontraindo (a) sossegado (a)	1	2	3	4
16.	Sinto-me satisfeito (a)	1	2	3	4
17.	Estou preocupado (a)	1	2	3	4
18.	Sinto-me superexcitado (a) [nervoso (a)] e confuso (a) atrapalhado (a)	1	2	3	4
19.	Sinto-me alegre	1	2	3	4
20.	Sinto-me bem	1	2	3	4

QUESTIONÁRIO DE AUTO AVALIAÇÃO

IDATE II-A TRACO

Nº: _____

HC: _____

DATA: _____

NOME: _____

Instruções: A seguir, estão algumas informações que tem sido usadas para descrever sentimentos pessoais. Leia cada uma e faça um círculo ao redor do número, à direita da afirmação, que melhor indica como você se sente agora, neste momento.

Não há respostas certas e erradas, não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxima de como você se sente neste momento.

	Quase sempre	4			
	Freqüentemente	3			
	As vezes	2			
	Quase nunca	1			
01.	Sinto-me bem	1	2	3	4
02.	Canso-me facilmente	1	2	3	4
03.	Tenho vontade de chorar	1	2	3	4
04.	Gostaria de ser tão feliz quanto os outros	1	2	3	4
05.	Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões (decidir) rapidamente	1	2	3	4
06.	Sinto-me descansado (a)	1	2	3	4
07.	Sou calmo ponderado (a) (pensar muito) e senhor de mim mesmo	1	2	3	4
08.	Sinto que as dificuldades estão se acumulando de uma forma que não consigo mais resolver	1	2	3	4
09.	Preocupo-me demais com as coisas sem importância	1	2	3	4
10.	Sou feliz	1	2	3	4
11.	Deixo-me me afetar (emocionar muito) pelas coisas	1	2	3	4
12.	Não tenho muita confiança (segurança) em mim mesmo (a)	1	2	3	4
13.	Sinto-me seguro (a) controlado (a)	1	2	3	4
14.	Evito ter que enfrentar crises ou problemas	1	2	3	4
15.	Sinto-me deprimido (triste)	1	2	3	4
16.	Estou satisfeito (a)	1	2	3	4
17.	As vezes, idéias sem importância entram na minha cabeça e ficam me preocupando	1	2	3	4
18.	Levo os desapontamentos (surpresa desagradável) tão a sério que não consigo tira-los da cabeça	1	2	3	4
19.	Sou uma pessoa estável (equilibrada)	1	2	3	4
20.	Fico tenso (a) nervoso (a) e perturbado (a) quando penso nos meus problemas do momento	1	2	3	4

EXAMINADOR: _____

QUALIDADE DE VIDA E A DOENÇA DE PARKINSON QVDP-41

Este questionário tem como objetivo principal, avaliar a Qualidade de Vida de Pessoas Portadoras de Doença de Parkinson.

➤ Percepção de Saúde

1. Em geral, você diz que sua saúde é:

1. Excelente ()	4. Regular ()
2. Muito boa ()	5. Ruim ()
3. Boa ()	

2. Comparando há um ano atrás, como você classificaria sua saúde hoje:

1. Muito melhor ()	4. Um pouco pior ()
2. Um pouco melhor ()	5. Muito pior ()
3. A mesma coisa ()	

3. De modo geral, como você avaliaria sua Qualidade de Vida:

10 _____ 9 _____ 8 _____ 7 _____ 6 _____ 5 _____ 4 _____ 3 _____ 2 _____ 1 _____ 0

Melhor Possível
Pior Possível

4. No que você acha que está mais prejudicado?

1. Saúde física	S.....N
2. Aspectos emocionais	S.....N
3. Relacionamento social	S.....N
4. Trabalho	S.....N
5. Lazer	S.....N

➤ Social

1. Evito fazer novas amizades?

1. Não ()	3. Algumas vezes ()
2. Um pouco ()	4. Muito ()

2. Tenho vergonha das pessoas?

1. Não ()	3. Algumas vezes ()
2. Um pouco ()	4. Muito ()

3. Evito ir à lugares públicos?
- | | | | |
|-------------|-----|------------------|-----|
| 1. Não | () | 3. Algumas vezes | () |
| 2. Um pouco | () | 4. Muito | () |
4. Minha família tem dificuldade para aceitar a doença?
- | | | | |
|-------------|-----|------------------|-----|
| 1. Não | () | 3. Algumas vezes | () |
| 2. Um pouco | () | 4. Muito | () |
5. Tenho dificuldade para exercer alguma atividade de trabalho (inclusive doméstico)?
- | | | | |
|-------------|-----|------------------|-----|
| 1. Não | () | 3. Algumas vezes | () |
| 2. Um pouco | () | 4. Muito | () |
6. Tenho que limitar minhas atividades sociais por causa da minha condição?
- | | | | |
|-------------|-----|------------------|-----|
| 1. Não | () | 3. Algumas vezes | () |
| 2. Um pouco | () | 4. Muito | () |
7. Tenho dificuldade em praticar atividades de lazer ou esportes?
- | | | | |
|-------------|-----|------------------|-----|
| 1. Não | () | 3. Algumas vezes | () |
| 2. Um pouco | () | 4. Muito | () |
8. Fico irritado (a) quando alguém vem me visitar ou pergunta como estou?
- | | | | |
|-------------|-----|------------------|-----|
| 1. Não | () | 3. Algumas vezes | () |
| 2. Um pouco | () | 4. Muito | () |
9. Não estou satisfeito com minha vida social?
- | | | | |
|-------------|-----|------------------|-----|
| 1. Não | () | 3. Algumas vezes | () |
| 2. Um pouco | () | 4. Muito | () |

➤ Físico

1. Tenho preocupação com meu estado físico?
- | | | | |
|-------------|-----|------------------|-----|
| 1. Não | () | 3. Algumas vezes | () |
| 2. Um pouco | () | 4. Muito | () |
2. Tenho dificuldade para andar?
- | | | | |
|-------------|-----|------------------|-----|
| 1. Não | () | 3. Algumas vezes | () |
| 2. Um pouco | () | 4. Muito | () |
3. Os tremores me incomodam?
- | | | | |
|-------------|-----|------------------|-----|
| 1. Não | () | 3. Algumas vezes | () |
| 2. Um pouco | () | 4. Muito | () |

4. Conforme a temperatura do dia, meus sintomas pioram?
- | | | | |
|-------------|-----|------------------|-----|
| 1. Não | () | 3. Algumas vezes | () |
| 2. Um pouco | () | 4. Muito | () |
5. Tenho dificuldade em me movimentar em lugares públicos?
- | | | | |
|-------------|-----|------------------|-----|
| 1. Não | () | 3. Algumas vezes | () |
| 2. Um pouco | () | 4. Muito | () |
6. A rigidez muscular me incomoda?
- | | | | |
|-------------|-----|------------------|-----|
| 1. Não | () | 3. Algumas vezes | () |
| 2. Um pouco | () | 4. Muito | () |
7. Você tem períodos de bem-estar e mal-estar durante o dia?
- | | | | |
|-------------|-----|------------------|-----|
| 1. Não | () | 3. Algumas vezes | () |
| 2. Um pouco | () | 4. Muito | () |
8. Tem momentos em que começa a babar?
- | | | | |
|-------------|-----|------------------|-----|
| 1. Não | () | 3. Algumas vezes | () |
| 2. Um pouco | () | 4. Muito | () |
9. A dificuldade da fala me incomoda?
- | | | | |
|-------------|-----|------------------|-----|
| 1. Não | () | 3. Algumas vezes | () |
| 2. Um pouco | () | 4. Muito | () |
10. Preciso descansar durante o dia?
- | | | | |
|-------------|-----|------------------|-----|
| 1. Não | () | 3. Algumas vezes | () |
| 2. Um pouco | () | 4. Muito | () |
11. Tenho dificuldade para dormir?
- | | | | |
|-------------|-----|------------------|-----|
| 1. Não | () | 3. Algumas vezes | () |
| 2. Um pouco | () | 4. Muito | () |
12. Fico incomodado (a) em ter que tomar remédios?
- | | | | |
|-------------|-----|------------------|-----|
| 1. Não | () | 3. Algumas vezes | () |
| 2. Um pouco | () | 4. Muito | () |
13. Preocupo-me com os efeitos colaterais do tratamento?
- | | | | |
|-------------|-----|------------------|-----|
| 1. Não | () | 3. Algumas vezes | () |
| 2. Um pouco | () | 4. Muito | () |
14. Sinto-me dependente da ajuda de outras pessoas?
- | | | | |
|-------------|-----|------------------|-----|
| 1. Não | () | 3. Algumas vezes | () |
| 2. Um pouco | () | 4. Muito | () |

➤ **Psicológico:**

1. Tenho pouco controle sobre minha doença?
1. Não () 3. Algumas vezes ()
2. Um pouco () 4. Muito ()
2. Você fica preocupado com um possível progresso da doença?
1. Não () 3. Algumas vezes ()
2. Um pouco () 4. Muito ()
3. Sinto que incomodo meus familiares por causa da minha doença?
1. Não () 3. Algumas vezes ()
2. Um pouco () 4. Muito ()
4. Tenho dificuldade para controlar a minha vida (ou seja, decisões próprias e desejos respeitados)?
1. Não () 3. Algumas vezes ()
2. Um pouco () 4. Muito ()
5. Às vezes sinto que estou sendo empurrado pela vida?
1. Não () 3. Algumas vezes ()
2. Um pouco () 4. Muito ()
6. Tenho dificuldade em aceitar minha doença?
1. Não () 3. Algumas vezes ()
2. Um pouco () 4. Muito ()
7. Estou perdendo a esperança de lutar contra minha doença?
1. Não () 3. Algumas vezes ()
2. Um pouco () 4. Muito ()
8. Estou insatisfeito com a maneira como aproveito a vida?
1. Não () 3. Algumas vezes ()
2. Um pouco () 4. Muito ()
9. Sinto-me inútil?
1. Não () 3. Algumas vezes ()
2. Um pouco () 4. Muito ()
10. Frequentemente sinto-me triste e preocupado (a)?
1. Não () 3. Algumas vezes ()
2. Um pouco () 4. Muito ()
11. Choro com frequência?
1. Não () 3. Algumas vezes ()
2. Um pouco () 4. Muito ()

12. A qualidade da minha vida presente me deixa triste?

1. Não ()

2. Um pouco ()

3. Algumas vezes ()

4. Muito ()

13. Estou insatisfeito (a) com meu relacionamento sexual?

1. Não ()

2. Um pouco ()

3. Algumas vezes ()

4. Muito ()

14. Preocupo-me com o que as pessoas pensam sobre mim?

1. Não ()

2. Um pouco ()

3. Algumas vezes ()

4. Muito ()

QUESTIONÁRIO
QUALIDADE DE VIDA E A DOENÇA DE PARKINSON
PDQL-37

Este questionário tem como principal objetivo, avaliar a Qualidade de Vida de Pessoas Portadoras da Doença de Parkinson.

➤ Com frequência, nos últimos três meses, você teve problemas com:

1. Rigidez:

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| ☐ o tempo todo | ☐ na maioria das vezes | |
| ☐ algumas vezes | ☐ poucas vezes | ☐ nunca |

2. Sentindo mal estar geral:

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| ☐ o tempo todo | ☐ na maioria das vezes | |
| ☐ algumas vezes | ☐ poucas vezes | ☐ nunca |

3. Que não consegue mais praticar seus “hobbies”:

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| ☐ o tempo todo | ☐ na maioria das vezes | |
| ☐ algumas vezes | ☐ poucas vezes | ☐ nunca |

4. Tem estado tenso:

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| ☐ o tempo todo | ☐ na maioria das vezes | |
| ☐ algumas vezes | ☐ poucas vezes | ☐ nunca |

5. Sentindo-se inseguro devido às limitações físicas:

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| ☐ o tempo todo | ☐ na maioria das vezes | |
| ☐ algumas vezes | ☐ poucas vezes | ☐ nunca |

6. Tremor nas mãos:

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| ☐ o tempo todo | ☐ na maioria das vezes | |
| ☐ algumas vezes | ☐ poucas vezes | ☐ nunca |

7. Sentindo-se acabado e sem energia:

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| ☐ o tempo todo | ☐ na maioria das vezes | |
| ☐ algumas vezes | ☐ poucas vezes | ☐ nunca |

8. Dificuldade em praticar esportes ou atividades de lazer:

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| ☐ o tempo todo | ☐ na maioria das vezes | |
| ☐ algumas vezes | ☐ poucas vezes | ☐ nunca |

9. Falta de jeito:
☐ o tempo todo ☐ na maioria das vezes
☐ algumas vezes ☐ poucas vezes ☐ nunca
10. Sentindo-se envergonhado por causa da doença:
☐ o tempo todo ☐ na maioria das vezes
☐ algumas vezes ☐ poucas vezes ☐ nunca
11. Arrastar os pés:
☐ o tempo todo ☐ na maioria das vezes
☐ algumas vezes ☐ poucas vezes ☐ nunca
12. Ter que adiar ou cancelar atividades por causa de sua doença:
☐ o tempo todo ☐ na maioria das vezes
☐ algumas vezes ☐ poucas vezes ☐ nunca
13. Um sentimento de extrema exaustão:
☐ o tempo todo ☐ na maioria das vezes
☐ algumas vezes ☐ poucas vezes ☐ nunca
14. Se virar quando você anda:
☐ o tempo todo ☐ na maioria das vezes
☐ algumas vezes ☐ poucas vezes ☐ nunca
15. Medo de uma possível progressão da doença:
☐ o tempo todo ☐ na maioria das vezes
☐ algumas vezes ☐ poucas vezes ☐ nunca
16. Dificuldade em escrever:
☐ o tempo todo ☐ na maioria das vezes
☐ algumas vezes ☐ poucas vezes ☐ nunca
17. Ser menos capaz de sair de férias do que antes da doença:
☐ o tempo todo ☐ na maioria das vezes
☐ algumas vezes ☐ poucas vezes ☐ nunca
18. Sentimento de insegurança de si mesmo em relação aos outros:
☐ o tempo todo ☐ na maioria das vezes
☐ algumas vezes ☐ poucas vezes ☐ nunca
19. Dificuldade para ter uma boa noite de descanso:
☐ o tempo todo ☐ na maioria das vezes
☐ algumas vezes ☐ poucas vezes ☐ nunca

20. Períodos de on, off:

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| ☐ o tempo todo | ☐ na maioria das vezes | |
| ☐ algumas vezes | ☐ poucas vezes | ☐ nunca |

21. Dificuldade em aceitar a doença:

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| ☐ o tempo todo | ☐ na maioria das vezes | |
| ☐ algumas vezes | ☐ poucas vezes | ☐ nunca |

22. Dificuldade em falar:

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| ☐ o tempo todo | ☐ na maioria das vezes | |
| ☐ algumas vezes | ☐ poucas vezes | ☐ nunca |

23. Dificuldade em assinar seu nome em público:

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| ☐ o tempo todo | ☐ na maioria das vezes | |
| ☐ algumas vezes | ☐ poucas vezes | ☐ nunca |

24. Dificuldade em andar:

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| ☐ o tempo todo | ☐ na maioria das vezes | |
| ☐ algumas vezes | ☐ poucas vezes | ☐ nunca |

25. Babar:

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| ☐ o tempo todo | ☐ na maioria das vezes | |
| ☐ algumas vezes | ☐ poucas vezes | ☐ nunca |

26. Sentir-se deprimido e desencorajado:

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| ☐ o tempo todo | ☐ na maioria das vezes | |
| ☐ algumas vezes | ☐ poucas vezes | ☐ nunca |

27. Dificuldade quando se senta reto (por longos períodos):

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| ☐ o tempo todo | ☐ na maioria das vezes | |
| ☐ algumas vezes | ☐ poucas vezes | ☐ nunca |

28. Necessidade freqüente de urinar:

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| ☐ o tempo todo | ☐ na maioria das vezes | |
| ☐ algumas vezes | ☐ poucas vezes | ☐ nunca |

29. Dificuldade com transporte:

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| ☐ o tempo todo | ☐ na maioria das vezes | |
| ☐ algumas vezes | ☐ poucas vezes | ☐ nunca |

30. Movimentos repentinos extremos:

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| ☐ o tempo todo | ☐ na maioria das vezes | |
| ☐ algumas vezes | ☐ poucas vezes | ☐ nunca |

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

31. Dificuldade em concentração:

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| ☐ o tempo todo | ☐ na maioria das vezes | |
| ☐ algumas vezes | ☐ poucas vezes | ☐ nunca |

32. Dificuldade em se levantar da cadeira:

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| ☐ o tempo todo | ☐ na maioria das vezes | |
| ☐ algumas vezes | ☐ poucas vezes | ☐ nunca |

33. Prisão de ventre:

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| ☐ o tempo todo | ☐ na maioria das vezes | |
| ☐ algumas vezes | ☐ poucas vezes | ☐ nunca |

34. Dificuldade com a memória:

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| ☐ o tempo todo | ☐ na maioria das vezes | |
| ☐ algumas vezes | ☐ poucas vezes | ☐ nunca |

35. Dificuldade em se virar na cama:

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| ☐ o tempo todo | ☐ na maioria das vezes | |
| ☐ algumas vezes | ☐ poucas vezes | ☐ nunca |

36. Sua doença inibe sua vida sexual:

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| ☐ o tempo todo | ☐ na maioria das vezes | |
| ☐ algumas vezes | ☐ poucas vezes | ☐ nunca |

37. Sentindo-se preocupado (a) sobre as possíveis conseqüências de uma operação em conexão a sua doença:

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| ☐ o tempo todo | ☐ na maioria das vezes | |
| ☐ algumas vezes | ☐ poucas vezes | ☐ nunca |

Grupo-experimental

Sujeito	Sexo	Idade	Temp de doença	Estágio	Beck		IDATE	IDATE	Qualidade de Vida - 37	Qualidade de vida - 41																
										Percepção de saúde			Social		Físico		Psicológ.									
										I			II		Pré		Pós		Pré		Pós		Pré		Pós	
					Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	Pré	Pós	Pré	Pós
A.P.	mascul	56	07	2	06	01	40	23	36	32	81	59	4	2	8	3	1	8	13	09	26	22	27	16		
C.M.	femin	45	06	2	32	21	55	42	48	30	98	75	4	4	4	4	4	5	26	16	29	30	32	24		
G.N.	mascul	57	10	2,5	32	22	55	45	68	58	123	123	4	3	5	4	2	10	31	23	38	36	44	40		
L.A.C.	mascul	51	14	2,5	08	02	40	31	40	34	76	59	3	2	6	3	2	7	15	13	30	25	23	21		
N.T.A.	femin	65	14	2,5	22	02	45	40	48	32	96	78	4	4	7	3	2	7	25	09	41	16	17	16		
N.G.R.	femin	63	04	2,5	16	05	57	42	44	27	79	74	4	3	7	3	3	7	20	15	35	28	29	27		
R.R.S.	mascul	59	12	2,5	32	05	56	45	44	20	95	59	3	4	8	3	1	8	19	11	36	27	31	22		
R.S.P.	femin	71	06	2,5	35	10	50	46	64	35	110	89	4	4	9	4	4	10	27	20	41	34	40	34		

Grupo-control

Sujeito	Sexo	Idade	Temp de doença	Estágio	Beck	IDATE	IDATE	Qualidade de Vida - 37	Qualidade de vida - 41															
					I		II		Percepção de saúde						Social		Físico		Psicológ.					
					Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré			Pós			Pré	Pós	Pré	Pós				
											1	2	3	1	2	3								
A.M.L.	femin	70	06	2	06	05	36	32	40	38	65	73	4	3	5	3	2	7	17	18	23	26	25	22
A.C.G.	mascul	57	10	2,5	08	06	41	45	34	44	69	74	5	3	5	3	1	8	17	18	29	29	35	32
A.R.C.	mascul	47	04	2,5	11	17	58	58	42	42	113	119	4	3	6	3	4	7	25	23	30	39	6	30
CGOC	femin	72	04	2	21	19	53	48	51	51	128	127	3	2	6	3	2	7	15	18	30	29	23	21
E.C.T.	mascul	55	01	1,5	05	06	38	38	24	23	65	63	3	4	10	3	4	9	14	13	26	25	23	23
M.C.B.	femin	61	08	2,5	17	19	64	63	58	68	134	130	4	4	8	3	3	9	23	22	37	37	32	42
M.J.M.	mascul	67	08	2	17	16	35	34	56	58	113	112	4	4	6	3	3	7	19	19	39	39	32	36
S.N.R.	mascul	53	15	2,5	06	10	56	41	35	44	61	81	3	1	8	3	1	7	13	14	26	31	16	24