


Saúde mental dos pacientes com Doença de Parkinson em um serviço ambulatorial de Belém

Mental health of patients with Parkinson's Disease in an outpatient service in Belém

Bernard Vidal Arnaud¹ , João Gabriel Portilho Gomes Brito¹ , Hanna Beatriz Cruz da Costa¹ , Sabrina Reika Seko Kondo¹ ,
Sthefany Gabrielly Souza Pinto¹ , Patrícia Regina Bastos Neder¹ 

Resumo Objetivo: Analisar a prevalência de ansiedade e depressão e os fatores que influenciam esse indicador em pacientes diagnosticados com Doença de Parkinson em acompanhamento em um estabelecimento estadual de saúde. **Método:** Estudo transversal, observacional e de métodos mistos desenvolvido com pacientes diagnosticados com DP, cujas capacidade comunicativa e cognitiva estivessem preservadas, que frequentaram o ambulatório de neurologia da Policlínica Metropolitana de Belém do Pará entre os meses de agosto e outubro de 2025. O perfil socioeconômico dos participantes foi traçado a partir da aplicação de um questionário articulado pelos pesquisadores, ao passo que a prevalência de quadros ansiosos e depressivos foi avaliada a partir da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão. Os dados coletados foram submetidos à análise estatística descritiva e inferencial, adotando-se, para esta última, um p-valor de 0,05 como nível de significância estatística. **Resultados:** A amostra final do estudo foi composta por 19 pacientes. Dentre eles, 1 apresentou quadro sugestivo apenas de ansiedade, 2 apresentaram quadro sugestivo somente de depressão e 8 exibiram resultados sugestivos tanto para ansiedade, quanto para depressão. Embora sem significância estatística nos testes aplicados, verificou-se que houve mais pacientes com quadros sugestivos de depressão e ansiedade na faixa etária de 65 anos; no sexo masculino; na população preta; com outras disfunções de saúde; e naqueles com renda familiar de até 1 salário mínimo. **Conclusão:** A DP influencia a qualidade de vida dos pacientes, sobretudo nos parâmetros de saúde mental. Dessa maneira, urge a criação de protocolos assistenciais que integrem a avaliação da ansiedade e da depressão no manejo da doença, garantindo melhor qualidade de vida.

Descritores: ansiedade; depressão; Doença de Parkinson; fatores socioeconômicos; saúde mental.

Summary Purpose: To evaluate the prevalence of anxiety and depression and the factors that influence this indicator in patients diagnosed with Parkinson's disease followed up at a state health facility. **Methods:** A cross-sectional, observational, and mixed-methods study was conducted with patients diagnosed with PD, with preserved communicative and cognitive abilities, who attended the neurology outpatient clinic of the Metropolitan Polyclinic of Belém do Pará between August and October 2025. The socioeconomic profile of the participants was determined using a questionnaire developed by the researchers, while the prevalence of anxiety and depression was assessed using the Hospital Anxiety and Depression Scale. The collected data underwent descriptive and inferential statistical analysis, adopting a p-value of 0.05 as the threshold for statistical significance. **Results:** The final study sample consisted of 19 patients. Among them, 1 presented symptoms suggestive of anxiety only, 2 presented symptoms suggestive of depression only, and 8 exhibited results suggestive of both anxiety and depression. Although not statistically significant in the tests applied, it was found that there were more patients with symptoms suggestive of depression and anxiety in the 65-year age group; in males; in the Black population; with other health dysfunctions; and in those with a family income of up to 1 minimum wage. **Conclusion:** Parkinson's disease influences patients' quality of life, especially in mental health parameters. Therefore, the creation of care protocols that integrate the assessment of anxiety and depression in the management of the disease is urgently needed, ensuring a better quality of life.

Keywords: anxiety; depression; Parkinson Disease; socioeconomic factors; mental health.

¹Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém, PA, Brasil.

Fonte de financiamento: Nenhuma.

Conflitos de interesse: Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Recebido: 12/07/2025

Aceito: 05/04/2026

Trabalho realizado na Universidade do Estado do Pará, Belém, PA, Brasil, e na Policlínica Metropolitana de Belém, Belém, PA, Brasil.

Introdução

A Doença de Parkinson (DP) é uma condição neurodegenerativa que apresenta manifestações pré-motoras, não motoras e motoras, como a bradicinesia, a rigidez, o tremor em repouso e as alterações na marcha, que são os sintomas cardinais dessa patologia¹. A DP pode ser causada pela redução do número de neurônios dopaminérgicos na substância negra e pela presença de corpos de Lewy formados pela integração de proteínas alfa-sinucleína². O surgimento dessa doença está associado à interação entre certos fatores de risco, a exemplo do ambiente, do envelhecimento e da predisposição genética³.

As alterações promovidas pela Doença de Parkinson repercutem de forma substancial no cotidiano dos indivíduos, reduzindo sua autonomia e dificultando a realização de atividades básicas da vida diária, o que pode comprometer, de forma considerável, a qualidade de vida⁴. Em razão dos impactos da fisiopatologia do Parkinson no dia a dia, evidenciam-se muitas consequências no âmbito da saúde mental das pessoas acometidas por esta doença.

A depressão é um transtorno mental caracterizado por uma síndrome clínica marcada por alterações persistentes de humor, comprometimento cognitivo, sintomas comportamentais e manifestações neurovegetativas⁵. Ademais, essa patologia possui, frequentemente, um desenvolvimento crônico e recorrente quando não tratada, representando uma das principais causas de incapacidade global em saúde⁶.

A ansiedade refere-se, no contexto clínico, a um conjunto de reações emocionais e fisiológicas associadas à apreensão, ao medo antecipatório, ao nervosismo, à tensão interna e à preocupação. Quando excessiva ou persistente e sem relação imediata a uma ameaça real, essas respostas podem configurar um transtorno de ansiedade, comprometendo a qualidade de vida e o funcionamento cotidiano do indivíduo⁷.

No contexto da DP, essas condições psiquiátricas são reconhecidas como sintomas não-motores comuns e de elevada prevalência⁷. Diante desse cenário, é observado na literatura que cerca de 38% dos pacientes com DP podem apresentar um quadro depressivo⁸. A ansiedade, por sua vez, também afeta uma proporção significativa desses pacientes, variando entre os diferentes estudos conforme os critérios de diagnóstico e o instrumento utilizado⁹. Isto é observado no estudo conduzido por Elefante et al., no qual foi constatado que um número significativo de pacientes com DP (26%) foi diagnosticado com transtornos de ansiedade, este dado foi obtido a partir do instrumento Mini International Neuropsychiatric Interview, conforme a 4ª Edição Revisada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais¹⁰.

Dessa forma, a associação entre depressão, ansiedade e a Doença de Parkinson advém tanto de fatores psicossociais, como o impacto dessa doença neurodegenerativa sobre a autonomia, a funcionalidade e a qualidade de vida, quanto de alterações neurobiológicas inerentes ao quadro parkinsoniano, incluindo disfunções dopaminérgicas, noradrenérgicas e de outras neurotransmissões relevantes para regulação do humor e da ansiedade¹¹. Assim, a presença de sintomas depressivos e ansiosos na DP não deve ser negligenciada, sendo sua detecção e manejo fundamentais para a melhoria do prognóstico, da qualidade de vida e da adesão terapêutica dos pacientes⁷.

Diante do envelhecimento populacional, a prevalência da DP tende a aumentar nos próximos anos, representando um desafio crescente para os sistemas de saúde¹². Nesse contexto, pesquisas que busquem compreender os impactos da DP sobre o bem-estar são fundamentais, uma vez que permitem identificar elementos de risco, orientar estratégias terapêuticas mais eficazes e promover políticas públicas voltadas à integralidade do cuidado, garantindo o conforto e o possível aumento de sobrevida dos indivíduos diagnosticados com essa enfermidade. Dessa forma, o presente estudo objetiva analisar a prevalência de ansiedade e depressão e os fatores que influenciam esse indicador em pacientes diagnosticados com Doença de Parkinson em acompanhamento em um estabelecimento estadual de saúde.

Métodos

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo observacional, transversal e misto que investigou o perfil socioeconômico, além dos índices de depressão e ansiedade de pacientes diagnosticados com DP.

Seleção

O estudo foi realizado no ambulatório de neurologia da Policlínica Metropolitana de Belém (Belém, Pará, Brasil). A seleção da amostra foi realizada por conveniência, incluindo pacientes com diagnóstico de DP (feito previamente por um profissional médico e confirmado no dia da coleta por um médico neurologista) que compareceram ao ambulatório de neurologia da Policlínica Metropolitana de Belém durante o período da coleta de dados, isto é, entre agosto e outubro de 2025. Dessa forma, todos os indivíduos elegíveis presentes no serviço no intervalo estabelecido foram convidados a participar do estudo, respeitando os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Com o intuito de minimizar possíveis vieses de seleção, buscou-se incluir consecutivamente todos os pacientes atendidos no período da coleta, evitando seleção intencional dos participantes. Além disso, foram adotados critérios claros de inclusão e exclusão, bem como a utilização de instrumento validado (HAD) para padronização da avaliação dos desfechos analisados.

Participantes

Crítérios de inclusão: Pacientes com DP com capacidade comunicativa (verbal, não-verbal ou mista) e cognitiva preservadas.

Crítérios de exclusão: Indivíduos menores de 18 anos; indivíduos maiores de 18 anos sem autonomia jurídica-legal; indivíduos com capacidade cognitiva reduzida; indivíduos com outras doenças neurodegenerativas graves (como demência e Alzheimer) e indivíduos incapazes de seguir o protocolo do estudo.

Variáveis

Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os participantes foram investigados sob dois questionários distintos: um questionário socioeconômico geral e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão.

O questionário socioeconômico é constituído por 1 elemento aberto, 6 itens fechados e 1 questionamento misto, elaborados para identificação do paciente e construção do seu perfil epidemiológico. Os 8 itens são: 1 aberto - nome do paciente (1); 6 fechados: faixa etária (2), sexo (3), etnia (4), renda familiar (5), tempo de diagnóstico (6), e forma de preenchimento dos instrumentos (7); além de 1 misto: existência de alguma outra condição patológica (8).

A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD), versão em português validada da "Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)^{13,14}, composta de 14 questões, foi utilizada para avaliação dos índices de ansiedade (perguntas ímpares) e depressão (perguntas pares) nos pacientes. Cada item recebe uma pontuação de 0 a 3, de modo que a somatória máxima em cada subescala é 21. Para análise dos resultados como sugestivo para depressão e ansiedade, adotou-se, com base em buscas na literatura científica, que era necessário pontuar, no mínimo, 8 em cada subescala^{13,14}. Portanto, ao final, há a possibilidade de desfechos binários: sugestão para ansiedade (SA) ou ausência de sugestão para ansiedade (AA) e, separadamente, sugestão para depressão (SD) ou ausência de sugestão para depressão (AD).

Métodos estatísticos

Os dados quantitativos foram analisados para obtenção de porcentagens, medianas com intervalos interquartil (IQR) e médias com desvio-padrão a depender da variável. Além disso, a relação das variáveis do questionário socioeconômico nos desfechos binários da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão foi analisada pelo teste exato de Fisher e Odds Ratio. A análise foi realizada no software R 4.5.2 com um p-valor de 0,05 definido como estatisticamente significativo.

Aspectos éticos

Os participantes da pesquisa foram estudados conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Assim, o contato com eles e a coleta de dados apenas foi iniciada após autorização por um Comitê

de Ética em Pesquisa sob número de parecer 7.680.373 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 86229024.7.0000.5174. Somente coletou-se os dados daqueles pacientes que aceitaram participar e assinaram o TCLE previamente.

Resultados

Características socioeconômicas da amostra

Ao todo, 19 indivíduos foram entrevistados e incluídos na amostra final da pesquisa. De modo geral, tanto as respostas dos entrevistados às indagações do questionário socioeconômico, quanto as pontuações de cada um nas subescalas da HAD apresentaram variabilidade, indicando heterogeneidade entre os pacientes que aceitaram participar do projeto.

No que tange à faixa etária dos participantes, 10 (52,63%) pacientes possuíam entre 56 e 65 anos, 7 (36,84%) tinham de 66 a 75 anos e 1 (5,26%) estava entre 46 e 55 anos. Apenas 1 (5,26%) entrevistado alegou se encaixar na categoria “76 anos ou mais”. As opções “18 a 25 anos”, “26 a 35 anos” e “36 a 45 anos” não tiveram representatividade na amostra.

Com relação ao sexo biológico dos entrevistados, observou-se prevalência de indivíduos do sexo masculino, os quais corresponderam a 14 das 19 pessoas entrevistadas, isto é, cerca de 73,68% da amostra.

No que tange à etnia dos entrevistados, a distribuição se deu da seguinte maneira: 13 (68,42%) se identificaram como pardos, 5 (26,31%) se autodeclararam brancos e 1 (5,26%) se declarou preto. Nenhum participante se identificou como indígena ou amarelo.

No quesito da renda familiar, a amostra se dividiu majoritariamente em 2 estratos: 57,89% (11) alegaram uma renda familiar equivalente a até 1 salário mínimo e 36,84% (7) indicaram um valor de 2 a 3 salários mínimos. Apenas 1 (5,26%) entrevistado fugiu a esse padrão, relatando uma renda entre 7 a 11 salários mínimos. As demais categorias de renda familiar disponíveis no instrumento de pesquisa não foram mencionadas por nenhum participante.

Acerca do tempo de diagnóstico, 8 (42,10%) pacientes indicaram ter recebido o diagnóstico da Doença de Parkinson entre 5 e 10 anos atrás, 5 (26,31%) entrevistados relataram ter entre 10 e 15 anos de diagnóstico e 3 (15,78%) pacientes responderam que seu diagnóstico se deu há 2 anos ou menos. As categorias “Entre 15 anos ou mais” e “Entre 2 e 5 anos” foram as que exibiram menor impacto numérico, respectivamente com 1 (5,26%) e 2 (10,52%) representantes.

No que diz respeito à investigação de outras patologias, condições e disfunções de saúde, 36,84% (7) dos entrevistados relatou não ter nenhuma outra patologia além da Doença de Parkinson, enquanto 63,15% (12) indicou conviver com uma ou mais condições de saúde fora a DP. Dentre os 12 pacientes que alegaram possuir outra disfunção de saúde, as patologias mais citadas foram a Hipertensão Arterial Sistêmica (8/12) e a Diabetes (5/12). A Tabela 1 lista todas as outras condições de saúde, além da DP, citadas pelos entrevistados.

Resultados da amostra quanto à HAD

Na amostra total, 9 (47,36%) dos 19 participantes pontuaram 8 ou mais na subescala de ansiedade da HAD, resultado sugestivo de ansiedade. Dentre os 9 pacientes com sugestão para ansiedade, 1 paciente apresentou pontuações sugestivas apenas para ansiedade e 8 pacientes exibiram pontuações sugestivas para ansiedade concomitantemente com pontuações sugestivas para depressão.

Com relação à subescala de depressão, 10 (52,63%) dos 19 entrevistados exibiram pontuações sugestivas para depressão na HAD. Dentre esses 10 participantes, 2 pontuaram sugestivamente apenas depressão, ao passo que 8 obtiveram pontuações sugestivas tanto para depressão quanto para ansiedade. Ao todo, 8 pacientes do universo amostral não pontuaram de modo sugestivo para nenhuma das duas condições avaliadas (ansiedade e depressão).

Tabela 1. Distribuição absoluta de outras disfunções de saúde apresentadas pelos pacientes da amostra.

Disfunção de saúde	Nº de pacientes com a disfunção (n=12)
HAS	8/12
Diabetes	5/12
Psoríase	1/12
Alergia na mucosa nasal	1/12
Artrite	1/12
Reumatismo	1/12
Otosclerose bilateral	1/12
Lúpus	1/12
TAG	1/12
Artrose	1/12
Osteoporose	1/12

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; TAG: Transtorno de Ansiedade Generalizada.

Fonte: Autores, 2025.

As pontuações de cada paciente na subescala de ansiedade da HAD e na subescala de depressão da HAD, bem como seus respectivos resultados para a presença ou ausência de sugestão para ansiedade e/ou para depressão, estão expostas na Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição da pontuação dos pacientes em cada subescala e seus respectivos resultados relacionados à ausência ou presença de sugestão para ansiedade e/ou para depressão conforme o ponto de corte estipulado pelos autores.

Paciente	Pontuação na subescala para ansiedade	Pontuação sugestiva para ansiedade?	Pontuação na subescala para depressão	Pontuação sugestiva para depressão?
P1	1	Não	4	Não
P2	5	Não	8	Sim
P3	6	Não	6	Não
P4	9	Sim	9	Sim
P5	8	Sim	14	Sim
P6	15	Sim	10	Sim
P7	4	Não	7	Não
P8	6	Não	1	Não
P9	3	Não	2	Não
P10	3	Não	1	Não
P11	7	Não	9	Sim
P12	15	Sim	9	Sim
P13	8	Sim	8	Sim
P14	11	Sim	9	Sim
P15	8	Sim	9	Sim
P16	13	Sim	10	Sim
P17	3	Não	5	Não
P18	12	Sim	6	Não
P19	6	Não	2	Não

Fonte: Autores, 2025.

Relação entre as características socioeconômicas da amostra e os resultados da HAD

As distribuições das variáveis socioeconômicas analisadas quanto à associação com a presença ou com a ausência de sugestão para depressão e para ansiedade, na casuística, estão expostas na Tabela 3.

Tabela 3. Distribuição das variáveis socioeconômicas associadas à presença ou à ausência de sugestão de depressão e ansiedade na amostra do estudo.

Variáveis/doenças	Depressão			Ansiedade			Total (%)
	SD (%)	AD (%)	Valor p	SA (%)	AA (%)	Valor p	
Idade							19 (100)
≤ 65 anos	5 (45,45)	6 (54,54)	0,64	5 (45,45)	6 (54,54)	1	11 (57,89)
> 65 anos	5 (62,5)	3 (37,5)		4 (50)	4 (50)		8 (42,10)
Sexo							19 (100)
Masculino	8 (57,15)	6 (42,85)	0,62	7 (50)	7 (50)	1	14 (73,68)
Feminino	2 (40)	3 (60)		2 (40)	3 (60)		5 (26,31)
Raça/Cor da pele							19 (100)
Branco	2 (40)	3 (60)	0,62	2 (40)	3 (60)	1	5 (26,31)
Não brancos	8 (57,15)	6 (42,85)		7 (50)	7 (50)		14 (73,68)
Renda							19 (100)
Baixa (até 1 salário mínimo)	6 (54,54)	5 (45,45)	1	4 (36,36)	7 (63,63)	0,60	11 (57,89)
Média (2–6 salários mínimos)	4 (57,14)	3 (42,85)		3 (42,85)	2 (57,14)		7 (36,84)
Alta (> 6 salários mínimos)	0 (0)	1 (100)		0 (0)	1 (100)		1 (0,05)
Tempo de diagnóstico							19 (100)
< 5 anos	3 (60)	2 (40)	0,61	2 (40)	3 (60)	1	5 (26,31)
5–10 anos	3 (37,5)	5 (62,5)		3 (37,5)	5 (62,5)		8 (42,10)
> 10 anos	4 (66,6)	2 (33,3)		3 (50)	3 (50)		6 (31,57)
Associação com outras disfunções de saúde							19 (100)
Com	7 (58,33)	5 (41,66)	0,64	7 (58,33)	5 (41,66)	0,34	12 (63,15)
Sem	3 (42,85)	4 (57,14)		2 (28,57)	5 (71,42)		7 (36,84)

SA: sugestão para ansiedade; AA: ausência de sugestão para ansiedade; SD: sugestão para depressão; AD: ausência de sugestão para depressão.

Fonte: Autores, 2025.

Para a análise da relação entre idade e sintomas de depressão e de ansiedade, os indivíduos foram divididos em 2 grupos: indivíduos até 65 anos e indivíduos com mais de 65 anos. Nos achados referentes à subescala de depressão, ainda que os participantes com idade maior que 65 anos tenham apresentado maior proporção de possíveis quadros depressivos (62,5%) em comparação ao grupo de indivíduos com 65 anos ou menos (45,45%), não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,36$), além de que o intervalo de confiança do odds ratio de 0,36 foi amplo (IC95% 0,03–3,12). Semelhantemente, quanto à prevalência de sintomas ansiosos, o grupo de indivíduos com idade maior que 65 anos foi proporcionalmente superior (50%) ao grupo de pacientes com até 65 anos (45,45%), mas, também, não foi um resultado estatisticamente significativo ($p=1$) e obteve um amplo odds ratio 0,84 (IC95% 0,09–7,32).

Quanto ao sexo, embora os homens tenham constituído a maioria dos casos de depressão e de ansiedade em comparação às mulheres, não houve associação estatisticamente significativa entre o sexo biológico e a presença de depressão ou ansiedade (p -valor para depressão = 0,62; e p -valor para ansiedade = 1). No que tange ao odds ratio (1,97 IC95%: 0,16–30,21 para depressão; e 1,47 IC95%: 0,12–22,87 para ansiedade), o resultado tendeu ao grupo masculino em relação ao grupo feminino, indicando maior chance da presença de sintomas depressivos ou ansiosos, porém sem significância estatística.

No quesito raça/cor da pele, os indivíduos não brancos, que na amostra corresponderam a participantes pretos e pardos, apresentaram maior frequência absoluta de ansiedade e de depressão em comparação aos brancos, porém essa diferença não foi estatisticamente significativa ($p=1$). Além disso, o intervalo de confiança do odds ratio de 0,68 foi amplo (IC95% 0,04–8,04), indicando incerteza elevada devido ao tamanho amostral reduzido.

Acerca da análise da faixa de renda e a relação com sintomas depressivos, as frequências indicaram maior concentração de casos de depressão nas faixas de baixa renda, isto é, de até 1 salário mínimo, e de média renda,

ou seja, de 2 a 6 salários mínimos, em relação à categoria de alta renda, a qual foi composta por indivíduos que recebiam mais que 6 salários mínimos. Entretanto, não se detectou diferença estatisticamente significativa ($p=0,62$). De maneira similar, os sintomas ansiosos também apresentaram maior frequência entre as faixas de renda de até 1 salário mínimo e de 2 a 6 salários mínimos, mas sem significância estatística ($p=0,60$).

A investigação da relação entre o tempo de diagnóstico e a frequência de depressão e ansiedade utilizou três categorias: menor que 5 anos, 5 a 10 anos e maior que 10 anos. Com base nos dados coletados, não houve diferença estatisticamente significativa entre o tempo de diagnóstico nem com depressão ($p=0,61$), nem com ansiedade ($p=1$).

A associação entre possuir outras doenças/comorbidades com a ocorrência de pontuações sugestivas de quadros depressivos e de quadros ansiosos foi estatisticamente não significativa (p -valor para depressão = 0,64; e p -valor para ansiedade = 1) para ambas as patologias. Contudo, a depressão e a ansiedade apresentaram resultados de odds ratio, respectivamente, de 1,80 (IC95% 0,19–18,59) e de 3,27 (IC95% 0,35–48,08), sugerindo uma maior chance dessas condições ocorrerem entre os indivíduos com outras disfunções de saúde, embora sem significância estatística.

Discussão

Durante o período analisado, aproximadamente 52,63% dos entrevistados apresentaram pontuação na escala HAD sugestiva de depressão. Isto concorda com uma pesquisa realizada na China, que constatou a existência de uma elevada frequência de casos de depressão em pacientes com DP, sendo a maioria dos casos de grau leve ou moderado, dependendo dos fatores de risco¹⁵. Além disso, de acordo com os dados extraídos durante o estudo, observou-se que 47,36% dos participantes apresentaram pontuações sugestivas de ansiedade na HAD, valor compatível com a literatura, que aponta prevalências variando entre 20 e 50% em indivíduos com DP¹⁶. Essa alta frequência de sintomas depressivos e ansiosos pode estar relacionada a fatores intrínsecos e extrínsecos da DP, hipótese corroborada pelo estudo escrito por Goldman, o qual afirma que o diagnóstico, as mudanças funcionais, os mecanismos neurobiológicos da DP e a progressão da doença contribuem para os sintomas de humor¹⁷.

A análise dos dados revelou que a presença de ansiedade e de depressão não apresentaram associação estatisticamente significativa com idade, sexo, renda, tempo de diagnóstico ou presença de outras patologias. Contudo, ainda assim, observou-se uma tendência de maior ocorrência de ansiedade e de depressão entre os indivíduos com outras comorbidades, ainda que sem significância estatística. Esses achados sugerem que, embora fatores clínicos e sociodemográficos não se configurem como determinantes isolados, a ansiedade e a depressão na DP podem emergir como resultado de uma interação complexa entre progressão da doença, vulnerabilidade emocional e o impacto funcional provocado pelas limitações motoras.

Em relação à forma de preenchimento da HAD, houve uma maior concentração de pessoas que optaram pela ajuda dos pesquisadores para registrar as suas afirmações no instrumento, o que pode estar relacionado aos sintomas motores da DP. Um estudo anterior avaliou a função dos membros superiores de indivíduos com DP e apontou que parcela deles apresentaram uma certa dificuldade ao escrever no papel e no tablet, em comparação ao grupo controle saudável¹⁸.

A partir dos questionários, encontrou-se que o perfil etário dos indivíduos com a Doença de Parkinson (DP) analisados foi predominante nos intervalos de idade de 56 a 65 anos (52,63%) e entre 66 e 75 anos (36,84%), sendo somente uma pequena parte pertencente a faixa etária de 46 a 55 anos (5,26%). Esses dados obtidos sugerem que a DP é uma doença associada com o envelhecimento, o que é apontado também por outros estudos, os quais revelam picos de incidência dessa patologia entre as faixas de 60-80 anos, corroborando o resultado observado nas faixas 56-65 anos e 66-75 anos^{19,20}.

Dessa forma, também é importante salientar as implicações que estes dados promovem aos serviços ambulatoriais, tendo em vista que, a Doença de Parkinson tende a ser um desafio global de saúde que se amplia com o envelhecimento populacional, especialmente para os países em desenvolvimento, como foi demonstrado por um estudo, que projeta um aumento de 1,5 vez de casos de DP no mundo até 2035²¹.

No aspecto das condições psíquicas, em relação à faixa etária dos pacientes com DP, o presente trabalho identificou que a relação dessa variável com sintomas depressivos ou ansiosos não foi estatisticamente significativa. Nesse sentido, fortalecendo o resultado encontrado, o estudo de Jacob et al também relata que não há relação clara entre o intervalo etário e estes sintomas²².

Quanto ao sexo biológico, observou-se o sexo masculino como o mais predominante, com um total de 14 (73,68%) dentre os 19 entrevistados. Isso pode ser explicado a partir de alguns mecanismos biológicos, como: o fato de mulheres apresentarem início tardio dos sintomas em função da preservação de neurônios dopaminérgicos, possivelmente relacionada com os níveis de estrogênio na fase pré-clínica; e também em razão de homens apresentarem diminuição significativa de gangliosídeos, fosfolipídeos e água na substância negra²³. Em comparação a dados a nível mundial, estes também se mostram mais prevalentes na população masculina, se mostrando equivalentes aos dados locais aqui apresentados²¹.

Ademais, quanto à temática dos sintomas não-motores da DP, foi apontado por um estudo que, especialmente no aspecto da saúde mental, mulheres apresentaram predominância desses sintomas, sendo as mulheres com DP consideradas mais ansiosas que homens com DP²⁴. Apesar disso, o presente estudo constatou que não houve associação estatisticamente significativa entre o sexo biológico e a presença de depressão e ansiedade em pacientes diagnosticados com DP e que, de acordo com o *odds ratio* encontrado, a maior tendência destes sintomas seria na população masculina.

No quesito etnia, os resultados apresentaram uma maioria que alegou ser parda (68,42%) seguida por um pequeno grupo de indivíduos que se consideraram brancos (26,31%) e uma pessoa autodeclarada preta (5,26%). Segundo um estudo em escala nacional, a maior prevalência de DP foi em indivíduos brancos, diferindo dos resultados encontrados no presente estudo local²⁵. Uma possível explicação para essa divergência pode estar relacionada com as especificidades próprias do território estudado, já que, de acordo com o Censo Demográfico do IBGE de 2022, no estado do Pará a parcela majoritária da população é parda, equivalendo a cerca de 69,87%²⁶. Ademais, questões de cunho metodológico também devem ser analisadas, considerando que a amostra final do estudo foi pequena, o que pode ter influenciado os resultados obtidos.

No âmbito da saúde mental, verificou-se que, apesar de os indivíduos não brancos (aqui considerados os indivíduos pretos e pardos) apresentarem maior frequência absoluta de casos de ansiedade e depressão, não houve relação estatisticamente significativa. A respeito do embasamento teórico para discutir essa questão, observou-se dificuldade em encontrar artigos sobre esta temática envolvendo aspectos raciais. Diante disso, aponta-se a sub-representação de certos grupos na discussão de perfis psiquiátricos dentro da temática da Doença de Parkinson como um fator limitante²⁷.

No que tange a renda familiar, a maioria dos pacientes alegou receber até 1 salário mínimo (57,89%) ou de 2 a 3 salários mínimos (36,84%). Esse cenário concorda com um artigo que avaliou as desigualdades na utilização de serviços de saúde do SUS e a partir disso, concluiu que as pessoas que mais usufruíram desse direito foram os indivíduos de menor renda, de escolaridade reduzida e os idosos²⁸.

Quanto à associação entre a renda e a prevalência de sintomas depressivos e ansiosos, houve uma maior frequência de escores sugestivos dessas condições em indivíduos de baixa ou média renda. Nesse sentido, embora sem significância estatística, tal achado tende a alinhar-se mais a um estudo anterior que evidenciou a existência de uma associação entre a severidade da depressão e da ansiedade e a resiliência psicológica em pessoas com DP, a qual foi influenciada por diversos fatores, dentre eles a menor renda familiar, que restringe o acesso a serviços de saúde de apoio²⁹.

O tempo de diagnóstico é outro aspecto relevante, pois grande parte dos pacientes possuía entre 5 e 15 anos de convivência com a doença. A literatura aponta que o avanço da DP tende a intensificar sintomas não motores, incluindo ansiedade e depressão, devido à neurodegeneração progressiva que acomete sistemas serotoninérgicos e noradrenérgicos¹⁶. Contudo, no presente estudo, não houve associação significativa entre o tempo de diagnóstico e sintomas depressivos ou ansiosos, reforçando achados prévios que argumentam que a manifestação desses sintomas é multifatorial e não necessariamente dependente da duração da doença³⁰.

Quanto às comorbidades, verificou-se que 63,15% dos participantes possuíam outras condições de saúde, sendo a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus as mais prevalentes. A literatura

demonstra que tais comorbidades aumentam o risco de pior prognóstico funcional em pacientes com DP, além de se associarem a maior desgaste psicológico devido ao acúmulo de demandas clínicas³¹. No presente estudo, embora não houvesse significância estatística, observou-se maior chance de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com comorbidades, sugerindo que a multimorbidade pode exercer efeito cumulativo na saúde mental desses indivíduos³².

O presente trabalho, que objetiva verificar a prevalência de ansiedade e depressão em pacientes diagnosticados com Doença de Parkinson, pode contribuir de variadas maneiras para o debate desta doença na comunidade científica. Esta afirmação pode ser feita tendo em vista que o presente artigo aborda diversas variáveis no debate, em especial a questão racial, que reforça a lacuna presente na literatura; fortalece os estudos locais já existentes e estimula mais estudos sobre a temática no território analisado, devido às suas próprias limitações; e, por fim, agrega novas informações e promove novos questionamentos a estudos futuros.

Esse artigo apresenta algumas limitações, apesar dos esforços dos pesquisadores para manter o rigor metodológico ao longo do período de produção dessa pesquisa. Primariamente, a amostra coletada foi pequena, o que provavelmente contribuiu para a falta de uma diferença estatisticamente significativa nos resultados. Além disso, esse estudo pode apresentar vieses de informação, como o de autorrelato, uma vez que a afirmação do participante pode não ser verdadeira, e o de memória, já que talvez alguns entrevistados não tenham lembrado corretamente a resposta de certas variáveis, a exemplo do tempo de diagnóstico da DP. Outra possibilidade é o viés do entrevistador, uma vez que os autores falaram em voz alta as perguntas e as alternativas para os pacientes que optaram pelo auxílio para o preenchimento da HAD, ou seja, talvez a entonação e a maneira como cada tópico foi repassado tenham influenciado nas respostas desses indivíduos.

Conclusão

Logo, os achados deste estudo evidenciaram que a DP permanece como uma condição de impacto expressivo sobre o bem-estar biopsicossocial, especialmente no que concerne à saúde mental. Embora a amostra analisada apresente características sociodemográficas semelhantes às descritas na literatura, com predominância de indivíduos idosos, do sexo masculino e de baixa renda, não foram observadas associações estatisticamente significativas entre variáveis socioeconômicas e a presença de sintomas depressivos ou ansiosos.

Ainda que não tenham sido encontradas associações significativas entre o tempo de diagnóstico e a presença de sugestão de ansiedade e/ou de depressão, a prevalência elevada de sintomas sugestivos de depressão e ansiedade, identificada em aproximadamente metade dos participantes, reforça a relevância clínica dessas manifestações não motoras e sua pertinência no acompanhamento integral de pacientes com DP. Além disso, os achados reforçam a importância de abordagens multidisciplinares e contínuas, que podem contribuir para a mitigação de sintomas físicos e para o suporte emocional dos pacientes.

Embora limitado pelo tamanho amostral reduzido, o trabalho oferece subsídios relevantes para estudos futuros, que devem incluir amostras maiores e análise longitudinal, a fim de aprofundar o entendimento sobre fatores associados ao adoecimento emocional nessa população, bem como ampliar a validade externa dos dados. Portanto, os resultados deste estudo ressaltam a necessidade de protocolos assistenciais que integrem avaliação sistemática de ansiedade e depressão no manejo clínico da DP, garantindo intervenções oportunas que promovam melhor qualidade de vida.

Referências

1. Silva ABRL, Gonçalves de Oliveira RW, Diógenes GP, Aguiar MFC, Sallem CC, Lima MPP, et al. Premotor, nonmotor and motor symptoms of Parkinson's Disease: A new clinical state of the art. *Ageing Res Rev.* 2023;84:101834. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2022.101834>
2. Ye H, Robak LA, Yu M, Cykowski M, Shulman JM. Genetics and Pathogenesis of Parkinson's Syndrome. *Annu Rev Pathol.* 2023;18:95-121. <https://doi.org/10.1146/annurev-pathmechdis-031521-034145>

3. Costa HN, Esteves AR, Empadinhas N, Cardoso SM. Parkinson's Disease: A Multisystem Disorder. *Neurosci Bull.* 2023;39(1):113-24. <https://doi.org/10.1007/s12264-022-00934-6>
4. Martinez-Martin P, Rodriguez-Blazquez C, Kurtis MM, Chaudhuri KR. Health-related quality of life in patients with Parkinson's disease: A systematic review of disease-specific instruments. *Mov Disord.* 2011;26(2):237-48.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Depressão: definição. Linhas de Cuidado [Internet]. 2025 [acessado em 14 set. 2025]. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/depressao/definicao/>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Depressão: informações gerais. Gov.br – Saúde [Internet]. 2025 [acessado em 14 set. 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/depressao>.
7. Schrag A, Taddei RN. Depression and anxiety in parkinson's disease. *Int Rev Neurobiol.* 2017;133:623-55. <https://doi.org/10.1016/bs.irn.2017.05.024>
8. Cong S, Xiang C, Zhang S, Zhang T, Wang H, Cong S. Prevalence and clinical aspects of depression in Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis of 129 studies. *Neurosci Biobehav Rev.* 2022;141:104749. <https://doi.org/10.1016/j.neubio-rev.2022.104749>
9. Upneja A, Paul BS, Jain D, Choudhary R, Paul G. Anxiety in Parkinson's Disease: Correlation with Depression and Quality of Life. *J Neurosci Rural Pract.* 2021;12(2):323-8. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1722840>
10. Elefante C, Brancati GE, Bacciardi S, Mazzucchi S, Prete ED, Palermo G et al. Prevalence and Clinical Correlates of Comorbid Anxiety and Panic Disorders in Patients with Parkinson's Disease. *J Clin Med.* 2021;10(11):2302. <https://doi.org/10.3390/jcm10112302>
11. Carvalho MO, Rabelo D, Santos MC, Dunningham W. Associação dos sintomas depressivos e ansiosos em pacientes neurológicos assistidos em um ambulatório de Salvador-Bahia. *RBNP.* 2019;23(1):57-69.
12. Pringsheim T, Jette N, Frolkis A, Steeves TD. The prevalence of Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. *Mov Disord.* 2014;29(13):1583-90. <https://doi.org/10.1002/mds.25945>
13. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Jr C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Pública.* 1995;29(5):355-63. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101995000500004>
14. Botega NJ, Pondé MP, Medeiros P, Lima MG, Guerreiro CAM. Validação da escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) em pacientes epiléticos ambulatoriais. *J Bras Psiquiatr.* 1998;47(6):285-9.
15. Li L, Wang Z, You Z, Huang J. Prevalence and influencing factors of depression in patients with Parkinson's Disease. *Alpha Psychiatry.* 2023;24(6):234-8. <https://doi.org/10.5152/alphapsychiatry.2023.231253>
16. Aarsland D, Kramberger MG. Neuropsychiatric symptoms in Parkinson's Disease. *J Parkinson Dis.* 2015;5(3):659-67. <https://doi.org/10.3233/JPD-150604>
17. Goldman JG. Non-motor symptoms and treatments in Parkinson's disease. *Neurol Clin.* 2025;43(2):291-317. <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2024.12.008>
18. Gardoni A, Sarasso E, Basaia S, Corbetta D, Zenere L, Grassi A, et al. Handwriting, touchscreen dexterity and bradykinesia measures in Parkinson's disease: a feature selection study. *J Neurol.* 2025;272(6):389. <https://doi.org/10.1007/s00415-025-13121-0>
19. Tanner CM, Ostrem JL. Parkinson's Disease. *N Engl J Med.* 2024;391(5):442-52. <https://doi.org/10.1056/nejmra2401857>
20. Pereira GM, Teixeira-Dos-Santos D, Soares NM, Marconi GA, Friedrich DC, Awad PS, et al. A systematic review and meta-analysis of the prevalence of Parkinson's disease in lower to upper-middle-income countries. *NPJ Parkinsons Dis.* 2024;10(1):181. <https://doi.org/10.1038/s41531-024-00779-y>
21. Luo Y, Qiao L, Li M, Wen X, Zhang W, Li X. Global, regional, national epidemiology and trends of Parkinson's disease from 1990 to 2021: findings from the Global Burden of Disease Study 2021. *Front Aging Neurosci.* 2025;16:1498756. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2024.1498756>
22. Jacob EL, Gatto NM, Thompson A, Bordelon Y, Ritz B. Occurrence of depression and anxiety prior to Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord.* 2010;16(9):576-81. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2010.06.014>
23. Cattaneo C, Pagonabarraga J. Sex Differences in Parkinson's Disease: A Narrative Review. *Neurol Ther.* 2025;14:57-70. <https://doi.org/10.1007/s40120-024-00687-6>
24. Maas BR, Göttgens I, Klasen HPST, Kapelle WM, Radder DLM, Bloem BR, et al. Age and gender differences in non-motor symptoms in people with Parkinson's disease. *Front Neurol.* 2024;15:1339716. <https://doi.org/10.3389/fneur.2024.1339716>

25. Schlickmann TH, Tessari MS, Borelli WV, Marconi GA, Pereira GM, Zimmer E, et al. Prevalence, distribution and future projections of Parkinson disease in Brazil: insights from the ELSI-Brazil cohort study. *Lancet Reg Health Am.* 2025;44:101046.
26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2022 [Internet]. 2025 [acessado em 29 nov. 2025]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/pesquisa/10102/122229>
27. Siddiqi S, Ortiz Z, Simard S, Li J, Lawrence K, Redmond M, et al. Race and ethnicity matter! Moving Parkinson's risk research towards diversity and inclusiveness. *NPJ Parkinson's Dis.* 2025;11(1): 45. <https://doi.org/10.1038/s41531-025-00891-7>
28. Quadra MR, Schäfer AA, Meller FO. Inequalities in the use of health services in a municipality in Southern Brazil in 2019: a cross-sectional study. *Epidemiol Serv Saude.* 2023;32(1):e2022437. <https://doi.org/10.1590/S2237-96222023000100025>
29. Cai YX, Wang YJ, Liu J. Association between anxiety-depression status and psychological resilience in patients with Parkinson's disease: A risk factor analysis. *World J Psychiatry.* 2025;15(8):108704. <https://doi.org/10.5498/wjp.v15.i8.108704>
30. Alis C, Demirelli DS, Ay E, Genc G. Depression and anxiety in Parkinson's disease: prevalence and associated risk factors. *Med Bull Sisli Etfal Hosp.* 2025;59(2):200-5. <https://doi.org/10.14744/SEMB.2025.90767>
31. Tenison E, Henderson EJ. Multimorbidity and frailty: tackling complexity in Parkinson's disease. *J Parkinsons Dis.* 2020;10(s1):S85-S91. <https://doi.org/10.3233/JPD-202105>
32. Burchill E, Watson CJ, Fanshawe JB, Badenoch JB, Rengasamy E, Ghanem DA, et al. The impact of psychiatric comorbidity on Parkinson's disease outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Reg Health Eur.* 2024;39:100870. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2024.100870>

Autor correspondente

Bernard Vidal Arnaud

Universidade do Estado do Pará, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Faculdade de Medicina

Travessa Perebebuí, 2623, Marco

CEP 66087-670, Belém, PA, Brasil

E-mail: vidalarnaud10@gmail.com; bernard.v.arnaud@aluno.uepa.br

Informação sobre os autores

BVA, JGPGB, HBCC, SRSK, SGSP são estudantes de graduação em medicina na Universidade do Estado do Pará.

PRBN é doutora em Psicologia – Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento da Universidade Federal do Pará e docente da Universidade do Estado do Pará.

Contribuição dos autores

BVA: conceituação; investigação; metodologia; administração do projeto; supervisão; visualização; escrita – primeira redação; escrita – revisão e edição. JGPGB: conceituação; análise formal; investigação; metodologia; visualização; escrita – primeira redação; escrita – revisão e edição. HBCC, SRSK e SGSP: conceituação; investigação; escrita – primeira redação; escrita – revisão e edição. PRBN: conceituação; administração do projeto; supervisão; escrita – revisão e edição.

Todos os autores leram e aprovaram a versão final submetida ao Pará Research Medical Journal.