



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIA E SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO FISIOTERAPIA

Isabella Ávila Lemos

A influência da dor em homens e mulheres com Doença de Parkinson

Araranguá

2024

Isabella Ávila Lemos

A influência da dor em homens e mulheres com Doença de Parkinson

Projeto de pesquisa submetido ao curso de Fisioterapia do Centro de Ciências, Tecnologia e Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharela em Fisioterapia.

Orientador(a): Prof.(a) Dra. Poliana Penasso

Araranguá

2024

Ficha de Identificação da Obra

Avila Lemos, Isabella

A influência da dor em homens e mulheres com Doença de Parkinson /Isabella Avila Lemos ; orientadora, POLIANA PENASSO, 2024.

43 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Campus
Araranguá, 2024.

Inclui referências.

1. . 2. Doença de Parkinson. 3. Qualidade de Vida. 4.
Dor . 5. Homens e Mulheres. I. PENASSO, POLIANA. II.
Universidade Federal de Santa Catarina. . III. Título.

Isabella Avila Lemos

A influência da dor em homens e mulheres com Doença de Parkinson

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do título de Bacharel em sua forma final do Curso de Fisioterapia.

Araranguá, 05 de dezembro de 2024.

Profa. Dra. Angélica Cristiane Ovando

UFSC

Me. Ana Sofia Kauling de Sousa

Profa. Dra. Poliana Penasso Bezerra

Orientadora

Araranguá

2024

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DP – Doença de Parkinson

LAFINEURO – Laboratório de Fisioterapia Neurofuncional

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

CEPSH – Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos CEPSH

KPPS – King's Parkinson Disease Pain Questionnaire

MEMM – Mini Exame do Estado Mental

PDQ- 39 – Questionário de Qualidade de Vida na Doença de Parkinson de 39 itens

HY – Escala de Estadiamento de Hoeh E Yahr

RESUMO

Introdução: A doença de Parkinson é uma doença degenerativa, sua fisiopatologia envolve a morte de neurônios dopaminérgicos. Como característica apresenta sintomas motores e não motores. A dor é um sintoma não motor comum, que pode surgir em qualquer momento do curso da doença. Acredita-se que este sintoma apareça devido a uma alteração nos sistemas dopaminérgicos e glutamatérgicos. A Doença de Parkinson difere entre homens e mulheres devido a questões genéticas, por este motivo, há diferenças na vivência dos sintomas da doença entre os gêneros. **Objetivos:** O objetivo deste estudo foi compreender o impacto da dor na vida das pessoas com a Doença de Parkinson e investigar as diferenças entre homens e mulheres nesse contexto. A investigação visa fornecer informações essenciais para a identificação do tratamento e manejo clínico mais eficaz da dor associada à doença entre ambos. **Métodos:** O estudo presente é um estudo transversal que inclui homens e mulheres com doença de Parkinson, que experienciam ou não o sintoma de dor. Os participantes responderam ao questionário King's Parkinson Disease Pain Questionnaire específico para dor validado e traduzido. As análises foram realizadas de forma descritiva. **Resultados:** O estudo foi realizado com 15 participantes, sendo 60% homens e 40% mulheres. A dor musculoesquelética foi a mais prevalente, com mulheres relatando dor mais intensa que os homens, enquanto homens relatam maior frequência. A análise revelou que a mobilidade afetou mais a qualidade de vida das mulheres. **Conclusão:** Este estudo destaca o impacto significativo da dor na qualidade de vida de pessoas com DP, com maior prevalência de dor musculoesquelética em homens, mas maior intensidade e comprometimento em mulheres. As diferenças de gênero sugerem a necessidade de tratamentos personalizados para melhorar a qualidade de vida desses pacientes.

Palavras chave: Doença de Parkinson; Dor; Homens; Mulheres, Qualidade de vida.

ABSTRACT

Introduction: Parkinson's disease is a degenerative disease whose pathophysiology involves the death of dopaminergic neurons. It is characterized by motor and non-motor symptoms. Pain is a common non-motor symptom, which can appear at any time during the course of the disease. It is believed that this symptom appears due to an alteration in the dopaminergic and glutamatergic systems. Parkinson's Disease differs between men and women due to genetic issues, for this reason there are differences in the experience of the symptoms of the disease between the genders. **Objectives:** The aim of this study was to understand the impact of pain on the lives of people with Parkinson's Disease and to investigate the differences between men and women in this context. The research aims to provide essential information for identifying the most effective treatment and clinical management of pain associated with the disease among both genders. **Methods:** The present study is a cross-sectional study that includes men and women with Parkinson's disease, who experience or not the symptom of pain. Participants answered the validated and translated King's Parkinson's Disease Pain Questionnaire. Analyses were carried out descriptively. **Results:** The study was carried out with 15 participants, 60% men and 40% women. Musculoskeletal pain was the most prevalent, with women reporting more intense pain than men, while men reported it more frequently. The analysis revealed that mobility affected women's quality of life more. **Conclusion:** This study highlights the significant impact of pain on the quality of life of people with PD, with a higher prevalence of musculoskeletal pain in men, but greater intensity and impairment in women. The gender differences suggest the need for personalized treatments to improve the quality of life of these patients.

Key words: Parkinson's disease; Pain; Men; Women, Quality of life.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	12
RESUMO	13
ABSTRACT	14
SUMÁRIO	15
1 INTRODUÇÃO	9
1.1 PERGUNTA DE PESQUISA	11
2 OBJETIVOS	12
2.1 OBJETIVOS GERAIS:	12
3 MÉTODOS.....	13
3.1 DESENHO DO ESTUDO	13
3.2 LOCAL DO ESTUDO	13
3.1 LOCAL DA PESQUISA	13
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	14
3.3.1 População da pesquisa	14
3.3.2 Critérios de inclusão e exclusão	14
3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	15
3.4.1 Anamnese	15
3.4.2 Escala de Estadiamento de Hoehn e Yahr (HY)	15
3.4.3 Mini Exame do Estado Mental (MEEM)	15
3.4.4 Questionário de Qualidade de Vida na Doença de Parkinson de 39 itens (PDQ-39).....	16
3.4.5 King's Parkinson Disease Pain Questionnaire (KPPS).....	16
3.5 PROCEDIMENTO DO ESTUDO.....	17
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	18
3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA	19
4 RESULTADOS.....	20
5 DISCUSSÃO.....	24
6 CONCLUSÃO	28
REFERÊNCIAS	29
APÊNDICE A – FICHA DE AVALIAÇÃO	33
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	34
ANEXO A – ESCALA DE ESTADIAMENTO DE HOEHN E YAHR	37
ANEXO B – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)	38

ANEXO C- QUESTIONARIO DE QUALIDADE DE VIDA NA DOENÇA DE PARKINSON DE 39 ITENS (PDQ-39)	
.....	39
ANEXO D - KING'S PARKINSON DISEASE PAIN QUESTIONNAIRE (KPPS)	43

1 INTRODUÇÃO

A Doença de Parkinson (DP) é uma doença neurodegenerativa, descrita pela primeira vez por James Parkinson em 1817 (SABA et al., 2022). Caracterizada por sintomas motores como bradicinesia, tremor de repouso, rigidez e alterações posturais, além de sintomas não motores (SABA et al., 2022). Os sintomas não motores afetam significativamente as funções sensoriais, autonômicas, cognitivas dos pacientes com DP, que influenciam consideravelmente em sua qualidade de vida (HOMAYOUN et al., 2018). Sua incidência aumentou significativamente entre 1990 e 2016, mais do que dobrando o número de pacientes com a condição, atingindo atualmente mais de 6 milhões de pessoas (DORSEY et al., 2018). No Brasil, dados extraoficiais apontam cerca de 220 mil pacientes com DP em todo país (BOVOLENTA et al., 2017).

A dor é um sintoma não motor complexo e consideravelmente comum na DP. O sintoma da dor pode estar presente em qualquer fase da doença, até mesmo, antes de iniciarem os sintomas motores. Estima-se que cerca de 50% dos pacientes diagnosticados experienciam a dor de intensidade moderada a intensa causada pela DP em algum momento da sua vida (TAI et al., 2020). Apesar de comum, ainda é um sintoma que detém pouca atenção, mesmo possuindo um impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes (CATTANEO et al., 2023).

A fisiopatologia da DP envolve a morte dos neurônios dopaminérgicos, responsáveis pela produção de dopamina, os quais estão diretamente associados à substância nigra e ao acúmulo de proteínas denominadas Corpos de Lewy, que se agregam no interior dos neurônios. Essa degeneração resulta em uma redução nos níveis de dopamina (CAPATO; DOMINGOS; ALMEIDA, 2016). O mecanismo responsável pelo sintoma da dor na DP, ainda não é totalmente compreendido (CAPATO; DOMINGOS; ALMEIDA, 2016). Sabe-se que disfunções no sistema dopaminérgico influenciam na percepção da dor e na resposta a estímulos nocivos. Portanto, acredita-se que o sintoma de dor possui relação com a diminuição de dopamina que ocorre devido a fisiopatologia da doença (CATTANEO et al., 2023). Além do sistema dopaminérgico, outros sistemas podem estar envolvidos na modulação da dor, como o glutamatérgico. A redução da dopamina no corpo estriado leva a um aumento da atividade do glutamato nos núcleos da base. O glutamato, por sua vez, é o neurotransmissor responsável por transmitir os sinais de dor e as informações sensoriais periféricas para a medula espinhal.

Consequentemente, a hiperatividade do glutamato resulta na amplificação dos sinais de dor e no aumento da sensibilidade aos estímulos sensoriais periféricos, contribuindo assim para o desenvolvimento ou agravamento dos sintomas dolorosos associados à DP (CATTANEO et al., 2023).

Dentre as formas de classificação da dor, a mais comum atualmente é a classificação de Ford, a qual classifica a dor em musculoesquelética, distônica, central, neuropática e acatisia (MYLIUS et al., 2020). Outra classificação comum na prática clínica é a de Wasner e Deuschle, que utiliza quatro níveis para entender a dor (CATTANEO et al., 2023). O primeiro nível refere-se à dor relacionada ou não relacionada à DP. O segundo nível define se a dor é nociceptiva, neuropática ou de origem diversa. O terceiro nível determina se a dor é de origem musculoesquelética, visceral, cutânea ou central. E por fim, o quarto nível avalia as estruturas específicas e patologias (WASNER et al., 2012).

Fatores genéticos e hormonais específicos de cada sexo colaboram significativamente com as diferenças biológicas na manifestação de doenças neurodegenerativas como a DP (PICILLO et al., 2017). As diferenças entre os sexos feminino e masculino abrangem vários aspectos do curso da doença. Estudos revelam que a DP em mulheres pode começar com uma característica mais benevolente, comparada a homens, por conta do efeito protetor dos estrógenos. Entretanto, com a progressão da DP, mulheres experienciam maior risco para desenvolver complicações relacionadas ao tratamento da doença (PICILLO et al., 2017).

Essas diferenças de gênero na DP estão intimamente ligadas à percepção da dor. Estudos demonstraram uma maior prevalência de várias síndromes de dor, incluindo dor relacionada à DP, no sexo feminino (CATTANEO et al., 2023). Assim, o sexo feminino tem sido considerado um dos preditores para a dor na DP (BUHMANN; KASSUBEK; JOST, 2020).

Compreender a experiência da dor em pacientes com DP e as diferenças entre homens e mulheres nessa experiência é de suma importância para garantir um manejo eficaz da dor na prática clínica. A investigação desses aspectos pode resultar em uma melhora significativa na qualidade de vida e no bem-estar desses indivíduos. Portanto, o presente estudo se torna relevante tanto para a pesquisa acadêmica quanto para a comunidade.

1.1 PERGUNTA DE PESQUISA

"Qual é o impacto da dor na vida das pessoas diagnosticadas com doença de Parkinson, e como essa experiência difere entre homens e mulheres?"

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GERAIS

O objetivo deste estudo é compreender o impacto da dor na vida das pessoas com a Doença de Parkinson e investigar as diferenças entre homens e mulheres nesse contexto. A investigação visa fornecer informações essenciais para a identificação do tratamento e manejo clínico mais eficaz da dor associada à doença entre ambos.

3 MÉTODOS

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Estudo do tipo transversal com indivíduos diagnosticados com doença de Parkinson, desenvolvido em um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em Araranguá - SC, cidade litorânea localizada no extremo sul Catarinense, que possui, segundo último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2022) (IBGE, 2022), uma população estimada de 71.922 habitantes.

3.1 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi executada no Laboratório de Fisioterapia Neurofuncional (LAFINEURO), situado na Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, campus Araranguá, unidade Mato Alto.

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

3.3.1 População da pesquisa

Foram convidados para participar da pesquisa indivíduos com diagnóstico da DP que frequentam o projeto de extensão “Parkinson na Ativa”, uma parceria feita entre a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e a Associação Tocando Em Frente, uma sociedade sem fins lucrativos composta por parkinsonianos e seus familiares residentes em Araranguá e arredores. Atualmente, o projeto conta com 30 participantes.

3.3.2 Critérios de inclusão e exclusão

A pesquisa teve como critérios de inclusão indivíduos com diagnóstico da DP dado por neurologista, cuja sintomatologia principal é a bradicinesia, com resposta satisfatória a medicação dopaminérgica, sobretudo a levodopa (Cabreira; Massano, 2019), de ambos os sexos, nos estágios de leve a grave na Escala de Hoehn e Yahr (Florêncio *et al.*, 2019), que experienciem ou não a dor relacionada à DP.

Foi utilizado como critério de exclusão indivíduos com diagnóstico de doenças distintas da DP que podem causar dor e que sejam incapazes de compreender ou responder os questionários de avaliação da dor.

Entretanto, não foi excluído nenhum participante, pois não foram identificados diagnósticos de outras doenças que não a doença de Parkinson, e todos os participantes possuíam capacidade cognitiva para responder aos questionários aplicados.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

3.4.1 Anamnese

No primeiro momento, foi aplicado uma ficha de avaliação padronizada para preenchimento de dados pessoais e demográficos do paciente, como nome completo, idade, gênero, endereço, número de telefone, ocupação e histórico médico, incluindo outras condições de saúde relevantes.

3.4.2 Escala de Estadiamento de Hoehn e Yahr (HY)

A Escala de Estadiamento de Hoehn e Yahr (HY) (Anexo A) permite classificar a progressão da DP dentro de cinco estágios, sendo HY1 e HY2 estágios iniciais, HY3 e HY4 moderados e HY5 avançado. O HY1 compreende envolvimento apenas unilateral com nenhuma ou mínima incapacidade funcional, HY2 envolvimento bilateral ou axial sem alteração de equilíbrio, HY3 envolvimento bilateral com limitação de atividades de leve a moderada e reflexos posturais prejudicados, mas independente fisicamente, HY4 limitação grave de atividades, mas ainda capaz de caminhar ou ficar de pé sem assistência e HY5 indivíduo é restrito a cama ou cadeira de rodas, salvo se tiver ajuda (Capato; Domingos; Almeida, 2015).

3.4.3 Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (Anexo B) foi desenvolvido por Folstein *et al.* (1975) com objetivo de avaliar sintomas de demência (Melo, 2015) e posteriormente traduzida e modificado para o Brasil por Bertolucci *et al.* (1994), abrangendo portos de corte baseados no nível de escolaridade, até então inexistentes, e com o intuito de avaliar a função

cognitiva (Melo, 2015). Abrange perguntas relacionadas à orientação temporal e espacial, atenção, cálculo, memória, evocação e linguagem. E seu escore máximo é de 30 pontos, sendo considerado normal escore de 20 para analfabetos, 25 para pessoas com um a quatro anos de escolaridade, 26,5 para aquelas com cinco a oito anos de escolaridade, 28 para indivíduos que estudaram de nove a 11 anos e 29 para aqueles com escolaridade superior a 11 anos (Melo, 2015).

3.4.4 Questionário de Qualidade de Vida na Doença de Parkinson de 39 itens (PDQ-39)

O Questionário de Qualidade de Vida na Doença de Parkinson de 39 itens (PDQ-39) (Anexo C) é dos instrumentos mais utilizados para avaliar a qualidade de vida dos pacientes com DP, pois foi desenvolvido especificamente para a doença. Este questionário foi validado e traduzido para português. Composto por 39 questões divididos em domínios, como, mobilidade, atividades da vida diária, bem estar emocional, estigma, suporte social, cognição, comunicação, e desconforto corporal. A pontuação das questões variam de zero a quatro, sendo, 0=nunca, 1= ocasionalmente, 2= às vezes; 3= frequentemente; 4= sempre (SANTOS et al., 2010).

3.4.5 King's Parkinson Disease Pain Questionnaire (KPPS)

A King's Parkinson Disease Pain Questionnaire (KPPS) (Anexo D) é uma escala de dor específica para pacientes com DP validada e traduzida para o português (COIMBRA et al., 2021). Esta escala abrange 7 domínios de dor. Sendo dor musculoesquelética, dor crônica, dor relacionada à flutuação, dor noturna, dor orofacial, descoloração/edema/inchaço e dor radicular (MYLIUS et al., 2020). Cada domínio recebe uma nota para gravidade (de 0 a 3) que é multiplicada pela nota para frequência (de 0 a 4), resultando em uma pontuação de 0 a 12. Ao somar todas as pontuações, obtém-se uma pontuação total com uma variação possível de 0 a 168 (PEREZ-LLORET et al., 2016). As informações coletadas nos sete domínios oferecem aos profissionais de saúde uma compreensão abrangente dos variados tipos de dor associados à doença de Parkinson (CHAUDHURI et al., 2015).

3.5 PROCEDIMENTO DO ESTUDO

Inicialmente, de forma presencial durante os atendimentos normais no LAFINEURO, foram convidados a participar da pesquisa os indivíduos com DP que participam do projeto de extensão “Parkinson na Ativa”, e aos que aceitaram, foram repassadas informações e orientações gerais sobre o estudo e seu funcionamento. O termo de consentimento livre e esclarecido foi lido e explicado para cada participante. Aqueles que concordaram em participar da pesquisa, após a assinatura do TCLE, seguiram com as avaliações.

Foi aplicada uma ficha de avaliação para coletar informações pessoais sobre o paciente e sua condição de saúde. Posteriormente, a Escala de Estadiamento de Hoeh E Yahr (HY) (Anexo A) foi utilizada para classificar a doença de Parkinson.

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (Anexo B) foi realizado para avaliar a função cognitiva. Ao aplica-lo foram realizadas perguntas sobre data e localização, repetição de palavras, cálculo simples e identificação de objetos, além de, atividades que envolvam habilidades visuais-espaciais. As repostas foram pontuadas e o score final analisado para determinar se está dentro dos padrões de normalidade ou se sugere algum comprometimento cognitivo.

Após isso, foi aplicado o questionário KPPS (Anexo D), onde o participante respondeu quatorze perguntas direcionadas a dor, divididas entre sete domínios. O participante pontuou cada sintoma de acordo com a gravidade e frequência, referentes ao último mês. (SARTORI et al., 2020). Em seguida, as questões do PDQ-39 (Anexo C) foram respondidas e pontuadas de 0 a 4 de acordo com a frequência em que os eventos relacionados a manifestação da doença ocorrem.

Os questionários são de fácil aplicação e entendimento. Sendo assim, estima-se que o tempo para que os participantes respondam todos seja de aproximadamente 90 minutos.

Por fim, os pontos de cada domínio da escala foram pontuados para avaliação.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo adere às normas estabelecidas na Resolução nº 466/2012 para pesquisas envolvendo seres humanos, garantindo os direitos dos participantes de acordo com os princípios da bioética. São assegurados os princípios da beneficência, não maleficência, autonomia, justiça, equidade e consideração pela vulnerabilidade.

O estudo foi submetido e aprovado (CAAE: 80921824.2.0000.0121) pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina, o qual zela pela integridade e dignidade dos participantes, contribuindo para promover o desenvolvimento ético da pesquisa.

Todos os participantes foram instruídos e informados sobre os objetivos e condutas da pesquisa. E então, assinaram, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), o qual, esclarece de forma clara e objetiva, os aspectos da pesquisa. O TCLE foi emitido em duas vias, onde uma ficou com o pesquisador e a outra obrigatoriamente com o participante, conforme estabelecido RESOLUÇÃO Nº 466 de 2012.

Potenciais riscos aos participantes da pesquisa incluíram constrangimento, nervosismo, evocação de memórias, reforço da conscientização sobre condições físicas ou psicológicas restritivas ou incapacitantes, e cansaço ou aborrecimento ao responder questionários. Diante disso, foram adotadas medidas apropriadas para minimizar os danos que poderiam surgir. Deixando claro ao participante que ele possuía total liberdade para interromper a participação a qualquer momento e tem possibilidade de recusa em responder qualquer pergunta. Assim como, todos os dados coletados para a pesquisa são mantidos em sigilo para garantir a confidencialidade e a privacidade, evitando a estigmatização e assegurando que as informações não serão utilizadas prejudicialmente contra o indivíduo.

Bem como, benefícios da pesquisa incluem a compreensão da dor atribuída à doença, o entendimento da condição para que sejam feitos manejo clínicos eficazes, e o conhecimento da realidade local para o desenvolvimento de práticas adequadas.

Diante disso, declaro que não houve conflito de interesses, de forma direta ou indireta, entre pesquisador e os participantes da pesquisa. Garantindo assim, a confiabilidade e a validade dos resultados obtidos.

3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram organizados no software de planilha Microsoft Excel (versão 2013) e analisados de forma descritiva. As variáveis contínuas foram descritas por média e desvio padrão, enquanto as variáveis categóricas foram apresentadas em frequências absolutas e relativas. Os resultados foram visualizados por meio de tabelas e quadros.

4 RESULTADOS

O presente estudo foi realizado com 15 participantes diagnosticados com Doença de Parkinson, sendo 9 (60%) homens e 6 (40%) mulheres (Tabela 1). A faixa etária variou entre 55 e 77 anos, com uma média de 64,93 anos e um desvio padrão de 6,62.

Tabela 1 - Distribuição de Participantes por Sexo

Sexo	Número de Pessoas	%
Homens	9	60%
Mulheres	6	40%
TOTAL	15	100%

Fonte: elaborado pela autora (2024)

Quanto à auto declaração de cor, 93,33% participantes se declararam brancos e 6,66% se declararam pardos. O nível de escolaridade predominante entre os participantes foi o ensino fundamental incompleto, seguido por ensino médio incompleto. Sendo que 33,33% dos participantes possuem ensino fundamental incompleto, 20% possuem ensino médio incompleto, 13,33% têm ensino médio completo, 13,33% possuem ensino superior completo e 20% têm pós-graduação, como mostra a Tabela 2. Dos 15 dos 15 participantes são aposentados atualmente.

Tabela 2 - Nível de Escolaridade dos Participantes

Nível de Escolaridade	Número de Pessoas	Homens	Mulheres	% Total
Pós Graduação	3	1	2	20%
Ensino Superior	2	2	0	13,33%
Ensino Fundamental	5	2	3	33,33%
Incompleto				
Ensino Médio	3	2	1	20%
Incompleto				
Ensino Médio	2	2	0	13,33%
Completo				
TOTAL	15	9	6	100%

Fonte: elaborado pela autora (2024)

Em relação às comorbidades, as mais frequentemente citadas foram dislipidemia, hipertensão, diabetes e depressão. O medicamento que os pacientes estão utilizando atualmente é o Prolopa.

A MEEM foi utilizada para avaliar a função cognitiva, seus escores variam de 0 a 30, com pontuações mais baixas indicando um possível comprometimento cognitivo. A análise dos resultados do MEEM revelou que alguns pacientes apresentaram pontuação abaixo de 24, o que pode indicar sinais de comprometimento cognitivo leve ou dificuldades cognitivas. Especificamente, 6,66% dos pacientes obtiveram pontuação de 22, 13,33% pacientes pontuaram 23 e 6,66% dos pacientes pontuaram 16. Por outro lado, os pacientes que apresentaram pontuação entre 24 e 30, considerados dentro da faixa de normalidade para a função cognitiva, incluíram 13,33% pacientes com pontuação de 29, 13,33% com 28, 13,33% com 27, 6,66% com 26, 6,66% com 30 e 20% com 25. Sendo assim, os resultados sugerem que a maioria dos pacientes apresenta uma função cognitiva normal. A média geral dos resultados é 25,6 e o desvio padrão 3,56, o que indica uma função cognitiva considerada normal para a maioria dos pacientes, embora haja uma pequena quantidade de pacientes com escores abaixo de 24, que podem exigir mais investigação para saber se há comprometimento cognitivo.

Em relação à classificação de HY, que é comumente utilizada para avaliar a gravidade da Doença de Parkinson, a maioria dos pacientes foi classificada nas categorias leve (I e II) e moderada (III). A tabela 3 indica a porcentagem de distribuição de pacientes por estágios da HY.

Tabela 3 - Estágio da Doença de Parkinson (Classificação de Hoehn e Yahr)

Classificação HY	Número de Pessoas	Homens	Mulheres	% Total
I	2	2	0	13,33%
II	9	5	4	60%
III	4	2	2	26,66%
IV	0	0	0	0%
V	0	0	0	0%
TOTAL	15	9	6	100%

Fonte: elaborado pela autora (2024)

Para avaliação da qualidade de vida foi utilizada a escala PDQ-39. Seu questionário é dividido em oito domínios, cada um possui uma pontuação total. O domínio de maior pontuação

média (15,6) foi a de mobilidade, com uma distribuição das respostas que indicou que a maioria dos participantes experimentou dificuldades significativas nessa área (Quadro 1). Em contrapartida, no domínio destinado ao Apoio Social, foi a menor média com 0,46, com a maioria dos homens relatando ausência de dificuldades (96,29%). No entanto, as mulheres tendem a perceber uma falta de apoio social em maior medida, com 16,66% delas pontuando 1.

Quadro 1 - Resultados da PDQ-39 nos diferentes domínios de qualidade de vida de pacientes com DP

Tipos de Dor	KPPS								
	Homens (9)			Mulheres (6)			Amostra total (15)		
Gravidade	Frequencia	Média Total + DPM	Gravidade	Frequencia	Média Total + DPM	Gravidade	Frequencia	Média Total + DPM	
Dor Musculoesquelética	0= 22,22%	0= 11,11%	4,11 + 4,19	0 = 33,33%	0= 33,33%	4 + 3,75	0 = 20%	0= 20%	4,06 + 3,89
	1= 44,44%	1= 11,11%		1= 16,66%	1= 0%		1= 40%	1= 6,66%	
	2= 22,22%	2= 0%		2= 50%	2= 16,33%		2= 33,33%	2= 6,66%	
	3= 11,11%	3= 22,22%		3= 0%	3= 16,33%		3= 6,66%	3= 20%	
	4= 55,55%			4= 33,33%			4= 46,6%		
Dor Crônica	0= 72,22%	0= 72,22%	0,61 + 1,19	0 = 75%	0= 75%	1,33 + 2,46	0 = 73,33%	0=73,33%	0,9 + 1,8
	1= 22,22%	1= 11,11%		1= 0%	1= 0%		1= 13,33%	1= 6,66%	
	2= 5,55%	2= 11,11%		2= 16,66%	2= 16,66%		2= 10%	2= 13,33%	
	3= 0%	3= 5,55%		3= 8,33%	3= 8,33%		3= 3,33%	3= 6,66%	
	4= 0%			4= 0%			4= 0%		
Dor Intermittente	0 = 74,07%	0= 74,07%	0,85 + 1,17	0 = 72,22%	0= 72,22%	2,11 + 3,78	0 = 73,33%	0=73,33%	1,35 + 2,76
	1= 22,22%	1= 3,70%		1= 0%	1= 0%		1= 13,33%	1= 2,22%	
	2= 3,70%	2= 0%		2= 5,55%	2= 5,55%		2= 4,44%	2= 2,22%	
	3= 0%	3= 7,40%		3= 22,22%	3= 5,55%		3= 8,88%	3= 6,66%	
	4= 14,81 %			4= 16,66%			4= 15,55%		
Dor Noturna	0= 88,88%	0= 88,88%	1,11 + 3,3	0 = 66,66%	0= 66,66%	2,33 + 83,89	0 = 80%	0= 80%	1,6 + 3,53
	1= 0%	1= 0%		1= 8,33%	1= 0%		1= 3,33%	1= 0%	
	2= 5,55%	2= 0%		2= 0%	2= 16,68%		2= 3,33%	2= 6,6%	
	3= 5,55%	3= 0%		3= 25%	3= 0%		3= 13,33%	3= 0%	
	4= 11,11%			4= 16,66%			4= 13,33%		
Dor Oftacial	0 = 96,29%	0= 96,29%	0,22 + 0,15	0 = 94,44%	0= 94,44%	0,33 + 1,41	0 = 95,55%	0= 95,55%	0,26 + 1,25
	1= 0%	1= 0%		1= 0%	1= 0%		1= 0%	1= 0%	
	2= 3,70%	2= 0%		2= 0%	2= 5,55%		2= 2,22%	2= 2,22%	
	3= 0%	3= 3,70%		3= 5,55%	3= 0%		3= 2,22%	3= 2,22%	
	4= 0%			4= 0%			4= 0%		
Descoloração/Edema/Inchaço	0 = 77,77%	0= 77,77%	1,05 + 2,91	0 = 66,66%	0= 66,66%	2,66 + 3,56	0 = 73,33%	0= 73,3%	1,36 + 3,15
	1= 16,66%	1= 5,55 0%		1= 16,66%	1= 0%		1= 16,66%	1= 3,33%	
	2= 0%	2= 5,55 0%		2= 8,33%	2= 8,33%		2= 0%	2= 6,66%	
	3= 5,55%	3= 0%		3= 8,33%	3= 0%		3= 10%	3= 0%	
	4= 11,11%			4= 25%			4= 16,66%		
Dor Radicular	0 = 77,77%	0= 77,77%	1 + 2,04	0 = 83,33%	0= 83,33%	0,16 + 0,4	0 = 80%	0= 80%	0,66 + 2,05
	1= 11,11%	1= 11,11%		1= 16,33%	1= 16,33%		1= 13,33%	1= 13,33%	
	2= 11,11%	2= 0%		2= 0%	2= 0%		2= 6,66%	2= 0%	
	3= 0%	3= 0%		3= 0%	3= 0%		3= 0%	3= 0%	
	4= 11,11%			4=0%			4=6,66%		

Fonte: elaborado pela autora (2024)

Para avaliar a dor na doença de Parkinson, foi utilizada a escala KPPS, com o objetivo de identificar o tipo de dor mais prevalente nos pacientes, além de sua gravidade e frequência. Dor Musculoesquelética é a que apresenta maior frequência, com 55,55% de homens e 33,33% de mulheres indicando frequência 4 (Quadro 2). Em relação a gravidade da dor musculoesquelética, a maioria dos homens pontuaram 44,44% em dor leve (1) e as mulheres 50% em dor moderada (2). A pontuação média de gravidade por frequência de toda amostra foi de 4,06. O desvio padrão de 3,89 apontando para uma grande variação nas respostas

Quadro 2 - Resultados da KPPS para os diferentes tipos de dor dos participantes do estudo, incluindo a gravida e frequência de cada domínio

KPPS											
Tipos de Dor	Homens (9)			Mulheres (6)			Amostra total (15)				
	Gravidade	Frequencia	Média Total + DPM	Gravidade	Frequencia	Média Total + DPM	Gravidade	Frequencia	Média Total + DPM		
Dor Musculoesquelética	0= 22,22%	0= 11,11%	4,11 + 4,19	0 = 33,33%	0= 33,33%	4 + 3,75	0 = 20%	0= 20%	4,06 + 3,89		
	1= 44,44%	1= 11,11%		1= 16,66%	1= 0%		1= 40%	1= 6,66%			
	2= 22,22%	2= 0%		2= 50%	2= 16,33%		2= 33,33%	2= 6,66%			
	3= 11,11%	3= 22,22%		3= 0%	3= 16,33%		3= 6,66%	3= 20%			
	4= 55,55%			4= 33,33%			4= 46,6%				
Dor Crônica	0= 72,22%	0= 72,22%	0,61 + 1,19	0 = 75%	0= 75%	1,33 + 2,46	0 = 73,33%	0= 73,33%	0,9 + 1,8		
	1= 22,22%	1= 11,11%		1= 0%	1= 0%		1= 13,33%	1= 6,66%			
	2= 5,55%	2= 11,11%		2= 16,66%	2= 16,66%		2= 10%	2= 13,33%			
	3= 0%	3= 5,55%		3= 8,33%	3= 8,33%		3= 3,33%	3= 6,66%			
	4= 0%			4= 0%			4= 0%				
Dor Intermittente	0 = 74,07%	0= 74,07%	0,85 + 1,17	0 = 72,22%	0= 72,22%	2,11 + 3,78	0 = 73,33%	0= 73,33%	1,35 + 2,76		
	1= 22,22%	1= 3,70%		1= 0%	1= 0%		1= 13,33%	1= 2,22%			
	2= 3,70%	2= 0%		2= 5,55%	2= 5,55%		2= 4,44%	2= 2,22%			
	3= 0%	3= 7,40%		3= 22,22%	3= 5,55%		3= 8,88%	3= 6,66%			
	4= 14,81 %			4= 16,66%			4= 15,55%				
Dor Noturna	0= 88,88%	0= 88,88%	1,11 + 3,3	0 = 66,66%	0= 66,66%	2,33 + 83,89	0 = 80%	0= 80%	1,6 + 3,53		
	1= 0%	1= 0%		1= 8,33%	1= 0%		1= 3,33%	1= 0%			
	2= 5,55%	2= 0%		2= 0%	2= 16,66%		2= 3,33%	2= 6,6%			
	3= 5,55%	3= 0%		3= 25%	3= 0%		3= 13,33%	3= 0%			
	4= 11,11%			4= 16,66%			4= 13,33%				
Dor Orofacial	0 = 96,29%	0= 96,29%	0,22 + 0,15	0 = 94,44%	0= 94,44%	0,33 + 1,41	0 = 95,55%	0= 95,55%	0,26 + 1,25		
	1= 0%	1= 0%		1= 0%	1= 0%		1= 0%	1= 0%			
	2= 3,70%	2= 0%		2= 0%	2= 5,55%		2= 2,22%	2= 2,22%			
	3= 0%	3= 3,70%		3= 5,55%	3= 0%		3= 2,22%	3= 2,22%			
	4= 0%			4= 0%			4= 0%				
Descoloração/Edema/Inchaço	0 = 77,77%	0= 77,77%	1,05 + 2,91	0 = 66,66%	0= 66,66%	2,66 + 3,56	0 = 73,33%	0= 73,3%	1,36 + 3,15		
	1= 16,66%	1= 5,55 0%		1= 16,66%	1= 0%		1= 16,66%	1= 3,33%			
	2= 0%	2= 5,55 0%		2= 8,33%	2= 5,33%		2= 0%	2= 6,6%			
	3= 5,55%	3= 0%		3= 8,33%	3= 0%		3= 10%	3= 0%			
	4= 11,11%			4= 25%			4= 16,66%				
Dor Radicular	0 = 77,77%	0= 77,77%	1 + 2,04	0 = 83,33%	0= 83,33%	0,16 + 0,4	0 = 80%	0= 80%	0,66 + 2,05		
	1= 11,11%	1= 11,11%		1= 16,33%	1= 16,33%		1= 13,33%	1= 13,33%			
	2= 11,11%	2= 0%		2= 0%	2= 0%		2= 6,66%	2= 0%			
	3= 0%	3= 0%		3= 0%	3= 0%		3= 0%	3= 0%			
	4= 11,11%			4=0%			4=6,66%				

Fonte: elaborado pela autora (2024)

5 DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo investigar a influência da dor na qualidade de vida de homens e mulheres com Doença de Parkinson (DP). A dor, frequentemente associada à DP, é um sintoma complexo que pode afetar significativamente o bem-estar físico e emocional dos pacientes. Para a realização do estudo foi utilizada as escalas PDQ-39 e KPPS as quais são de fácil entendimento e específicas avaliação de pacientes com Doença de Parkinson. Essas ferramentas permitiram uma análise detalhada das percepções dos indivíduos sobre sua condição, possibilitando uma melhor compreensão dos efeitos da dor na rotina diária e na funcionalidade, além de oferecer compreensão sobre como esses impactos podem variar entre os sexos.

Os achados da escala PDQ-39 indicaram variações importantes entre os diferentes domínios da qualidade de vida. O domínio de mobilidade foi o que apresentou a maior pontuação média, sugerindo que a maioria dos participantes enfrentou dificuldades significativas em atividades motoras.

Comparando com estudos anteriores, como o de Lubomski et al. (2021) encontramos uma diferença interessante no que diz respeito ao desconforto corporal. No estudo mencionado, o desconforto corporal foi o fator mais fortemente associado ao comprometimento da qualidade de vida, com uma média de 39,7 e desvio padrão de 26,8, superando outros fatores, incluindo a mobilidade. No nosso estudo, o domínio de desconforto corporal apresentou uma média de 4, uma das menores médias, sugerindo que, para a maioria dos participantes, o desconforto corporal não foi o principal fator de comprometimento da qualidade de vida. Esses achados sugerem que, embora o desconforto corporal seja um fator importante, ela não tenha sido tão prevalente quanto a dificuldade motora.

Além disso, o domínio de apoio social apresentou a menor pontuação média entre os participantes, com a maioria dos homens indicando ausência de dificuldades nesta área, enquanto as mulheres relataram sentir uma falta mais significativa de apoio social. Essa diferença pode refletir a maneira como o apoio social é percebido e procurado por homens e mulheres, sendo que as mulheres, tradicionalmente, tendem a buscar mais apoio emocional e social, e a falta desse apoio pode afetar negativamente sua qualidade de vida. A literatura também corrobora esses achados, já que um estudo anterior indicou que o apoio social teve a

menor associação com o comprometimento da qualidade de vida entre pacientes com DP (LUBOMSKI et al., 2021).

Esses resultados reforçam a ideia de que a qualidade de vida dos pacientes com Doença de Parkinson é afetada por uma combinação de fatores motores e não motores, e que existem variações de gênero que devem ser consideradas no planejamento de estratégias de tratamento e cuidado.

Os resultados da KPPS no presente estudo revelaram uma ampla variação nos tipos, gravidade e frequência da dor entre os pacientes com DP, destacando a complexidade e a individualidade da experiência dolorosa nessa condição. A dor é um sintoma significativo da DP, e a forma como ela se manifesta nos pacientes varia consideravelmente, tanto em termos de intensidade quanto de frequência, refletindo a natureza multifacetada da doença (CHAUDHURI et al., 2015) (SARTORI et al., 2023). O estudo encontrou que a dor musculoesquelética foi a mais prevalente, com muitos pacientes relatando uma frequência significativa desse tipo de dor, especialmente entre os homens. No entanto, a gravidade da dor variou, com uma proporção considerável de homens relatando dor de intensidade leve, enquanto as mulheres tendem a relatar dor de intensidade moderada. Esses achados indicam que, além das manifestações clínicas da doença, fatores como o sexo do paciente podem desempenhar um papel importante na forma como a dor é percebida e vivida (CATTANEO et al., 2023).

Os resultados obtidos são consistentes com outros estudos, como o de Viseux et al. (2023), que indicam que até 90% da dor relatada por pacientes com DP é do tipo musculoesquelética. A dor e as cãibras nos músculos e articulações, especialmente nas regiões lombar, ombro e outras articulações, são frequentemente associadas à rigidez, acinesia e anormalidades posturais características da doença. A presença dessas queixas sugere que a rigidez muscular e a imobilidade progressiva, comuns na DP, desempenham um papel fundamental na origem da dor musculoesquelética. O estudo de LI et al. (2022) também corrobora esses achados, revelando que cerca de 45,58% dos pacientes com DP apresentam dor musculoesquelética, com as regiões mais afetadas sendo os membros inferiores e a dor nas costas. A análise também aponta que a dor musculoesquelética é mais prevalente em mulheres e está associada a fatores como doses mais altas de levodopa e maior duração dos sintomas.

A dor intermitente também foi uma queixa comum entre os pacientes, com alguns relatando episódios de dor de intensidade moderada a severa. Observou-se que uma maior proporção de mulheres relatou dor de maior gravidade, especialmente dor de intensidade

moderada a grave, enquanto a maioria dos homens relatou dor leve. Segundo Kurihara et al. (2021) a dor intermitente é uma característica das flutuações motoras, nas quais os sintomas podem variar ao longo do dia, frequentemente em resposta à administração de medicamentos. A dor pode se intensificar durante períodos OFF. Estudos indicam que pacientes com DP e dor flutuante apresentam uma qualidade de vida inferior à de pacientes com a doença, mas sem dor flutuante (KURIHARA et al., 2021).

No entanto, embora a dor musculoesquelética tenha sido a mais prevalente, o estudo também investigou outras formas de dor associadas à DP, como a dor orofacial, radicular e crônica. A dor orofacial foi identificada como uma queixa rara entre os pacientes, sugerindo que esse tipo de dor não é uma preocupação significativa para a maioria das pessoas com DP. Da mesma forma, a dor radicular, foi pouco frequente. Porém quando presente este tipo de dor, geralmente associada à compressão nervosa, exerce um impacto substancial na qualidade de vida dos indivíduos afetados (PEREIRA et al., 2024). A dor crônica também foi menos prevalente, com a maioria dos homens e mulheres relatando ausência dessa forma de dor, o que é um achado interessante, visto que muitas doenças degenerativas frequentemente se acompanham de dor crônica. Os resultados do nosso estudo diferem das da relação entre dor crônica e DP relatada por Ozturk et al. (2016), em relação à prevalência e ao impacto na qualidade de vida dos pacientes. Enquanto o estudo citado aponta que a dor crônica é um problema comum e um preditor significativo da qualidade de vida em pacientes com DP, nosso estudo encontrou um número reduzido de pacientes com dor crônica. Porém os achados em nosso estudo citados acima conferem com o de Sartori et al. (2023), onde os domínios com menores escores de dor foram relacionados à dor crônica, dor orofacial e dor radicular.

Por outro lado, a dor noturna foi um aspecto que se destacou de maneira particular entre as mulheres, que relataram maior intensidade e frequência desse tipo de dor. Isso sugere que a dor noturna pode ser um problema específico para as mulheres com DP. A dor resulta da dificuldade do paciente em se mover durante a noite, já que a incapacidade de mudar de posição ou realizar os movimentos necessários provocam desconforto. Esse quadro, quando prolongado, pode gerar dor intensa, especialmente devido à limitação dos movimentos dos membros e à sobrecarga das articulações e músculos (SRINGEAN et al., 2024).

A percepção da dor é influenciada pelo sexo, com vários estudos indicando uma maior prevalência de dor no sexo feminino em diversas síndromes, incluindo a DP (CATTANEO et al., 2023). Analisando as médias de dor entre homens e mulheres no presente estudo, podemos observar que as mulheres apresentam uma média maior em 5 dos 7 domínios da dor. Os homens

mostraram média maior apenas por uma pequena diferença de pontuação em dor musculoesquelética e dor radicular. O sexo feminino, juntamente com fatores como discinesia, anormalidades posturais, complicações motoras e depressão, tem sido identificado como preditor de dor na DP. As diferenças de gênero na percepção da dor sustentam a hipótese de que variantes genéticas podem desempenhar um papel na maior suscetibilidade à dor ou afetar aspectos como o tempo de início da dor (BUHMANN et al., 2020).

A dor está diretamente relacionada ao desconforto corporal, que é relatado por um número considerável de participantes da pesquisa. Além do mais, a dor pode dificultar a realização de atividades de vida diária, a mobilidade e influenciar no estado emocional daqueles que a expericiem. Pessoas que enfrentam dor frequentemente evitam realizar atividades que provocam desconforto, o que leva à redução das atividades. Isso cria um ciclo vicioso que resulta no aumento da incapacidade e das dificuldades relacionadas a essas atividades. Esse processo contribui para a diminuição da qualidade de vida. (KVIATKOVSKY et al., 2023)

Uma limitação importante deste estudo foi o número reduzido de participantes. Com uma amostra pequena, o poder estatístico da análise foi comprometido, sendo realizada apenas uma análise descritiva dos resultados, o que pode ter aumentado a probabilidade de não detectar efeitos significativos ou de observar resultados não representativos da população em geral. Portanto, é fundamental realizar mais pesquisas com amostras maiores de pacientes diagnosticados com a Doença de Parkinson, a fim de possibilitar uma análise mais aprofundada e precisa sobre o tema.

6 CONCLUSÃO

Em conclusão, este estudo revela que a dor tem influência na qualidade de vida de pessoas com DP. A dor musculoesquelética se destacou como a mais prevalente, especialmente entre os homens, embora a gravidade da dor tenha sido mais intensa nas mulheres. Além disso, observou-se que as mulheres relataram maior comprometimento em vários domínios de qualidade de vida, como mobilidade e apoio social, o que pode refletir diferenças de gênero na experiência e na percepção da doença. Assim, como as mulheres apresentam maior gravidade na maioria dos domínios de dor. As diferenças de gênero na experiência da dor sugerem que estratégias personalizadas de tratamento podem ser necessárias para melhorar a qualidade de vida desses pacientes.

REFERÊNCIAS

AHWA, Rajesh *et al.* Pathophysiology, Patient Burden, and Recognition of OFF Episodes of Parkinson Disease. **The Journal Of Clinical Psychiatry**, [S.L.], v. 81, n. 6, p. 0-0, 27 out. 2020. Physicians Postgraduate Press, Inc. <http://dx.doi.org/10.4088/jcp.su19004br1c>.

Araranguá: IBGE, 2022. Disponível em:
https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/?utm_source=ibge&utm_medium=home&utm_campaign=portal. Acesso em: 06 Jun 2024.

BERTOLUCCI, Paulo H.F. *et al.* O MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL EM UMA POPULAÇÃO GERAL: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/anp/a/Sv3WMxHYxDkkgmcN4kNfVTv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 maio 2024.

BLANCHET, Pierre J.; BREFEL-COURBON, Christine. Chronic pain and pain processing in Parkinson's disease. **Progress In Neuro-Psychopharmacology And Biological Psychiatry**, [S.L.], v. 87, p. 200-206, dez. 2018. Elsevier BV.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.pnpbp.2017.10.010>.

BLOOD, Marcelo Rezende Young *et al.* Classification and Characteristics of Pain Associated with Parkinson's Disease. **Parkinson'S Disease**, [S.L.], v. 2016, p. 1-8, 2016. Hindawi Limited. <http://dx.doi.org/10.1155/2016/6067132>.

BOVOLENTA, Tânia et al. How do demographic transitions and public health policies affect patients with Parkinson's disease in Brazil? **Clinical Interventions In Aging**, [S.L.], v. 12, p. 197-205, jan. 2017. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.2147/cia.s123029>.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013.
 Brasileira de Neurologia. v.46, n.2, p.17-25, 2010.

BUHMANN, Carsten *et al.* Management of Pain in Parkinson's Disease. **Journal Of Parkinson'S Disease**, [S.L.], v. 10, n. 1, p. 37-48, 1 set. 2020. SAGE Publications.
<http://dx.doi.org/10.3233/jpd-202069>.

CAPATO, Tamine Teixeira da Costa; DOMINGOS, Josefa Maria Malta; ALMEIDA, Lorena Rosa Santos de. Versão em Português da Diretriz Europeia de Fisioterapia para a Doença de Parkinson: informações para pessoas com doença de parkinson. São Paulo: Omnitafarma, 2016.

CATTANEO, Carlo *et al.* Pain in Parkinson's Disease: pathophysiology, classification and treatment. **Journal Of Integrative Neuroscience**, [S.L.], v. 22, n. 5, p. 132, 8 set. 2023. IMR Press. <http://dx.doi.org/10.31083/j.jin2205132>.

CHAUDHURI, K. Ray *et al.* King's Parkinson's disease pain scale, the first scale for pain in PD: an international validation. **Movement Disorders**, [S.L.], v. 30, n. 12, p. 1623-1631, 11 jun. 2015. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/mds.26270>.

COIMBRA, Márcia Regina *et al.* King's Parkinson's Disease Pain Scale (KPPS): cross-cultural adaptation to brazilian portuguese and content validity. **Clinical Neurology And Neurosurgery**, [S.L.], v. 208, p. 106815, set. 2021. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clineuro.2021.106815>.

CONRAN, José *et al.* Dor em pessoas com doença de Parkinson leve-moderada: um estudo transversal da intensidade da dor e fatores associados. **Revista Internacional de Pesquisa em Reabilitação**, 42(4), 371-376, 2019. <https://doi.org/10.1097/MRR.0000000000000373>

DORSEY, E. Ray *et al.* Global, regional, and national burden of Parkinson's disease, 1990–2016: a systematic analysis for the global burden of disease study 2016. **The Lancet Neurology**, [S.L.], v. 17, n. 11, p. 939-953, nov. 2018. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s1474-4422\(18\)30295-3](http://dx.doi.org/10.1016/s1474-4422(18)30295-3).

FOLSTEIN, Marshal F.; FOLSTEIN, Susan E.; MCHUGH, Paul R.. “Mini-mental state”. **Journal Of Psychiatric Research**, [S.L.], v. 12, n. 3, p. 189-198, nov. 1975. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6). Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0022395675900266?via%3Dihub>. Acesso em: 19 maio 2024.

HOMAYOUN, Houman *et al.* Parkinson Disease. **Annals Of Internal Medicine**, [S.L.], v. 169, n. 5, p. 33-48, 4 set. 2018. American College of Physicians. <http://dx.doi.org/10.7326/aitc201809040>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo Brasileiro de 2022**.

KURIHARA, Kanako *et al.* Fluctuating pain in Parkinson's disease: its prevalence and impact on quality of life. **Eneurologicalsci**, [S.L.], v. 25, p. 100371, dez. 2021. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ensci.2021.100371>.

KVIATKOVSKY, Shiloah A. *et al.* Collagen peptides supplementation improves function, pain, and physical and mental outcomes in active adults. **Journal Of The International Society Of Sports Nutrition**, [S.L.], v. 20, n. 1, p. 0-0, 8 ago. 2023. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/15502783.2023.2243252>.

LI, Jun *et al.* Musculoskeletal Pain in Parkinson's Disease. **Frontiers In Neurology**, [S.L.], 21 jan. 2022. Frontiers Media SA. <http://dx.doi.org/10.3389/fneur.2021.756538>.

LUBOMSKI, Michal *et al.* Health-Related Quality of Life for Parkinson's Disease Patients and Their Caregivers. **Journal Of Movement Disorders**, [S.L.], v. 14, n. 1, p. 42-52, 31 jan. 2021. The Korean Movement Disorder Society. <http://dx.doi.org/10.14802/jmd.20079>.

MAAS, Bart R. *et al.* Age and gender differences in non-motor symptoms in people with Parkinson's disease. **Frontiers In Neurology**, [S.L.], v. 15, 1 fev. 2024. Frontiers Media SA. <http://dx.doi.org/10.3389/fneur.2024.1339716>.

MELO, Denise Mendonça de; BARBOSA, Altemir José Gonçalves. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 20, n. 12, p. 3865-3876, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO).

MYLIUS, Veit *et al.* The Parkinson disease pain classification system: results from an international mechanism-based classification approach. **Pain**, [S.L.], v. 162, n. 4, p. 1201-1210, 8 out. 2020. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health).
<http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002107>.

OZTURK, Erhan Arif *et al.* Chronic pain in Parkinson's disease: frequency, characteristics, independent factors, and relationship with health-related quality of life. **Journal Of Back And Musculoskeletal Rehabilitation**, [S.L.], v. 30, n. 1, p. 101-108, 20 dez. 2016. IOS Press. <http://dx.doi.org/10.3233/bmr-160720>.

PEREIRA, Gabriela Magalhães et al. Prevalence and incidence of Parkinson's disease and other forms of parkinsonism in a cohort of elderly individuals in Southern Brazil: protocol for a population-based study. **Bmj Open**, [S.L.], v. 11, n. 12, p. 054423-0, dez. 2021. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-054423>.

PEREIRA, Leonardo Gomes *et al.* Prevalence of radicular neuropathic pain in idiopathic Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. **Ageing Research Reviews**, [S.L.], v. 99, p. 102374, ago. 2024. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.arr.2024.102374>.

PEREZ-LLORET, Santiago *et al.* Rating Scales for Pain in Parkinson's Disease: critique and recommendations. **Movement Disorders Clinical Practice**, [S.L.], v. 3, n. 6, p. 527-537, 24 jun. 2016. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/mdc3.12384>.

PICILLO, Marina *et al.* The relevance of gender in Parkinson's disease: a review. **Journal Of Neurology**, [S.L.], v. 264, n. 8, p. 1583-1607, 4 jan. 2017. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s00415-016-8384-9>.

SABA, Roberta Arb *et al.* Guidelines for Parkinson's disease treatment: consensus from the movement disorders scientific department of the brazilian academy of neurology - motor symptoms. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, [S.L.], v. 80, n. 3, p. 316-329, 7 mar. 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0004-282x-anp-2021-0219>.

SANTOS, V. V. et al. Fisioterapia na doença de Parkinson: uma breve revisão. **Revista Brasileira de Neurologia**. v.46, n.2, p.17-25, 2010.

SARTORI, Ana Carolina *et al.* King's Parkinson's Disease Pain Questionnaire: reliability and convergent construct validity. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 76, n. 3, 2023. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0379>. Acesso em: 12 de nov 2024.

SIMON, David K. *et al.* Parkinson Disease Epidemiology, Pathology, Genetics, and Pathophysiology. **Clinics In Geriatric Medicine**, [S.L.], v. 36, n. 1, p. 1-12, fev. 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cger.2019.08.002>.

SOH, S. E. *et al.* Determinantes da qualidade de vida relacionada à saúde na doença de Parkinson: uma revisão sistemática. **Parkinsonismo e Distúrbios Relacionados**, 17(1), 1-9, 2011. <http://dx.doi.org/10.1016/j.parkreldis.2010.08.012>

SRINGEAN, Jirada *et al.* Too little or too much nocturnal movements in Parkinson's disease: a practical guide to managing the unseen. **Clinical Parkinsonism & Related Disorders**, [S.L.], v. 10, p. 100258, 2024. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.prdoa.2024.100258>.

TAI, Yi-Cheng *et al.* An overview of pain in Parkinson's disease. **Clinical Parkinsonism & VISEUX**, Frederic J. F. *et al.* Pain and Parkinson's disease: current mechanism and management updates. **European Journal Of Pain**, [S.L.], v. 27, n. 5, p. 553-567, 3 mar. 2023. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/ejp.2096>.

WASNER, Gunnar *et al.* Pains in Parkinson disease—many syndromes under one umbrella. **Nature Reviews Neurology**, [S.L.], v. 8, n. 5, p. 284-294, 17 abr. 2012. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1038/nrneurol.2012.54>.

APÊNDICE A – FICHA DE AVALIAÇÃO

FICHA DE AVALIAÇÃO

Data: ___/___/___

DADOS PESSOAIS

Nome Completo: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: _____ Sexo: Feminino () Masculino ()

Cuidador ou Responsável:

Telefone: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Ocupação: _____

Etnia: Branco () Pardo () Preto () Amarelo ()

Escolaridade: Analfabeto () Ensino Fundamental incompleto () Ensino Fundamental completo () Ensino Médio incompleto () Ensino Médio completo () Graduação () Pós-Graduação ()

Estado Civil: Solteiro(a) () Casado(a) () Viúvo(a) () Divorciado(a) ()

CONDIÇÃO DE SAÚDE

Comorbidades: _____

Medicamentos: _____

Histórico

Médico: _____

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você foi convidado(a) a participar de uma pesquisa intitulada “O IMPACTO DA DOR ENTRE HOMENS E MULHERES NA DOENÇA DE PARKINSON”. Este estudo será conduzido no Laboratório de Fisioterapia Neurofuncional (LAFINEURO), localizado no campus Araranguá da Universidade Federal de Santa Catarina, no bairro Mato Alto. Durante o estudo, serão administrados questionários que abordam a experiência da dor na doença de Parkinson. O professor(a) Poliana Penasso Bezerra responsável pela coordenação deste projeto é do curso de fisioterapia, da Universidade Federal de Santa Catarina.

O objetivo primordial desta pesquisa é identificar como a dor afeta a vida dos indivíduos com doença de Parkinson e avaliar possíveis diferenças na experiência da dor entre homens e mulheres. Espera-se que a participação nesta pesquisa possa contribuir para uma significativa melhoria na qualidade de vida dos participantes.

Gostaríamos que você nos permita acesso ao seu diagnóstico e sintomas e responda ativamente aos questionários propostos durante as avaliações fisioterapêuticas.

Será aplicada uma ficha de avaliação onde serão coletados dados pessoais, sociodemográficos e de condição de saúde. Em seguida, será aplicado a escala Hoehn e Yahr para avaliar o estágio de progressão da doença de Parkinson e o Mini Exame do Estado Mental para avaliar a função cognitiva. Por fim, será realizado o questionário para dor “King's Parkinson Disease Pain Questionnaire” e o Questionário de Qualidade de Vida Qualidade de vida na Doença de Parkinson de 39 itens. O tempo estimado para responder todos os questionários citados é de 90 minutos.

Ao responder os questionários, há o risco de experienciar desconforto ou constrangimento, devido ao compartilhamento de informações sobre sua condição de saúde e os aspectos sobre a dor, os quais podem ser considerados aspectos íntimos e privados de sua vida. Outros riscos de danos provenientes da pesquisa são, o nervosismo, a evocação de memórias desagradáveis, o reforço da conscientização sobre condições físicas ou psicológicas restritivas ou incapacitantes, e cansaço ou aborrecimento ao responder as questões.

Embora sejam tomadas todas as medidas cabíveis para garantir a preservação das informações coletadas durante a pesquisa, pode haver a possibilidade, mesmo que de forma involuntária e não intencional, de quebra de sigilo. Caso aconteça quebra de sigilo, há consequências que podem impactar na vida pessoal e profissional, como exposição de informações pessoais e danos à reputação. É importante destacar que serão implementadas todas as medidas necessárias para minimizar desconfortos ou riscos potenciais. Você terá total liberdade para interromper sua participação a qualquer momento, caso assim deseje. Assim como, terá direito a recusa em responder qualquer pergunta. E em caso de cansaço, serão realizados intervalos entre as aplicações do questionário, quando solicitado.

Durante todo o processo, você receberá acompanhamento e suporte dos responsáveis pela pesquisa. Quaisquer dúvidas que surgirem antes, durante ou após a conclusão do estudo serão prontamente esclarecidas.

A participação no estudo é realizada de forma voluntaria. Em caso de recusa a participação ou desistência, você não terá nenhum prejuízo ao atendimento atual na instituição.

Vale ressaltar que para participar da pesquisa você não irá ter nenhum custo relativo aos procedimentos do estudo. Entretanto, em caso de despesas e custos do SR(a) e seus acompanhantes para a participação da pesquisa, quando necessário, como transporte, haverá resarcimento.

Se porventura ocorrer algum dano material ou imaterial em decorrência da pesquisa, você terá o direito de solicitar indenização, conforme garantido pela Resolução 466/12, em conformidade com a legislação atualmente vigente e amplamente consubstanciada.

Todas as informações coletadas serão tratadas com total confidencialidade e armazenadas de forma segura, garantindo sua privacidade. Informação alguma será usada para outro fim, que não seja o esclarecido pelo termo de consentimento deste estudo. Todos os dados serão guardados em um prazo de no mínimo 5 anos após a finalização da pesquisa, conforme a Resolução nº 466/2012.

Como benefício da pesquisa, os participantes terão a chance de adquirir um entendimento mais amplo sobre a dor associada à doença.

Este termo foi desenvolvido em conformidade com as diretrizes e regulamentos estabelecidos para pesquisas envolvendo seres humanos, seguindo a Resolução nº 466/2012 do

Conselho Nacional de Saúde. Os pesquisadores se comprometem a cumprir as exigências estipuladas na resolução citada durante todo o processo do estudo.

Em caso de dúvida sobre questões éticas do estudo, o participante da pesquisa poderá entrar em contato com o Comitê de Ética local (CEPSH-UFSC), Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, 7º andar, sala 701, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040-400, Contato: (48) 3721-6094, cep.propsq@contato.ufsc.br. O CEPHS é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos

Conforme a Resolução nº 466/2012, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será emitido em duas vias, onde uma obrigatoriamente ficará com o participante e outra com o pesquisador responsável. Todas as páginas devem constar rubricas do pesquisador e do participante ou responsável.

Eu, _____, declaro que li e estou ciente das informações apresentadas neste documento. Concordo em participar do Projeto de Pesquisa intitulado "Impacto da dor na qualidade de vida de pacientes com doença de Parkinson".

Araranguá (SC), _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante: _____

Assinatura do Responsável pelo Projeto de Pesquisa: _____

Pesquisador responsável: Poliana Penasso Bezerra – (48) 996813040 – poliana.bezerra@ufsc.br. Rua Pedro João Pereira, nº 150 - Bairro: Mato Alto CEP 88.905-120 – Araranguá – SC.

ANEXO A – ESCALA DE ESTADIAMENTO DE HOEHN E Yahr

ESCALA DE HOEHN E Yahr

	ESTÁGIO I	Sintomas unilaterais sem ou com mínima implicação funcional; É usual o tremor de repouso
	ESTÁGIO II	Envolvimento sintomático da linha média ou bilateral; sem dificuldades com o equilíbrio; problemas discretos com mobilidade de tronco e reflexos posturais
	ESTÁGIO III	Instabilidade postural; limitações funcionais discretas a moderadas
	ESTÁGIO IV	Instabilidade postural crescente, embora capaz de caminhar ou permanecer de pé sem ajuda; limitações funcionais aumentam, inferindo com as AVD's; destreza e manipulações diminuídas
	ESTÁGIO V	Confinado a cama ou cadeira de rodas

ANEXO B – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Orientação Temporal Espacial – questão 1 a 2 pontuando 1 para cada resposta correta, máximo de 10 pontos.

Registros – questão 3.1 até 3.4 pontuação máxima de 3 pontos.

Atenção e cálculo – questão 4.1 até 4.6 pontuação máxima 5 pontos.

Lembrança ou memória de evocação – 5.a até 5.d pontuação máxima 3 pontos.

Linguagem – questão 5 até questão 10, pontuação máxima 9 pontos.

Identificação do cliente

Nome: _____

Data de nascimento/idade: _____ Sexo: _____

Escolaridade: Analfabeto () 0 à 3 anos () 4 à 8 anos () mais de 8 anos ()

Avaliação em: _____ / _____ / _____ Avaliador: _____

Pontuações máximas	Pontuações máximas
Orientação Temporal Espacial 1. Qual é o (a) Dia da semana? _____ 1 Dia do mês? _____ 1 Mês? _____ 1 Ano? _____ 1 Hora aproximada? _____ 1 2. Onde estamos? Local? _____ 1 Instituição (casa, rua)? _____ 1 Bairro? _____ 1 Cidade? _____ 1 Estado? _____ 1	Linguagem 5. Aponte para um lápis e um relógio. Faça o paciente dizer o nome desses objetos conforme você os aponta Dia do mês? _____ 2 6. Faça o paciente Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá". _____ 1 7. Faça o paciente seguir o comando de 3 estágios. "Pegue o papel com a mão direita. Dobre o papel ao meio. Coloque o papel na mesa". _____ 3 8. Faça o paciente ler e obedecer ao seguinte: FECHE OS OLHOS. _____ 1 9. Faça o paciente escrever uma frase de sua própria autoria. (A frase deve conter um sujeito e um objeto e fazer sentido). (Ignore erros de ortografia ao marcar o ponto) _____ 1
Registros 1. Mencione 3 palavras levando 1 segundo para cada uma. Peça ao paciente para repetir as 3 palavras que você mencionou. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. -Vaso, carro, tijolo _____ 3	10. Copie o desenho abaixo. Estabeleça um ponto se todos os lados e ângulos forem preservados e se os lados da interseção formarem um quadrilátero.  _____ 1
3. Atenção e cálculo Sete seriado (100-7-93-7-86-7-79-7-72-7=65). Estabeleça um ponto para cada resposta correta. Interrompa a cada cinco respostas. Ou soletrar apalavrA MUNDÔ de trás para frente. _____ 5	
4. Lembranças (memória de evocação) Pergunte o nome das 3 palavras aprendidas na questão 2. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. _____ 3	

I ORIENTAÇÃO TEMPORAL ESPACIAL	
TOTAL	

III ATENÇÃO E CÁLCULO	
TOTAL	

V LINGUAGEM	
5	I
6	II
7	III
8	IV
9	V
10	EXTRAS
TOTAL	TOTAL

TOTAL FINAL	
I	
II	
III	
IV	
V	
EXTRAS	
TOTAL	TOTAL

II REGISTROS	
TOTAL	

PONTOS EXTRAS	
Analfabeto	20
Idosos com 1 a 4 anos de estudo	25
Idosos com 5 a 8 anos de estudo	26,5
Pacientes com 9 a 11 anos de estudo	28
Pacientes com mais de 11 anos de estudo	29
TOTAL	

**ANEXO C- QUESTIONARIO DE QUALIDADE DE VIDA NA DOENÇA DE PARKINSON
DE 39 ITENS (PDQ-39)**

DEVIDO A TER A DOENÇA DE PARKINSON, com que frequência, durante o último mês....

*Devido a ter a doença de Parkinson,
durante o último mês com que
frequência...*

Por favor assinale uma caixa para cada questão

	Nunca	Ocasionalmente	Às Vezes	Frequentemente	Sempre ou não posso de todo fazer
1. teve dificuldades em participar em actividades recreativas que gostaria de fazer?	<input type="checkbox"/>				
2. teve dificuldades ao cuidar da sua casa, p. ex., Faça Você Mesmo, limpar da casa, cozinhar?	<input type="checkbox"/>				
3. teve dificuldade em carregar sacos de compras?	<input type="checkbox"/>				
4. teve problemas ao andar um quilómetro?	<input type="checkbox"/>				
5. teve problemas ao andar 100 metros?	<input type="checkbox"/>				
6. teve problemas ao movimentar-se em casa tão facilmente como gostaria?	<input type="checkbox"/>				
7. teve dificuldades em movimentar-se em locais públicos?	<input type="checkbox"/>				
8. necessitou de alguém para o acompanhar quando saiu?	<input type="checkbox"/>				
9. se sentiu assustado ou preocupado acerca de cair em público?	<input type="checkbox"/>				

Por favor verifique se assinalou uma caixa por cada questão antes de passar à página seguinte.

**Devido a ter a doença de Parkinson,
durante o último mês com que
frequênci...
Por favor assinale uma caixa para cada questão**

	Nunca	Ocasionalmente	Às Vezes	Frequentemente	Sempre
10. esteve confinado a casa mais do que gostaria?	<input type="checkbox"/>				
11. teve dificuldades em lavar-se?	<input type="checkbox"/>				
12. teve dificuldades em vestir-se?	<input type="checkbox"/>				
13. teve dificuldade em apertar botões ou atacar sapatos?	<input type="checkbox"/>				
14. teve problemas em escrever legivelmente?	<input type="checkbox"/>				
15. teve dificuldade em cortar a comida?	<input type="checkbox"/>				
16. teve dificuldade em pegar numa bebida sem a entornar?	<input type="checkbox"/>				
17. se sentiu deprimido?	<input type="checkbox"/>				
18. se sentiu isolado e só?	<input type="checkbox"/>				
19. se sentiu lacrimoso ou choroso?	<input type="checkbox"/>				

Por favor verifique se assinalou uma caixa por cada questão antes de passar à página seguinte.

*Devido a ter a doença de Parkinson,
durante o último mês com que
frequência...*

Por favor assinale uma caixa para cada questão

	Nunca	Ocasionalmente	Às Vezes	Frequentemente	Sempre
20. se sentiu zangado ou amargurado?	<input type="checkbox"/>				
21. se sentiu ansioso?	<input type="checkbox"/>				
22. se sentiu preocupado acerca do seu futuro?	<input type="checkbox"/>				
23. sentiu que teve de ocultar a sua doença a outras pessoas?	<input type="checkbox"/>				
24. evitou situações que envolvam comer ou beber em público?	<input type="checkbox"/>				
25. se sentiu embaraçado em público devido a ter a doença de Parkinson?	<input type="checkbox"/>				
26. se sentiu preocupado com as reacções de outras pessoas?	<input type="checkbox"/>				
27. teve problemas de relacionamento com as pessoas mais chegadas?	<input type="checkbox"/>				
28. lhe faltou o apoio da maneira que precisava da parte do seu esposo ou companheiro/a? <i>Se não tem esposo ou companheiro/a por favor assinale nesta caixa</i>	<input type="checkbox"/>				
29. lhe faltou o apoio da maneira que precisava da parte da sua família ou amigos?	<input type="checkbox"/>				

Por favor verifique se assinalou uma caixa por cada questão antes de passar à página seguinte.

**Devido a ter a doença de Parkinson,
durante o último mês com que
frequência...**

Por favor assinale uma caixa para cada questão

	Nunca	Ocasionalmente	Às Vezes	Frequentemente	Sempre
30. adormeceu inesperadamente durante o dia?	<input type="checkbox"/>				
31. teve problemas de concentração, p. ex. ao ler ou ao ver televisão?	<input type="checkbox"/>				
32. sentiu que a sua memória era má?	<input type="checkbox"/>				
33. teve sonhos perturbadores ou alucinações?	<input type="checkbox"/>				
34. teve dificuldades com a sua fala?	<input type="checkbox"/>				
35. se sentiu incapaz de comunicar devidamente com pessoas?	<input type="checkbox"/>				
36. se sentiu ignorado pelas outras pessoas?	<input type="checkbox"/>				
37. teve cãibras ou espasmos musculares dolorosos?	<input type="checkbox"/>				
38. teve dores nas articulações ou noutras partes do corpo?	<input type="checkbox"/>				
39. se sentiu desconfortavelmente quente ou frio?	<input type="checkbox"/>				

Por favor verifique se assinalou uma caixa por cada questão.

ANEXO D - KING'S PARKINSON DISEASE PAIN QUESTIONNAIRE (KPPS)

King's Pain DP Questionnaire – KPPQ - Versão Original		King's Pain DP Questionnaire – KPPQ - Versão traduzida e adaptada para o Português brasileiro	
<p>This scale is designed to define and accurately describe the different types and the pattern of pain that your patient may have experienced during the last month due to his/her Parkinson's disease or related medication.</p>		<p>Esta escala foi planejada para definir e descrever de forma precisa os diferentes tipos e padrões de dor de que seu paciente possa ter sentido durante o último mês devido à Doença de Parkinson ou medicação relacionada.</p>	
<p>Each symptom should be scored with respect to:</p>		<p>Cada sintoma deve ser pontuado de acordo com:</p>	
Severity:		Gravidade:	
0 None	0	0 Nenhum	
1 Mild (symptoms present but causes little distress or disturbance to patient)	1	Leve (sintomas existentes, mas que causam pouca dificuldade ou incômodo ao paciente)	
2 Moderate (some distress or disturbance to patient)	2	Moderada (sintomas que causam dificuldade ou incômodo ao paciente)	
3 Severe (major source of distress or disturbance to patient)	3	Intensa (principal fonte de dificuldade ou incômodo ao paciente)	
Frequency:		Frequência:	
0 Never	0	0 Nunca	
1 Rarely (<1/wk)	1	Raramente (menos de uma vez por semana)	
2 Often (1/wk)	2	Às vezes (uma vez por semana)	
3 Frequent (several times per week),	3	Frequentemente (várias vezes por semana)	
4 Very Frequent (daily or all the time).	4	Muito frequentemente (diariamente ou o tempo todo)	
SEVERITY FREQUENCY SEVERITY X FREQUENCY		GRAVIDADE FREQUÊNCIA GRAVIDADE X FREQUÊNCIA	
Domain 1: Musculoskeletal Pain		Dominio 1: Dor Musculoesquelética	
1. Does the patient experience pain around his/her joints? (including arthritic pain)		1. O paciente sente dor nas articulações? (incluindo dor artírica)	
Domain 2: Chronic Pain		Dominio 2: Dor Crônica	
2. Does the patient experience pain deep within the body? (A generalised constant, dull, aching pain — <i>central pain</i>)		2. O paciente sente dores no corpo? (um dolorido difuso, que incomoda e dor constante generalizada - dor central)	
3. Does the patient experience pain related to an internal organ? (For example, pain around the liver, stomach or bowels — <i>visceral pain</i>)		3. O paciente sente dor relacionada a algum órgão interno? (Por exemplo, dor na região do fígado, estômago ou intestino - dor visceral)	
Domain 3: Fluctuation-related Pain		Dominio 3: Dor Intermittente	
4. Does the patient experience dyskinetic pain? (pain related to abnormal involuntary movements)		4. O paciente sente dor diskinética? (dor relacionada a movimentos involuntários anormais)	
5. Does the patient experience "off" period dystonia in a specific region? (in the area of dystonia)		5. O paciente sente distonia de período "off" em uma região específica? (no local da distonia)	
6. Does the patient experience generalised "off"-period pain, (pain in whole body or areas distant to dystonia)		6. O paciente sente dor generalizada do período "off"? (dor no corpo inteiro ou áreas afastadas da distonia)	
Domain 4: Nocturnal Pain		Dominio 4: Dor Noturna	
7. Does the patient experience pain related to jerking leg movements during the night (PLM) or an unpleasant burning sensation in the legs which improves with movement (RLS)?		7. O paciente sente dor relacionada a movimentos Involuntários das pernas durante a noite (DMP) - (Distúrbio dos movimentos periódicos dos membros) ou uma sensação de queimação desagradável nas pernas que melhoram com movimentos (SP)	
8. Does the patient experience pain related to difficulty turning in bed at night?		8. O paciente sente dor relacionada à dificuldade em se virar na cama durante a noite?	
Domain 5: Oro-facial Pain		Dominio 5: Dor Orofacial	
9. Does the patient experience pain when chewing?		9. O paciente sente dor ao mastigar?	
10. Does the patient have pain due to grinding his/her teeth during the night?		10. O paciente tem dor devido a ranger os dentes durante a noite?	
11. Does the patient have burning mouth syndrome?		11. O paciente sofre de Síndrome da Ardência Bucal?	
Domain 6: Discolouration; Oedema/ swelling		Dominio 6: Descoloração; Edema/ inchaço	
12. Does the patient experience a burning pain in his/her limbs? (often associated with swelling or dopa-energic treatment)		12. O paciente sente uma queimação nos membros? (geralmente associada ao inchaço ou tratamento dopamina-ergico)	
13. Does the patient experience generalised lower abdominal pain?		13. O paciente sente dor abdominal inferior generalizada?	
Domain 7: Radicular Pain		Dominio 7: Dor Radicular	
14. Does the patient experience a shooting pain/ pins and needles down the limbs?		14. O paciente sente dor que irradia/ picadas e agulhadas nos membros?	