

Elisa Miranda Costa
(Organizadora)

Bases Conceituais
da **Saúde 3**

Elisa Miranda Costa
(Organizadora)

Bases Conceituais da Saúde

3

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação e Edição de Arte: Lorena Prestes e Geraldo Alves

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

- Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

B299 Bases conceituais da saúde 3 [recurso eletrônico] / Organizadora
Elisa Miranda Costa. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019.
– (Bases Conceituais da Saúde; v. 3)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia.

ISBN 978-85-7247-134-3

DOI 10.22533/at.ed.343191502

1. Centro de Atenção Psicossocial – História. 2. Políticas de
saúde mental – Brasil. 3. Reforma psiquiátrica – Brasil – História.
I. Costa, Elisa Miranda. II. Série.

CDD 362.1

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

DOI O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de
responsabilidade exclusiva dos autores.

2019

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos
autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

www.atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

As Políticas de Saúde Mental no Brasil são marcadas pela criação do primeiro hospício até os fundamentos atuais orientados pelos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira como processo social complexo, sinalizadas pelo desinstitucionalização no âmbito da loucura e do sofrimento mental. O processo da reforma psiquiátrica no Brasil começou no final da década de 70, no contexto da redemocratização nacional, ou seja, na luta contra a ditadura militar.

Com a ruptura do hospital psiquiátrico, o sujeito deixa de ser reduzido à doença e passa a ser usuário, cidadão que utiliza os recursos públicos. O trabalho dito “terapêutico” dos profissionais que antes se restringia ao espaço manicomial e às atividades de controle e vigilância, agora se amplia para a atuação no território; espaço não apenas administrativo, mas das relações sociais, políticas, afetivas e ideológicas.

A Constituição de 1988 foi um salto importante na história da saúde mental brasileira. A saúde mental passa a ser um eixo dentro da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A continuidade, o acolhimento, envolvimento e corresponsabilização dos seus grupos familiares são dispositivos importantes para a desconstrução manicomial.

As experiências dos Caps (Centro de Atenção Psicossocial) e das equipes volantes de psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, associados aos profissionais de saúde da ESF abrem o sulco do campo pós-manicomial e contribuem para a clínica comprometida com a vida, com uma subjetividade livre e com uma maneira de existir orientada para justiça social e a liberdade.

Suicídio, depressão, redução da intervenção psiquiátrica, diminuição de mortes por violência e a diminuição do uso patológico de drogas legais e ilegais se constituem hoje como problemas de saúde pública no Brasil e desafios para o SUS (Sistema Único de Saúde). Ao longo deste volume serão discutidos aspectos da Reforma Psiquiátrica no Brasil, os principais desafios da saúde mental, experiências e práticas implantadas na ESF e nos Caps brasileiros.

Elisa Miranda Costa

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A UTILIZAÇÃO DE DROGAS PSICOATIVAS E OS PROBLEMAS DE SAÚDE BUCAL NA ADOLESCÊNCIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA	
<i>Aline Costa Flexa Ribeiro Proença</i> <i>Lucas Lacerda de Souza</i> <i>Letícia Nakano Rangel de Oliveira</i> <i>Márcia Andrea Macedo do Nascimento</i> <i>Hélder Antônio Rebelo Pontes</i> <i>Regina Fatima Feio Barroso</i>	
DOI 10.22533/at.ed.3431915021	
CAPÍTULO 2	5
ABSENTEÍSMO POR TRANSTORNOS MENTAIS NA EQUIPE DE ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA	
<i>Thassia Thame de Moura Silva</i> <i>Anna Claudia Lins Silva</i> <i>Dayseane Cintia de França Santos</i> <i>Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti</i> <i>Cândida Maria Rodrigues dos Santos</i> <i>Luciana Pedrosa Leal</i>	
DOI 10.22533/at.ed.3431915022	
CAPÍTULO 3	18
ALTERAÇÕES NEUROPSIQUIÁTRICAS NA DOENÇA DE PARKINSON: DEPRESSÃO, APATIA E OS EFEITOS DA PRÁTICA DE DANÇA	
<i>Inara Priscylla Rodrigues Machado</i> <i>Viviane Kharine Teixeira Furtado</i> <i>Carlomagno Pacheco Bahia</i> <i>Lane Viana Krejčová</i>	
DOI 10.22533/at.ed.3431915023	
CAPÍTULO 4	34
AS DIFICULDADES REFERENTES AO CUIDADO E OS RECURSOS ADAPTATIVOS UTILIZADOS PELOS CUIDADORES DOS PACIENTES COM DOENÇA MENTAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	
<i>Vaneska Tainá Pinto Barbosa</i> <i>Erika Marcilla Sousa de Couto</i> <i>Paolla Sabrina Rodrigues de Souza</i> <i>Sávio Felipe Dias Santos</i> <i>Nataly Yuri Costa</i> <i>Divane de Vargas</i>	
DOI 10.22533/at.ed.3431915024	
CAPÍTULO 5	39
ATRIBUIÇÕES DO PSICÓLOGO HOSPITALAR NUMA EQUIPE DE CUIDADOS PALIATIVOS	
<i>Natalya Lima de Vasconcelos</i> <i>Camila Batista Nóbrega Paiva</i> <i>Ericka Barros Fabião no Nascimento</i> <i>Luziane Juzi Carvalho de Alencar Silva</i>	
DOI 10.22533/at.ed.3431915025	

CAPÍTULO 6 44

ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS): UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Lidianny do Nascimento Gonçalves Braga
Lenice Bernardo dos Santos Cantalice

DOI 10.22533/at.ed.3431915026

CAPÍTULO 7 53

AUTOAGRESSÃO VERSUS COMPORTAMENTO SUICÍDA

Lethicia Araujo Cordeiro
Marcella Marinho Ribeiro
Yasmin Consolação de Lima Silva
André Luiz Xavier Canevaroli
Pedro Henrique Pacheco Monteiro
Claudio Herbert Nina e Silva

DOI 10.22533/at.ed.3431915027

CAPÍTULO 8 60

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA NOS INDIVÍDUOS APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA: UMA REVISÃO DOS ESTUDOS

Gracielle Malheiro dos Santos
Leonídia Aparecida Pereira da Silva
Alessandro Dutra Bezerra
Ayrton de Queiroz Alves Barros
Bárbara Velluma Soares de Azevedo
Monilly Ramos Araújo Melo

DOI 10.22533/at.ed.3431915028

CAPÍTULO 9 72

CARACTERÍSTICAS DO USO DE BENZODIAZEPÍNICOS POR PACIENTES ATENDIDOS NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DJALMA DE HOLANDA CAVALCANTE EM RECIFE-PE

Pablo Nunes Teles de Mendonça
Leonardo José Vieira Queiroz Filho
Antonio Malan dos Santos Nascimento
Tássio Martins de Oliveira
Domingos Sávio Barbosa de Melo

DOI 10.22533/at.ed.3431915029

CAPÍTULO 10 83

CENTRO DE ATENÇÃO PSSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: ENTRE A TEORIA E A PRÁTICA

Silvana Cavalcanti dos Santos
Gabriela Ferraz dos Santos
Marina Edileusa da Silva
Sílvia Camêlo de Albuquerque
Robervam de Moura Pedroza

DOI 10.22533/at.ed.34319150210

CAPÍTULO 11 93

CYBERLOAFING: IMPLICAÇÕES PARA A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Neiva Claudete Brondani Machado
Janine Goldschmidt de Avila
Andressa Peripolli Rodrigues
Rita Fernanda Monteiro Fernandes
Margot Agathe Seiffert
Marieli Terezinha Krampe Machado

DOI 10.22533/at.ed.34319150211

CAPÍTULO 12 102

DEPRESSÃO NO CLIMATÉRIO: RELAÇÃO ENTRE FATORES BIOLÓGICOS E PSICOLÓGICOS

Viviane Maia Santos
Júlia Colares
Alenice Aliane Fonseca
Ronilson Ferreira Freitas
Marina Colares Moreira
Alice Angélica S.R.C Moreira
Josiane Santos Brant Rocha

DOI 10.22533/at.ed.34319150212

CAPÍTULO 13 113

EXPERIENCIANDO A TERAPIA COMUNITÁRIA NO CONTEXTO DA RIS: REPERCUSSÕES DA TCI PARA RESIDENTES E TERRITÓRIO

Emanuella Cajado Joca
Francisca Lilliane Torres da Silva
Juliana Reis Lima
Clarissa Dantas de Carvalho

DOI 10.22533/at.ed.34319150213

CAPÍTULO 14 120

FAMÍLIA: O OLHAR DO CAPS II “LUGAR POSSÍVEL” DR. JORGE NISSIIDE TOLEDO – PR PARA O CUIDADOR DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL SEVERO E PERSISTENTE

Inês Terezinha Pastório
Rosangela Aparecida Pereira
Marli Renate vonBorstel Roesler

DOI 10.22533/at.ed.34319150214

CAPÍTULO 15 129

PREVENÇÃO E IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Daniel Ferreira Moraes de Sousa
Adriana Cristhian Cardoso Sobrinho
Daniela Alarcão de Oliveira
Marcelo de Freitas Ribeiro
Lara Cândida de Sousa Machado

DOI 10.22533/at.ed.34319150215

CAPÍTULO 16 132

MANUAL DE PRÁTICAS DA PSICOLOGIA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Camila Batista Nóbrega Paiva
Natalya Lima de Vasconcelos
Luziane Juzi Carvalho de Alencar Silva
Isabelle Tavares Amorim

DOI 10.22533/at.ed.34319150216

CAPÍTULO 17 141

QUALIDADE DE VIDA DE CUIDADORES DE IDOSOS DEPENDENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL DE ENSINO EM BELÉM-PA

Fernanda Oliveira Serrão
Elenilce Pereira de Carvalho
Elisângela de Macedo Maués
Adrielle Aguiar de Carvalho
Rozinéia de Nazaré Alberto Miranda

DOI 10.22533/at.ed.34319150217

CAPÍTULO 18 146

RECAÍDA PARA O USO DE CRACK: ESTUDO QUALITATIVO

Valéria Cristina Silva de Oliveira
Rosemeri Siqueira Pedroso

DOI 10.22533/at.ed.34319150218

CAPÍTULO 19 155

SOBRECARGA DE CUIDADORAS DOMICILIARES DE PESSOAS ACOMETIDAS POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E ENCEFÁLICO

Josefa Cláudia Borges de Lima
Michelly Guedes de Oliveira Araújo
Camila Grangeiro de Lima
Rosilene Santos Baptista

DOI 10.22533/at.ed.34319150219

CAPÍTULO 20 164

A GÊNESE BIOFÍSICA DA MEMÓRIA E SEU CAMPO DE INTERAÇÃO COM A FILOSOFIA

Arnaldo Pinto Guedes de Paiva Neto

DOI 10.22533/at.ed.34319150220

CAPÍTULO 21 175

ADOLESCER E GESTAR: PERCEPÇÕES DE GRÁVIDAS ADOLESCENTES SOBRE O PARTO E PUÉRPERIO

Anny Mayara de Araújo Oliveira
Maria Josenilda Félix Sousa Antunes
Luciana Dantas de Farias
Cinthia Caroline Alves Marques
Gigliola Marcos Bernardo de Lima

DOI 10.22533/at.ed.34319150221

CAPÍTULO 22 184

DO PRECONCEITO À INVISIBILIDADE: UMA REVISÃO DE LITERATURA SOBRE A HOMOSSEXUALIDADE FEMININA NO ÂMBITO DA SAÚDE

Maria Alice Miranda Fortes
André Augusto Dias Silveira
Emerson Souza Versiani Mendes
Ludmila Cotrim Fagundes
Luiz Felipe Lopes Campos
Luciana Tonette Zavarize

DOI 10.22533/at.ed.34319150222

CAPÍTULO 23 189

O EMPODERAMENTO É UMA PORTA QUE SÓ ABRE POR DENTRO(?): RELATO DE EXPERIÊNCIA DO SIGNIFICADO DO ALEITAMENTO MATERNO PARA AS MULHERES E SUAS INFLUÊNCIAS NO DESMAME PRECOCE

Renata di Karla Diniz Aires
Idehize Oliveira Furtado Lima
Ticianne Alcantara de Oliveira Fernandes

DOI 10.22533/at.ed.34319150223

CAPÍTULO 24 193

ORIENTAÇÕES SOBRE ALEITAMENTO MATERNO PARA PUÉRPERAS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO ESTADO DO PARÁ

Helloyza Halana Fernanda Aquino Pompeu
Sara Negreiros Santos
Evelym Cristina da Silva Coelho
Letícia Pamela Garcia Ribeiro
Vanessa de Oliveira Santos

DOI 10.22533/at.ed.34319150224

CAPÍTULO 25 198

PERCEPÇÃO DAS GESTANTES RELACIONADAS ÀS ALTERAÇÕES ANÁTOMO - FISIOLÓGICAS - PSICOLÓGICAS NA GRAVIDEZ

Priscila da Silva Barbosa
Juliana Lerche Vieira Rocha Pires
Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro

DOI 10.22533/at.ed.34319150225

CAPÍTULO 26 210

SIGNIFICADOS DE FAMILIARES SOBRE A PARTICIPAÇÃO DO PARCEIRO NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Michelle Araújo Moreira
Juliana Oliveira de Castro

DOI 10.22533/at.ed.34319150226

CAPÍTULO 27 225

PERCEPÇÃO DO PACIENTE SURDO NOS ATENDIMENTOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE: REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

Sintya Gadelha Domingos da Silva
Amanda de Alencar Pereira Gomes
Jonathan Emanuel Lucas Cruz de Oliveira
Clístenes Daniel Dias Cabral
Débora Taynã Gomes Queiróz

DOI 10.22533/at.ed.34319150227

CAPÍTULO 28 233

VESTÍGIOS DE ABORDAGENS MANICOMIAIS ARRAIGADAS EM SERVIÇO INSTITUÍDO PELA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Vitória Chaves de Souza Dantas de Barros

DOI 10.22533/at.ed.34319150228

SOBRE A ORGANIZADORA..... 237

ALTERAÇÕES NEUROPSIQUIÁTRICAS NA DOENÇA DE PARKINSON: DEPRESSÃO, APATIA E OS EFEITOS DA PRÁTICA DE DANÇA

Inara Priscylla Rodrigues Machado

Instituto de Filosofia e Ciências Humanas,
Universidade Federal do Pará
Belém – Pará

Viviane Kharine Teixeira Furtado

Instituto de Ciências da Arte, Universidade
Federal do Pará
Belém – Pará

Carlomagno Pacheco Bahia

Instituto de Ciências da Saúde, Universidade
Federal do Pará
Belém – Pará

Lane Viana Krejčová

Instituto de Ciências da Arte, Universidade
Federal do Pará
Belém – Pará

RESUMO: A Doença de Parkinson (DP) é uma doença neurodegenerativa de caráter crônico e progressivo. Apesar de seus sintomas motores serem amplamente conhecidos, seus sintomas não-motores incluem alterações neuropsiquiátricas de importância clínica. Dentre eles, a apatia e depressão são as alterações de maior prevalência. O presente trabalho objetivou investigar a apresentação dos quadros de depressão e apatia em pacientes com DP e a influência da prática de terapia em dança sobre esses aspectos. 22 pacientes com DP, sob esquema farmacológico

e com progressão clínica entre as fases I e III da Escala de Hoehn e Yahr, foram submetidos a intervenção terapêutica complementar em dança (2x/semana) durante seis meses, desenvolvido através do método *Baila Parkinson*, metodologia de trabalho em dança desenvolvido especificamente para o trabalho terapêutico na DP. Antes e após o período, aplicamos a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (GDS 15), Escala de Avaliação da Depressão de Montgomery e Asberg (MADRS) e a Escala de Apatia (EA) para detecção das frequências de apresentação de quadros depressivos e de apatia na amostra. Observamos uma elevada prevalência dos quadros psiquiátricos em pacientes com a DP na amostra, sendo a apatia a condição mais comumente observada. Após período de intervenção terapêutica em dança, observamos redução significativa na apresentação da apatia, todavia não encontramos diferenças significativas quanto à apresentação de depressão. A atividade terapêutica em dança apresentou-se efetiva na redução da apresentação dos quadros de apatia na DP e os mecanismos possivelmente envolvidos neste efeito necessitam ser investigados.

PALAVRAS-CHAVE: Doença de Parkinson, Depressão, Apatia, Dança.

ABSTRACT: Parkinson's disease (PD) is a

chronic and progressive neurodegenerative disease. Although its motor symptoms are widely known, its non-motor symptoms include neuropsychiatric disorders of clinical importance. Among them, apathy and depression are the most prevalent conditions. The present study aimed to investigate the presentation of depression and apathy in patients with PD and the influence of dance therapy on these aspects. 22 PD patients under pharmacological treatment and with clinical progression between phases I and III of the Hoehn and Yahr Scale, underwent complementary therapeutic intervention in dance (2x / week) for six months, developed using *Baila Parkinson* method, a methodology in dance specifically developed for PD adjuvant treatment. Before and after the period, we applied the Yesavage Geriatric Depression Scale (GDS 15), the Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS) and the Apathy Scale (EA) for the detection of the frequencies of depression and apathy in the sample. We observed a high prevalence of psychiatric conditions in patients with PD in the sample, with apathy being the most commonly observed condition. After the period of therapeutic intervention in dance, we observed a significant reduction in the presentation of apathy, however we did not find significant differences regarding the presentation of depression. The therapeutic activity in dance was effective in reducing the presentation of apathy in PD and the possible mechanisms involved in such effect remain to be investigated.

KEYWORDS: Parkinson's Disease, Depression, Apathy, Dance

1 | INTRODUÇÃO

A Doença de Parkinson (DP) caracteriza-se como uma desordem multissistêmica, de curso progressivo e etiologia ainda desconhecida, com evidências que apontam para uma multifatorialidade envolvida no aparecimento/surgimento da mesma (FLORES, 2009). Destarte, o diagnóstico da DP é demorado pois o sujeito comumente apresenta uma grande variedade de sintomas não motores especialmente nas fases iniciais, estes em sua maioria precedem os sintomas motores. Dentre a gama de sintomas não motores, alterações de curso neuropsiquiátrico configuram as manifestações mais frequentes, sendo importante a avaliação clínica cuidadosa destas alterações no acompanhamento da doença.

Naturalmente, o idoso tende a apresentar necessidades e alterações comportamentais específicas devido às mudanças fisiopatológicas e sociais que ocorrem durante o processo de envelhecimento e que podem afetar a sua saúde psicológica (ESQUENAZI et al., 2014). Na DP, por conta das marcantes manifestações motoras que precipitam o diagnóstico quando de seu aparecimento e que muitas vezes configuram o único ou principal foco do profissional envolvido, não é incomum na prática clínica a negligência com relação aos sintomas neuropsiquiátricos apresentados pelo paciente.

A compreensão das contingências envolvidas no processo diagnóstico, no manejo e na convivência com as limitações e alterações características da condição

aos quais o paciente com a DP é submetido incitam a reflexões sobre os sintomas não-motores e sua importância diagnóstica e terapêutica. Esta miríade sintomática inclui desordens sistêmicas, cognitivas e neuropsiquiátricas que se manifestam desde as fases iniciais da doença. A apatia e a depressão são as desordens neuropsiquiátricas de maior prevalência nos sujeitos com DP, e podem contribuir para o agravamento do quadro sintomático geral (AARSLAND et al., 2009; PETROVIC et al., 2016; WEN et al., 2016).

Segundo a Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2002), a depressão pode ser compreendida como um transtorno de desregulação do humor (vazio, triste ou irritável), aliado a mudanças somáticas e cognitivas que afetam consideravelmente a vida do indivíduo. A apatia, além da apresentação do sentimento de indiferença generalizado, inclui ainda uma tendência a não iniciar e/ou concluir as atividades diárias (DUJARDIN et al., 2007). Na DP, evidências apontam para a apatia como uma síndrome independente da presença de depressão (KIRSCH-DARROW et al., 2006).

Em indivíduos parkinsonianos a depressão está relacionada às questões subjetivas pertinentes à carga global da doença, bem como a alterações morfofuncionais no sistema mesolímbico, incluindo a amígdala, córtex orbitofrontal e córtex pré-frontal ventromedial. A apresentação da depressão implica alterações em diversos sistemas de neurotransmissores como o dopaminérgico, serotoninérgico, noradrenérgico e colinérgico (THOBOIS et al., 2017) e muitas dessas alterações podem ocorrer como uma consequência direta dos mecanismos fisiopatológicos de desenvolvimento da DP, sendo geralmente controladas com a administração de medicação serotoninérgica.

Na apatia, todavia, as alterações morfofuncionais do sistema nervoso central incluem atrofia no precuneus, ínsula, parietal inferior, giro frontal, córtex orbitofrontal e córtex cingulado anterior, além do hipometabolismo das regiões subcorticais, em específico o estriado ventral, com envolvimento predominante das vias dopaminérgicas (THOBOIS et al., 2017). Outrossim, a apatia na DP apresenta-se com maior frequência que a depressão, provavelmente por apresentar maior relação com os desbalanços dopaminérgicos (OGURU et al., 2010).

Atravessadas pelas contingências que propiciam tais transtornos, declínios neuroquímicos e em alguns casos a negligência à saúde integral do paciente, as desordens neuropsiquiátricas na DP contribuem para a morbidade e diminuem a qualidade de vida, e constituem importantes fatores de risco para o desenvolvimento de quadros demenciais (DUJARDIN et al., 2009; QUAGLIATO, 2015). Investigações acerca da caracterização da apresentação de depressão e apatia na DP bem como estratégias para sua prevenção e manejo são de grande importância para a compreensão dos quadros clínicos da doença e para o desenvolvimento de estratégias terapêuticas de abordagem global.

A associação de terapias complementares às terapias farmacológicas para a DP vem ganhando importância nas últimas décadas, tanto para a desaceleração da sua progressão como para a atenuação dos sintomas característicos das condições neuropsiquiátricas associadas. A dança, por ser uma modalidade de exercício que ativa

diversos sistemas neurais para sua execução, apresenta alto potencial de indução de plasticidade e consiste em uma modalidade atrativa que pode ser utilizada como estratégia terapêutica não-farmacológica na DP (EARHART, 2009).

Dançar é uma atividade complexa que envolve controle sensório-motor altamente desenvolvido, auxiliado por um sofisticado processamento neural. Como a dança leva à ativação de intrincados sistemas neurais envolvendo estimulação motora, sensorial, cognitiva, emocional e psicossocial, muitas teorias defendem seus efeitos neurológicos benéficos em condições neurodegenerativas. Consciência corporal e espacial, sincronização rítmica, equilíbrio, intenção e planejamento motor, sincronia, propriocepção, memória, expressão emocional entre outras habilidades implicam a ativação de amplas áreas corticais primárias e associativas, núcleos da base, cerebelo e regiões do tronco encefálico (BROWN, MARTINEZ and PARSONS, 2005; BROWN and PARSONS, 2008; CALVO-MERINO et al., 2004; CALVO-MERINO et al., 2006; CALVO-MERINO et al., 2008; CROSS, HAMILTON and GRAFITON,., 2006). Tem sido demonstrado que pessoas que dançam regularmente apresentam melhores resultados em testes das funções cognitivas e redução do risco de desenvolvimento de demência no envelhecimento (VERGHESE et al., 2003).

A combinação de música e movimento resulta em um estado distinto caracterizado pela apazibilidade (BERNARDI, BELLEMARE-PEPIN and PERETZ, 2017), o que é muito importante para a aplicação da dança em um contexto terapêutico. Quando uma pessoa dança, a música e o ritmo estimulam áreas de recompensa do cérebro, e o movimento ativa amplas áreas corticais e subcorticais. A interação necessária entre pares ou grupos ajuda a desenvolver e recuperar habilidades sociais e de comunicação, e em aulas especificamente dirigidas a pacientes com o mesmo transtorno tendem a desenvolver um maior senso de confiança, cooperação e amizade resultante da identidade do grupo (PARKINSON, FISCHER and MANSTEAD, 2005; SMITH, SEGER and MACKIE, 2007). Os benefícios alcançam as esferas motora, cognitiva e neuropsiquiátrica, refletindo efetivamente na qualidade de vida (DOS SANTOS DELABARY et al., 2017; HEIBERGER et al., 2011; WESTHEIMER et al., 2015). Além disso, a agregação de valores emocionais, motivacionais e de apazibilidade podem induzir efeitos terapêuticos acentuados na dança em comparação com outras atividades. (KEYANI et al., 2005; YAN et al., 2017).

Destarte, a presente pesquisa objetivou investigar a influência da prática de terapia em dança sobre a apresentação de quadros de depressão e apatia em pacientes com DP. As observações aqui descritas podem auxiliar na orientação das práticas terapêuticas para o manejo da doença.

2 | METODOLOGIA

2.1 Aspectos Éticos

O projeto ao qual essa pesquisa está vinculada foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário João de Barros Barreto/Universidade Federal do Pará (UFPA) – Protocolo nº 49347115.0.0000.0017 – e obteve aprovação pelo Conselho da Escola de Teatro e Dança da UFPA. Todos os participantes receberam esclarecimentos acerca dos detalhes éticos, objetivos e procedimentos envolvidos na pesquisa. Após concordância voluntária e sanadas quaisquer dúvidas, os mesmos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), cientes de não haverem quaisquer ônus ou compensações pela participação ou pelos serviços oferecidos.

2.2 Ambiente

A intervenção e as aplicações dos testes e retestes foram realizados no Laboratório de Estudos em Reabilitação Funcional (LAERF) da Universidade Federal do Pará. Compreendemos que o processo de construção da pesquisa necessita de um *rapport* entre o pesquisador e o pesquisado, e a simples presença de outras pessoas, mesmo o cuidador, podem influenciar nas respostas dos pacientes em testes que envolvem a percepção pessoal do sujeito sobre sua condição e ambiente. Assim, as coletas de dados na aplicação dos protocolos de avaliação foram realizadas apenas com o paciente na sala. O local no qual foram realizadas as coletas também apresentava as características necessárias para manter a privacidade, segurança e sigilo, garantindo os princípios éticos e de acomodação para o processo de aplicação dos instrumentos.

2.3 Amostra e Desenho Experimental

A amostra foi composta por 22 pacientes com DP com tempo de diagnóstico médio de 7 anos sob esquema farmacológico controlado (pacientes em seu melhor período *on*), com idades entre 42 e 80 anos, sendo 11 do sexo feminino e 11 do sexo masculino, que se inscreveram voluntariamente para ingresso no programa de reabilitação em dança no âmbito do projeto de pesquisa e extensão “Baila Parkinson”. Destes, após distribuição aleatória, 11 passaram pelo teste com a Escala de Apatia e 11 pelos testes MADRS e GDS-15 para detecção de quadro depressivo. Optamos por esse delineamento para (1) reduzir o tempo envolvido no processo de avaliação e, conseqüentemente, (2) reduzir o cansaço do paciente em responder muitas perguntas, fatores esses que poderiam influenciar os resultados obtidos, e ainda, para amenizar alguns dos fatores característicos de intervenções aplicando testes clínicos não automatizados como a alta susceptibilidade a vieses do pesquisador e do respondente – e.g. aquiescência, desejo social, habituação, desejo de confirmação, ordem de aplicação das perguntas e testes, questões principais, similaridade e efeito halo (DODOU and DE WINTER, 2014; GLUUD, 2006; PODSAKOFF et al., 2003).

Dessa forma, garantimos que a percepção do sujeito sobre o andamento de um teste característico não exerceu influência sobre o andamento do outro teste, avaliando de forma isolada a possível apresentação dos quadros de apatia e depressão antes e após o período de seis meses de intervenção em dança. A Figura 1 ilustra o desenho experimental empregado.

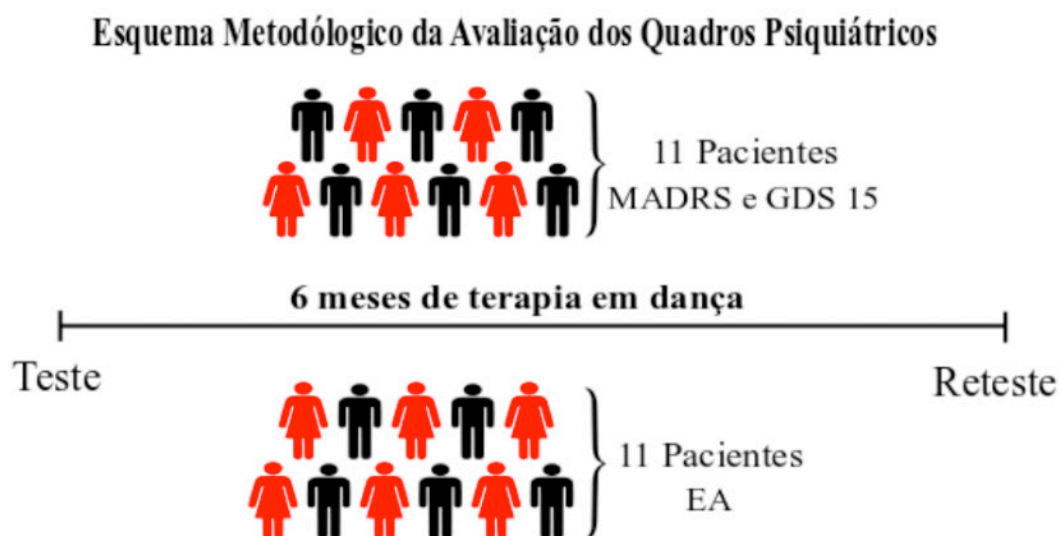


Figura 1. Esquema metodológico da avaliação dos quadros psiquiátricos. Duas amostras compostas por 11 pacientes passaram por avaliações para detecção de quadros de depressão (MADRS + GDS 15) ou apatia (EA). Após seis meses de intervenção terapêutica em dança, os mesmos testes foram novamente realizados para fins de comparação.

2.4 Instrumentos

Para melhor visualização do fenômeno, utilizamos instrumentos tanto de preenchimento pelo observador quanto de auto avaliação, sendo estes a Escala de Depressão Geriátrica (GDS 15), Escala de Avaliação da Depressão de Montgomery e Asberg (MADRS) e Escala de Apatia (EA). Ressaltamos que para todos os testes foram respeitadas as devidas necessidades de obtenção de licenças e treinamento para a aplicação.

A GDS é uma escala de auto avaliação idealizada por Yasevage. Nessa escala, para cada pergunta existem apenas duas opções de respostas, são elas: sim ou não, sendo que as pontuações variam entre 0 e 1. Essa pontuação é distribuída de forma que a resposta mais negativa (pode ser o “sim”, ou o “não”) é que pontua. Caso a pontuação seja igual ou maior que cinco o indivíduo é, de acordo com a GDS 15, classificado com algum grau de depressão. Selecionamos a versão que possui quinze perguntas fechadas (GDS 15), por abordar questões semelhantes à MADRS, o que facilita a análise dos dados obtidos, e pela sua praticidade na aplicação, garantindo que os resultados não sejam influenciados por variáveis como o cansaço do paciente por conta da demora na realização dos testes.

A MADRS, por sua vez, é respondida pelo observador após entrevista com o

paciente, sendo amplamente utilizada em âmbito internacional. A MADRS possui algumas vantagens para a avaliação dos quadros depressivos na DP, pelo fato de não possuir muitas questões relacionadas aos aspectos motores da vida diária, que podem ser fonte de equívocos diagnósticos em outras escalas quando aplicadas em pacientes com DP, uma vez que os sintomas motores clássicos podem ser confundidos com hipomotricidade relacionada à depressão. A MADRS contém dez questões fechadas com respostas do tipo *Likert* que variam entre 0, que representa condições típicas (sem possíveis quadros depressivos); e 6, que aponta para situações mais características de quadros depressivos.

A Escala de Apatia (EA) consiste em instrumento de larga utilização para a detecção da condição na DP. Possui quatorze perguntas fechadas relacionadas às manifestações clínicas da apatia. Para cada pergunta existem quatro respostas, sendo elas: “de jeito nenhum”, “mais ou menos”, “um pouco” ou “muito” organizadas no modelo *Likert* de pontuação (variando de 0 a 3), onde as maiores pontuações refletem um maior nível de indiferença, com pontuação de corte para apresentação do quadro de apatia sendo 21 pontos.

2.5 PROGRAMA DE TERAPIA EM DANÇA

Para imergir esses pacientes em programa de exercícios com especificidade para as demandas motoras e não-motoras de sua condição clínica em um ambiente socialmente reforçador, os mesmos foram inseridos no programa de reabilitação em dança *Baila Parkinson*. O programa consiste em sessões semanais de dança (2x/semana) com duração de uma hora, abrangendo conteúdo variado de diversos gêneros de dança (dança clássica, dança de salão, danças urbanas, jazz, dança teatral, etc.) planejados e adaptados para as necessidades específicas de atenuação sintomática do paciente parkinsoniano.

As aulas são planejadas por alunos e profissionais do curso de licenciatura em dança da UFFPA, com base em cinco eixos de trabalho focados nos grupos de sintomas da DP: (1) Psicoemocional, (2) Socialização, (3) Cognitivo, (4) Motor e (5) Percepção Corporal.

No eixo psicoemocional são trabalhadas principalmente as questões intrapessoais e emocionais, sendo realizados exercícios de expressividade através da dança, agindo, então, como fator de promoção do bem-estar psicoemocional. Desenvolvemos nesse eixo, por exemplo, exercícios de expressão corporal e emocional, tolerância ao estresse, espontaneidade e otimismo, e exercícios que propiciem a troca de experiências no grupo.

Os exercícios voltados ao eixo da socialização, são focados no trabalho em equipe associado à identidade característica de um grupo formado por pessoas que compartilham experiências similares. São incentivados os laços inter-relacionais gerando maior confiança entre os participantes e dos mesmos com relação ao programa. No eixo cognitivo, enfatizamos exercícios que estimulem essa função

neuropsicológica, com trabalhos de criatividade, percepção musical e coreografias com diferentes complexidades de movimento, bem como o uso constante de imageamento e inserção dos movimentos e coreografias em contextos que podem ser predefinidos ou criados pelo grupo durante a atividade.

O eixo motor, que predomina em todas as nuances do trabalho por tratar-se de terapia envolvendo atividade física, é trabalhado através da realização de movimentos, exercícios e técnicas com enfoque no equilíbrio, coordenação motora, sincronização rítmica e o trabalho com a voz. A força e o equilíbrio são trabalhados nos três níveis do espaço (alto, médio e baixo), no sentido de fortalecer as funções de sentar, levantar e alcançar o chão mantendo o equilíbrio e reduzindo assim o risco de quedas. Do mesmo modo, o fortalecimento dos grupos musculares individuais ocorre em diversos momentos, associados ou não aos desenhos coreográficos.

E, por fim, o eixo da percepção corporal, que compreende a estimulação tátil, educação somática, relaxamento, autopercepção em primeira instância, automassagem e ao cuidado na execução dos movimentos, refletindo assim na mudança de vícios posturais, hábitos internos e por consequência a mudança desses aspectos no decorrer do cotidiano com reestruturação da postura, dos movimentos, da marcha e consequente melhora das capacidades funcionais.

2.6 Análise de Dados

Todos os dados coletados foram organizados em planilha no programa *Microsoft Excel 2013*® e analisados através de estatística paramétrica, utilizando os programas *BioEstat 5.0*® e *Graph Prism 5.0*®, para verificação das possíveis diferenças entre os grupos, sendo observado intervalo de significância mínima de 95% ($p < 0,05$) para os testes estatísticos. Testes de normalidade foram realizados para exclusão de valores extremos da amostra. Para detecção de diferenças significativas entre os períodos, aplicamos teste t bicaudal para amostragem pareada.

Na análise do teste GDS 15, observamos a existência de três questões na qual o participante, provavelmente, pontuaria por estarem relacionadas com a sintomatologia da DP e não necessariamente apenas à sintomatologia depressiva. Portanto, foram incluídas em uma análise distinta do teste total da GDS 15, para análise mais profunda e detalhada de tais aspectos. As questões são: (1) “Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses?”, como a DP afeta majoritariamente os aspectos motores do indivíduo, o paciente executará progressivamente com dificuldades – e em alguns casos pode impossibilitar – a manutenção de suas atividades diárias. (2) “Teme que algo ruim possa lhe acontecer?”, existem fatores de circunstâncias biológicas que afetam significativamente essa resposta, pois há, por exemplo, elevado risco de quedas entre idosos com a DP (DA MATA et al., 2008). Por fim, (3) “Acha que sua situação tem solução?”, é ampla e pode ser compreendida com ambiguidade pelo paciente. Dentre elas, o próprio caráter biológico da DP, sendo cabível ressaltar que

é uma doença neurodegenerativa, progressiva e sem cura. Como buscamos o menor nível de interferência durante a realização dos testes, optamos por fazer uma análise distinta, ao invés de especificar a que situação o indivíduo deveria responder.

3 | RESULTADOS

Os dados demográficos coletados no início dos experimentos estão descritos na Tabela 1. Os pacientes que desistiram da intervenção foram excluídos da amostra e seus dados não estão ilustrados no presente estudo, devido ao fato de, em sua maior parte, os *dropoffs* ocorrerem logo nas primeiras semanas de intervenção por motivos variados que incluíam as dificuldades financeiras, logísticas e de locomoção associadas à DP, bem como fatores culturais, sociais e religiosos envolvendo a conformidade do indivíduo quanto à participação em programa em dança. Como o foco do presente estudo não visa discutir tais questões, optamos somente pela exclusão dos *dropoffs* da amostra.

Para os testes iniciais (*baseline*), verificamos que de 45 a 54% da amostra não apresentava qualquer tipo de comorbidade psiquiátrica. Em contrapartida, 45,45% apresentavam quadros de depressão e 54,55% apatia. Na análise das questões ligadas à sintomatologia da DP no teste GDS-15, observamos que da amostra total de pacientes, 29,02% da pontuação total obtida pela amostra no teste estava relacionada a essas questões, enquanto que na amostra detectada com quadros depressivos a porcentagem de pontos diretamente ligados à sintomatologia da doença foi de 28,85%.

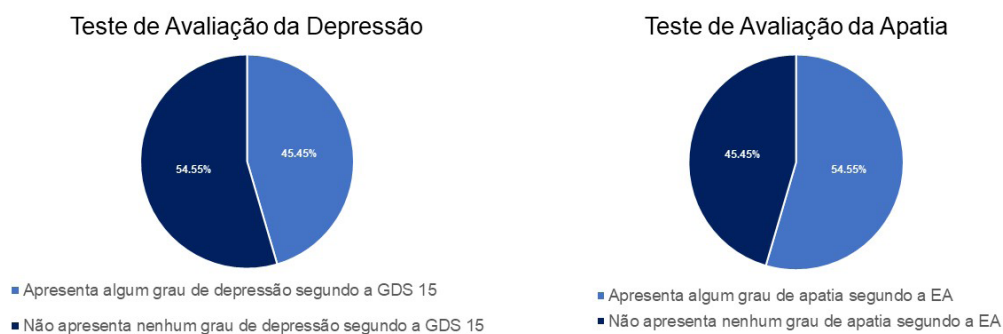


Figura 2 - Frequência dos Quadros Psiquiátricos em Pacientes com a Doença de Parkinson quando do ingresso no programa de reabilitação em dança (*baseline*).

Pacientes	Idade	Sexo	Tempo diagnóstico	UPDRS	Hoehn e Yahr
1°	65	F	11	110	3
2°	74	F	10	119	4
3°	51	M	6	85	2
4°	61	F	8	61	2
5°	61	M	11	76	3
6°	64	F	7	65	1
7°	70	M	5	67	2
8°	79	F	4	54	1
9°	55	F	6	79	1
10°	63	M	10	128	2
11°	66	M	6	51	1
12°	42	M	5	75	2
13°	65	F	9	84	2
14°	69	F	2	40	1
15°	67	M	15	80	4
16°	80	F	6	77	2
17°	68	M	3	51	2
18°	77	F	10	41	1
19°	61	M	4	69	2
20°	70	F	3	26	2
21°	63	M	9	68	2
22°	73	M	4	39	3

Tabela 1. Dados demográficos da amostra.

Após seis meses de intervenção em dança pelo método *Baila Parkinson*, observamos alterações nos índices de apresentação dos quadros de apatia, sem alterações detectáveis para a apresentação dos quadros depressivos, com os mesmos 45,45% da amostra apresentando depressão e apenas 18,18% apatia. Ainda, quando do reteste a porcentagem das pontuações ligadas à DP nos testes da GDS-15 na amostra total representaram 33,75% da pontuação total e 25,91% dessa pontuação na amostra detectada com quadro depressivo instalado (Figura 3).

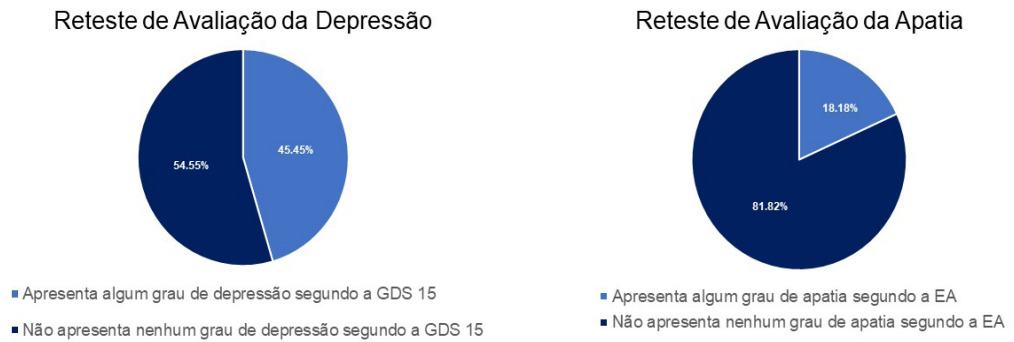


Figura 3 - Frequência dos Quadros Psiquiátricos em Pacientes com a Doença de Parkinson após seis meses de participação no programa de reabilitação em dança.

Os testes estatísticos revelaram diferença significativa nos períodos anterior (teste) e posterior (reteste) à intervenção para os resultados da Escala de Apatia (teste t, $p=0,004$). Não foram observadas diferenças significativas entre os resultados dos testes MADRS e GDS-15 entre os períodos. Não observamos correlação entre os resultados dos testes e o tempo de diagnóstico dos pacientes, porém observamos correlação positiva entre os resultados do GDS-15 e as pontuações diretamente relacionadas à sintomatologia da DP ($p<0,0001$).

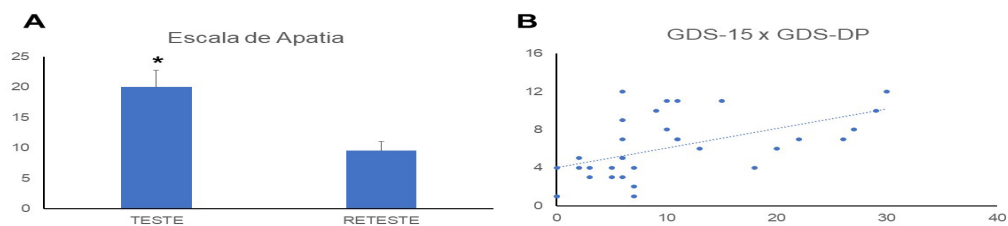


Figura 4 – A) Gráfico representativo das médias obtidas nos períodos de teste e reteste para a Escala de Apatia. * Teste t, $p=0,004$. B) Gráfico de dispersão demonstrando a relação entre as pontuações totais obtidas na GDS 15 e a pontuação referente às questões diretamente ligadas à sintomatologia da DP. Correlação positiva, r (Pearson)=0,655, $p<0,0001$.

4 | DISCUSSÃO

No presente artigo observamos uma redução significativa da apresentação de quadros de apatia induzidas pela inserção do paciente parkinsoniano em terapia complementar em dança. O programa *Baila Parkinson* foi desenvolvido de forma satisfatória durante o período, com bons índices de participação e aderência por parte dos pacientes. Todavia, não observamos alterações na apresentação de quadros depressivos no período detectáveis pelos instrumentos utilizados neste ensaio. Os resultados deste ensaio fornecem evidências sugestivas de que a terapia em dança pode favorecer a melhora das funções neuropsiquiátricas em pacientes com Parkinson

que, todavia, devem ser interpretados com cautela considerando importantes fatores que discutiremos a seguir.

Embora tenhamos observado significância estatística entre os períodos, é importante notar que, devido ao pequeno tamanho da amostra, o poder estatístico dos resultados não é suficiente para estabelecer conclusões que generalizem os resultados aqui apresentados para a população em geral. Os resultados aqui obtidos, todavia, são comparáveis aos observados em outros estudos com amostras relativamente maiores. A frequência de apresentação dos quadros depressivos aqui observada não apresentou diferença marcante das frequências já observadas em estudos anteriores, que demonstram uma incidência de depressão de aproximadamente 40% em pacientes com Parkinson (CUMMINGS, 1992). Os sintomas prevalentes atingem picos bimodais, que ocorrem geralmente em estágios iniciais e finais. No começo, os sintomas da doença são facilmente controláveis, no entanto, posteriormente o retrocesso motor contribui para a recorrência dos quadros depressivos.

Na DP sabe-se que há, principalmente, uma perda e/ou morte das células produtoras de dopamina (SHIH et al., 2006; SOUZA et al., 2011) e esse aspecto pode resultar não apenas em sintomas motores, mas também contribuir com outras comorbidades não motoras. A dopamina, além de ser o principal neurotransmissor envolvido nas alterações fisiopatológicas da DP, também está diretamente relacionada com a regulação dos processos neurais envolvidos na motivação, principal componente comportamental alterado na apresentação clínica da apatia. É fato elucidado que a depressão e a apatia constituem desordens distintas cuja apresentação pode ocorrer de forma independente durante a progressão da DP (OGURU et al., 2010). Ainda, estes transtornos afetivos podem preceder ou acompanhar o comprometimento cognitivo na DP. Ambos os quadros neuropsiquiátricos consistem em importantes sintomas que podem agravar e trazer danos na evolução do paciente, tendo grande influência sobre sua qualidade de vida e sobrecarregando ainda mais a família e cuidador, com custos adicionais ligados direta ou indiretamente ao tratamento (NILSSON et al., 2002).

A apatia, talvez por sua proximidade com as alterações neuroquímicas da DP, parece ser mais frequente que a depressão com estudos apontando para até 70% dos pacientes com Parkinson apresentando o quadro em alguma fase da doença. Aparentemente, a apatia parece ser uma consequência mais direta do desenvolvimento da doença e não uma reação psicológica à adaptação às mudanças na capacidade funcional (PLUCK and BROWN, 2002). Por conta do desenho experimental aqui empregado, não foi possível verificar a apresentação conjunta das duas condições na amostra, todavia os dados sugerem que a terapia em dança exerceu efeitos positivos apenas sobre os quadros de apatia no período observado. Ainda, apesar da proximidade clínica da depressão e apatia, ambos podem ser observados de forma isolada (KIRSCH-DARROW et al., 2006), como constatamos.

Tais resultados tornam-se relevantes quando consideramos que até o presente momento não existe terapia farmacológica com eficácia comprovada para a apatia,

sendo as estratégias paliativas não-farmacológicas de grande importância clínica. Ainda, é relevante notar que ambas as condições tendem a ser confundidas na prática clínica, e tratadas comumente com o uso de antidepressivos, que podem, devido às diferentes especificidades das condições, não apresentarem o efeito clínico desejado. Nesse contexto, a dança pode atuar como importante fator adjuvante com benefícios neuropsiquiátricos relevantes já observados anteriormente em pacientes parkinsonianos (LEWIS et al., 2016). De um modo geral, programas que promovem a atividade física para pacientes com DP geraram ganhos significativos de curto prazo, mas a adesão tem sido um problema. Uma análise baseada em evidências de ensaios clínicos usando fisioterapia em pacientes com DP resultou em quatro principais recomendações de tratamento: estratégias cognitivas para o movimento, treino das capacidades físicas, treinamento de equilíbrio e criação de pistas para o movimento (KEUS et al., 2007). Em nosso programa, tentamos incorporar todos esses quatro recursos utilizando a dança como ferramenta principal, trabalhada em torno dos eixos das funções neuropsicológicas afetadas pela DP.

Para a Psicologia da Saúde, o bem-estar necessita de um cuidado que envolva a completude das camadas biopsicossociais do ser (STRAUB, 2014) e não exclusivamente de uma. Tal fato ratifica a importância da dança e dos eixos propostos pelo método *Baila Parkinson*, pois o mesmo abrange desde a característica física até a camada psicossocial, o que auxiliou na condução das aulas e provavelmente contribuíram para as pontuações positivas observadas nos retestes. Todavia, estudos posteriores em larga escala fazem-se necessários para estabelecer correlações entre a dança e os sintomas motores e não-motores da doença, bem como estudos detalhados utilizando técnicas de imageamento e marcadores bioquímicos podem servir para elucidar os possíveis mecanismos envolvidos nos efeitos positivos da dança como estratégia terapêutica para pacientes com DP.

Nossa hipótese para tais resultados é que a intervenção em dança promove novas experiências que podem ativar os sistemas dopaminérgicos de recompensa no encéfalo. Em adição aos benefícios físicos e cognitivos já observados sendo promovidos pela dança (HACKNEY and EARHART, 2009; MCKEE and HACKNEY, 2013), este aumento transiente da liberação de dopamina pode resultar na redução da apresentação dos quadros de apatia. Fatores não-motores com a socialização, interação com pares e grupo, identidade de grupo, sincronização rítmica e criação de rotinas são alguns dos fatores que podem estar implicados nos resultados induzidos pela intervenção. A aderência e apazibilidade demonstrada pelos pacientes na realização das atividades confirmam parcialmente essa hipótese. Estudos posteriores serão necessários a fim de esclarecer tais afirmações e investigar os benefícios a longo termo da dança como estratégia terapêutica não-farmacológica para a DP.

5 | CONCLUSÕES

A dança, por se constituir como uma atividade estimulatória tanto em termos motores quanto cognitivos e psicológicos, demonstra ser uma ferramenta importante como terapia complementar à terapia farmacológica no manejo da DP. Outrossim, a dança consiste em ferramenta terapêutica com potencial para atenuação dos sintomas neuropsiquiátricos associados à DP. Ademais, os mecanismos envolvidos nos efeitos benéficos da dança para pacientes com DP necessitam estudos mais detalhados para sua elucidação. Conjuntamente, estes estudos servem como chave para recomendações de tratamento para inserção de dança em programas terapêuticos para a DP.

REFERÊNCIAS

AARSLAND, D., MARSH, L., SCHRAG, A.. **Neuropsychiatric symptoms in Parkinson's disease.** *Movement disorders: official journal of the Movement Disorder Society*; v. 24, p. 2175-2186, 2009.

AARSLAND, D.; KRAMBERGER, M.G. **Neuropsychiatric Symptoms in Parkinson's Disease.** *Journal of Parkinson's Disease.* v.5, p. 659–667, 2015.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-V.** Porto Alegre: Artes Médicas, 2014. 948 pp.

BERNARDI, N.F., BELLEMARE-PEPIN, A., PERETZ, I.. **Enhancement of pleasure during spontaneous dance.** *Frontiers in human neuroscience*; v.11, n. 572, 2017

BROWN, S., MARTINEZ, M.J., PARSONS, L.M. **The neural basis of human dance.** *Cerebral cortex*; v. 16, p. 1157-1167, 2005.

BROWN, S., PARSONS, L.M. **The neuroscience of dance.** *Scientific American*; v. 299, p. 78-83, 2008.

CALVO-MERINO, B. et al. **Action observation and acquired motor skills: an FMRI study with expert dancers.** *Cerebral cortex*; v. 15, p. 1243-1249, 2004.

CALVO-MERINO, B. et al. **Seeing or doing? Influence of visual and motor familiarity in action observation.** *Current Biology*; v.16, p. 1905-1910, 2006.

CALVO-MERINO, B. et al. **Towards a sensorimotor aesthetics of performing art.** *Consciousness and cognition*; v. 17, p. 911-922, 2008.

CROSS, E.S., HAMILTON, A.F.D.C., GRAFTON, S.T., **Building a motor simulation de novo: observation of dance by dancers.** *Neuroimage*; v. 31, p. 1257-1267, 2006.

CUMMINGS, J.L. **Depression and Parkinson's disease: a review.** *The American journal of psychiatry* v. 149, n. 443, 1992.

DA MATA, F.A.F., BARROS, A.L.S., LIMA, C.F. **Avaliação do risco de queda em pacientes com doença de Parkinson.** *Rev Neurocienc*; v. 16, p. 20-24, 2008.

DODOU, D., DE WINTER, J.C. **Social desirability is the same in offline, online, and paper**

surveys: A meta-analysis. Computers in Human Behavior; v. 36, p. 487-495, 2014.

DOS SANTOS DELABARY, M. et al. **Effects of dance practice on functional mobility, motor symptoms and quality of life in people with Parkinson's disease: a systematic review with meta-analysis.** Aging clinical and experimental research; p.1-9, 2017.

DUJARDIN, K. et al. **Apathy may herald cognitive decline and dementia in Parkinson's disease.** Movement Disorders; v. 24, p. 2391-2397, 2009.

DUJARDIN, K. et al. **Characteristics of Apathy in Parkinson's Disease.** Movement Disorders. v. 22, n. 6, p. 778–784, 2007.

EARHART, G.M. **Dance as therapy for individuals with Parkinson disease.** European journal of physical and rehabilitation medicine, v. 45, n. 231, 2009.

ESQUINAZI, D.; SILVA, S.R.B.; GUIMARÃES, M.A.M. **Aspectos fisiopatológicos do envelhecimento humano e quedas em idosos.** Revista HUPE, Rio de Janeiro. v 13, n.2, p.11-20, 2014.

FLORES, F.T. **Equilíbrio Corporal de Indivíduos com a Doença de Parkinson.** 2009, 94 f. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana), Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, 2009.

GLUUD, L.L. **Bias in clinical intervention research.** American journal of epidemiology; v.163, p. 493-501, 2006.

HACKNEY, M.E., EARHART, G.M. **Effects of dance on movement control in Parkinson's disease: a comparison of Argentine tango and American ballroom.** Journal of rehabilitation medicine v. 41, p. 475-481, 2009.

HEIBERGER, L. et al. **Impact of a weekly dance class on the functional mobility and on the quality of life of individuals with Parkinson's disease.** Frontiers in aging neuroscience; v. 3, 2011.

KEUS, S.H. et al. **Evidence-based analysis of physical therapy in Parkinson's disease with recommendations for practice and research.** Movement disorders; v.22, p. 451-460, 2007.

KEYANI, P. et al. **DanceAlong: supporting positive social exchange and exercise for the elderly through dance, CHI'05 extended abstracts on Human factors in computing systems.** ACM, p. 1541-1544, 2005.

KIRSCH-DARROW, L. et al. **Dissociating apathy and depression in Parkinson disease.** Neurology; v. 67, p.33-38, 2006.

LEWIS, C. et al. **Mood changes following social dance sessions in people with Parkinson's disease.** Journal of health psychology; v. 21, p. 483-492, 2016.

MCKEE, K.E., HACKNEY, M.E. **The effects of adapted tango on spatial cognition and disease severity in Parkinson's disease.** Journal of motor behavior; v. 45, p. 519-529, 2013.

NILSSON, F.M. et al. **Major depressive disorder in Parkinson's disease: a register-based study.** Acta Psychiatrica Scandinavica; v. 106, p. 202-211, 2002.

OGURU, M. et al. **Apathy and depression in Parkinson disease.** Journal of geriatric psychiatry and neurology; v. 23, p. 35-41, 2010.

PARKINSON, B., FISCHER, A.H., MANSTEAD, A.S. **Emotion in social relations.** Cultural, group,

and interpersonal processes, 2005.

PETROVIC, M. et al. **Neuropsychiatric symptoms in Serbian patients with Parkinson's disease.** Journal of the Neurological Sciences. v. 367, p. 342–346, 2016.

PLUCK, G., BROWN, R. **Apathy in Parkinson's disease.** Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry; v.73, p. 636-642, 2002.

PODSAKOFF, P.M. et al. **Common method biases in behavioral research: A critical review of the literature and recommended remedies.** Journal of applied psychology; v.88, 879, 2003.

QUAGLIATO, E.M.B. **Sintomas neuropsiquiátricos da doença de Parkinson.** Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica Neurologia; v. 15, n. 1, p. 15-22, 2015.

SHIH, M.C. et al. **Neuroimagem do transportador de dopamina na doença de Parkinson: primeiro estudo com [^{99m}Tc]-TRODAT-1 e SPECT no Brasil.** Arq. Neuro-Psiquiatr: São Paulo; v.64, n.3, 2006.

SMITH, E.R., SEGER, C.R., MACKIE, D.M.. **Can emotions be truly group level? Evidence regarding four conceptual criteria.** Journal of personality and social psychology; v. 93, 431, 2007.

SOUZA, C.F.D.M. et al. **A doença de Parkinson e o processo de envelhecimento motor: uma revisão de literatura.** Rev Neurocienc; v. 19, p. 718-723, 2011.

Straub, R.O. **Psicologia da saúde: uma abordagem biopsicossocial.** Artmed Editora Porto Alegre: Editora Artmed. p. 4-25, 2005.

THOBOIS, S. et al. **Imaging the etiology of apathy, anxiety, and depression in Parkinson's disease: implication for treatment.** Current neurology and neuroscience reports; v. 17, n. 76, 2017.

VERGHESE, J. et al. **Leisure activities and the risk of dementia in the elderly.** New England Journal of Medicine; v. 348, p. 2508-2516, 2003.

WEN, M.C. et al. **Depression, anxiety, and apathy in Parkinson's disease: insights from neuroimaging studies.** European Journal of Neurology. v. 23, p. 1001- 1019, 2016.

WESTHEIMER, O. et al. **Dance for PD: a preliminary investigation of effects on motor function and quality of life among persons with Parkinson's disease (PD).** Journal of Neural Transmission; v. 122, p. 1263-1270, 2015.

YAN, A.F. et al. **The Effectiveness of Dance Interventions on Physical Health Outcomes Compared to Other Forms of Physical Activity: A Systematic Review and Meta-Analysis.** Sports Medicine; p. 1-19, 2017.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-134-3

