

Doença de Parkinson: transtornos psíquicos e quedas contribuem para o comprometimento da qualidade de vida do paciente

A doença de Parkinson (DP) é, depois da doença de Alzheimer, o transtorno neurodegenerativo mais freqüente. Estudo recente realizado em uma população do interior de Minas Gerais revelou que a DP pode acometer 3,3% dos indivíduos com mais de 65 anos de idade¹. Com a tendência crescente de envelhecimento da população, é de se imaginar que o número absoluto de pacientes com DP deva elevar-se substancialmente nas próximas décadas.

Do ponto de vista motor, a DP leva a muita limitação, mas o comprometimento do equilíbrio e da marcha são os que mais contribuem para a dependência do paciente. As alterações de marcha e equilíbrio manifestam-se basicamente com quedas freqüentes. As quedas não só limitam os pacientes, mas aumentam o risco de complicações graves e de morte. Não obstante, a DP é muito mais que um transtorno meramente motor, como se supunha no passado. O envolvimento psíquico e cognitivo são freqüentes e levam a um significativo comprometimento da qualidade de vida do paciente^{2,3}.

Depressão é uma das principais e mais freqüentes manifestações não motoras da DP. Pode acometer os parkinsonianos com prevalências tão discrepantes como de 20 a 90%. Diferentes fatores podem explicar prevalências tão diferentes. Podemos citar: a metodologia empregada para o diagnóstico da depressão, o tempo de doença, o grau de comprometimento motor, entre outros fatores. O comprometimento cognitivo pode ser observado em qualquer fase da doença, mas demência bem estabelecida não é comum, especialmente nas fases iniciais.

O trabalho de Prado *et al* neste número avaliou 10 pacientes com o diagnóstico de DP e encontrou que 3 deles tinham comprometimento cognitivo e 7, algum grau de depressão⁴. Nenhuma destas manifestações correlacionou-se com o grau de comprometimento motor. Em estudos com populações maiores de pacientes, é comum, ao contrário do observado, haver uma correlação entre depressão e grau de comprometimento motor e cognitivo. Um maior grau de envolvimento motor e cognitivo, por sua vez, está diretamente relacionado ao tempo de doença. Um estudo realizado em nosso serviço – Setor de Transtornos do Movimento da Disciplina de Neurologia da UNIFESP –, com 50 pacientes com DP, detectou que depressão esteve presente em 42% dos parkinsonianos e esteve relacionada ao tempo de doença e ao grau de comprometimento motor⁵. Apesar do número baixo de pacientes do estudo de Prado *et al*, é importante que os profissionais que lidam com os pacientes fiquem atentos para essas manifestações não motoras, pois o não reconhecimento delas é fonte de insucesso terapêutico em muitos casos.

Em outro estudo, Mata, Barros e Lima avaliam o risco de quedas em pacientes com DP⁶. Os autores estudaram 30 pacientes e avaliaram o risco de queda pela escala de Tinetti. Todos os pacientes que os autores rotularam de “estágio grave” tinham um alto risco de quedas. Mesmo nos pacientes em “estágio inicial”, o risco chegou a 20%. Os autores utilizaram uma pontuação arbitrária da escala de Webster para qualificar os pacientes nas diferentes fases. A forma habitual de classificação de estágios da doença de Parkinson é a de Hohen-Yahr, que poderia ser utilizada sem problemas no estudo e que daria maior confiabilidade aos resultados obtidos⁷. De qualquer modo, os resultados são interessantes, pois o risco de queda é tradicionalmente subestimado nos pacientes oligossintomáticos. Os transtornos do equilíbrio e da marcha são habitualmente considerados como problemas não responsivos ao tratamento farmacológico e, portanto, quando presentes, devem ser abordados por medidas fisioterapêuticas. Na realidade, a levodopa é capaz de interferir positivamente no equilíbrio e nas quedas, mesmo que parcialmente⁸. Isto não significa que a abordagem tenha que ser apenas farmacológica. É fundamental que o clínico esteja atento ao problema e alerte seu paciente para ter atenção com o risco de queda, e eventualmente recomende treinamento de equilíbrio e marcha.

Quem lida com o parkinsoniano sabe que o paciente deve ter uma abordagem multidisciplinar, pois nem todos os problemas solucionam com os medicamentos utilizados para o controle motor dos sintomas. Constipação intestinal deve ser abordada com orientação dietética e eventualmente medicamentos. Hipotensão postural pode melhorar com orientação para uso de meias elásticas e, nos casos mais graves, medicamentos hipertensores. Problemas com a deglutição, a fala e a voz são limitantes e respondem bem com reabilitação fonoterápica.

Os dois trabalhos aqui apresentados neste número estão nesta linha e são importantes para salientar formas de abordagem que não apenas o uso continuado da levodopa e de outros antiparkinsonianos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barbosa MT, Caramelli P, Maia DP, Cunninham MC, Guerra HL, Lima-Costa ME, et al. Parkinsonism and Parkinson's disease in the elderly: a community-based survey in Brazil (the Bambui study). *Mov Disord* 2006;21:800-8.
2. Carod-Artal F, Vargas AP, Martínez-Martin P. Determinants of quality of life in Brazilian patient with Parkinson's disease. *Mov Disord* 2007;22:1408-15.
3. Klepac N, Tikulja V, Relja M, Babic T. Is quality of life in non-demented Parkinson's disease patients related to cognitive performance? A clinic-based cross-sectional study. *Europ J Neurol* 2008;15:128-33.
4. Prado ALC, Puntel GO, Souza LP, Tomaz CAB. Análise das manifestações motoras, cognitivas e depressivas em pacientes com doença de Parkinson. *Rev Neurocienc* 2008;16(1).
5. Godke-Veiga BA. Depressão na doença de Parkinson: análise clínico-epidemiológica e comparação com um grupo de pacientes geriátricos não parkinsonianos. Dissertação de Mestrado [Neurologia e Neurociências]. UNIFESP, 2008.
6. Mata FA, Barros ALS, Lima CE. Avaliação do risco de queda em pacientes com doença de Parkinson. *Rev Neurocienc* 2008;16(1).
7. Hoehn MM, Yahr MD. Parkinsonism: onset, progression and mortality. *Neurology* 1967;17:427-42.
8. Nova IC, Perracini MR, Ferraz HB. Levodopa effect upon functional balance of Parkinson's disease patients. *Park Rel Disord* 2004;10:411-5.

Henrique Balalai Ferraz

Chefe do setor de Transtornos do Movimento
Disciplina de Neurologia – UNIFESP