aurum
Revista Multidisciplinar

ISSN: 3085-7783

A SAÚDE MENTAL DE HOMENS COM DOENÇA DE PARKINSON DIANTE DA PERDA DE AUTONOMIA

THE MENTAL HEALTH OF MEN WITH PARKINSON'S DISEASE FACING THE LOSS OF AUTONOMY

https://doi.org/10.63330/armv2n11-002

Submetido em: 10/11/2026 e Publicado em: 16/11/2026

ARM: e262627

Andrey Otávio Costenaro de Alencar
Graduando em Psicologia
Faculdade de Educação Santa Terezinha (FEST), Imperatriz (MA)
E-mail: andreyotaviocostenaro@gmail.com

Andressa Costenaro
Especialista
Faculdade de Educação Santa Terezinha (FEST), Imperatriz (MA)
E-mail: andressa.costenaro@fest.edu.br

Resumo

A doença de Parkinson é uma condição neurodegenerativa progressiva que compromete a autonomia física e funcional de seus portadores, afetando negativamente sua saúde mental. Diante disso, o presente artigo tem como objetivo geral analisar, a partir da literatura científica, os impactos da perda de autonomia decorrente da doença de Parkinson na saúde mental de homens diagnosticados, buscando especificamente descrever as principais mudanças na autonomia associadas ao diagnóstico, analisar seus impactos sobre ansiedade, depressão, autoestima e sentimentos de incapacidade, e discutir as estratégias de enfrentamento adotadas por esses homens à luz da literatura sobre masculinidade e adoecimento crônico. Espera-se, com este estudo, evidenciar a relação entre perda de autonomia e agravamento de quadros de sofrimento psíquico em homens com Parkinson, contribuindo para a discussão sobre a necessidade de abordagens de cuidado que considerem as particularidades de gênero no enfrentamento da doença.

Palavras-chave: Autonomia; Doença de Parkinson; Masculinidade; Saúde mental.

Abstract

Parkinson's disease is a progressive neurodegenerative condition that compromises the physical and functional autonomy of those affected, negatively impacting their mental health. Given this, the present article aims to analyze, based on scientific literature, the impacts of the loss of autonomy caused by Parkinson's disease on the mental health of diagnosed men. Specifically, it seeks to describe the primary

changes in autonomy associated with the diagnosis, examine their effects on anxiety, depression, self-esteem, and feelings of incapacity, and discuss the coping strategies adopted by these men, viewed through the lens of literature on masculinity and chronic illness. This study intends to highlight the connection between the loss of autonomy and the exacerbation of psychological distress in men with Parkinson's, thereby contributing to the discourse on the need for care approaches that account for gender-specific nuances in managing the disease.

Keywords: Autonomy; Masculinity; Mental health; Parkinson's disease.

1 INTRODUÇÃO

A doença de Parkinson (DP) é uma condição neurodegenerativa crônica e progressiva, caracterizada pela perda de neurônios dopaminérgicos na substância negra do mesencéfalo, o que resulta em sintomas motores como tremor de repouso, rigidez, bradicinesia e instabilidade postural (Brasil, 2025). Trata-se da segunda doença neurodegenerativa mais prevalente no mundo, atrás apenas da doença de Alzheimer, e sua incidência aumenta com o envelhecimento populacional, o que a torna um relevante problema de saúde pública (Dorsey et al., 2018). Estudos epidemiológicos indicam, ainda, que a DP acomete mais homens do que mulheres, em uma proporção aproximada de 1,5 para 1 (Simon; Tanner; Brundin, 2020).

Além dos sintomas motores, a DP envolve manifestações não motoras, como alterações do sono, disfunções autonômicas, déficits cognitivos, ansiedade e depressão, que frequentemente antecedem o diagnóstico e impactam de forma significativa a qualidade de vida (Chaudhuri; Healy; Schapira, 2006). Com a evolução do quadro, o indivíduo tende a perder gradualmente a capacidade de realizar atividades básicas e instrumentais da vida diária, como vestir-se, alimentar se, deslocar-se e manter atividades laborais, passando a depender de terceiros. Essa perda de autonomia, entendida como a capacidade de tomar decisões e executar ações de forma independente, constitui uma das dimensões mais sensíveis do adoecimento, pois afeta não apenas o corpo, mas também a identidade, os papéis sociais e a percepção de valor pessoal.

No caso dos homens, esse processo pode assumir contornos particulares. A literatura sobre masculinidades aponta que a socialização masculina tradicional associa o ideal de homem à força, à independência, à autossuficiência e ao papel de provedor (Courtenay, 2000). Nesse contexto, a dependência física e a necessidade de cuidado podem ser vivenciadas como ameaça à identidade masculina, favorecendo sentimentos de incapacidade, baixa autoestima, vergonha e isolamento. Soma-se a isso a menor procura de homens por serviços de saúde e a maior resistência à expressão de sofrimento emocional, fatores que podem retardar o diagnóstico de transtornos mentais e dificultar a adesão a estratégias de cuidado (Gomes; Nascimento; Araújo, 2007).

Apesar da crescente produção científica sobre os aspectos motores e farmacológicos da DP, observa-se que os impactos psicossociais da perda de autonomia, sobretudo sob a perspectiva de gênero, ainda são pouco explorados, havendo lacunas na compreensão de como esse processo se relaciona ao sofrimento psíquico em homens. Diante disso, questiona-se: de que maneira a perda de autonomia decorrente da doença de Parkinson afeta a saúde mental de homens diagnosticados?

Justifica-se a presente pesquisa pela relevância social e científica do tema. Socialmente, ao dar visibilidade ao sofrimento psíquico de homens com DP, o estudo pode subsidiar práticas de cuidado mais sensíveis às particularidades de gênero. Cientificamente, contribui para o campo da psicologia da saúde ao integrar as discussões sobre doenças crônicas, saúde mental e masculinidade. Para a formação acadêmica do pesquisador, o tema permite aprofundar a compreensão sobre o impacto psicológico das doenças neurodegenerativas.

Posto isso, o presente trabalho tem como objetivo geral analisar, a partir da literatura científica, os impactos da perda de autonomia decorrente da doença de Parkinson na saúde mental de homens diagnosticados. Especificamente, busca-se: (a) descrever as principais mudanças na autonomia associadas ao diagnóstico; (b) analisar seus impactos sobre ansiedade, depressão, autoestima e sentimentos de incapacidade; e (c) discutir as estratégias de enfrentamento adotadas por esses homens à luz da literatura sobre masculinidade e adoecimento crônico.

2 METODOLOGIA

2.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de abordagem qualitativa e caráter exploratório e descritivo-analítico, desenvolvida como revisão narrativa da literatura. A escolha decorre da natureza do problema: a pergunta sobre como a perda de autonomia na doença de Parkinson repercute na saúde mental de homens atravessa áreas que raramente dialogam, como a neurologia, a psicologia da saúde e os estudos de gênero. O interesse, nesse caso, não é medir um efeito, mas construir uma compreensão interpretativa que una achados de campos distintos em uma mesma linha de raciocínio. A revisão narrativa permite isso, o que não ocorreria com uma revisão sistemática, que exige protocolo fechado e estudos comparáveis, algo difícil diante da escassez de pesquisas centradas em homens com a doença.

O percurso partiu do próprio sofrimento que acompanha o Parkinson. Trata-se de uma condição neurodegenerativa crônica e progressiva, cujo quadro motor é bem conhecido (Brasil, 2017), mas que envolve também sintomas não motores com peso expressivo sobre a qualidade de vida e a incapacidade (Chaudhuri; Healy; Schapira, 2006). O sofrimento, porém, não se explica apenas pelos sintomas: forma-se ao longo de uma perda gradual e cotidiana, a de fazer sozinho o que antes era automático, como vestir-se, deslocar-se, trabalhar e decidir. Cada perda altera a rotina, os papéis ocupados na família e no trabalho e

a imagem que a pessoa tem de si. Para os homens, esse processo pode ter um agravante, pois a socialização masculina tradicional costuma associar valor pessoal à força, à independência e ao papel de provedor (Courtenay, 2000). Dessa ideia, de que a perda de autonomia é o ponto em que o adoecimento físico encontra o sofrimento psíquico, nasceu a pergunta que orienta o trabalho.

2.2 CORPUS E PROCEDIMENTO DE ANÁLISE

O problema foi desdobrado em quatro perguntas, que organizaram a busca e a leitura: o que se perde em autonomia com a doença; o que essa perda produz em ansiedade, depressão, autoestima e sentimento de incapacidade; como a masculinidade e as relações familiares, sociais e profissionais influenciam essa vivência; e como as pessoas enfrentam e se adaptam a ela.

O corpus reúne artigos científicos, revisões sistemáticas e meta-análises, estudos qualitativos, documentos oficiais e obras clássicas sobre masculinidade e saúde, em português e inglês. As fontes foram localizadas por busca na internet, que remeteu a bases e repositórios científicos de acesso aberto, como PubMed, PubMed Central, SciELO e DOAJ, e os dados de cada uma foram conferidos na página original da publicação, e não em citações de segunda mão. Priorizaram-se trabalhos revisados por pares, com periódico e autoria identificáveis, que tratassem de ao menos um dos quatro eixos. Foram excluídos notícias, páginas sem autoria e textos centrados apenas em aspectos motores ou farmacológicos. Não se impôs recorte de data, pois obras clássicas dialogam com estudos recentes.

A análise foi feita por síntese temática. As fontes foram lidas e agrupadas segundo as quatro perguntas e, em cada grupo, comparou-se o que os estudos apontam em comum, o que divergem e o que deixam sem resposta. Cuidou-se de distinguir o que os estudos demonstram do que é interpretação construída neste trabalho, como a articulação entre masculinidade e perda de autonomia, tratada como hipótese fundamentada, e não como achado consolidado. As limitações dos estudos, como amostras pequenas, delineamentos transversais e falta de análise por sexo, foram registradas e consideradas na discussão.

2.3 REFERENCIAIS TEÓRICOS DE LEITURA

A leitura das fontes se apoiou em quatro referenciais. O primeiro é a distinção, adotada neste trabalho, entre independência funcional, que é a capacidade de realizar por conta própria as atividades cotidianas, e autonomia decisória, que é a possibilidade de escolher e conduzir a própria vida. Ela permite entender a perda de autonomia como um processo gradual e multidimensional. O segundo é a perspectiva de gênero e saúde, segundo a qual crenças e comportamentos ligados ao cuidado são formas de construir e demonstrar masculinidade (Courtenay, 2000), articulada à discussão brasileira sobre a menor procura dos homens por serviços de saúde (Gomes; Nascimento; Araújo, 2007) e à experiência corporal de homens

com Parkinson (Gibson; Kierans, 2017).

O terceiro referencial é a abordagem psicossocial do estigma e da vergonha, útil para compreender a autoestima e o sentimento de incapacidade (Angulo et al., 2019; De La Rosa; Scorza, 2024). O quarto é o modelo de estresse e enfrentamento, que entende o coping como esforço contínuo para lidar com demandas que excedem os recursos da pessoa (Lazarus; Folkman, 1984), complementado por uma leitura relacional, que considera o casal e a família como parte do processo (Glover et al., 2023).

2.4 DELIMITAÇÕES DO ESTUDO

O estudo se limita à literatura publicada em português e inglês e não envolve coleta de dados com participantes, razão pela qual dispensou submissão a comitê de ética. O foco recai sobre homens com doença de Parkinson, mas, como a maioria das pesquisas analisa pessoas com a doença em geral, sem separar os resultados por sexo, incluíram-se estudos de ambos os sexos, com atenção ao que dizem sobre os homens.

Não se trata de uma revisão exaustiva: a seleção foi intencional e visa à compreensão do problema, e não ao levantamento completo da produção científica. Por fim, os resultados descrevem associações entre perda de autonomia e sofrimento psíquico, e não relações de causa e efeito, e não devem ser generalizados para além dos contextos dos estudos revisados.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 A PERDA DE AUTONOMIA NA DOENÇA DE PARKINSON

A doença de Parkinson (DP) é uma condição neurodegenerativa de evolução progressiva, cujo quadro motor inclui tremor de repouso, rigidez, lentidão dos movimentos e instabilidade postural (Brasil, 2025). Por ser crônica e avançar com o tempo, seu impacto não é pontual: acompanha a pessoa por anos e se transforma à medida que os sintomas se intensificam. A dimensão populacional do problema também é expressiva, pois a carga global associada à doença mais que dobrou entre 1990 e 2016 (GBD 2016 Parkinson’s Disease Collaborators, 2018).

Para compreender o que se perde com a doença, é útil distinguir dois sentidos de autonomia. O primeiro é a independência funcional, isto é, a capacidade de realizar por conta própria as atividades de vida diária, sejam elas básicas (higiene, vestir-se, alimentar-se, locomover-se) ou instrumentais (cuidar das finanças, usar transporte, manter atividades domésticas e laborais) KATZ et al., (1963). O segundo é a autonomia decisória, a possibilidade de escolher e conduzir a própria vida. Na DP, a lentidão, a rigidez e a instabilidade comprometem sobretudo o primeiro sentido, mas o aumento da dependência de terceiros tende a pressionar também o segundo, porque decisões cotidianas passam a ser negociadas com quem presta cuidado.

A perda de autonomia, porém, não decorre apenas dos sintomas motores. A revisão de Chaudhuri, Healy e Schapira (2006) sustenta que os sintomas não motores são determinantes importantes da saúde, da qualidade de vida e da incapacidade na DP, embora sejam menos valorizados do que os motores. Segundo os autores, muitos deles surgem precocemente e alguns antecedem o diagnóstico baseado em sinais motores, e seu papel na qualidade de vida e na incapacidade é dominante tanto para os pacientes quanto para seus cuidadores informais. Isso indica que a restrição de autonomia tem origem multifatorial: fadiga, alterações do sono, mudanças de humor e déficits cognitivos podem limitar a rotina mesmo quando a capacidade motora ainda está relativamente preservada.

Há indícios, ainda, de que a restrição funcional e o estado emocional se influenciam. Em um modelo de fatores associados à ansiedade na DP, Broen et al. (2016a) identificaram que as flutuações motoras e o declínio nas atividades de vida diária relacionado à doença foram marcadores específicos de ansiedade, o que sugere um componente situacional, ligado às limitações do cotidiano. O achado é relevante para este trabalho porque aproxima, em um mesmo modelo, aquilo que se perde em autonomia e aquilo que se sofre emocionalmente.

A esfera profissional é uma das mais afetadas. Uma revisão sistemática com 13 estudos sobre capacidade de trabalho na DP concluiu que pessoas com a doença se aposentam de 4 a 7 anos antes da população geral, que entre 23% e 75% relatam ter se aposentado precocemente por causa da DP e que lentidão e fadiga estão entre os sintomas mais incapacitantes para o trabalho. Os autores observam ainda que muitos trabalhadores solicitaram adaptações no posto de trabalho, mas nem sempre foram apoiados pelos empregadores Koerts et al, (2016). Em outra revisão, Gumber, Ramaswamy e Thongchundee (2019) mostram que os custos de saúde e os custos assumidos pelas famílias aumentam com a progressão da doença, embora a evidência britânica sobre perda de emprego, redução de jornada e aposentadoria precoce de pacientes e cuidadores seja limitada.

O trabalho tem, além disso, um significado que vai além da renda. Em estudo com pessoas com DP de início precoce, Birleson (2010) relata que os participantes associaram o trabalho a estímulo mental, senso de identidade, autoestima e ganho financeiro, e entendiam que deixar de trabalhar contribuiria para o isolamento social.

3.2 IMPACTOS NA SAÚDE MENTAL: ANSIEDADE, DEPRESSÃO, AUTOESTIMA E SENTIMENTO DE INCAPACIDADE

Além dos sintomas motores, a DP envolve manifestações emocionais frequentes, e boa parte delas passa despercebida na prática clínica. Broen et al. (2016b), por exemplo, descrevem a ansiedade como um sintoma muito comum na DP, embora muitas vezes não identificado, e destacam a necessidade de formas eficientes de detecção.

No caso da depressão, a revisão sistemática de Reijnders et al. (2008), que reuniu estudos de prevalência, encontrou prevalência média ponderada de 17% para depressão maior, 22% para depressão menor e 13% para distimia. Isso significa que sintomas depressivos de diferentes intensidades acometem uma parcela considerável das pessoas com a doença, e não apenas os casos que preenchem critérios para depressão maior.

Quanto à ansiedade, a meta-análise de Broen et al. (2016b), baseada em 45 estudos que atenderam aos critérios de qualidade, estimou prevalência média de 31% para transtornos de ansiedade. O transtorno de ansiedade generalizada foi o mais frequente (14%), seguido de fobia social (13,8%), ansiedade sem outra especificação (13,3%) e fobia específica (13,0%); o transtorno de pânico apareceu em 6,8% dos casos. Aproximadamente 31% dos pacientes preenchiam critérios para mais de um transtorno de ansiedade, e sintomas clinicamente relevantes, identificados por escalas, estiveram presentes em 25,7%. Uma revisão sistemática posterior, com 60 estudos, mostrou que formas atípicas de ansiedade também são comuns: o medo de cair teve prevalência média ponderada de 51,5% e a ansiedade flutuante, de 34,19%, ambas acima da média geral de 31% (Dissanayaka et al., 2022). Como o medo de cair está diretamente associado à mobilidade e à segurança nas atividades diárias, é razoável interpretar esse resultado como um ponto de contato entre a perda de autonomia e o sofrimento ansioso, relação que este trabalho busca discutir.

A ligação entre ansiedade e depressão na DP é estreita. No modelo de Broen et al. (2016a), os efeitos de variáveis como sexo, histórico familiar de depressão, ansiedade prévia, estado cognitivo, dificuldades em atividades cotidianas não específicas da doença e gravidade dos sinais motores sobre os níveis de ansiedade foram totalmente mediados pela depressão. Embora se trate de um único estudo e seus resultados não devam ser generalizados, o achado reforça a importância de examinar os dois quadros em conjunto.

A autoestima e o sentimento de incapacidade costumam ser abordados na literatura por meio dos conceitos de estigma e de vergonha. Segundo o artigo de De la Rosa e Scorza (2024), publicado na revista Clinics, a noção de dependência afeta tanto a autopercepção dos pacientes quanto a forma como são vistos em suas redes sociais e na comunidade, e esse estigma internalizado pode gerar vergonha, baixa autoestima e retraimento social. Os autores citam ainda uma revisão segundo a qual o comprometimento motor e o tratamento estiveram associados a maior experiência de estigma. A vergonha, por sua vez, é descrita como uma emoção autoconsciente marcada por uma avaliação negativa intensa de si mesmo, que pode levar ao retraimento social e à depressão e que, na DP, é raramente abordada (Angulo et al., 2019).

Já a revisão de escopo de métodos mistos sobre autoestigma identificou 87 determinantes distintos e registrou que o autoestigma afeta de forma importante a qualidade de vida e as possibilidades de participação social; os autores mencionam, ainda, meta-análise internacional na qual o autoestigma foi a dimensão mais afetada do questionário PDQ-39 (Hanff et al., 2022).

3.3 MASCULINIDADE, IDENTIDADE E RELAÇÕES FAMILIARES E SOCIAIS

A DP acomete mais homens do que mulheres: estudo nacional francês com meta-análise encontrou razões homem/mulher de cerca de 1,5 para prevalência e incidência (MOISAN et al., 2016), e White e Palmieri (2024) lembram que a maioria das cerca de 9 milhões de pessoas com a doença é do sexo masculino. Apesar disso, o modo como o adoecimento é vivido por homens recebe menos atenção do que seus aspectos clínicos.

O referencial teórico mais citado sobre o tema é o de Courtenay (2000), que propõe uma teoria de gênero e saúde segundo a qual crenças e comportamentos relacionados à saúde são recursos pelos quais homens constroem e demonstram masculinidade. Nessa perspectiva, valores tradicionalmente associados ao masculino, como força, autossuficiência e invulnerabilidade, podem se opor a práticas de cuidado, como pedir ajuda ou reconhecer fragilidade. No contexto brasileiro, Gomes, Nascimento e Araújo (2007) discutem por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres e associam esse comportamento, entre outros fatores, ao imaginário de invulnerabilidade masculina.

Quando o foco passa para a DP, a produção disponível aponta na mesma direção. Gibson e Kierans (2017), a partir de entrevistas com 15 homens com a doença, analisam como o envelhecimento e a DP desafiam a vivência do corpo masculino e as ocupações cotidianas. Em estudo sobre normas de gênero com 13 homens e 15 mulheres com DP, os homens descreveram estereótipos ligados à força física e ao papel de provedor (Göttgens et al., 2023). Esses dados sustentam a hipótese interpretativa que orienta este trabalho: se a identidade masculina tradicional se ancora na independência e na capacidade de prover, a dependência física e a perda de papéis ocupacionais podem ser vividas não apenas como limitação funcional, mas como ameaça à própria identidade, com possíveis repercussões sobre autoestima, vergonha e isolamento, temas vistos na seção 2.2. Trata-se de uma articulação teórica, e não de um achado direto dos estudos citados, e deve ser apresentada como tal.

O impacto da perda de autonomia também se estende às relações familiares, sobretudo ao casal. Uma meta-síntese qualitativa de 19 estudos, que reuniu experiências de 137 pessoas com DP e 191 parceiros, identificou três temas: ruptura de papéis e responsabilidades; dificuldades de comunicação e de proximidade; e luto, sobrecarga e isolamento (Glover et al., 2023). Em pesquisa qualitativa com cônjuges de pessoas com DP e declínio cognitivo, Vatter et al. (2018) observaram que a satisfação conjugal, a intimidade e a comunicação já diminuíam na fase de comprometimento cognitivo leve e caíam de forma mais acentuada com o surgimento de demência; muitas participantes passaram do papel de esposa ao de cuidadora e relataram frustração, ressentimento, raiva, tristeza e preocupação com o futuro. White e Palmieri (2024), em estudo fenomenológico com 13 esposas de 50 a 83 anos que cuidavam de maridos com DP, descrevem a transição de esposa a cuidadora como gradual e difícil, e mostram que elas se sentiam à margem da equipe de saúde. Esses estudos têm limites para o objetivo deste trabalho, pois ouviram

principalmente mulheres cuidadoras e, no caso de Vatter et al. (2018), tratam de estágios com declínio cognitivo. Ainda assim, oferecem um retrato do contexto relacional em que o homem com DP vive a mudança de lugar, de provedor e protetor para alguém que recebe cuidado.

3.4 ENFRENTAMENTO E ADAPTAÇÃO DIANTE DA PERDA DE AUTONOMIA

O enfrentamento (coping) é entendido, em linhas gerais, como o conjunto de esforços cognitivos e comportamentais que uma pessoa utiliza para lidar com situações de estresse, pressão, traumas ou adversidades. Na DP, essas demandas são contínuas e mudam com a progressão da doença, de modo que a adaptação precisa ser constantemente renegociada. O estudo de Bucks et al. (2011), com 85 participantes com DP, relacionou estratégias de enfrentamento à qualidade de vida e encontrou que o uso mais frequente de resolução planejada de problemas esteve associado a melhor qualidade de vida nos domínios de cognição, comunicação e desconforto corporal, enquanto o uso de estratégias de fuga e esquiva, somado ao maior tempo de doença, predisse pior qualidade de vida nos domínios de humor e bem-estar emocional. Os autores sugerem que intervenções psicológicas, como o treinamento em mindfulness, voltadas a reduzir a esquiva podem ajudar. Como o estudo é transversal, não permite afirmar relações de causa e efeito.O enfrentamento, contudo, não é apenas individual. A meta síntese sobre o casal (Glover et al., 2023) destaca que recursos individuais e relacionais sustentam o enfrentamento e defende o apoio multiprofissional com foco na relação, em todas as fases da doença. De forma convergente, Vatter et al. (2018) observaram que, ao lado do sofrimento, os cônjuges demonstraram aceitação, adaptação e resiliência, além de diferentes estratégias de enfrentamento, apoiadas no compromisso conjugal. Na esfera ocupacional, a revisão sobre capacidade de trabalho (Koerts et al., 2016) indica que trabalhadores com DP nem sempre recebem o apoio de que precisam, o que sugere que parte do enfrentamento depende de condições do ambiente e não apenas de recursos pessoais. Quanto ao enfrentamento específico de homens com DP, a busca realizada para este trabalho não localizou estudos diretos, o que precisa ser confirmado em busca sistemática nas bases escolhidas antes de ser afirmado como lacuna. À luz da literatura sobre masculinidade, é possível formular uma hipótese: se a baixa procura por serviços de saúde e a valorização da autossuficiência (Courtenay, 2000; Gomes; Nascimento; Araújo, 2007) se mantêm no adoecimento, os homens podem ter mais dificuldade em adotar estratégias de enfrentamento baseadas em pedir ajuda, expressar sofrimento e aceitar cuidado. Essa proposição não é demonstrada pelos estudos citados e deve ser apresentada como hipótese a ser discutida, e não como resultado. Por fim, os estudos revisados convergem em um ponto de interesse prático: o cuidado em DP tende a ser mais efetivo quando contempla a dimensão psicossocial, a relação do casal e o contexto de trabalho, e quando considera as normas de gênero que moldam a forma como cada pessoa vive a doença (Göttgens et al., 2023; Glover et al., 2023). Essa conclusão sustenta a proposta final do trabalho, de que abordagens de cuidado considerem as

particularidades de gênero no enfrentamento da doença.

4 CONCLUSÃO

Por isso, o problema de pesquisa não foi esgotado, e convém esclarecer o que a conclusão permite afirmar. É possível afirmar que a perda de autonomia faz parte do conjunto de fatores associados ao sofrimento psíquico na doença de Parkinson, que o enfrentamento baseado na resolução de problemas e no apoio social se associa a melhor qualidade de vida e que a dimensão de gênero é uma chave de leitura plausível e bem fundamentada. Não é possível afirmar, com os dados reunidos, que a perda de autonomia cause o sofrimento psíquico, nem que os homens sofram mais do que as mulheres, nem quantificar o efeito da masculinidade. Tampouco se pode dizer que o problema tenha sido resolvido, pois uma revisão de literatura descreve e organiza o conhecimento existente, mas não intervém sobre a realidade estudada. A expectativa expressa no resumo, de evidenciar a relação entre perda de autonomia e agravamento do sofrimento psíquico em homens, foi confirmada quanto à relação na doença em geral e sustentada, quanto aos homens, por argumentos teóricos e indícios qualitativos, o que deve ser dito com essa precisão na versão final do resumo.

Os resultados têm implicações para a prática. Eles apontam para um cuidado que inclua a dimensão psicossocial, considere o papel da família e do trabalho, valorize o apoio de pares e atenda à relação do casal, levando em conta as normas de gênero que moldam a forma de viver a doença. Para a psicologia da saúde, o estudo contribui ao reunir, em um mesmo texto, temas frequentemente tratados em separado: doenças crônicas, saúde mental e masculinidades. Como limitações, o trabalho se baseia exclusivamente em revisão de literatura, sem dados primários, e depende da qualidade e da abrangência dos estudos selecionados. Recomenda-se que pesquisas futuras apresentem resultados separados por sexo, adotem delineamentos longitudinais, incluam amostras brasileiras e investiguem diretamente o enfrentamento de homens com doença de Parkinson e o efeito de intervenções voltadas a eles e a seus parceiros.

Diante do exposto, a literatura analisada permite compreender que a perda de autonomia decorrente da doença de Parkinson representa um importante fator associado ao sofrimento psíquico, uma vez que as limitações funcionais podem repercutir na autoestima, na identidade pessoal, nas relações sociais e na qualidade de vida dos indivíduos. Os estudos também apontam a presença significativa de sintomas de ansiedade e depressão, além de sentimentos de vergonha, incapacidade e isolamento social.

No contexto masculino, a associação cultural entre masculinidade, força e independência constitui uma perspectiva relevante para compreender os desafios emocionais relacionados à necessidade de receber cuidados e à redução da autonomia. Entretanto, os estudos disponíveis ainda apresentam limitações quanto à investigação específica dessas experiências entre homens com Parkinson, não permitindo estabelecer relações causais ou generalizações sobre as particularidades do sofrimento masculino. Dessa forma,

destaca-se a necessidade de novas pesquisas que aprofundem essa temática, contribuindo para o desenvolvimento de práticas psicológicas e multiprofissionais que considerem as dimensões individuais, sociais e de gênero envolvidas no processo de adoecimento.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. H. M.; CASTIGLIONI, M. C. Recursos tecnológicos: estratégia de promoção do autocuidado, atividades e participação para pessoas com doença de Parkinson. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 18, n. 3, p. 152-157, 2007.

ANGULO, J. et al. Shame in Parkinson's disease: a review. **Journal of Parkinson's Disease**, v. 9, n. 3, p. 489-499, 2019.

BIRLESON, A. **Promoting employment in young-onset Parkinson's disease**: a staged intervention approach. 2010. Tese (Doutorado) – Northumbria University, Newcastle, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Parkinson**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025.

BROEN, M. P. G. et al. Modeling anxiety in Parkinson's disease. **Movement Disorders**, v. 31, n. 3, p. 310-316, 2016a.

BROEN, M. P. G. et al. Prevalence of anxiety in Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. **Movement Disorders**, v. 31, n. 8, p. 1125-1133, 2016b.

BUCKS, R. S. et al. Coping processes and health-related quality of life in Parkinson's disease. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 26, n. 3, p. 247-255, 2011.

CHAUDHURI, K. R.; HEALY, D. G.; SCHAPIRA, A. H. V. Non-motor symptoms of Parkinson's disease: diagnosis and management. **The Lancet Neurology**, v. 5, n. 3, p. 235-245, 2006.

COURTENAY, W. H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. **Social Science & Medicine**, v. 50, n. 10, p. 1385-1401, 2000.

DE LA ROSA, T.; SCORZA, F. A. Contextualizing stigma in Parkinson's disease research. **Clinics**, v. 79, 100425, 2024.

DISSANAYAKA, N. N. et al. Phenomenology of atypical anxiety disorders in Parkinson's disease: a systematic review. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 30, n. 9, p. 1026-1050, 2022.

FILIPPIN, N. T. et al. Qualidade de vida de sujeitos com doença de Parkinson e seus cuidadores. **Fisioterapia em Movimento**, v. 27, n. 1, p. 57-66, 2014.

GBD 2016 PARKINSON'S DISEASE COLLABORATORS. Global, regional, and national burden of Parkinson's disease, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **The Lancet Neurology**, v. 17, n. 11, p. 939-953, 2018.

GIBSON, G.; KIERANS, C. Ageing, masculinity and Parkinson's disease: embodied perspectives.

Sociology of Health & Illness, v. 39, n. 4, p. 532-546, 2017.

GLOVER, L. et al. Parkinson's and the couple relationship: a qualitative meta-synthesis. **Aging & Mental Health**, v. 27, n. 12, p. 2420-2429, 2023.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007.

GÖTTGENS, I. et al. Gender-aware Parkinson's care: a design-based study of patient perspectives on gender norms and gender-sensitive care. **EClinicalMedicine**, v. 65, 102285, 2023.

GUMBER, A.; RAMASWAMY, B.; THONGCHUNDEE, O. Effects of Parkinson's on employment, cost of care, and quality of life of people with condition and family caregivers in the UK: a systematic literature review. **Patient Related Outcome Measures**, v. 10, p. 321-333, 2019.

HANFF, A.-M. et al. Determinants of self-stigma in people with Parkinson's disease: a mixed methods scoping review. **Journal of Parkinson's Disease**, v. 12, n. 2, p. 509-522, 2022.

KOERTS, J. et al. Working capacity of patients with Parkinson's disease: a systematic review. **Parkinsonism & Related Disorders**, v. 27, p. 9-24, 2016.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal, and coping**. New York: Springer, 1984.

MOISAN, F. et al. Parkinson disease male-to-female ratios increase with age: French nationwide study and meta-analysis. **Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry**, v. 87, n. 9, p. 952-957, 2016.

REIJNDERS, J. S. A. M. et al. A systematic review of prevalence studies of depression in Parkinson's disease. **Movement Disorders**, v. 23, n. 2, p. 183-189, 2008.

SILVA, P. F. C. et al. Correlação entre perfil clínico, qualidade de vida e incapacidade dos pacientes da Associação Brasil Parkinson. **ConScientiae Saúde**, v. 10, n. 4, p. 650-656, 2011.

VALCARENGHI, R. V. et al. Doença de Parkinson: enfrentamento e convívio. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 6, e190170, 2019.

VATTER, S. et al. A qualitative study of female caregiving spouses' experiences of intimate relationships as cognition declines in Parkinson's disease. **Age and Ageing**, v. 47, n. 4, p. 604-610, 2018.

WHITE, D. R.; PALMIERI, P. A. There is 'no cure for caregiving': the experience of women caring for husbands living with Parkinson's disease. **International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being**, v. 19, n. 1, 2341989, 2024.