

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ALCIMAR MARCELO DO COUTO

**PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM NA DOENÇA DE PARKINSON:
UM ENFOQUE NO AUTOCUIDADO APOIADO**

Belo Horizonte / Minas Gerais

2022

ALCIMAR MARCELO DO COUTO

**PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM NA DOENÇA DE PARKINSON:
UM ENFOQUE NO AUTOCUIDADO APOIADO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof^a Dr^a Sônia Maria Soares

Belo Horizonte / Minas Gerais

2022

C871p Couto, Alcir Marcelo do.
Protocolo de consulta de enfermagem na Doença de Parkinson [recursos eletrônicos]: um enfoque no autocuidado apoiado. / Alcir Marcelo do Couto. - - Belo Horizonte: 2022.
302f.: il.
Formato: PDF.
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Sônia Maria Soares.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Doença de Parkinson. 2. Enfermagem. 3. Autocuidado. 4. Protocolos Clínicos. 5. Estudo de Validação. 6. Dissertação Acadêmica. I. Soares, Sônia Maria. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WL 359

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ATA DE DEFESA DE TESE

ATA DE NÚMERO 203 (DUZENTOS E TRÊS) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA TESE APRESENTADA PELO CANDIDATO ALCIMAR MARCELO DO COUTO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTOR EM ENFERMAGEM.

Aos 23 (vinte e três) dias do mês de setembro de dois mil vinte e dois, às 14:00 horas, realizou-se a sessão pública para apresentação e defesa da tese "PROTÓCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM NA DOENÇA DE PARKINSON: UM ENFOQUE NO AUTOCUIDADO APOIADO", do aluno **Alcimar Marcelo do Couto**, candidato ao título de "Doutor em Enfermagem", linha de pesquisa "Cuidar em Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Sônia Maria Soares (orientadora), Angela Maria Alvarez, Darlene Mara dos Santos Tavares, Sônia Silva Marcon e Edna Aparecida Barbosa de Castro, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra ao candidato para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa do candidato. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença do candidato e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVADA;

REPROVADA.

A Comissão examinadora recomendou a mudança do título para:

O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 23 de setembro de 2022.

Profª Drª. Sônia Maria Soares
Orientadora (Esc.Enf/UFMG)

Profª. Drª. Angela Maria Alvarez
(UFSC)

Profª. Drª. Darlene Mara dos Santos Tavares
(UFTM)

Profª. Drª. Sônia Silva Marcon
(Universidade Estadual de Maringá)

Profª. Drª. Edna Aparecida Barbosa de Castro
(UFJF)

Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 07.11.2022

MODIFICAÇÃO DE TESE

Modificações exigidas na Tese de Doutorado do Discente **ALCIMAR MARCELO DO COUTO**.

As modificações foram as seguintes:

Os membros da banca destacaram a qualidade do estudo e da apresentação do doutorando mencionando desenvoltura do mesmo, a relevância do tema e o mérito acadêmico, que atende plenamente os requisitos de tese de doutorado. Ressaltaram o rigor científico e a contribuição da tese para a instrumentalização do cuidado de enfermagem, especialmente ao abordar um tema ainda pouco estudado e que carece de evidências científicas. Foram recomendados alguns ajustes no texto de modo geral, que serão considerados para a entrega do volume final da tese. Ao mesmo tempo, foram realizadas sugestões de revisão de tabelas e análise de resultados para aprimorar os artigos que ainda não foram submetidos para publicação.

Profª Drª. Sônia Maria Soares

Profª. Drª. Angela Maria Alvarez

Profª. Drª. Darlene Mara dos Santos Tavares

Profª. Drª. Sônia Silva Marcon

Profª. Drª. Edna Aparecida Barbosa de Castro



Documento assinado eletronicamente por **Sonia Maria Soares, Diretor(a) de unidade**, em 24/10/2022, às 13:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Edna Aparecida Barbosa de Castro, Usuário Externo**, em 24/10/2022, às 13:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Sonia Silva Marcon, Usuário Externo**, em 24/10/2022, às 14:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Darlene Mara dos Santos Tavares, Usuário Externo**, em 25/10/2022, às 09:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Angela Maria Alvarez, Usuário Externo**, em 06/12/2022, às 15:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Andreia Nogueira Delfino, Assistente em Administração**, em 06/12/2022, às 15:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1851940** e o código CRC **CCE9FD76**.

RECEBIDO em tempo de uso
em 07/11/2022

Esta Tese é vinculada ao Núcleo de Estudos e Pesquisas em Cuidado e Desenvolvimento Humano (NEPCDH) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, primeiramente, pela oportunidade de mais essa conquista.

Aos **meus pais**, Maria Clara do Couto e Pedro do Couto Filho (in memoriam), que mesmo não tendo a oportunidade de concluir o ensino fundamental sempre incentivaram e valorizaram o estudo dos filhos. Meu pai nos deixou no início desse percurso, mas sempre esteve presente espiritualmente.

Aos **meus irmãos** Telma, Marcos, Arnaldo e Camila pelo apoio e conforto nos momentos de dificuldade.

A **Profa. Dra. Sônia Maria Soares**, que acreditou e acolheu a minha proposta de pesquisa e me incentivou a seguir em frente, mesmo diante de tantos desafios nessa jornada de mais de quatro anos.

A toda **equipe de Enfermagem do Instituto Jenny de Andrade Faria** do Hospital das Clínicas da UFMG/Ebserh, em especial do Serviço de Geriatria (Juliana, Raquel, Thiara e Viviane) que permitiram “arranjos” na escala de trabalho para me ausentar durante algumas atividades do doutorado.

A **Escola de Enfermagem da UFMG** e aos professores do **Programa de Pós-graduação em Enfermagem** por todo o ensinamento. Aos **colegas** de disciplinas e do Grupo de Pesquisa “Núcleo de Estudos e Pesquisa em Cuidado e Desenvolvimento Humano” pelas contribuições no projeto e no aprendizado.

Aos **membros da Banca examinadora** pela sua disponibilidade em contribuir com o desenvolvimento desta tese.

Aos meus **familiares** e **amigos** por acreditarem na minha capacidade de vencer mais esse desafio.

Aos **enfermeiros especialistas** que contribuíram grandiosamente para a efetivação da etapa de construção e validação do protocolo.

As **pessoas com Parkinson** e parceiros de cuidado, com as quais me deparei no Serviço de Geriatria e no ambulatório de distúrbios do movimento do Hospital das Clínicas da UFMG e me motivaram no desenvolvimento desse estudo.

A **todas as pessoas** que de alguma forma contribuíram para a realização desse trabalho.

A todos, meu sincero e eterno agradecimento!

“A sabedoria de um homem não está em
não errar, chorar, se angustiar e se
fragilizar, mas em usar seu sofrimento
como alicerce de sua maturidade.”

(Augusto Cury)

Couto, Alcimar Marcelo do. Protocolo de consulta de enfermagem na doença de Parkinson: um enfoque no autocuidado apoiado. 2022. 302p.Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2022.

RESUMO

INTRODUÇÃO: Definida como um distúrbio do movimento, a doença de Parkinson, uma condição crônica, neurológica, degenerativa e progressiva, vem tornando-se, um desafio para os sistemas de saúde, com inúmeras repercussões para o indivíduo, família e sociedade. **OBJETIVO:** Elaborar e validar um protocolo para consulta de enfermagem às pessoas com doença de Parkinson, baseado no modelo conceitual do autocuidado apoiado. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo de métodos mistos realizado em duas fases. A primeira fase consistiu em duas etapas: revisão integrativa da literatura nas bases de dados Lilacs, Medline, CINAHL, Scopus, Cochrane, Embase e WOS e o estudo documental, analítico correlacional de corte transversal, realizado em ambulatório de referência de Belo Horizonte/MG, com 230 idosos com diagnóstico confirmado clinicamente para doença de Parkinson. Foram avaliados os prontuários dos pacientes com enfoque nos instrumentos: Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional - 20 e Plano de Cuidados da avaliação multidimensional do idoso. Os dados dessa segunda etapa foram analisados de forma descritiva e de associação das variáveis, verificada por meio dos testes qui-quadrado, exato de Fisher e Mann Whitney. A segunda fase consistiu em um estudo metodológico em duas etapas: construção e validação de conteúdo do protocolo de consulta de enfermagem para o autocuidado da pessoa com Parkinson, por amostragem não-probabilística constituída por doze especialistas. O instrumento para validação do conteúdo do protocolo foi elaborado para avaliar a relevância e clareza do instrumento desenvolvido. Foram realizadas duas rodadas do método Delphi. Após avaliação dos instrumentos do protocolo, calculou-se o Índice de Validação de Conteúdo para cada item e global. A pesquisa respeitou os preceitos éticos nacionais e obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais. **RESULTADOS:** Os resultados da primeira fase, oriundos da revisão integrativa demonstram incipiente produção científica sobre a avaliação de efetividade de intervenções de enfermagem relacionadas ao cuidado de pessoas com Parkinson no contexto nacional. E apresentou experiências e modelos de cuidados identificados nos estudos internacionais que podem ser adaptados e testados para incorporação na prática clínica e organização de serviços de atenção integral a doença de Parkinson no Brasil. O estudo documental apontou que entre as pessoas com Parkinson há predomínio de idosos classificados como frágeis. Houve correlação entre a fragilidade e as variáveis: sexo; idade; faixa etária; escolaridade; manifestações motoras (tremor; rigidez; instabilidade postural; fala/discurso e mastigação/deglutição); manifestações não motoras (distúrbio cognitivo; distúrbio do humor/depressão; alucinações/delírios; apatia e distúrbio urinário) e clínicas (estadiamento motor de Hoehn e Yahr e tempo de diagnóstico). Todos estes dados subsidiaram a segunda fase do estudo que consistiu no desenvolvimento do protocolo de consulta de enfermagem para o autocuidado apoiado da pessoa com Parkinson, composto por seis seções, 29 tópicos e 14 subtópicos. O protocolo foi avaliado por 12 especialistas e na primeira rodada do método Delphi apenas três itens não atingiram concordância \geq a 0,80 entre os juizes e foram revisados, juntamente com outros dezoito itens que apesar de atingirem concordância, foram adaptados por apresentarem sugestões consideradas pertinentes pelos pesquisadores. O Índice de Validação de Conteúdo do protocolo desenvolvido foi alto já na primeira rodada (0,94) e, após os refinamentos realizados, aumentou para 0,99. **CONCLUSÃO:** A revisão integrativa apontou a necessidade de criação de programas de apoio de autogestão e promoção de ações de autocuidado, com incorporação de avanços tecnológicos adaptados para pessoas com Parkinson.

Com relação a caracterização dos idosos com Parkinson constatou-se alta simultaneidade das condições de fragilidade e Doença de Parkinson. Ao final da etapa de validação o protocolo foi considerado válido pelos especialistas quanto ao conteúdo. A validação clínica do protocolo ainda precisa ser desenvolvida, buscando identificar barreiras e adequações do perfil das pessoas com Parkinson que realmente se beneficiam da proposta da metodologia do autocuidado apoiado. O protocolo desenvolvido permite ao enfermeiro atuar utilizando os princípios da Sistematização da Assistência de Enfermagem, com maior autonomia e reconhecimento profissional.

Palavras-chave: Doença de Parkinson; Enfermagem; Autocuidado; Protocolos; Estudo de Validação.

Couto, Alcimar Marcelo do. Protocol for nursing consultation in Parkinson's disease: a focus on supported self-care. 2022. 302p. Thesis (Doctorate in Nursing) - School of Nursing, Federal University of Minas Gerais, 2022.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Defined as a movement disorder, Parkinson's disease, a chronic, neurological, degenerative and progressive condition, has become a challenge for health systems, with numerous repercussions for the individual, family and society. **OBJECTIVE:** To develop and validate a protocol for nursing consultations for people with Parkinson's disease, based on the conceptual model of supported self-care. **METHODS:** This is a mixed methods study carried out in two phases. The first phase consisted of two stages: an integrative review of the literature in the Lilacs, Medline, CINAHL, Scopus, Cochrane, Embase and WOS databases and the documentary study, cross-sectional correlational analysis, carried out in a reference outpatient clinic in Belo Horizonte/MG, with 230 elderly people with a clinically confirmed diagnosis of Parkinson's disease. The medical records of the patients were evaluated focusing on the instruments: Clinical Functional Vulnerability Index - 20 and Care Plan of the multidimensional evaluation of the elderly. Data from this second stage were analyzed descriptively and by association of variables, verified using the chi-square, Fisher's exact and Mann Whitney tests. The second phase consisted of a methodological study in two stages: construction and content validation of the nursing consultation protocol for the self-care of people with Parkinson's, using non-probabilistic sampling consisting of twelve specialists. The protocol content validation instrument was designed to assess the relevance and clarity of the developed instrument. Two rounds of the Delphi method were performed. After evaluating the protocol instruments, the Content Validation Index was calculated for each item and globally. The research complied with national ethical precepts and was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Minas Gerais. **RESULTS:** The results of the first phase, from the integrative review, demonstrate an incipient scientific production on the evaluation of the effectiveness of nursing interventions related to the care of people with Parkinson's in the national context. And it presented experiences and models of care identified in international studies that can be adapted and tested for incorporation into clinical practice and organization of comprehensive care services for Parkinson's disease in Brazil. The documentary study pointed out that among people with Parkinson's there is a predominance of elderly people classified as frail. There was a correlation between frailty and the variables: gender; age; age range; schooling; motor manifestations (tremor; rigidity; postural instability; speech/speech and chewing/swallowing); non-motor manifestations (cognitive disorder; mood disorder/depression; hallucinations/delusions; apathy and urinary disorder) and clinical manifestations (motor staging by Hoehn and Yahr and diagnosis time). All these data subsidized the second phase of the study, which consisted of the development of the nursing consultation protocol for self-care support for people with Parkinson's, consisting of six sections, 29 topics and 14 subtopics. The protocol was evaluated by 12 specialists and in the first round of the Delphi method, only three items did not reach agreement ≥ 0.80 among the judges and were reviewed, along with another eighteen items that, despite reaching agreement, were adapted because they presented suggestions considered relevant by researchers. The Content Validation Index of the developed protocol was already high in the first round (0.94) and, after the refinements performed, it increased to 0.99. **CONCLUSION:** The integrative review pointed to the need to create programs to support self-management and promote self-care actions, incorporating technological advances adapted for people with Parkinson's. Regarding the characterization of the elderly with Parkinson's, a high simultaneity of frailty conditions and Parkinson's disease was observed. At the end of the validation stage, the protocol was

considered valid by the experts in terms of content. The clinical validation of the protocol still needs to be developed, seeking to identify barriers and adjustments in the profile of people with Parkinson's who really benefit from the proposed supported self-care methodology. The developed protocol allows the nurse to act using the principles of Systematization of Nursing Care, with greater autonomy and professional recognition.

Keywords: Parkinson Disease; Nursing; Self Care; Protocols; Validation Study.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Organograma da classificação dos principais sinais e sintomas motores e não motores da doença de Parkinson e complicações da terapia com levodopa.	39
Figura 2 - O Processo de Enfermagem: etapas e definições	57
Figura 3 - Esquema representativo das fases e etapas do estudo	75
Figura 4 - Procedimentos e produtos da primeira fase do estudo.....	76
Figura 5 - Procedimentos e produtos da segunda fase do estudo.....	77
Figura 6 - Fluxograma com amostra final do estudo documental	83
Figura 7 - Modelo explicativo do método Delphi	97
Artigo 1	
Figura 1 - Figura 1 - Fluxograma da seleção de publicações nas bases de dados adaptado do <i>Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses (PRISMA)</i> , 2021.....	109
Artigo 2	
Figura 1 - Amostra final do estudo	129
Artigo 3	
Figura 1 - Amostra final do estudo	150

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Critérios para diagnóstico da Doença de Parkinson	48
Quadro 2 - Elementos para a construção e avaliação de protocolos de assistência/cuidados	64
Quadro 3 - Critérios para seleção de juízes especialistas	92
Quadro 4 - Gradiente de respostas utilizado pelos especialistas	98
Artigo 1	
Quadro 1 - Caracterização dos artigos selecionados no período de 2011 a 2021. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2021	111
Quadro 2 - Categorias temáticas dos principais resultados sobre a utilização do Processo de Enfermagem na Doença de Parkinson. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2021	115
Artigo 4	
Quadro 1 - Comentários e sugestões dos especialistas que foram incorporados ao protocolo	176

LISTA DE TABELAS

Artigo 2

Tabela 1 - Distribuição das variáveis sociodemográficas dos idosos com Doença de Parkinson atendidos no Centro Mais Vida, Belo Horizonte/MG, 2021131

Tabela 2 - Distribuição das variáveis de vulnerabilidade clínico funcional dos idosos com Doença de Parkinson atendidos no Centro Mais Vida, Belo Horizonte/MG, 2021132

Tabela 3 - Distribuição das manifestações motoras e não motoras segundo a classificação clínico funcional dos idosos com Doença de Parkinson atendidos no Centro Mais Vida, Belo Horizonte/MG, 2021133

Tabela 4 - Distribuição das variáveis clínicas segundo a classificação clínico funcional dos idosos com Doença de Parkinson atendidos no Centro Mais Vida, Belo Horizonte/MG, 2021134

Tabela 5 - Distribuição das comorbidades segundo a classificação clínico funcional dos idosos com Doença de Parkinson atendidos no Centro Mais Vida, Belo Horizonte/MG, 2021135

Artigo 3

Tabela 1 - Pontuação no Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF-20) e distribuição da Classificação Clínico Funcional dos idosos com Doença de Parkinson atendidos no Centro Mais Vida, Belo Horizonte/MG, 2021152

Tabela 2 - Distribuição das variáveis sociodemográficas segundo a classificação clínico funcional dos idosos com Doença de Parkinson atendidos no Centro Mais Vida, Belo Horizonte/MG, 2021.....153

Tabela 3 - Distribuição das manifestações motoras e não motoras segundo a classificação clínico funcional dos idosos com Doença de Parkinson atendidos no Centro Mais Vida, Belo Horizonte/MG, 2021.....154

Tabela 4 - Distribuição das variáveis clínicas segundo a classificação clínico funcional dos idosos com Doença de Parkinson atendidos no Centro Mais Vida, Belo Horizonte/MG, 2021.....	155
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Artigo 4

Tabela 1 - Caracterização dos especialistas participantes do método Delphi	173
-----------------------------------------------------------------------------------------	-----

Tabela 2 - Índice de Validade de Conteúdo do protocolo de consulta de enfermagem para promoção do autocuidado apoiado segundo as rodadas do método Delphi de validação	174
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
ABENEURO	Associação Brasileira de Enfermagem em Neurologia e Neurocirurgia
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AGA	Avaliação Geriátrica Ampla
AGREE	<i>Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation</i>
APS	Atenção Primária a Saúde
ATP	Adenosina Trifosfato
AVD	Atividade da Vida Diária
ABVD	Atividade Básica da Vida Diária
AIVD	Atividade Instrumental da Vida Diária
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CCM	Chronic Care Model
CCo	Cópia Oculta
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
COCHRANE	<i>The Cochrane Library</i>
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
COMT	Catecol Orto-Metiltransferase
DBS	Deep Brain Stimulation
DCEG	Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica
DCNTs	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
DP	Doença de Parkinson
ECP	Estimulação Cerebral Profunda
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HY	Escala de Estágios de Incapacidade de Hoehn e Yarh
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IVC	Índice de Validação de Conteúdo
IVCF-20	Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional 20

LCR	Líquido Cefalorraquidiano
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MAO-B	Monoamino Oxidase B
MAS	Atrofia Multissistêmica
MDS	Movement Disorder Society
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MEEM	Mini-Exame do Estado Mental
MESH	<i>Medical Subject Headings</i>
NANDA-I	Nanda Internacional
NB	Núcleos da Base
NEPCDH	Núcleo de Estudos e Pesquisas em Cuidado e Desenvolvimento Humano
NIC	Nursing Interventions Classification
NOC	Nursing Outcomes Classification
NUGG	Núcleo de Geriatria e Gerontologia
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PBE	Prática Baseada em Evidência
PE	Processo de Enfermagem
PSP	Paralisia Supranuclear Progressiva
PUBMED	<i>U.S. National Library of Medicine National Institute of Health</i>
QV	Qualidade de Vida
REM	<i>Rapid Eye Movement</i>
RM	Ressonância Magnética
SLP	Sistemas de Linguagens Padronizadas
SN	Substância Negra
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UPDRS	Escala Unificada de Avaliação da Doença de Parkinson
WOS	<i>Web of Science</i>

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO DO ESTUDO	19
1 - INTRODUÇÃO	22
2 - OBJETIVOS	30
2.1 Objetivo Geral.....	31
2.2 Objetivos Específicos.....	31
3 - REVISÃO DA LITERATURA	32
3.1 A Doença de Parkinson	33
3.1.1 A Doença de Parkinson: definição e epidemiologia	33
3.1.2 Fisiopatologia da Doença de Parkinson	36
3.1.3 Manifestações clínicas da Doença de Parkinson	38
3.1.4 Diagnóstico da Doença de Parkinson	45
3.1.5 Tratamento da Doença de Parkinson	49
3.2 Processo de enfermagem e Sistemas de Linguagens Padronizadas de Enfermagem	55
3.3 Elaboração e Validação de protocolos	62
4 - REFERENCIAL TEÓRICO	68
4.1 O Autocuidado Apoiado	69
5 - METODOS	74
5.1 PRIMEIRA FASE - REVISÃO INTEGRATIVA E ESTUDO TRANSVERSAL	78
5.1.1 ETAPA 1 - REVISÃO INTEGRATIVA	78
5.1.1.1 Tipo de Estudo	78
5.1.1.2 População, amostra e critérios de elegibilidade	78
5.1.1.3 Procedimentos de Coleta de Dados	79
5.1.1.4 Instrumento de Coleta de Dados	80
5.1.1.5 Análise dos dados	80
5.1.2 ETAPA 2 - ESTUDO TRANSVERSAL	80
5.1.2.1 Tipo de Estudo	80
5.1.2.2 Local do Estudo	81
5.1.2.3 População, amostra e critérios de elegibilidade	82
5.1.2.4 Procedimentos de Coleta de Dados	83
5.1.2.5 Instrumentos de Coleta de Dados	84
5.1.2.6 Análise dos dados	85
5.2 SEGUNDA FASE: ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM	86

5.2.1 ETAPA 1 - ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO	86
5.2.1.1 Tipo de Estudo	86
5.2.1.2 Procedimento	87
5.2.2 ETAPA 2 - VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO	91
5.2.2.1 Procedimento	91
5.2.2.2 Participantes do estudo	91
5.2.2.3 Coleta de dados	93
5.2.2.4 Instrumento de Coleta de dados	98
5.2.2.5 Análise e interpretação dos dados	98
5.3 Aspectos éticos	99
6 - RESULTADOS E DISCUSSÕES	101
6.1 Artigo 1 - O Processo de Enfermagem no cuidado as pessoas com Doença de Parkinson: revisão integrativa	103
6.2 Artigo 2 - Idosos com Doença de Parkinson: perfil sociodemográfico, condições de saúde e vulnerabilidade clínico funcional	125
6.3 Artigo 3 - Fatores associados a síndrome de fragilidade em idosos com Doença de Parkinson	144
6.4 Artigo 4 - Elaboração e validação de conteúdo de um protocolo de consulta de enfermagem para o autocuidado da pessoa com Parkinson	163
7 - CONCLUSÕES	190
REFERÊNCIAS	194
APÊNDICES	221
ANEXOS	292



Apresentação do Estudo



Este estudo tem por objeto o processo de elaboração e validação de conteúdo de um protocolo de consulta de enfermagem para avaliação e acompanhamento de pessoas com doença de Parkinson, a partir do referencial do autocuidado apoiado. O estudo visa disponibilizar instrumentos para uma atuação sistematizada e com efetividade, pelo profissional enfermeiro em um contexto de atuação interdisciplinar, com enfoque na promoção de ações de autocuidado pelas pessoas com Parkinson e seus familiares/parceiros do cuidado, com o intuito de repercutir positivamente na sua capacidade funcional, de autocuidado e qualidade de vida.

A motivação inicial para desenvolver este estudo surgiu das vivências do pesquisador, que trabalha há 7 anos como enfermeiro em um Centro de Referência em Saúde do Idoso - Centro Mais Vida/Instituto Jenny Andrade de Faria que faz parte do complexo do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, realizando consulta de Enfermagem aos idosos que são encaminhados por profissionais médicos e enfermeiros da Atenção Primária a Saúde (APS) de Belo Horizonte.

O enfoque do atendimento no Centro Mais Vida consiste na avaliação multidimensional e interdisciplinar, aplicada de forma padronizada e estruturada por meio da elaboração de plano de cuidados, que consiste no conjunto de diagnósticos e intervenções preventivas, curativas, paliativas e reabilitadoras, definidas de forma individualizada e compartilhada com a APS, que é responsável por implementar o plano de cuidados nos casos de menor complexidade. Já os idosos de maior complexidade são acompanhados pelo Centro Mais Vida de forma compartilhada com os profissionais da APS.

A partir da atuação no ambulatório pude observar que a doença de Parkinson representa uma das principais condições crônicas entre as pessoas idosas em acompanhamento, requerendo uma participação ativa do idoso com doença de Parkinson e seus familiares/parceiros de cuidado na adoção de ações de autocuidado.

Durante o processo de implementação da consulta de Enfermagem no referido ambulatório, a partir do instrumento padronizado no serviço para rastreio da fragilidade, o Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF-20) e utilizando como instrumento metodológico o Processo de Enfermagem, senti necessidade de buscar instrumentos validados no contexto brasileiro que desse suporte a Sistematização da Assistência de Enfermagem, principalmente em relação à avaliação da efetividade das intervenções de enfermagem e promoção do autocuidado dos idosos com doença de Parkinson.

Nesse sentido foraleceu a necessidade de realizar um estudo de elaboração e validação de um protocolo que possa dar suporte à consulta de enfermagem realizada em nível de atenção secundária em serviços ambulatoriais de atendimento especializado dessa população, assim

como na Atenção Primária a Saúde.

O relatório desta investigação, na forma de uma tese de doutorado, foi apresentado em sete capítulos, organizados desde a introdução às conclusões.

No primeiro capítulo apresenta-se a introdução do estudo com a descrição do processo de envelhecimento populacional e o aumento da prevalência de condições crônicas, com destaque para a doença de Parkinson e a necessidade de organização dos serviços de saúde e a assistência de enfermagem a essa população, finalizando com as questões de pesquisa e a justificativa da realização do estudo.

O segundo capítulo descreve os objetivos do estudo. O terceiro capítulo consiste na revisão da literatura, de onde se extraiu os conceitos-chaves da pesquisa, com ênfase para os seguintes temas: a doença de Parkinson e sua definição, epidemiologia, fisiopatologia, manifestações clínicas, diagnóstico e tratamento, com recomendações farmacológicas, cirúrgico e recomendações não farmacológicas; e por fim o Processo de Enfermagem e Sistemas de Linguagens Padronizadas de Enfermagem.

O quarto capítulo apresenta o referencial teórico que consistiu no autocuidado apoiado, proposto no *Chronic Care Model* e a elaboração e validação de Protocolos, que foram importantes para subsidiar o desenvolvimento do estudo, as discussões dos resultados e as implicações para a prática clínica de enfermagem.

O quinto capítulo consistiu na abordagem metodológica adotada, com apresentação do percurso percorrido nas duas fases e quatro etapas do estudo, que consistiram em revisão integrativa, estudo transversal, estudo metodológico de elaboração e validação de protocolo.

No sexto capítulo são apresentados os resultados obtidos nas duas fases do estudo, que são apresentados sob a forma de compilação de quatro artigos, com base na Resolução 035/2018 do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFMG. Os artigos apresentados foram: “O Processo de Enfermagem no cuidado as pessoas com Parkinson: revisão integrativa”; “Idosos com Doença de Parkinson: perfil sociodemográfico, condições de saúde e impacto funcional”; “Fatores associados a síndrome de fragilidade em idosos com Doença de Parkinson”; “Elaboração e validação de conteúdo de um protocolo de consulta de enfermagem para o autocuidado apoiado de pessoas com Parkinson”.

O sétimo capítulo apresenta as conclusões do estudo com síntese dos achados de cada fase da investigação, pontos fortes, limitações e implicações do estudo e a conclusão da tese de que o conteúdo do protocolo desenvolvido é válido para nortear as ações do enfermeiro, durante a consulta de enfermagem no contexto interdisciplinar de atenção à saúde as pessoas com Parkinson, no âmbito da atenção primária e secundária de saúde.



1. Introdução



O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial considerado uma conquista para a humanidade, que cria tanto desafios como oportunidades (OMS, 2012). A população idosa é o grupo que mais cresce no cenário mundial, e a população brasileira também tem envelhecido, principalmente nas últimas décadas, de forma acelerada e intensa. O país vem passando por uma transição demográfica, evidenciada pelo processo de alargamento do topo da pirâmide etária. Dentre os fatores responsáveis por esse fenômeno encontram-se a redução das taxas de natalidade, de mortalidade e do crescimento populacional (BRASIL, 2015; MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Com esse processo de transição demográfica e conseqüentemente epidemiológica observa-se alterações no perfil de morbimortalidade, com destaque para o aumento na incidência e prevalência de condições crônicas associadas ao envelhecimento, representadas principalmente pelas Doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), tais como a hipertensão arterial sistêmica, o diabetes mellitus e as doenças neurodegenerativas, que atualmente são as principais causas de morte no mundo, tornando-se o problema de saúde pública de maior magnitude (CUNHA; SIQUEIRA, 2020).

Esse processo de transição populacional, gera um significativo impacto mundial com aumento das doenças crônicas degenerativas e incapacitantes, dentre as quais encontra-se a doença de Parkinson (DP), uma afecção degenerativa do sistema nervoso central em crescente ascensão, com taxas significativas de morbimortalidade, altos custos sociais e econômicos, tornando-se, na atualidade, um grande desafio para os sistemas de saúde, que merece destaque devido às suas características e repercussões para a pessoa, família e sociedade (LENNAERTS et al., 2017; YAMAGUCHI; FERREIRA; ISRAEL, 2020).

Comumente conhecida como “Mal de Parkinson”, foi descrita pela primeira vez em 1817 por James Parkinson, um médico inglês (FERNANDES; FILHO, 2018). A doença de Parkinson é uma desordem neurológica, idiopática, crônica, degenerativa e progressiva, associada com corpos de Lewy e perda de neurônios dopaminérgicos na substância negra, caracterizada pela associação de alterações motoras e não motoras (HAYES, 2019; CHOU, 2020).

A apresentação clínica da doença é multifacetada. Dentre as alterações motoras, destacam-se do ponto de vista clínico os sintomas cardinais da doença: o tremor de repouso, a rigidez, a bradicinesia e a instabilidade postural. Os sintomas não motores são caracterizados por disfunções autonômicas, com destaque para as alterações vesicais, intestinais, hipotensão postural e disfagia; alterações do humor, cognitivas e psiquiátricas (KALIA; LANG, 2015; BLOEM; OKUN; KLEIN, 2021). É considerada como uma das principais causas de declínio

funcional na população idosa (SANGUINETTI et.al., 2016).

A doença de Parkinson representa 80% dos casos de parkinsonismo, incidindo predominantemente em pessoas com mais de 50 anos, sendo a segunda doença neurodegenerativa mais prevalente entre os idosos, atrás da doença de Alzheimer. Atinge mundialmente 1 a 2% da população acima de 65 anos (TYSNES; STORSTEIN, 2017).

No mundo, a estimativa do *Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study* de 2016 é que existem pelo menos 6,1 milhões de pessoas diagnosticadas com doença de Parkinson, tendo sido documentado um aumento significativo na prevalência da doença nas últimas três décadas e a estimativa é que esse número dobre até 2040, com o aumento da população idosa (CABREIRA; MASSANO, 2019; BLOEM; OKUN; KLEIN, 2021).

No Brasil, estudo realizado no Estado de Minas Gerais revelou que 3,3% dos indivíduos com mais de 65 anos apresentavam a doença, muitas ainda em idade produtiva e com responsabilidades profissionais e familiares (BARBOSA et al., 2006; PINHEIRO; BARBOSA 2018).

A fisiopatologia da doença se fundamenta numa interação genética-ambiente. Na maioria das populações, 3 a 5% da doença de Parkinson é explicada por causas genéticas ligadas a genes conhecidos da doença, representando assim doença de Parkinson monogênica, enquanto 90 variantes de risco genético explicam coletivamente 16 a 36% do risco hereditário da doença de Parkinson não monogênica (BLOEM; OKUN; KLEIN, 2021).

O diagnóstico é comumente clínico, testes auxiliares são reservados para pessoas com uma apresentação atípica (BLOEM; OKUN; KLEIN, 2021). Não existe ainda uma forma de diagnosticar com certeza a doença de Parkinson *in vivo*, à exceção de testes genéticos em circunstâncias específicas, cuja utilidade é limitada a uma minoria de casos. Recentemente foram propostos novos critérios de diagnóstico, com o objetivo de melhorar a acuidade diagnóstica, com ênfase nas características que apontam para outras causas de parkinsonismo (CABREIRA; MASSANO, 2019). Os critérios atuais definem a doença de Parkinson como a presença de bradicinesia, combinada com tremor de repouso, rigidez ou ambos (BLOEM; OKUN; KLEIN, 2021).

Os sintomas não motores e as complicações motoras são responsáveis por uma parte considerável da incapacidade ocasionada nos doentes, devendo ser identificados e tratados com intervenções medicamentosas e não farmacológicas (CABREIRA; MASSANO, 2019). As pessoas com doença de Parkinson muitas vezes apresentam comprometimento na qualidade de vida, por vivenciar condições relacionadas às limitações físicas, com significativas modificações em seus cotidianos, comprometimento da capacidade funcional, profissional e até

mesmo social. Essas alterações podem interferir diretamente na atividade laboral, afetar a capacidade de realizar os afazeres e as atividades de vida diária, podendo ainda causar depressão, isolamento e afastamento do mercado de trabalho (ALVAREZ et al., 2017; AMBROSIO et al., 2017).

Por ser crônica e neurodegenerativa, pode gerar comprometimento multidimensional, compreendendo aspectos físico, mental, social e econômico, e ainda, afetar o humor, a cognição, a fala e a comunicação, interferindo na qualidade de vida tanto das pessoas acometidas pela doença, como de seus familiares, visto que em muitas situações, devido à perda da autonomia e independência ocasionada pela doença, precisam receber cuidados, que na maior parte das vezes é fornecido por um membro de sua própria família, que desempenha o papel de cuidador informal (AMBROSIO et al., 2017; BERGER et al., 2019).

Para a sociedade, a doença de Parkinson carrega um fardo socioeconômico crescente e também tem consequências profundas para os cuidadores, visto que a maioria vivencia tensão excessiva no papel desempenhado (BLOEM; OKUN; KLEIN, 2021).

As opções terapêuticas disponíveis na atualidade são clinicamente importantes, visto que têm a capacidade de melhorar de forma substancial os sintomas da doença e a qualidade de vida das pessoas com doença de Parkinson. Os objetivos do tratamento variam de pessoa para pessoa, enfatizando a necessidade de uma gestão personalizada. O manejo ideal deve começar no diagnóstico e requer uma abordagem de equipe multidisciplinar, incluindo um repertório crescente de intervenções não farmacológicas (BLOEM; OKUN; KLEIN, 2021).

A intervenção terapêutica mais importante continua a ser a utilização da levodopa, e mais recentemente, uma segunda intervenção terapêutica com importante impacto sintomático no tratamento desta doença passou a ser a utilização da estimulação cerebral profunda. Até o presente momento, nenhuma terapia pode retardar ou interromper a progressão da doença de Parkinson, mas com novas descobertas sobre causas genéticas e mecanismos de morte neuronal, várias estratégias promissoras estão sendo testadas quanto ao potencial de modificação da doença (CABREIRA; MASSANO, 2019; BLOEM; OKUN; KLEIN, 2021).

Buscando organizar e padronizar o atendimento das demandas terapêuticas das pessoas com doença de Parkinson, o Estado brasileiro criou em 2002 o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas sobre Parkinson, que passou por atualização em 2010 e 2017 e foi sancionado pela Portaria Conjunta nº 10, de 31 de outubro de 2017. O protocolo estabelece dentre outras diretrizes, o conceito geral da doença com sinais e sintomas e critérios de diagnóstico, tratamento e mecanismos de regulação, controle e avaliação do programa de distribuição de medicamentos pelo SUS. O documento estabelece que o tratamento da DP deve propor a

neuroproteção, que consiste na redução da progressão da doença e o controle dos sintomas da doença a partir da fase em que se encontra a doença e da avaliação da existência ou não de prejuízo funcional (BRASIL, 2017).

O objetivo principal do tratamento de pacientes com desordens crônicas incuráveis, como a doença de Parkinson, é proporcionar melhora ou manutenção de sua qualidade de vida, e para isso, a avaliação e acompanhamento sistemáticos dos indivíduos tornam-se fundamentais, assim como a identificação das informações sobre as repercussões e impactos da doença e identificação dos fatores que mais influenciam o declínio funcional e a qualidade de vida das pessoas com doença de Parkinson (BLOEM; OKUN; KLEIN, 2021).

Esses aspectos são importantes para o planejamento de estratégias de intervenção e para a promoção do bem-estar de pacientes crônicos, visto que a convivência com uma condição crônica é um processo complexo, dinâmico, cíclico e multidimensional, composto pelos atributos de aceitação, enfrentamento, adaptação, integração e autogestão (SALCEDO et al., 2014; AMBROSIO et al., 2017).

A organização dos serviços de saúde e a assistência de enfermagem para a pessoa com doença de Parkinson precisam estar voltadas para um processo que auxilie a pessoa a conviver melhor com sua condição crônica, reforce sua percepção de riscos à saúde e desenvolva habilidades para superar as dificuldades e limitações, mantendo a maior independência e autonomia possível e tornando-se corresponsável pelo seu cuidado (LENNAERTS et al., 2017).

As condições crônicas não transmissíveis requerem o gerenciamento do autocuidado de forma permanente e contínua e mudanças no comportamento e no estilo de vida, buscando medidas de prevenção de complicações e para melhoria da qualidade de vida (OMS, 2003). O modelo de cuidados proposto para as condições crônicas, pauta-se na promoção e apoio ao autocuidado e na corresponsabilização do núcleo pessoa, parceiro do cuidado, família, profissionais de saúde, sendo considerado uma estratégia fundamental no gerenciamento da condição crônica (WAGNER, 1998; WAGNER et al., 2001; MENDES, 2012).

No entanto, grande parte dos serviços de saúde atua sobre as doenças já estabelecidas, em momentos de manifestações clínicas exuberantes e autopercebidas, com ações e intervenções prescritivas, sem levar em consideração a necessidade do envolvimento da pessoa doente e/ou familiares na elaboração de metas e adoção de ações de autocuidado. Essa forma de atenção dificulta intervir adequadamente nas pessoas com condições crônicas, como a doença de Parkinson. Assim, torna-se imprescindível a utilização de novas estratégias e ferramentas visando ao enfrentamento efetivo dessas doenças crônicas e à redução da incoerência existente entre a situação de saúde da população e a organização do sistema de

saúde (MENDES, 2011).

No âmbito da prática de cuidados com condições crônicas existem vários modelos teóricos de cuidado, porém dada a complexidade do cuidado das pessoas com doença de Parkinson e as peculiaridades desse cuidado, aposta-se na metodologia do autocuidado apoiado proposta pelo “*Chronic Care Model*” (CCM), como uma abordagem capaz de nortear a construção de um protocolo para consulta de enfermagem as pessoas com doença de Parkinson, por permitir um conhecimento mais amplo sobre as necessidades prioritárias e possibilidades de enfrentamento desses indivíduos e de seus parceiros de cuidado, e de fato envolvê-los na autogestão da doença.

Sabe-se que a doença de Parkinson é uma condição complexa que exige a manutenção do acompanhamento pela equipe de saúde, visando o empoderamento do indivíduo para com as ações de cuidado que precisa desenvolver. Assim, o autocuidado apoiado, tem como objetivo preparar e empoderar as pessoas com doença crônica para se autocuidarem, enfatizando-se o seu papel central no controle da doença (MENDES, 2012; BRASIL, 2014a).

Além do tratamento medicamentoso é fundamental a adoção de ações de autocuidado pelos doentes crônicos. A literatura aponta evidências sobre o autocuidado apoiado em algumas doenças crônicas, com estudos desenvolvidos principalmente em relação ao Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial. Ao realizar busca nas bases de dados não foi identificado nenhum estudo no contexto nacional avaliando o efeito de intervenções com consulta de enfermagem e/ou monitoramento telefônico na perspectiva do autocuidado apoiado direcionadas as pessoas com doença de Parkinson.

Considerando-se essa ausência de estudos que apontem benefícios da consulta de enfermagem e do monitoramento por telefone como intervenções implementadas para adoção de ações de autocuidado, com intuito de redução do impacto na funcionalidade e na qualidade de vida das pessoas com doença de Parkinson, torna-se de grande relevância e necessidade o desenvolvimento de pesquisas que busquem o planejamento de ações sistematizadas e avaliação da efetividade de intervenções como a consulta de enfermagem, que sejam aplicáveis aos serviços de saúde, especialmente de compartilhamento do cuidado entre a atenção primária e secundária de saúde, em termos operacionais e financeiros.

Diante do exposto, e a partir da identificação da existência de lacunas no conhecimento científico em relação à efetividade das intervenções de enfermagem, especificamente direcionados ao cuidado e reabilitação dos indivíduos com doença de Parkinson, que ainda se configuram como limitações em virtude da escassez de estudos nessa área, busca-se com o desenvolvimento desta proposta de investigação contribuir com o corpo de conhecimento

disciplinar da enfermagem e, sobretudo com a qualificação da atenção disponibilizada a essa população (TOSIN et al., 2016; LENNAERTS et al., 2017).

Diante da necessidade de serviços de reabilitação para atender as demandas crescentes dos doentes torna-se essencial a estruturação de serviços e equipes interdisciplinares para atender essa demanda, na qual a enfermagem esteja inserida e desempenhe um papel de protagonismo na coordenação do cuidado. Entretanto se desconhece no contexto brasileiro instrumento sistematizado para dar suporte as ações de enfermagem no cuidado as pessoas com doença de Parkinson, visando a promoção do autocuidado. Tal lacuna é preocupante, pois no âmbito do processo de trabalho em saúde os instrumentos e tecnologias são de grande importância na prestação de cuidado de forma efetiva.

Portanto, ao considerar que um protocolo norteador da consulta de enfermagem a pessoa com Parkinson poderá se tornar uma ferramenta importante para melhorar a assistência e o cuidado, esse estudo especificamente pretende responder as seguintes questões: Quais as repercussões da doença na funcionalidade e conseqüentemente as necessidades de autocuidado das pessoas com doença de Parkinson? Quais fatores estão associados a fragilidade na doença de Parkinson? E qual a validade de um protocolo, construído a partir das necessidades de autocuidado, para nortear as ações do enfermeiro durante a consulta de enfermagem as pessoas com doença de Parkinson, no contexto de cuidado interdisciplinar e compartilhado entre os níveis primário e secundário de atenção à saúde?

A resposta a estas questões pode subsidiar reflexões críticas relacionadas à organização e à prática assistencial dos profissionais de saúde, em especial do enfermeiro no suporte de autocuidado as pessoas com doença de Parkinson, visando aprimorar a atuação dos mesmos e a efetividade de suas ações. Inerente a isso, o processo de cuidado precisa ser planejado de modo a incentivar e ressaltar a importância do autocuidado, a partir de estratégias elencadas pelas evidências científicas para o favorecimento do controle da doença.

Nessa perspectiva, torna-se objeto do presente estudo o processo de elaboração e validação de conteúdo de um protocolo, que possa nortear a consulta de enfermagem as pessoas com doença de Parkinson de maneira que o autocuidado tenha um enfoque de forma eficiente, buscando tornar essas pessoas capazes de atenderem as suas necessidades de autocuidado e de gestão da doença de forma independente ou com auxílio de parceiros de cuidado.

Acredita-se que este estudo seja pertinente, do ponto de vista conceitual, teórico e metodológico, pois tem potencial para contribuir na qualificação das consultas de enfermagem as pessoas com doença de Parkinson e, e no atendimento das necessidades de autocuidado dessas pessoas, promovendo melhor qualidade de vida a essa população e seus familiares.

Justifica-se ainda, por ser uma pesquisa com impacto social presumível visto que contribui com o desenvolvimento de uma tecnologia e inovação de cuidado para potencializar e promover maior visibilidade a atuação da enfermagem, no contexto de equipe interdisciplinar de cuidado as pessoas com doença de Parkinson, e assim promover qualificação das ações de enfermagem contribuindo com melhores práticas na atenção às pessoas com doença de Parkinson.

Neste estudo defende-se a seguinte tese: A elaboração de um protocolo de consulta de enfermagem, com aporte teórico no autocuidado apoiado, pode contribuir com a atuação do enfermeiro e influenciar positivamente na capacidade e adesão a ações de autocuidado e na autogestão da doença de Parkinson.



2. Objetivos



2.1 Objetivo Geral:

Elaborar e validar um protocolo para consulta de enfermagem às pessoas com doença de Parkinson, baseado no modelo conceitual do autocuidado apoiado.

2.2 Objetivos Específicos:

- Artigo 1
Analisar a produção científica acerca da utilização do processo de enfermagem como ferramenta de cuidado às pessoas com doença de Parkinson;

- Artigo 2
Caracterizar o perfil sociodemográfico, clínico e a vulnerabilidade clínico funcional em idosos com doença de Parkinson;

- Artigo 3
Analisar os fatores sociodemográficos e clínicos associados à fragilidade em idosos com Parkinson, no contexto de um Serviço de Atenção Especializada em Saúde do Idoso;

- Artigo 4
Elaborar um protocolo para a consulta de enfermagem as pessoas com doença de Parkinson fundamentado no autocuidado apoiado;
Realizar a validação de conteúdo do protocolo estabelecido para nortear as ações dos profissionais enfermeiros no autocuidado apoiado as pessoas com doença de Parkinson.



3. Revisão da Literatura



3.1 A doença de Parkinson

3.1.1 A doença de Parkinson: definição e epidemiologia

A doença de Parkinson (DP) é uma doença neurodegenerativa de progressão lenta, que é causada pela ampla morte de neurônios produtores de dopamina da região do Sistema Nervoso Central (SNC) conhecida como substância negra, localizada nos gânglios da base (HAYES, 2019; CHOU, 2020).

Essa degeneração com comprometimento da produção da dopamina ocorre principalmente na primeira fase da doença. Nas fases posteriores da doença, os danos nos sistemas não dopaminérgicos desempenham um papel cada vez mais importante (LENNAERTS-KATS et al., 2015).

Recebe esse nome em homenagem ao médico inglês James Parkinson que foi o primeiro pesquisador a descrever, há mais de dois séculos, em 1817, os sinais e sintomas da doença (TEIVE et al., 2017; HAYES, 2019). Inicialmente, a DP recebeu o nome de “paralisia agitante”, sendo caracterizada pela alteração da marcha com passos curtos, diminuição da força muscular, tendência de inclinação do corpo para frente e presença de tremores involuntários, sem prejuízos intelectuais (TEIVE et al., 2017; CUNHA; SIQUEIRA, 2020).

Posteriormente, o neurologista Jean-Martin Charcot, ao reavaliar o trabalho de James Parkinson, entre 1865 e 1880, identificou outros sintomas e a partir de então definiu os quatro sinais cardinais da doença, que são a bradicinesia (lentidão do movimento), a rigidez muscular, o tremor e a instabilidade postural (TEIVE et al., 2017; CUNHA; SIQUEIRA, 2020).

Graças à melhoria das opções de tratamento médico, os efeitos da doença podem ser mantidos sob controle por mais tempo. Apesar disso, a DP continua sendo uma doença progressiva e cada vez mais associada a limitações no desempenho das atividades cotidianas e na participação social (LENNAERTS-KATS et al., 2015). É considerada a desordem de movimento mais comum e a segunda doença neurodegenerativa mais prevalente na população idosa, superada apenas pela doença de Alzheimer (CHOU, 2020; BLOEM; OKUN; KLEIN, 2021).

Além da DP também definida como parkinsonismo primário, existem outras condições que podem causar uma síndrome hipocinética. Esses são os chamados parkinsonismos atípicos ou Parkinson Plus. Estes incluem parkinsonismo vascular, paralisia supranuclear progressiva (PSP), atrofia multissistêmica (MSA) e parkinsonismo por medicamentos, principalmente os neurolépticos típicos, como o haloperidol (BEITZ, 2014; LENNAERTS-KATS et al., 2015).

Os parkinsonismos atípicos são caracterizados por uma progressão, de forma geral mais rápida, com uma resposta limitada ou ausente à levodopa, principal medicação utilizada com boa resposta no tratamento da DP, o aparecimento de sintomas neurológicos adicionais, considerados mais graves (BEITZ, 2014; LENNAERTS-KATS et al., 2015).

O parkinsonismo secundário não deve ser confundido com a DP, pois tem fator etiológico conhecido, que muitas vezes pode ser reversível, como ao retirar ou substituir o medicamento que possui esse efeito da prescrição do paciente. Por outro lado, o parkinsonismo secundário tem evolução e comportamento biológico diversos do que é observado na DP (TYSNES; STORSTEIN, 2017).

A doença de Parkinson é uma patologia de acometimento neurológico comum e complexo que engloba vários subtipos clínicos, epidemiológicos e genéticos. O Estudo de Fatores de Risco Global Burden of Disease Study realizado em 2016 apontou que, entre os distúrbios neurológicos conhecidos e estudados pela ciência, sabe-se que a DP é considerada a que mais cresce tanto em prevalência, como em incapacidades e mortes ao longo dos anos (DORSEY; BLOEM, 2018; RIEDER, 2020).

Estimam a existência de cerca de 6,1 milhões de pessoas diagnosticadas com DP em todo o mundo, número que não ultrapassava os 2,5 milhões em 1990 (DORSEY; BLOEM, 2018; BLOEM; OKUN; KLEIN, 2021). Por razões que ainda não são totalmente compreendidas, a incidência e a prevalência da doença aumentaram rapidamente nas últimas duas décadas (BLOEM; OKUN; KLEIN, 2021). Este aumento não parece ser explicado apenas pelo envelhecimento da população, existindo outros fatores, como um melhor reconhecimento da doença e fatores ambientais ou sociais (HIRSCH et al., 2016).

Sabe-se que a DP é de origem idiopática e não apresenta fatores de risco bem definidos, entretanto, alguns fatores ambientais e genéticos, podem interagir e contribuir para o desencadeamento da doença (TYSNES; STORSTEIN, 2017). É uma doença multifatorial, que tem até então como fator de risco conhecido mais importante a idade, seguido por exposição a determinados produtos químicos e poluentes industriais, alterações genéticas, imunológicas e estresse oxidativo (MAZZARIN et al., 2017; DORSEY; BLOEM, 2018). Alguns estudos apontam que é observado uma redução do risco de DP associado ao tabagismo (RIEDER, 2020; BLOEM; OKUN; KLEIN, 2021).

A DP apresenta prevalência ascendente na população mundial e também brasileira, que passa por um processo de transição demográfica com envelhecimento populacional, principal fator de risco para a doença (TYSNES; STORSTEIN, 2017).

Esse processo de mudança do perfil da população ocorre de forma acelerada, principalmente nas últimas décadas em países em desenvolvimento com destaque para o cenário brasileiro, que de acordo com informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) teve um acréscimo de 18% na população acima de 60 anos nos últimos cinco anos, com isso passou a somar em 2020, mais de 30 milhões de idosos (BRASIL, 2020).

A DP tem uma incidência e prevalência que aumentam com o avançar da idade, acometendo principalmente pessoas com idade acima de 50 anos, de ambos os sexos, porém segundo alguns estudos com uma proporção de acometimento do sexo masculino superior ao sexo feminino e o número de anos vividos com deficiência é maior para os homens (TYSNES; STORSTEIN, 2017; PINHEIRO; BARBOSA, 2018; BLOEM; OKUN; KLEIN, 2021).

Em relação à hereditariedade, ter um parente com a doença parece aumentar as chances de uma pessoa desenvolvê-la. Cerca de 20% das pessoas com doença de Parkinson referem possuir pelo menos um familiar em primeiro ou segundo grau afetado pela doença (BLOEM; OKUN; KLEIN, 2021).

A DP tem prevalência de cerca de 0,3% em toda a população e em torno de 1% para a população com mais de 60 anos de idade e 4 a 5% da população acima de 75 anos (TYSNES; STORSTEIN, 2017). A idade de início para quase 25% dos indivíduos afetados é inferior a 65 anos e para 5 a 10% é inferior a 50 anos. A maioria dos diagnósticos ocorre após os 65 anos. (LENNAERTS-KATS et al., 2015; BLOEM; OKUN; KLEIN, 2021).

Em relação à epidemiologia estimava-se que, em 2004, existiam no mundo cerca de 4 milhões de pessoas com DP e, a partir disso, é esperado que, em 2030, o dobro de pessoas sejam acometidas por essa doença (PINHEIRO; BARBOSA, 2018).

A prevalência da doença varia significativamente de acordo com a localização geográfica e a metodologia empregada nos estudos. É mais prevalente na Europa e nos Estados Unidos da América com estimativas de que se situe entre 100 a 300 casos por 100 mil habitantes e com menor prevalência na África e Ásia com 10 a 60 casos por 100 mil habitantes, o que sugere um maior risco na população caucasiana (SOUZA et al., 2011; MACLEOD et al, 2018).

No Brasil, a estimativa é que existam 220 mil pessoas com doença de Parkinson, a prevalência entre a faixa etária com 60 e 69 anos é de 7 para 1000 indivíduos. Já na população que tem entre 70 e 79 anos, a taxa de acometimento mais que dobra, ficando em 15 para cada 1000 habitantes. De acordo com estimativas acredita-se que surgem cerca de 36 mil novos casos todos os anos (BOVOLENTA; FELÍCIO, 2016; TYSNES; STORSTEIN, 2017).

A carência de evidências de estudos científicos que apresentem a questão da situação epidemiológica da DP, no Brasil, ainda é um problema que dificulta uma discussão dos seus

parâmetros epidemiológicos no país (SILVA et al., 2021). Até o momento, o maior estudo realizado no Brasil, na cidade de Bambuí em Minas Gerais, mostrou uma prevalência de parkinsonismo de 7,2%. Nesse estudo, a DP idiopática foi a etiologia mais frequente, atingindo 3,3% dos indivíduos com 65 anos ou mais (BARBOSA et al., 2006).

As pessoas com doença de Parkinson não correm maior risco de serem infectadas, mas parecem mais suscetíveis às complicações respiratórias da COVID-19. Esses riscos não aumentam no início da doença de Parkinson, contudo aumentam para indivíduos em estágios mais avançados e com maior grau de incapacidade, possivelmente aumentando seu risco de mortalidade (BLOEM; OKUN; KLEIN, 2021).

3.1.2 Fisiopatologia da Doença de Parkinson

A DP é uma doença cerebral cronicamente progressiva, sendo considerada uma doença heterogênea, que resulta de um processo fisiopatológico degenerativo dos neurônios dopaminérgicos da substância negra do mesencéfalo e o desenvolvimento de corpúsculos de Lewy (BEITZ, 2014; KANG; FANG, 2018). Esse processo gera uma desorganização nos circuitos pálidos estriatais, especificamente no *striatum*, o que resulta, por consequência e de forma progressiva, em dificuldades tanto na iniciação, como na manutenção e coordenação da atividade motora voluntária e em tremor de repouso (CARMO, 2015; DOS SANTOS; HALLAK; CRIPPA, 2019).

A falta de dopamina provoca redução da função estimulatória dos gânglios da base do córtex cerebral motor. As células e funções de vários outros circuitos cerebrais não dopaminérgicos são inevitavelmente também afetadas, como sistemas dopaminérgicos, noradrenérgicos, colinérgicos e serotoninérgicos, levando aos chamados distúrbios não dopaminérgicos, dentre os quais estão os distúrbios autonômicos, mental, sensorial, voz e fala, do sono e geniturinário (BRAAK et al., 2003; SOUZA et al., 2011).

Os núcleos ou gânglios da base norteiam o fluxo de informação do córtex cerebral para os neurônios motores da medula espinhal. Eles constituem um grupo de núcleos subcorticais, que compreendem vários núcleos interconectados no telencéfalo, diencéfalo e mesencéfalo que possuem como função fundamental o controle dos movimentos voluntários. Entre estes núcleos estão: a substância negra, no núcleo mesencefálico (parte compacta e reticulada), o estriado (caudado e putâmen), o globo pálido (interno, medial e externo, lateral) e o núcleo subtalâmico, localizado no diencéfalo (FISCHER, 2014; CARMO, 2015).

A perda progressiva dos neurônios dopaminérgicos da substância negra (SN) do

mesencéfalo resulta no prejuízo no funcionamento nos núcleos da base (NB), mecanismo responsável pelo surgimento da síndrome rígido-acinética, abundância de movimentos involuntários e redução no movimento voluntário, geralmente associada a presença de tremor de repouso e de instabilidade postural (ALHO, 2011; SAMPAIO, 2014).

No entanto, estes achados supracitados confirmam que não existe o acometimento exclusivo do sistema dopaminérgico na DP. Assim, pode-se concluir que várias manifestações clínicas da DP, como transtornos afetivos do humor dentre os quais destaca-se a depressão, o prejuízo na função cognitiva, distúrbios de sono e autonômicos podem estar relacionados com o acometimento de diferentes áreas do tronco encefálico (BRAAK et al., 2003, TEIVE, 2005).

Braak e colaboradores (2003) aprofundaram o conhecimento da DP a partir do uso de marcadores neuropatológicos da doença, como os corpos de Lewy, também conhecidas como placas neuríticas de Lewy. Esses autores definiram a presença de seis estágios evolutivos da doença (BRAAK et al., 2003).

No estágio inicial (estágio 1) ocorre o acometimento do núcleo motor dorsal dos nervos glossofaríngeo e vago, além da zona reticular intermediária e do núcleo olfatório anterior. No estágio 2 verifica-se que existe um comprometimento adicional dos núcleos da rafe, núcleo reticular gigantocelular e do complexo locus coeruleus. No estágio 3 ocorre comprometimento da parte compacta da substância negra do mesencéfalo. Já nos estágios 4 e 5 existem comprometimentos das regiões prosencefálicas, do mesocórtex temporal e de áreas de associação do neocórtex e neocórtex prefrontal, respectivamente. Enquanto no estágio 6 observa-se o comprometimento de áreas de associação do neocórtex, áreas pré-motoras e área motora primária (BRAAK et al., 2003).

Os sintomas físicos conhecidos surgem quando o número de células nervosas dopaminérgicas da substância negra diminuiu para cerca de 20 a 40% do número original, o que ocasiona uma redução de cerca de 80% da concentração habitual de dopamina estriatal (PINHEIRO; BARBOSA, 2018; DOS SANTOS et.al., 2019).

A DP possui causa desconhecida, entretanto diversos fatores apontam para uma etiopatogênese heterogênea, alicerçada na interação de fatores genéticos e ambientais. Existem duas hipóteses patogênicas principais para a DP, sendo a associação dos fatores patogênicos das diferentes hipóteses uma plausível explicação da causa do processo neurodegenerativo (KANG; FANG, 2018; BLOEM; OKUN; KLEIN, 2021).

Entre as hipóteses uma primeira aponta a disfunção mitocondrial na substância negra, com redução da síntese de Adenosina trifosfato (ATP) associada ao estresse oxidativo como aspectos fundamentais à patogenia, enquanto uma segunda hipótese sugere que agregações e

conformações anormais de proteínas sejam fundamentais para a indução do processo de neurodegeneração observado nos pacientes com DP (KANG; FANG, 2018).

A DP é progressiva, mas o curso exato dos sintomas varia de pessoa para pessoa. Os sintomas motores clássicos são frequentemente precedidos por uma série de sintomas não motores, como distúrbios do olfato, constipação, depressão e distúrbios do sono. Não se sabe quanto tempo dura essa fase denominada de prodrômica ou ‘pré-motora’ da doença, mas é provável que seja vários anos na maioria das pessoas (SAVICA; BRADLEY; MIELKE, 2018; BLOEM; OKUN; KLEIN, 2021).

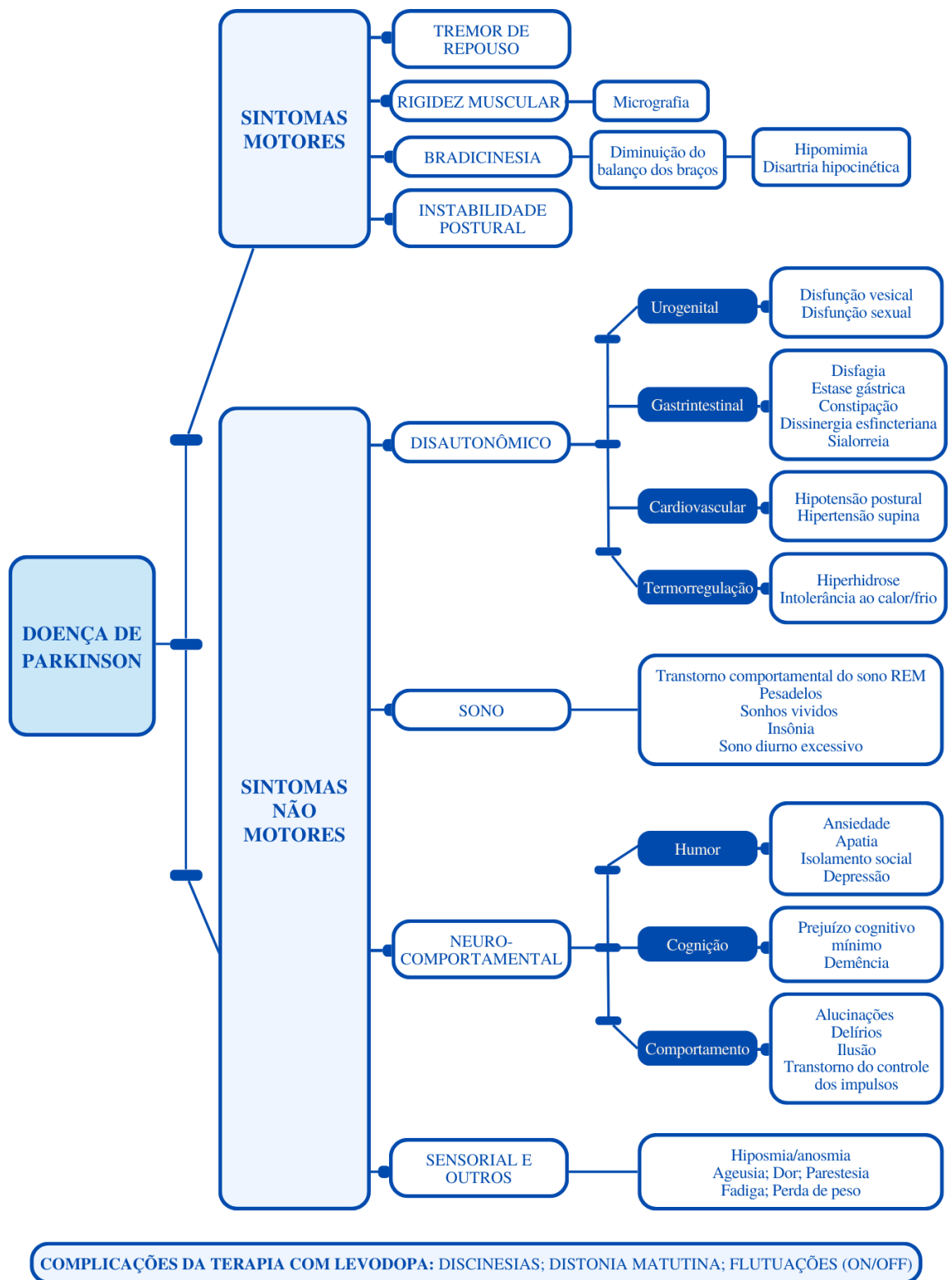
Com algumas exceções, os primeiros distúrbios motores começam unilateralmente. Embora o lado contralateral também seja afetado em um estágio posterior, um quadro assimétrico geralmente persiste durante todo o curso da doença. Um início do quadro de forma simétrica ou uma apresentação predominantemente simétrica defende a existência de uma forma de parkinsonismo atípico (LENNAERTS-KATS et al., 2015).

3.1.3 Manifestações clínicas da Doença de Parkinson

A doença de Parkinson possui uma apresentação clínica multifacetada, e como a progressão da doença é heterogênea e por afetar diversos sistemas de neurotransmissores provoca o surgimento de um grande número de sinais e sintomas, que são classificados em dois grandes grupos: sinais e sintomas motores e não motores (SVEINBJORNSDOTTIR, 2016; BLOEM; OKUN; KLEIN, 2021).

A multidimensionalidade de sinais e sintomas motores e não motores pode ser observada no organograma a seguir.

Figura 1 - Organograma da classificação dos principais sinais e sintomas motores e não motores da doença de Parkinson e complicações da terapia com Levodopa.



Fonte: adaptado de Tosin (2016).

Com a deficiência dopaminérgica na DP, há o prejuízo no efeito modulatório da dopamina no SNC, com perda da função dos NB de gerar e planejar movimentos programados, o que determina o aparecimento dos quatro sinais motores cardinais da doença: bradicinesia, tremor de repouso, rigidez e instabilidade postural (SVEINBJORNSDOTTIR, 2016).

Descrita pela maioria dos indivíduos como “fraqueza”, “incoordenação” e “cansaço”, a bradicinesia é definida como a diminuição progressiva da velocidade e da amplitude dos movimentos alternados e repetidos, executados o mais rápido e amplamente possível, entre os quais pode-se destacar o abrir e fechar a mão, a oposição do polegar e indicador, a pronação-supinação das mãos, bater repetidamente com o calcanhar no chão. O movimento corporal espontâneo também está diminuído, consistindo na bradicinesia global (CABREIRA; MASSANO, 2019; CHOU, 2020).

A bradicinesia está presente no início da DP em cerca de 80% dos indivíduos, sendo considerada como a principal manifestação responsável pela incapacidade ocasionada pela doença. Nos braços, começa distalmente ocasionando menor destreza nos dedos, que conseqüentemente gera comprometimento funcional, relatado por dificuldade para amarrar sapatos, abotoar roupas, digitar, entre outras queixas. Nas pernas, as manifestações mais comuns são ao caminhar com destaque para a marcha parkinsoniana, passos mais curtos, sensação de instabilidade, dificuldade em se levantar de uma cadeira ou sair do carro (LENNAERTS-KATS et al., 2015).

A bradicinesia é caracterizada pela lentidão tanto na iniciação como na progressão do movimento, seja ele voluntário ou automático (DAVIE, 2008). Na forma leve da DP, as tarefas que envolvem movimentos dos membros geralmente mostram alguma amplitude mais lenta e diminuída, quando observadas por mais de alguns segundos. À medida em que a doença progride, os movimentos se tornam menos coordenados, com frequentes hesitações (CABREIRA; MASSANO, 2019; CHOU, 2020).

Pode-se notar, em parte dos doentes, o fenômeno denominado de festinação, que consiste na dificuldade para iniciar o movimento, em que o indivíduo parece estar “patinando”. Observa-se certa incapacidade de realizar movimentos repetitivos e simultâneos. A marcha evolui para a “marcha em bloco”, muitas vezes “*en petit pas*” (pequenos passos) e com postura inclinada. No extremo, pode existir interrupção completa do movimento, com manifestação de bloqueio ou “**freezing**”, que podem ser espontâneos, mas em alguns casos pode ser necessário solicitar aos doentes que atravessem espaços mais estreitos como as portas para desencadear esse fenômeno (BEITZ, 2014).

Observa-se nos doentes uma diminuição da expressão corporal que culmina em

hipomimia, que consiste na redução da expressão facial, em que a face fica inexpressiva ou até mesmo imóvel, com diminuição do pestanejo, lábios afastados com prejuízo na capacidade de gesticulação (BEITZ, 2014; LENNAERTS-KATS et al., 2015).

Há certa redução também da capacidade de articulação das palavras (**disartria**) e da deglutição, com progressivo acúmulo de saliva (**sialorréia**). A fala, portanto, em muitos casos, torna-se baixa (**hipofonia**), com entonação empobrecida e de difícil compreensão (SAMPAIO, 2014). Um dos sinais mais evidentes da DP e resultante da bradicinesia é a forma de escrever as palavras em dimensões reduzidas, por vezes imperceptíveis e conhecida como **micrografia** (DAVIE, 2008).

É fundamental não confundir bradicinesia com lentidão simples, que pode ser causada por diminuição da força muscular, espasticidade, dor, fadiga geral (ex. anemia), hipotireoidismo, encefalopatias metabólicas ou tóxicas, sedação ou sintomas depressivos. Desta forma é de extrema importância a avaliação dessas possíveis causas para evitar erros de diagnóstico, visto que são causas potencialmente tratáveis e reversíveis (LENNAERTS-KATS et al., 2015).

O **tremor** na DP é o sinal que normalmente mais chama a atenção do indivíduo doente, como dos familiares. É um tremor de repouso, consistindo em movimento involuntário, rítmico e oscilatório, de frequência que oscila de 4 a 6 Hz. O tremor é considerado um sinal inicial da doença em cerca de metade dos pacientes, está presente em cerca 70 a 80% dos doentes, podendo chegar a 100% com o avançar da doença. Na fase inicial em grande parte dos casos pode passar de forma imperceptível para as pessoas que convivem com o indivíduo (CABREIRA; MASSANO, 2019; CHOU, 2020).

Pode ser intenso e frequentemente está localizado em membros superiores ou inferiores, com observação de predomínio distal, afetando mais comumente os dedos. Essa manifestação se inicia unilateralmente e depois se espalha contra lateralmente. Os músculos da mandíbula e da língua podem ser afetados, enquanto por outro lado os músculos axiais, como abdominais, quadril, entre outros são raramente acometidos na DP (SAMPAIO, 2014; SVEINBJORNSDOTTIR, 2016).

O tremor isolado da cabeça é raro na DP e deve alertar para um diagnóstico alternativo, nomeadamente tremores não degenerativos (ex. essencial, distônico, iatrogênico). Na DP, o mais típico é observar um tremor com fricção repetida do polegar e indicador, que visualmente se assemelha ao ato de contar moedas (“*pill-rolling*”). Avalia-se o tremor pela observação dos membros relaxados e apoiados numa superfície, sem ação da gravidade (ex. braços da cadeira, descansando no colo) por ser mais perceptível dessa forma. A fim de realçar o tremor pede-se

ao doente para fechar os olhos e executar uma tarefa cognitiva, como por exemplo contagem numérica decrescente ou executando movimentos repetitivos voluntários do membro contralateral, que pode acentuar um tremor leve e tornar evidente um tremor latente (CABREIRA; MASSANO, 2019; CHOU, 2020).

A **rigidez**, outro sinal cardinal da doença é caracterizado pelo aumento do tônus muscular à palpação em repouso e aumento da resistência na movimentação passiva de um segmento ao longo de todo o movimento, fenômeno denominado de ‘em cano de chumbo’. Afeta tanto músculos flexores quanto extensores. Testa-se avaliando, por exemplo, a flexão e a extensão cervical, do cotovelo, punho e articulação do joelho. Não é alterada pela velocidade da movimentação, ao contrário da espasticidade causada por lesão piramidal e aumenta com manobras de ativação como a movimentação voluntária simultânea de outro membro, conhecida como manobra de Froment. A rigidez ‘em roda denteada’ resulta da sobreposição do tremor e da rigidez, sendo mais facilmente detectável na articulação do punho (BEITZ, 2014; LENNAERTS-KATS et al., 2015).

A rigidez normalmente está presente em aproximadamente 75 a 90% das pessoas com DP. Geralmente ocorre de forma unilateral e tipicamente do mesmo lado do tremor, raramente progride para o lado contralateral e permanece assimétrica em toda a doença. Pode afetar qualquer parte do corpo. Algumas características que são observadas são a diminuição do balanço do braço ao caminhar e a típica postura curvada. Na DP, normalmente a rigidez é em roda denteada, contudo, nem todos os pacientes apresentarão esse tipo de rigidez; muitos apresentam a rigidez em cano de chumbo como descrito anteriormente (CABREIRA; MASSANO, 2019; CHOU, 2020).

Por fim, a **instabilidade postural** é um dos sintomas mais incapacitantes da DP, pois leva à limitação progressiva da independência do paciente nas atividades de vida diária (AVDs). É um sinal de difícil diagnóstico, caracterizado pela perda de reflexos de readaptação postural (BEITZ, 2014). É frequentemente mencionada como uma manifestação principal, porém ocorre mais nas fases tardias da doença. Trata-se de um comprometimento dos reflexos posturais causando a sensação de desequilíbrio, sendo responsável por grande parte das quedas comuns nas pessoas com DP (CABREIRA; MASSANO, 2019; CHOU, 2020).

Clinicamente a instabilidade postural é testada através do “*Pull Test*” ou teste de retropulsão em que o examinador fica atrás do paciente e puxa firmemente seus ombros. Doentes com reflexos normais devem ser capazes de manter o equilíbrio e retroceder não mais que um passo, já pessoas com doença de Parkinson tendem a dar vários passos para trás ou podem até mesmo cair (CABREIRA; MASSANO, 2019; CHOU, 2020).

As primeiras manifestações da DP são observadas diante um declínio no desempenho motor, afetando a prática das atividades cotidianas dessas pessoas de forma a limitar ou até mesmo impedir tais ações, podendo gerar importante comprometimento na participação social e na qualidade de vida do indivíduo acometido pela doença (MALAK et al., 2017; LEANDRO; TEIVE, 2017).

A DP é reconhecida como uma doença multissistêmica do sistema nervoso, visto que além dos sintomas motores, se caracteriza por uma gama ampla de sintomas não motores, que contribuem substancialmente para a incapacidade dos indivíduos afetados e cuja identificação se torna de suma importância por possibilitar melhorar os cuidados clínicos ofertados ao doente, além de monitorizar a progressão da doença e melhorar a compreensão acerca da sua evolução (MASSANO; BHATIA, 2012; BLOEM; OKUN; KLEIN, 2021).

Os sintomas motores descritos anteriormente são os mais evidentes na DP, entretanto não se pode descuidar das **manifestações não motoras**. Estudos apontam que a pessoa com doença de Parkinson em média apresenta oito sintomas não motores. Em alguns doentes é possível constatar anos ou até mesmo décadas antes do aparecimento das manifestações motoras típicas da doença certas manifestações não motoras como: disfunção olfativa, constipação, distúrbio do comportamento do sono e movimentos oculares rápidos e depressão (CABREIRA; MASSANO, 2019; CHAHINE; TARSY, 2020; CHOU, 2020).

São exemplos de sintomas não motores as manifestações neuropsiquiátricas da doença como comprometimento cognitivo, depressão, ansiedade, psicose, apatia e fadiga; queixas gastrointestinais como disfagia, constipação; autonômicas como sialorréia, alterações da qualidade da voz, hipersudorese, disautonomia, dermatite seborreica, retenção ou urgência urinária, disfunção sexual, hipotensão ortostática; manifestações sensitivas como hiposmia e dor; manifestações visuais como alterações da percepção do contraste, ilusões e alucinações visuais; distúrbios do sono com sonhos vívidos e atividade hipermotora noturna na perturbação do comportamento do sono REM (*rapid eye movement*), hipersonolência diurna e síndrome das pernas inquietas; entre outras manifestações (CHAHINE; TARSY, 2020; CHOU, 2020).

A demência e a disfunção cognitiva são comuns em pessoas com doença de Parkinson, sendo que ocorrem usualmente em estágios mais avançados da doença. É considerada uma demência subcortical, com retardo psicomotor, dificuldade de memória e personalidade alterada. Também existem problemas relacionados à recuperação de memória, à percepção visual equivocada e à função executiva prejudicada, esse último é considerado um dos primeiros indicadores de cognição alterada (CABREIRA; MASSANO, 2019; CHAHINE; TARSY, 2020; CHOU, 2020). A demência associada à DP pode acometer 80% dos doentes a longo prazo

(LITVAN et al., 2012).

A DP representa fator de risco para o desenvolvimento de déficits cognitivos em variados graus ou mesmo demência, em particular a demência de corpúsculos de Lewy (DCL) (TYSNES; STORSTEIN, 2017). Contudo torna-se fundamental ressaltar que pessoas com Parkinson tem maior risco de desenvolver déficits cognitivos ou demência em fases mais avançadas da doença, enquanto a DCL ocorre geralmente nas fases iniciais da DP. A presença de distúrbios do sono REM e alucinações espontâneas contribuem para o diagnóstico de DCL (BEITZ, 2014; TYSNES; STORSTEIN, 2017).

As pessoas com doença de Parkinson com manifestação de tremor em repouso em primeiro plano têm um processo mais favorável, que consiste em progressão mais lenta, menos frequente e mais tardia de evolução para apresentação de declínio cognitivo, do que doentes que se concentram em manifestação de bradicinina e rigidez (LENNAERTS-KATS et al., 2015).

Estudos constataam que a psicose e alucinações ocorrem em torno de 20 a 40% dos doentes que são tratados com agonistas da dopamina para DP. As alucinações visuais são mais comuns quando comparadas às alucinações auditivas, olfativas e táteis, que também podem estar presentes (CABREIRA; MASSANO, 2019; CHAHINE; TARSY, 2020; CHOU, 2020).

Depressão, ansiedade e apatia são transtornos do humor que ocorrem com mais frequência em pessoas com doença de Parkinson. É essencial reconhecer esses sinais, uma vez que podem ser confundidos com a bradicinesia e a alteração da expressão facial típica da doença. Além disso, algumas características somáticas da depressão como diminuição do apetite, dificuldade de concentração e distúrbios do sono (insônia, sonolência diurna, distúrbios do comportamento do sono REM) são muito frequentes em pessoas com doença de Parkinson que não apresentam depressão. Importante verificar os sintomas que são relacionados à depressão como tristeza, anedonia e diminuição do interesse pelas atividades e, com menos frequência, sentimento de inutilidade (CABREIRA; MASSANO, 2019; CHAHINE; TARSY, 2020; CHOU, 2020).

Comprometendo a independência dos indivíduos e promovendo significativa mudança no envolvimento social, a dor pode ser relatada no início da DP, antecedendo os sinais motores, sendo mais comum no membro afetado por mais tempo pela doença, e pode se tornar mais incapacitante que os sintomas motores, sendo mencionada em média por 80% das pessoas com doença de Parkinson, podendo comprometer muito a qualidade de vida dos indivíduos (CORIOLANO et al., 2014).

À semelhança dos sintomas motores, a progressão da doença cursa com flutuações nos

sintomas não motores, que podem ser independentes das flutuações motoras e afetar de forma importante a qualidade de vida dos doentes. Flutuações na resposta à farmacoterapia dopaminérgica geralmente se desenvolvem após vários anos de tratamento (BLOEM; OKUN; KLEIN, 2021).

Esse conjunto dos sintomas não motoras precisa ser considerado nas avaliações e condutas clínicas, para definição da melhor estratégia de intervenção tanto farmacológica, como não farmacológica e possibilitar uma real compreensão do impacto da doença sobre a funcionalidade e capacidade de autocuidado da pessoa com doença de Parkinson (ANDRADE et al., 2012).

3.1.4 Diagnóstico da Doença de Parkinson

O diagnóstico da DP alicerça-se fundamentalmente nas manifestações clínicas apresentadas pelos indivíduos e não existem exames específicos que comprovem o diagnóstico da doença (BALESTRINO; SCHAPIRA, 2019). O diagnóstico da DP só pode ser feito com certeza após a morte (por exame *post-mortem* do cérebro), demonstrando a presença de corpos de Lewis, que podem se desenvolver tanto na substância negra quanto no córtex. Clinicamente, só é possível fazer um diagnóstico de probabilidade, com o grau de certeza aumentando quanto mais tempo a doença existe (LENNAERTS-KATS et al., 2015; BLOEM; OKUN; KLEIN, 2021).

O processo de diagnóstico inicia-se com a confirmação da existência de parkinsonismo, que consiste em uma designação sindrômica caracterizada por uma combinação dos sinais motores cardinais, como tremor de repouso, bradicinesia, rigidez com roda dentada, anormalidades posturais, dos quais a bradicinesia é a característica fundamental e que podem ser observados em múltiplas doenças (BALESTRINO; SCHAPIRA, 2019). Os critérios atuais definem a doença de Parkinson como a presença de bradicinesia combinada com tremor de repouso, rigidez ou ambos (BLOEM; OKUN; KLEIN, 2021).

O diagnóstico da DP é feito então pela avaliação clínica da pessoa, ficando claro quando os sintomas se tornam evidentes ou quando a pessoa apresenta resposta favorável à terapêutica dopaminérgica, sobretudo a introdução da levodopa, sendo este último considerado de forma razoável um indicativo seguro na sustentação do diagnóstico (BALESTRINO; SCHAPIRA, 2019; CABREIRA; MASSANO, 2019).

Posteriormente à coleta detalhada da história clínica e realização de exame físico e neurológico, pode ser necessária investigação adicional para exclusão de outras causas de

parkinsonismo. Não é simples realizar o diagnóstico diferencial, especialmente nos estágios iniciais da doença entre DP e o parkinsonismo atípico, que envolve outras causas (BRASIL, 2017).

O tremor essencial, caracterizado por tremor cinético e postural, é um dos distúrbios mais frequentemente confundido com a DP, principalmente em suas fases iniciais e precisa ser considerado no processo de diagnóstico diferencial (KANG; FANG, 2018). O diagnóstico diferencial é importante porque as opções terapêuticas e o prognóstico são diferentes para esses tipos de parkinsonismo e para a DP idiopática (LENNAERTS-KATS et al., 2015).

O exame de imagem mais utilizado na prática clínica, por ser relativamente simples, acessível e de menor custo, comparado aos demais apresentados é a ressonância magnética (RM). Atualmente, existem diversos estudos que mostraram que o método apresenta alta sensibilidade na detecção de lesões, excelente resolução espacial e capacidade de avaliação multiplanar. Com isso, espectros encontrados na ressonância magnética convencional podem revelar grandes alterações estruturais que contribuem na avaliação dos doentes por facilitar o diagnóstico diferencial entre a DP e o parkinsonismo atípico (OLIVEIRA; PEREIRA, 2017; ARMSTRONG; OKUN, 2020).

Estudo analítico adequado também é relevante no sentido de excluir alterações que podem causar parkinsonismo, tremor ou lentificação que simule parkinsonismo, dentre as quais destacam a anemia, disfunção tireoidiana, alterações hidroeletrólíticas, doenças renais ou hepáticas crônicas, sífilis e infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) (CABREIRA; MASSANO, 2019).

A história farmacológica deve ser sempre revista, uma vez que a iatrogenia é a segunda causa mais frequente de parkinsonismo a motivar busca por atendimento nos serviços de saúde. Esse aspecto deve ser considerado e encarado com particular cuidado nos doentes idosos, frequentemente polimedicados e com maior risco de deterioração cognitiva e alteração comportamental (WARD; CITROME, 2018).

Na tentativa de agrupar os sintomas-chave da DP e os fatores de exclusão favoráveis a outros diagnósticos alternativos surgiram em 1988 os critérios clínico-patológicos do UK Brain Bank (Banco de Cérebros do Reino Unido), ainda atualmente adotados em investigações científicas e até mesmo na prática clínica. Observa-se que a sensibilidade desses critérios para realização de um diagnóstico precoce é em torno de 80%, sendo necessária observação de forma prospectiva das pessoas em investigação para detectar sintomas que possam indicar diagnósticos alternativos (CABREIRA; MASSANO, 2019).

O processo de diagnóstico da DP é considerado complexo, basicamente clínico, vem

sofrendo alterações e recentemente, a *Movement Disorder Society* (MDS) sugeriu novos critérios com o objetivo de melhorar a fluidez e acuidade diagnóstica desde a primeira consulta, com destaque para a valorização dos sintomas não motores (POSTUMA et al., 2015; BLOEM; OKUN; KLEIN, 2021).

Com o intuito de melhorar o entendimento, estabeleceram-se três grupos de critérios: critério necessário para o diagnóstico, critério negativo ou excludente e critério de suporte positivo para diagnóstico (nesse grupo são necessários pelo menos três). É essencial também avaliar a presença de “*Red flags*” (bandeiras vermelhas) para a realização adequada do diagnóstico de doença de Parkinson (BALESTRINO; SCHAPIRA, 2019).

Quadro 1: Critérios para diagnóstico da Doença de Parkinson

Grupo 1 - critério necessário para o diagnóstico
Parkinsonismo: bradicinesia e, pelo menos, um dos seguintes - tremor de repouso ou rigidez.
Grupo 2 - critérios de exclusão absolutos
Sinais inequívocos de atingimento cerebeloso (ataxia da marcha ou de um membro, sacadas hiperométricas, etc);
Demência frontotemporal variante comportamental ou afasia primária progressiva (primeiros 5 anos);
História de tratamento farmacológico com algum antidopaminérgico (antipsicóticos) numa relação temporal e dose consistentes com parkinsonismo iatrogênico;
Evidência clínica inconfundível de déficit sensorial cortical;
Existência de um diagnóstico alternativo responsável pelos sintomas;
Alterações dos movimentos oculares (lentificação das sacadas ou paralisia supranuclear);
Sintomas limitados exclusivamente aos membros inferiores durante, pelo menos, 3 anos;
Ausência de resposta a altas dose de levodopa, apesar de gravidade da doença ser pelo menos moderada;
Imagem nuclear de transportadores dopaminérgicos pré-sinápticos (ex. SPECT com 123 I-ioflupano) sem alterações.
Grupo 3 - critérios de suporte
Resposta clara a terapêutica dopaminérgica;
Tremor de repouso num membro, documentado no exame físico;
Discinesias causadas pela levodopa;
Um destes é positivo: Hipósmia inequívoca; Desnervação cardíaca simpática na cintilografia MIBG (uma forma de exame de medicina nuclear).
“Red flags” (bandeiras vermelhas)
Curso progressivo de distúrbios da marcha ou uso de cadeira de rodas durante os primeiros cinco anos;
Demência frontotemporal variante comportamental ou afasia primária progressiva (primeiros 5 anos);
Distúrbios bulbar prematuros (por exemplo, disartria grave ou disfagia nos primeiros cinco anos);
Presença de distúrbios não motores durante os primeiros cinco anos, como distúrbios autonômicos (por exemplo, hipotensão ortostática, retenção / incontinência urinária grave), distúrbios do sono ou distúrbios psiquiátricos;
Ausência de curso assimétrico dos sintomas motores;
Início simétrico;
Sem progressão dos sintomas motores ao longo de cinco anos;
Disfunção respiratória inspiratória (por exemplo, estridor noturno);
Presença de distonia ou contraturas de mão e/ou pé nos primeiros 10 anos;
Queda durante os primeiros três anos;
Sintomas piramidais (fraqueza e / ou reflexos patologicamente ativos) que não podem ser explicados de outra forma

Fonte: adaptado de Balestrino; Schapira (2019); Bloem; Okun; Klein (2021)

Ainda não existe biomarcadores ou testes que nos permita afirmar categoricamente o diagnóstico da doença ainda *in vivo*, à exceção de testes genéticos específicos, úteis apenas numa minoria de casos (BLOEM; OKUN; KLEIN, 2021). A detecção de alfa-sinucleína na retina, pele, urina, plasma e líquido cefalorraquidiano (LCR) tem sido estudada como potencial biomarcador da doença, mas os resultados obtidos nos estudos ainda não indicam a sua aplicação na prática clínica (GOLDMAN et al., 2018; ORTUÑO-LIZARÁN et al., 2018).

3.1.5 Tratamento da Doença de Parkinson

O tratamento da DP deve ser individualizado e exige o envolvimento de uma equipe multidisciplinar, de forma a possibilitar a abordagem do grande número de manifestações ocasionadas pela doença em suas diferentes fases (CABREIRA; MASSANO, 2019). Muitos profissionais de saúde de diferentes disciplinas profissionais precisam estar envolvidos no tratamento de problemas relacionados a DP, de acordo com a progressão e necessidades de cada pessoa acometida pela doença. Todos têm suas próprias funções, tarefas e responsabilidades que se complementam (LENNAERTS-KATS et al., 2015; BLOEM; OKUN; KLEIN, 2021).

Mesmo na atualidade ainda não existem terapêuticas modificadoras do curso da doença, ou seja, capazes de diminuir ou bloquear o processo neurodegenerativo, nem as chamadas neuro-restauradoras que seriam capazes de substituir os neurônios degenerados. A ciência possui apenas métodos que oferecem alívio dos sintomas através de tratamentos farmacológicos, não farmacológicos, cirúrgicos e tratamentos alternativos. Contudo com novas descobertas sobre causas genéticas e mecanismos de morte neuronal, várias estratégias promissoras estão sendo testadas quanto ao potencial de modificação da doença (HAYES, 2019; CABREIRA; MASSANO, 2019; BLOEM; OKUN; KLEIN, 2021).

Recomendações farmacológicas

A base para o tratamento farmacológico da DP é sintomática. A levodopa foi o primeiro fármaco usado eficazmente e, mais de 50 anos após a sua introdução, permanece sendo o mais utilizado e eficaz no tratamento dos sintomas motores, apesar do seu benefício se remeter apenas para o tratamento sintomático da doença (VERSCHUUR et al., 2019; BLOEM; OKUN; KLEIN, 2021).

A levodopa, precursora da síntese de dopamina, é considerada a droga mais eficaz para o tratamento sintomático da DP. Seus efeitos são significativos na função motora, nas atividades

da vida diária e na qualidade de vida do paciente, ao se comparar com outras drogas. Entretanto, a levodopa está associada a maior risco de desenvolvimento de discinesia do que outros medicamentos (POEWE; MAHLKNECHT, 2020). Importante considerar a recomendação de administração da levodopa trinta minutos antes ou uma hora após as refeições (SPINDLER; TARSY, 2020).

No Brasil, as formulações da levodopa que encontramos disponíveis para serem comercializadas vem associada a inibidores da dopa descarboxilase periférica, com o intuito de impedir a conversão em dopamina na corrente sanguínea. Temos disponível a levodopa associada à benserazida, mais conhecido pelo nome comercial Prolopa® e a carbidopa, conhecida por Sinemet® (KANG; FANG, 2018; SPINDLER; TARSY, 2020).

A DP que tem predominância de tremor pode não apresentar uma resposta significativa ao medicamento, uma vez que tremores de grandes amplitudes podem ser resistentes à levodopa. Esse medicamento não deve ser interrompido de maneira abrupta, em indivíduos com DP, pois a retirada abrupta pode estar mesmo que raramente associada a uma síndrome semelhante à síndrome neuroléptica maligna ou crise acinéctica (OERTEL; SCHULZ, 2016).

O tratamento da DP é feito de acordo com os estágios da doença. Em geral, o estágio inicial é quando os sintomas são brandos, perceptíveis, mas ainda não incomodam a pessoa e nem geram comprometimento funcional, sendo assim não há necessidade de utilizar medicamentos sintomáticos nessa fase. Estes devem ser utilizados com bastante cautela, uma vez que podem causar efeitos colaterais importantes. Dessa forma, o seu emprego deve ser postergado até que os sintomas fiquem mais acentuados e comecem a causar incômodo no cotidiano da pessoa (PINHEIRO; BARBOSA, 2018).

Os fármacos de preservação da levodopa, como por exemplo, a amantadina, os anticolinérgicos e os agonistas de dopamina são medicamentos que têm o propósito de realizar uma neuroproteção e com isso possibilitar retardar a utilização da levodopa (CACABELOS, 2017).

A amantadina inicialmente utilizada como antiviral, tem boa atividade dopaminérgica, principalmente na função de atuar aumentando a liberação de dopamina nos sítios de armazenamento e bloqueando a receptação de dopamina na fenda sináptica. Estudos comprovaram que, nos estágios iniciais da doença, esse fármaco é eficaz em 2/3 dos pacientes. Além disso, estudos apontam que esse fármaco pode ser utilizado em outros estágios da doença, como nos avançados, sendo adjuvante da levodopa e dos agonistas da dopamina. Também, por sua propriedade é considerado medicamento de escolha para minimizar a ocorrência das discinesias induzidas pela terapêutica com levodopa (SPINDLER; TARSY, 2020).

Os fármacos anticolinérgicos, são úteis como monoterapia para doentes com idade ≤ 65 anos e tremor perturbador, mas sem a presença de bradicinesia de forma significativa ou mesmo distúrbio da marcha. Todos os doentes devem ser aconselhados exaustivamente e monitorados de perto quanto a efeitos colaterais, incluindo prejuízo cognitivo, constipação e retenção urinária, que são os mais comuns quando se utiliza esses medicamentos (ARMSTRONG; OKUN, 2020).

Os agonistas dopaminérgicos podem ser empregados nos estágios iniciais da DP ou como coadjuvantes ao tratamento com a utilização da levodopa para potencializar o seu efeito antiparkinsoniano, estimulando diretamente os receptores dopaminérgicos da membrana pós-sináptica neuronal e tentar minimizar as reações adversas ocasionadas pelo seu uso prolongado. Os agonistas são menos eficazes que a levodopa como fármacos antiparkinsonianos, visto que a maioria dos doentes precisa acrescentar levodopa depois de alguns anos. Nesse grupo, encontram-se bromocriptina, pergolida, lisurida e cabergolina e mais utilizado o pramipexol (LANG et al., 2020; ARMSTRONG; OKUN, 2020).

Mais recentemente o fármaco Rotigotina vem sendo utilizado e apesar de ser considerado um agonista dopaminérgico fraco, a aplicação na forma de um adesivo dérmico por dia tem sido considerada conveniente por permitir dessa forma alcançar níveis plasmáticos estáveis do agonista ao longo de todo o dia. O medicamento mostrou eficácia na dor associada à DP e melhorou significativamente o humor dos pacientes (REKTOROVA, 2019; EDINOFF et al., 2020).

Outra classe de fármacos utilizada no tratamento da DP é a de Inibidores da catecol-orto-metiltransferase (COMT), que tem como principal propriedade a capacidade de promover um efeito potencializador da ação e duração da levodopa. Especificamente muito útil nas fases mais avançada da doença, onde comumente pode se observar períodos “on/off” (DAVIE, 2008). No Brasil a medicação mais utilizada dessa classe é a entacapona, que deve ser administrada junto a levodopa (MONTGOMERY, 2018).

É bem conhecida a associação da DP com déficit cognitivo e até mesmo processo demencial (SZETO et al., 2017). Diante desse contexto é possível, portanto, a necessidade, ao longo do seguimento das pessoas com Parkinson, do uso de medicamentos usados comumente no tratamento de síndromes demenciais, entre os quais estão a donepezila, rivastgmina, galantamina, que são inibidores da acetilcolinesterase e a memantina, um antagonista dos receptores glutamatérgicos (CHAUDHURI; JENNER, 2017).

Mais recentemente, existem estudos que demonstram que o uso do inibidor da Monoamino Oxidase (MAO-B), dentre os quais estão a Selegilina e Resagilina, provocam um

efeito sintomático suave, retardando a necessidade do uso da levodopa por um intervalo médio de 9 meses. Mas ainda não se sabe o grau de eficácia desses medicamentos, pois os estudos não demonstraram benefícios como o efeito neuroprotetor. Sendo assim, o estudo não atingiu a meta almejada e por isso ainda não possui recomendação de ser usado na prática clínica (SPINDLER; TARSY, 2020).

Uma abordagem mais atual que vem sendo empregada para lidar com flutuações de resposta ao uso de levodopa é o uso de terapia com bomba de gel intestinal de levodopa-carbidopa. Esta intervenção visa alcançar concentrações plasmáticas estáveis de levodopa, verificando uma entrega contínua de levodopa por meio de uma gastrojejunostomia endoscópica percutânea (BLOEM; OKUN; KLEIN, 2021).

Tratamento cirúrgico - estimulação cerebral profunda

As abordagens cirúrgicas utilizadas atualmente são direcionadas a pacientes que se apresentam em estágios mais desenvolvidos da DP. Normalmente são pacientes que melhoram com o uso da Levodopa, mas acabam apresentando efeitos motores incontroláveis em função do uso prolongado desse fármaco (KANG; FANG, 2018).

Anteriormente à introdução do tratamento com a levodopa, a cirurgia mais utilizada era a esteroestática. Esse procedimento provocava lesões no globo pálido ou no tálamo e, assim, reduzia, principalmente, o tremor, em vista das outras manifestações da DP. Após o surgimento da terapêutica da levodopa, tal recurso cirúrgico caiu em desuso. Entretanto, com os efeitos motores causados por esse tipo de fármaco, ainda há um grande interesse em relação as potencialidades dos tratamentos cirúrgicos (KANG; FANG, 2018).

Dentre as opções de intervenções neurocirúrgicas para o tratamento da DP, destaca-se a estimulação cerebral profunda (*deep brain stimulation* - DBS), uma opção terapêutica eficaz e segura para pacientes cuidadosamente selecionados que é feita por eletrodos, que podem ser uni ou bilateral, implantados no núcleo subtalâmico ou no globo pálido interno, acionado por gerador torácico implantado no tecido subcutâneo, na região subclavicular e conectado aos eletrodos, por meio de cabos, objetivando a aplicação de corrente elétrica de baixa intensidade às estruturas nervosas no interior do encéfalo, permitindo, assim, uma neuromodulação (BLOEM; OKUN; KLEIN, 2021).

A DBS atua recuperando o equilíbrio fisiológico nos núcleos da base, sem a necessidade de restabelecer os níveis de dopamina, sendo um método mais seguro. Pode ser utilizada em casos refratários a terapêutica medicamentosa, melhorando especialmente as discinesias e os

efeitos “on/off”, permitindo controle individualizado dos estímulos (SHUKLA; OKUM, 2014; FERREIRA, 2014; KANG; FANG, 2018).

É importante destacar que a estimulação cerebral profunda (ECP) se mostra eficaz apenas no tratamento de doentes que obtiveram melhora com o uso prévio da levodopa, mas que, devido à utilização da mesma, apresentam como efeitos indesejados discinesias induzidas por ela. Esse tipo de cirurgia, em geral, permite a redução das discinesias e o controle dos sintomas do parkinsonismo, apresentando melhores resultados nas pessoas mais jovens (KANG; FANG, 2018).

Naqueles pacientes com presença de déficits cognitivos e que não apresentam melhora com o uso da levodopa a aplicação da ECP é contraindicada, visto que há uma piora do déficit cognitivo. Alguns estudos demonstraram que, após esse processo cirúrgico, os pacientes apresentaram uma redução em funções executivas relacionadas com a fluência verbal, velocidade de processamento e modificação nos níveis de apatia. Entretanto, há estudos que também apontaram redução no grau de ansiedade desses pacientes e melhoras nos escores de memória e de sintomas obsessivos-compulsivos (KANG; FANG, 2018; ARTEN; HAMDAN, 2020).

Os possíveis efeitos adversos que podem resultar do processo cirúrgico incluem a hemorragia cerebral, considerada condição rara, possível infecção associada a um corpo estranho, distúrbio da fala, distonia e rompimento dos fios. Nos pacientes mais jovens, esses efeitos estão mais relacionados com disfunção cognitiva, disartria, depressão, com tentativas de suicídio e controle parcial das flutuações e das discinesias (KANG; FANG, 2018).

Em relação a atuação na ECP a assistência de enfermagem consiste principalmente em fazer um inventário das flutuações "on-off" com base em um cartão de triagem; verificar se a ingestão de anticoagulantes e qualquer medicamento para DP foi interrompida antes da internação hospitalar, educar a pessoa com Parkinson e seus familiares/cuidadores quanto as instruções sobre o programador do paciente, que permite que o doente visualize o *status* da bateria, ligue e desligue o neuroestimulador e ajuste as configurações de estimulação dentro dos limites definidos pelo médico; conselhos sobre estilo de vida, como vida útil limitada da bateria (em média 3 a 5 anos) (LENNAERTS-KATS et al., 2015).

Recomendações não farmacológicas

Muitas estratégias de fisioterapia exploram a capacidade de pessoas com doença de Parkinson para compensar sua deficiência motora, com programas motores alternativos que

contornam circuitos defeituosos dos gânglios da base (BLOEM; OKUN; KLEIN, 2021). Vários estudos também enfatizam os benefícios do exercício aeróbico como tratamento sintomático. Nesse sentido a combinação de exercícios aeróbicos (caminhada em esteira) com imersão em um ambiente de realidade virtual tridimensional, tem sido apontado em estudos como mais eficaz do que exercícios aeróbicos isolados na redução de quedas (BLOEM; OKUN; KLEIN, 2021).

Com o avanço das ciências, a busca pelos chamados “tratamentos alternativos” vem se intensificando, principalmente no intuito de contribuir na promoção do conforto e do bem-estar da pessoa com doença de Parkinson, sem a necessidade de aumentar a quantidade de fármacos. Dessa forma, fisioterapias alternativas, o uso terapêutico dos fitocannabinóides e a homeopatia vem sendo discutidos como forma de ajudar na recuperação cognitiva e no tratamento de sintomas motores e não motores da DP (FAGAN; CAMPBELL, 2014; PEREIRA et al., 2019; FERREIRA-JUNIOR et al., 2020).

Fisioterapias alternativas estão sendo muito adotadas pelos indivíduos com DP, como dança, prática de yoga e a musicoterapia, associadas com o tratamento farmacológico da doença, para minimizar as manifestações clínicas e as disfunções da doença e contribuir com o desempenho funcional. Esse conjunto de atividades exerce o papel de neuroprotetor celular, atuando tanto nos sintomas motores como também nos não motores (PEREIRA et al., 2019; EDINOFF et al., 2020).

A prática de dança como atividade de baixo impacto, pode facilitar a ativação de áreas que normalmente estão reduzidas na DP, diminuindo a progressão da doença. A yoga pode ser adaptada a esses pacientes, auxiliando no alinhamento postural e nos movimentos, além de promover relaxamento, flexibilidade e fortalecimento. Dessa forma, melhora a marcha, a fadiga, a qualidade de vida e a independência funcional (PEREIRA et al., 2019; EDINOFF et al., 2020).

Já a musicoterapia vem sendo estudada principalmente nos últimos anos, porém, desde os primórdios, é utilizada como forma preventiva, paliativa e terapêutica. Possibilita elevar a autoestima, promover as interações em grupo e auxiliar no tratamento, proporcionando uma melhor qualidade de vida. Pesquisas norteamericanas realizadas com pessoas com doença de Parkinson em uso da musicoterapia relataram melhora na orientação no tempo/espaço, insegurança, ansiedade, potencialização das funções físicas e mentais, reforçando a autonomia pessoal (PEREIRA et al., 2019).

Os estudos mundiais envolvendo o escopo da prática de enfermagem em DP estão crescendo em vários contextos de saúde. Nesse sentido a literatura aponta que enfermeiras

especializadas que cuidam de pessoas com doença de Parkinson podem desempenhar um papel crucial na otimização do manejo da doença, por exemplo, atuando como o primeiro ponto de acesso para pessoas com doença de Parkinson ou atuando como coordenadores da equipe multidisciplinar em modelos integrados de cuidado (BLOEM; OKUN; KLEIN, 2021; TOSIN et al., 2022).

Tendo como base os inúmeros sinais e sintomas que os doentes podem manifestar, é evidente o comprometimento funcional e social que eles trazem para o paciente. Diante disso, faz-se necessário o atendimento multidisciplinar, na busca de uma melhora das condições de vida, da capacidade funcional, da preservação ou reabilitação da autonomia e independência e qualidade de vida dessas pessoas e suas famílias (EDINOFF et al., 2020; FLEISHER; TARSY, 2020).

Embora as recomendações terapêuticas atuais prevejam um conjunto de ações interdisciplinares focadas no controle dos sintomas da DP para promover a qualidade de vida (QV) de pacientes e cuidadores (VAN DER MARCK et al., 2013; RADDER et al., 2020), essa continua sendo uma necessidade não atendida na DP. Sendo assim, é urgente a adoção de abordagens integradas que visem promover um papel ativo entre os sujeitos envolvidos no cuidado, redefinindo a relação paciente/cuidador-provedor (TOSIN et al., 2022).

3.2 Processo de Enfermagem e Sistemas de Linguagens Padronizadas de Enfermagem

A Lei nº 7.498, do Exercício Profissional de Enfermagem, em seu art. 11, alínea c, afirma que “O enfermeiro exerce todas as atividades de Enfermagem, cabendo-lhe: 1) Privativamente: c) planejamento, organização coordenação e avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem” (BRASIL, 1986). Nestes termos, o aspecto ético-legal para realização do Processo de Enfermagem ancora-se no arcabouço normativo e para o Exercício da Enfermagem pelo Decreto 94.406 de 08/06/87, que regulamenta a Lei 7.498 de 25/06/86 - Lei do Exercício profissional (BRASIL, 1987).

No Brasil, o marco inicial referente ao emprego da sistematização das ações de Enfermagem ocorreu a partir da publicação do livro “Processo de Enfermagem” (PE) de Wanda de Aguiar Horta, na década de 1970. Pioneira no Brasil no que se refere à sistematização, a doutora Wanda de Aguiar Horta baseada na Teoria da Motivação Humana, conhecida por Necessidades Humanas de Maslow, sob a classificação de João Mohana, propôs uma metodologia científica para realização das atividades de Enfermagem a qual denominou PE (HORTA, 1979; SANTOS et al., 2019).

O Processo de Enfermagem (PE) pode ser definido como a aplicação prática de um instrumento metodológico que organiza a assistência aos pacientes e favorece o cuidado em relação à organização das condições necessárias para que o mesmo aconteça. Constitui-se em ações padronizadas, sequenciais e interligadas que buscam o atendimento de modo integral ao sujeito, família e comunidade (SILVA et al., 2015; CAVALCANTE et al., 2015).

O PE foi regulamentado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) por meio das Resoluções nº 358/2009 e 429/2012, que dispõem sobre as instituições de saúde públicas e privadas no Brasil, ressaltando as cinco etapas de sua organização: coleta de dados (histórico de enfermagem), diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem, sendo de responsabilidade do enfermeiro o registro do PE nos prontuários dos pacientes (COFEN, 2009; ALMEIDA et al., 2011; COFEN, 2012).

É somente na Resolução Cofen nº 358/2009 que se estabelece uma distinção entre Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e PE, conforme abaixo:

“Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de enfermagem.

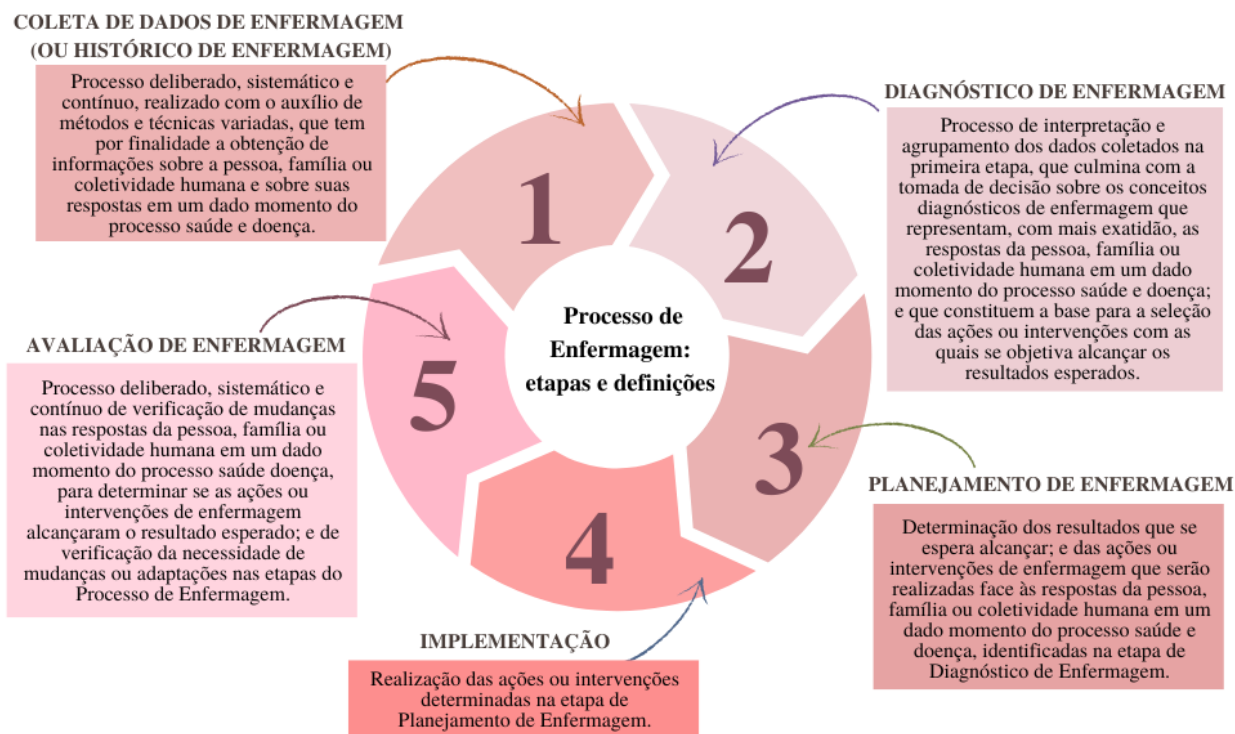
Processo de enfermagem: instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de enfermagem e a documentação da prática profissional.” (COREN-SP, 2021, p.44)

O PE é fundamental para o raciocínio clínico dos profissionais enfermeiros e sua equipe, pois proporciona uma maneira organizada e sistemática de pensar sobre o atendimento que deve ser prestado ao paciente, possibilitando a organização da avaliação, planejamento das intervenções de enfermagem e evolução de cada caso (ALFARO-LEFEVRE, 2014).

O Processo de Enfermagem é aplicado no encontro entre o profissional de Enfermagem e os indivíduos. A prática clínica do enfermeiro se dá nesse encontro e mediante a operacionalização do PE na Consulta de Enfermagem. O processo de enfermagem costuma ser descrito como um processo em etapas, mas na realidade é um processo em que o profissional enfermeiro vai e volta entre essas cinco etapas (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Os componentes do PE ocorrem em grande parte de forma simultânea nos processos de raciocínio do enfermeiro (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021). O Processo de Enfermagem como disposto na resolução do COFEN se organiza em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes.

Figura 2 - O Processo de Enfermagem: etapas e definições



Fonte: adaptado de COFEN, 2009.

O percurso utilizado pelo profissional para a implementação das etapas do PE deve ser documentado, de modo a promover uma comunicação efetiva entre os membros da equipe de enfermagem e demais profissionais, permitir a avaliação da qualidade dos cuidados ofertados e fornecer dados para questões jurídicas, pesquisas e ensino (COREN-SP, 2021). Para atender a essas finalidades, recomenda-se o uso de Sistemas de Linguagens Padronizadas (SLP) de Enfermagem (PIMENTA et al., 2017b).

Os SLP são termos ou expressões que representam conceitos relevantes para a Enfermagem, bem como são instrumentos importantes que auxiliam os profissionais a lidar com a crescente complexidade da profissão no que se refere à produção de conhecimento, ao raciocínio clínico e à prática clínica, pois oferecem estrutura para organizar diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem (CARVALHO; CRUZ; HERDMAN, 2013).

São, também, um conjunto de termos comumente compreendidos, utilizados para descrever os julgamentos clínicos envolvidos nas avaliações e posterior definição dos diagnósticos de Enfermagem, juntamente com as intervenções e resultados, padronizando os registros/documentação dos cuidados de Enfermagem. O uso de SLP favorece a comunicação verbal ou escrita entre os profissionais (HERDMAN; KAMITSURU, 2015, PIMENTA et al.,

2017b).

O uso de SLP na prática clínica contribui para o raciocínio clínico e a tomada de decisão para melhorar a saúde e os resultados dos pacientes (CAVALCANTE et al., 2015). Eles estabelecem uma elocução comum entre os enfermeiros no sentido de descrever o cuidado de Enfermagem a indivíduos, famílias e comunidades, podendo ser utilizados em diferentes locais e dar visibilidade aos profissionais de Enfermagem no processo de trabalho (CARVALHO; CRUZ; HERDMAN, 2013).

Entre os SLP destacam-se as taxonomias NANDA Internacional (NANDA-I), a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) e a Classificação Internacional das Intervenções de Enfermagem (NIC), que além de visibilidade atribuem confiabilidade e validade para os registros de Enfermagem. A articulação entre as três taxonomias permite, ainda, a padronização da linguagem (AZZOLIN et al., 2013).

Essas três terminologias se complementam e podem ser utilizadas em sistemas informatizados para a aplicação do PE. O uso de uma linguagem padronizada possibilita a documentação estruturada das ações de cuidado e uma comunicação clínica mais efetiva, garantindo a qualidade e a segurança da assistência ao paciente, assim como dos profissionais (PIMENTA et al., 2017b).

A utilização do PE associado aos SLP pode ser contemplada por meio da consulta de enfermagem, a qual visa atingir excelência no cuidado, pois as necessidades do indivíduo são avaliadas continuamente e, a implementação da consulta com modelos de cuidado estruturados proporciona, também, a possibilidade de avaliação crítica do cuidado, facilitando os ajustes clínicos e a comunicação multidisciplinar (SOUSA et al., 2015).

O diagnóstico de enfermagem (DE) é definido pela NANDA-I como:

“Um julgamento clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde/processos de vida ou uma suscetibilidade a tal resposta, de um indivíduo, uma família, um grupo ou uma comunidade. Um diagnóstico de enfermagem é a base para a escolha de intervenções de enfermagem que alcancem resultados que são de responsabilidade do enfermeiro.” (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021, p.54)

A taxonomia da NANDA Internacional (NANDA-I) é reconhecida como uma terminologia consolidada de diagnósticos de enfermagem, traduzida para mais de 20 idiomas, organizada de forma multiaxial, com sete eixos, 13 domínios, 47 classes e 267 diagnósticos (na versão 2021-2023 foram inseridos 46 novos diagnósticos). Cada diagnóstico de enfermagem pertence a um dos domínios (esfera de conhecimento) e classes (agrupamentos que

compartilham atributos comuns) apresentados na NANDA-I, e são organizados por ordem alfabética e por um código numérico composto por título, definição, características definidoras, fatores de risco, fatores relacionados, populações em risco e condições associadas (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Além disso, a taxonomia de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I desempenha importante papel ao descrever, de modo padronizado, um dos fenômenos de interesse da prática da profissão, apontando para as possíveis áreas de contribuição da Enfermagem no cenário de cuidados à saúde (FERREIRA et al., 2016).

Os diagnósticos de enfermagem com foco no problema descrevem a resposta humana indesejada às condições de saúde/processos de vida existentes no momento atual. Os de promoção da saúde são a motivação e os desejos de um indivíduo, cuidador, família, grupo ou comunidade de aumentar o bem-estar, concretizar o potencial de saúde existente no momento. Os de risco são caracterizados pela suscetibilidade para desenvolver uma resposta humana indesejável à condição de saúde/processos de vida. Os de síndrome se referem a um julgamento clínico relativo a um agrupamento de diagnósticos de enfermagem que ocorrem juntos, sendo mais bem tratados em conjunto e com intervenções similares (COREN-SP, 2021; HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

A Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC, do inglês Nursing Outcomes Classification) é uma classificação que se encontra em processo de contínuo desenvolvimento e refinamento. Consiste em uma escolha viável para avaliar e identificar as melhores práticas de Enfermagem e a efetividade do cuidado, uma vez que gera indicadores de qualidade da assistência (SILVA et al., 2015). A NOC reúne resultados que podem ser utilizados após a identificação do DE para determinar metas e, após a implementação das intervenções, para avaliar se foram atingidas (PIMENTA et al., 2017b).

A taxonomia da NOC contém resultados de enfermagem para indivíduos, famílias, cuidadores e comunidades, e pode ser utilizada com todas as especialidades e contextos da prática clínica. A sexta edição da taxonomia contém 540 resultados, distribuídos em sete domínios e 34 classes e incluiu 52 novos resultados. Cada resultado é composto por título, definição, código numérico e uma lista de indicadores, os quais são definidos como medidas para avaliar os resultados obtidos, pois são sensíveis às intervenções de enfermagem (MOORHEAD et al., 2020).

A avaliação dos resultados é a operação que decide o melhor indicador a ser utilizado, a forma e o tempo em que será quantificado por meio de escalas do tipo Likert de cinco pontos, em que o escore 1 representa desvio severo; o escore 2, desvio substancial; o escore 3, desvio

moderado; o escore 4, desvio leve; e o escore 5, normal. As escalas de mensuração são padronizadas, de forma que a pontuação “5” sempre represente o melhor escore possível, e a pontuação “1” represente o pior escore possível. Cada escala fornece ancoras para os escores entre 1 e 5 (MOORHEAD et al., 2020).

Uma característica da NOC é a utilização de mais de um tipo de escala para medir o mesmo resultado. As escalas utilizadas na avaliação dos resultados possuem um alto grau de subjetividade, o que torna a sua aplicação para alguns como um fator dificultador na prática clínica. Por isso, as definições conceituais e operacionais devem ter embasamento teórico-científico a fim de fundamentar a avaliação clínica, fornecendo critérios de avaliação, acurácia, confiabilidade e a possibilidade de replicação em outros cenários de cuidado do enfermeiro (MOORHEAD et al., 2020).

A NOC recomenda que o enfermeiro estabeleça uma avaliação basal do paciente para que o resultado seja medido antes da implementação das intervenções de enfermagem. O intervalo para medir os resultados é determinado pelo enfermeiro, entretanto, propõe-se que sejam avaliados na alta do paciente, na transferência para outra unidade de cuidados ou quando há uma mudança significativa no estado clínico do paciente (BARRETO; SWANSON; ALMEIDA, 2016).

A NOC pode ser usada também para estabelecer metas a serem alcançadas no cuidado de cada indivíduo, família, cuidador ou comunidade. Nesse caso, antes de escolher as intervenções, os resultados são convertidos em metas por meio da determinação do ponto a ser alcançado na escala de mensuração dos indicadores dos resultados (COREN-SP, 2021).

Cada resultado apresentado na NOC permite registrar a classificação da meta do resultado que a pessoa e o enfermeiro estabelecerem como objetivo, sendo duas opções disponibilizadas, que são manter em um escore específico ou aumentar para um escore maior do que a pessoa esteja apresentando no momento da avaliação (MOORHEAD et al., 2020).

É importante lembrar que o tempo para as respostas do paciente às intervenções implementadas podem variar, assim como o intervalo entre as avaliações subsequentes, que também poderão diferenciar de acordo com os resultados que o enfermeiro deseja medir. Os resultados das intervenções de promoção da saúde podem ocorrer durante um tempo considerável enquanto para outros são imediatos. Atualmente, os enfermeiros utilizam o julgamento clínico para determinar os intervalos para mensuração e documentação do resultado (MOORHEAD et al., 2020).

A Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC, do inglês Nursing Interventions Classification) é considerada uma classificação abrangente padronizada das intervenções e é

útil para o planejamento do cuidado, documentação clínica, comunicação entre áreas, integração de dados em sistemas, avaliação de competência, pesquisa e eficácia, mensuração de produtividade e planejamento curricular. Pode ser utilizada em todos os locais da prática do enfermeiro, pois contempla aspectos fisiológicos e psicossociais do ser humano. Pode, também, ser associada a qualquer terminologia diagnóstica e a qualquer referencial teórico (BUTCHER et al., 2020).

É organizada em intervenções e atividades de Enfermagem elaboradas para tratar os fatores relacionados ou fatores de risco e as características definidoras (sinais e sintomas) de um diagnóstico de enfermagem estabelecido. As intervenções de enfermagem são a essência da prática de enfermagem, sendo definidas como qualquer tratamento que, baseado no julgamento e no conhecimento clínico que seja realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados do paciente/cliente (BUTCHER et al., 2020).

As intervenções são direcionadas para alterar os fatores etiológicos ou causas do diagnóstico. Se a intervenção é bem-sucedida na alteração da etiologia, pode-se esperar que o estado do paciente melhore. Quando, porém, não é possível modificar os fatores etiológicos, torna-se necessário tratar as características definidoras (BUTCHER et al., 2020).

As intervenções incluem cuidados diretos que se caracterizam por tratamentos realizados por meio da interação com o paciente, os quais visam ações no âmbito fisiológico e psicossocial, bem como ações práticas de apoio e aconselhamento para a vida. Os cuidados indiretos constituem tratamentos realizados à distância, com ações voltadas à gestão do ambiente (BULECHEK et al., 2016).

Tais intervenções estão inseridas em um domínio e uma classe e são compostas por título, definição e um código numérico padrão. A sétima edição da taxonomia NIC apresenta 565 intervenções, sendo 15 totalmente novas e 95 revisadas. Cada intervenção possui uma lista de atividades. As intervenções e atividades estão distribuídas em 7 domínios e 30 classes (BUTCHER et al., 2020).

As intervenções são constituídas de título (nome da intervenção), definição da intervenção, uma lista de cerca de 10 a 30 atividades que são utilizadas para o desenvolvimento da prescrição de enfermagem (ações dos enfermeiros para implementar uma intervenção) e as referências bibliográficas. As atividades de enfermagem incluem tanto as assistenciais diretas, como as indiretas e intervenções independentes, que são aquelas iniciadas por enfermeiros ou colaborativas, que são as iniciadas por outros profissionais de saúde (COREN-SP, 2021)

As intervenções NIC identificam os tratamentos que os enfermeiros realizam, organizando sistematicamente essas informações em uma estrutura coerente e fornecendo a

linguagem para a comunicação com pessoas, famílias, comunidades, membros de outras disciplinas e público em geral. Quando utilizadas na prática clínica, auxiliam na documentação do trabalho dos enfermeiros, bem como determinam o impacto das intervenções nos resultados dos pacientes (BUTCHER et al., 2020).

3.3 Elaboração e Validação de Protocolos

Metodologicamente, os protocolos são desenvolvidos com base em um arcabouço teórico, o qual possibilita o embasamento para a criação das tecnologias, as quais devem ser validadas (FUJINAGA et al., 2008).

Protocolos são diretrizes, baseadas em evidências científicas, sistematicamente desenvolvidas para auxiliar provedores, receptores e outras partes interessadas a tomar decisões conjuntas sobre intervenções de saúde adequadas. As diretrizes do protocolo devem ser robustas o suficiente para atender às circunstâncias e restrições da situação específica a que estão sendo aplicadas (OMS, 2003).

Os protocolos clínicos de acordo com o Ministério da Saúde são recomendações sistemáticas para a resolução de problemas de saúde em uma circunstância clínica específica, baseados na melhor informação científica disponível. São orientações concisas sobre a terapêutica, reduzindo variações inapropriadas da prática clínica, sendo delineado de acordo com o nível de atendimento, seja ambulatorial ou hospitalar (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Segundo (PIMENTA et al., 2017a, p.11):

“Protocolo é a descrição de uma situação específica de assistência/cuidado, que contém detalhes operacionais e especificações sobre o que se faz, quem faz e como se faz, conduzindo os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde.”

Protocolos são importantes instrumentos de gestão do serviço e enfrentamento de problemas, com diretrizes baseadas em evidências científicas de natureza política, organizacional e técnica, como forma de incorporar novas tecnologias. A construção de protocolos assistenciais em enfermagem precisa estar em consonância com os princípios éticos e legais da profissão, baseado em evidências e de acordo com as normas e regulamentos do Sistema Único de Saúde (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009; PIMENTA et al., 2017a).

O Protocolo fornece um suporte teórico e padronizado para favorecer a execução do cuidado, evitando problemas éticos e legais, trazendo uma padronização do cuidado, maior

segurança aos envolvidos, melhor qualificação da tomada de decisão assistencial do profissional, inovação do cuidado, racionalização de recursos, transparência no processo, controle de custos, entre outros benefícios. Além disso, facilita o desenvolvimento de indicadores de processo e resultados, disseminação de conhecimento, comunicação profissional e coordenação do cuidado (PIMENTA et al., 2017a).

Importante destacar que a resolução COFEN nº358/09 estabelece que o Processo de Enfermagem deve ser realizado de modo sistemático em todos os âmbitos da enfermagem, com suporte teórico que oriente a coleta de dados, estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento de ações ou intervenções de enfermagem, fornecendo base para avaliação dos resultados de enfermagem alcançados, de modo a ampliar os conceitos de Consulta e Sistematização da Assistência de Enfermagem como forma de organização do trabalho. Essa Sistematização da Assistência de Enfermagem pode-se realizar mediante organização de protocolos, procedimentos e rotinas (PIMENTA et al., 2017a).

Diante do exposto, vê-se que a Sistematização da Assistência de Enfermagem valoriza a utilização de instrumentos/ferramentas por meio do desenvolvimento e validação de protocolos, sendo esse processo extremamente benéfico em toda a rede de atuação do enfermeiro, contribuindo para a prática assistencial, para o serviço, para o ensino e para o usuário em diferentes aspectos.

Protocolos devem ter boa qualidade formal, ser de fácil leitura, confiáveis, válidos, construídos a partir de conteúdo baseado em evidências científicas, ser corretamente utilizados e comprovadamente efetivos. Tudo isso implica em rigoroso processo de construção, adaptação à realidade local e implementação, além de seguimento por meio de indicadores de uso (processo) e efetividade (resultado) (PIMENTA et al., 2017a).

Após uma busca na literatura, no intuito de encontrar uma metodologia mais adequada para a construção de protocolo com instrumentos para a consulta de enfermagem no cuidado as pessoas com Parkinson, foi selecionada como referência para este estudo o guia do Conselho Regional de Enfermagem (COREN) de São Paulo, publicado em 2015, com revisão em 2017, que consiste em um guia específico para a construção de protocolos assistenciais de enfermagem (PIMENTA et al., 2017a).

De acordo com Pimenta et al. (2017a) para a construção e avaliação de protocolos em enfermagem é necessário seguir critérios de órgãos nacionais e internacionais, entre os quais se destaca a OMS. Nesse sentido os autores apresentam esses critérios, que foram sintetizados em 12 passos, sendo eles: origem; objetivo; grupo de desenvolvimento, conflito de interesse; evidências; revisão; fluxograma; indicador de resultado; validação pelos profissionais que

utilizarão o protocolo; validação pelo usuário; limitações e plano de implementação, que serão descritos a seguir:

Quadro 2 - Elementos para a construção e avaliação de protocolos de assistência/cuidados

Elemento/critério	Definição
1) Origem	Identificar claramente a instituição que vai emitir o protocolo.
2) Objetivo	Informar a situação e as categorias de pacientes para os quais o protocolo foi organizado, assim como, o grupo de profissionais que o implementará.
3) Grupo de desenvolvimento	Incluir profissionais especialistas e relevantes na área e usuários finais. Incluir profissionais com experiência em metodologia da pesquisa científica, em busca de evidências, análise crítica da literatura científica e análise de custo-efetividade.
4) Conflito de interesse	Refere-se a aspectos de cunho comercial, econômico/financeiro, ideológico, religioso e político. Na declaração de conflito de interesses devem constar as instituições de provisão de recursos e profissionais que elaboraram e revisaram o protocolo.
5) Evidências	São as informações cientificamente fundamentadas que justificam as ações propostas. O protocolo deve conter a descrição da estratégia para busca da evidência (estratégia de revisão da literatura), qualidade da evidência, grau da força da recomendação das evidências, identificação do percentual de recomendações baseadas em evidências, identificação das informações oriundas da opinião de especialista, considerações sobre segurança das ações e mau uso potencial em diferentes cenários e localização; custo-efetividade e escassez potencial de recursos.
6) Revisão	Conter revisão por profissional externo ao grupo elaborador, aprovação do documento pelos membros do grupo de desenvolvimento do protocolo e diretivo da instituição e plano de atualização. A atualização deve ser periódica (dentro do limite de tempo proposto, geralmente dois anos), instantânea (sempre que o grupo elaborador recuperar informação impactante que exija mudanças fundamentais) e devido a incorreções (percebidas pelo público leitor ou outros profissionais), que deverão ser inseridas a qualquer momento. Local para comentários/objeções/correções ao protocolo deve estar disponível e ser de fácil acesso e aberto a profissionais e usuários.
7) Fluxograma	É a representação esquemática de um protocolo. É a representação esquemática do fluxo de informações e ações sobre determinado processo que subsidia a avaliação e a tomada de decisão sobre determinado assunto. Fluxogramas, para serem de compreensão fácil e rápida, devem ser específicos.

8) Indicador de resultado	É uma variável resultante de um processo, capaz de sintetizar ou representar o que se quer alcançar, dando informações sobre uso, eficácia e efetividade de uma ação/protocolo. Indicadores precisam ser válidos (medir o que se pretende medir) confiáveis (serem estáveis, reprodutíveis). O monitoramento de indicadores deve ser atividade planejada e sistemática, para permitir a detecção de falhas e a implementação de melhorias.
9) Validação pelos profissionais que utilizarão o protocolo	É importante para garantir que o mesmo seja aceito e utilizado. Pode ser realizada pela inclusão de profissionais da instituição no grupo elaborador, sem prejuízo de participação de autoridades no tema, sendo recomendável uma validação externa.
10) Validação pelo usuário	O uso de protocolos de assistência tem como premissa a participação dos usuários dos serviços no processo de tomada de decisão. A participação pode ser individual ou por meio de entidades representativas desse grupo. A participação pode ser menor ou maior, dependendo do tipo de protocolo e serviço. O protocolo deve estar disponível aos interessados, de forma estruturada e organizada, para consulta e manifestação. O grupo elaborador deve considerar em qual etapa do processo a participação dos usuários é viável, desejável ou fundamental.
11) Limitações	Deve conter identificação e aconselhamento sobre práticas não efetivas ou sobre as quais não há evidências ou as evidências são fracas.
12) Plano de implementação	O plano de implementação deve prever treinamento de todos que utilizarão o protocolo. A divulgação deve ser feita nos websites oficiais, fazer parte dos livros de divulgação, cursos, seminários e disponibilizadas eletronicamente.

Fonte: Pimenta et al., 2017a, p.17 a 19.

Antes de serem considerados aptos para a utilização na prática clínica, na avaliação em saúde ou em pesquisas, os instrumentos e protocolos devem oferecer dados precisos, válidos e interpretáveis para a avaliação de saúde da população (ALEXANDRE et al., 2013).

A elaboração de um instrumento é satisfatória quando se consegue resultados merecedores de crédito para a solução de um problema de pesquisa ou relatório de trabalho profissional, sendo importante obedecer a dois critérios, confiabilidade e validade (MARTINS, 2006; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

Instrumentos confiáveis são replicáveis e consistentes, que geram os mesmos resultados. A confiabilidade de um instrumento refere-se à consistência ou estabilidade de uma medida. Para a confiabilidade é preciso comparar resultados de situações semelhantes e sucessivas, através do grau em que sua repetida aplicação ao mesmo sujeito ou objeto, produza resultados iguais. Uma medida confiável não flutua entre uma leitura ou outra do mesmo objeto ou sujeito, sendo uma medida fidedigna do que se pretende aplicar (MARTINS, 2006; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

Validade refere-se a condição de um instrumento medir exatamente o que deve medir (MOKKINK et al., 2010; LOBIONDO-WOOD; HABER, 2021). O processo de validação consiste na execução de procedimentos que visam atestar confiança na eficácia do material produzido para determinado objetivo. Existem diferentes tipos de validação, sendo que os métodos mais citados na literatura são: validade de conteúdo, validade de critério e validade de constructo. Como a proposta desta pesquisa é realizar a validação de conteúdo, passa a deter-se na fundamentação teórica desse tipo de validação (REIGADA et al., 2015; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

A validação de conteúdo tem sido definida como: o grau que o conteúdo de um instrumento reflete adequadamente o constructo que está sendo mensurado; se existe ou não amostras de itens para a inclusão adequada do instrumento no domínio de representação do conteúdo abordado; e a medida que o instrumento tem amostras adequadas no domínio da pesquisa de interesse ao tentar medir os fenômenos (POLIT; BECK, 2019).

Existe uma concordância geral nessas definições de validade do conteúdo que concerne no grau que cada amostra de itens, tomadas em conjunto, constituem uma definição operacional adequada de uma construção (POLIT; BECK, 2019). A validade de conteúdo significa reconhecer o quanto a medida incorpora o domínio do fenômeno estudado, sendo usada para determinar a relevância de itens ou componentes do instrumento (FERNANDES; LACERDA; HALLAGE, 2006).

Como não existe um teste estatístico específico para avaliação da validade de conteúdo, geralmente utiliza-se uma abordagem qualitativa, por meio da análise de um comitê de especialistas, os quais são indivíduos que possuem capacidade de analisar o constructo, conferindo-lhe validade (KIMBERLIN; WINTERSTEIN, 2008) e após uma abordagem quantitativa com utilização do índice de validade de conteúdo - IVC (SALMOND, 2008). Esse método de análise por meio da avaliação de especialistas na criação e aperfeiçoamento de instrumentos na área da saúde já é prática consolidada (FUJINAGA et al., 2008).

Ainda que os Protocolos Assistenciais de Enfermagem tenham um grande potencial de melhorar a prática clínica, após a sua elaboração e validação a sua adoção e uso não ocorrem de forma automática. A implementação de evidência é um processo complexo que envolve além do desenvolvimento de protocolo, a sua disseminação e a busca de estratégias para promover a adesão dos profissionais ao protocolo construído (PEARSON; JORDAN; MUNN, 2012).

Dessa forma, a implementação de um Protocolo Assistencial de Enfermagem requer avaliação prévia e criteriosa das práticas que serão alteradas, da instituição onde as práticas ocorrem, da personalidade e valores dos profissionais que serão envolvidos no processo de

mudança e dos consumidores finais (PIMENTA et al., 2017b)

Nessa fase é importante a identificação de resistências e barreiras e os mecanismos para superá-las, assim como aspectos facilitadores a implementação do protocolo, como identificação de recursos disponíveis, profissionais facilitadores do processo e examinar que estratégias de implementação poderão funcionar em cada contexto e prever os principais resultados esperados após a implementação (PIMENTA et al., 2017b).



4. Referencial Teórico



4.1 O Autocuidado Apoiado

A modalidade de construção de projeto terapêutico denominada de autocuidado apoiado, proposta no *Chronic Care Model* (CCM), vem sendo muito discutida e avaliada quanto ao seu alcance em diferentes condições crônicas nos últimos anos.

O *Chronic Care Model* é considerado, atualmente, o modelo de atenção à saúde que se apresenta como mais apropriado para o cuidado de pessoas acometidas por alguma condição crônica. Desenvolvido por Edward Wagner e colaboradores no *MacColl Center for Health Care Innovation de Seattle*, esse modelo resultou da necessidade de respostas efetivas à demanda crescente de pessoas longevas com problemas de saúde crônicos e da falência dos sistemas fragmentados para enfrentar essas condições, e tem sido reelaborado e aplicado em diferentes países (MENDES, 2012).

O CCM identifica seis elementos-chave que interagem entre si, subdivididos em dois grandes campos - o Sistema de Atenção à Saúde e a Comunidade (WAGNER et al., 2001; MENDES, 2012). Esse modelo busca obter cuidados de qualidade elevada, altos níveis de satisfação e melhores resultados clínicos e funcionais por meio de interações produtivas entre pessoas usuárias ativas e informadas e equipes de saúde pró-ativas e preparadas (WAGNER, 1998).

No Sistema de Atenção à Saúde, as mudanças devem ocorrer na organização da atenção à saúde, no desenho do sistema de prestação de serviços, no suporte às decisões, nos sistemas de informação clínica e no autocuidado apoiado. Na Comunidade, as mudanças estão centradas na articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade (MENDES, 2012).

O autocuidado apoiado refere-se às estratégias utilizadas tendo como proposta preparar e empoderar os indivíduos com condições crônicas para se autocuidarem e autogerenciarem sua saúde e a atenção à saúde prestada, enfatizando o seu papel central no controle da doença e no gerenciamento do seu próprio cuidado (MENDES, 2012; OPAS, 2013).

O autocuidado apoiado é sustentado por uma metodologia que foi desenvolvida pelo “*National Cancer Institute*”, em 1989, para ser utilizada no trabalho de cessação do tabagismo. Ao longo do tempo essa metodologia passou por alterações e pode ser aplicada em diferentes contextos clínicos e condições crônicas (MENDES, 2012).

O autocuidado apoiado tornou-se conhecido como a metodologia dos “5 As” que engloba cinco estratégias ou pilares que estão inter-relacionados e devem ser utilizadas para apoiar a pessoa no processo de (re)construção de sua própria saúde e na estruturação do plano de cuidados: avaliação; aconselhamento; acordo; assistência; acompanhamento (MENDES,

2012; CAVALCANTI; OLIVEIRA, 2012).

A Avaliação consiste no entendimento das crenças e valores, dos conhecimentos e dos comportamentos dos indivíduos. Aconselhamento corresponde na transmissão de informações específicas sobre os riscos e os benefícios das mudanças por meio da educação em saúde e do treinamento de habilidades. Já o Acordo consiste na etapa de pactuação de metas com os indivíduos a partir das necessidades apontadas por eles. Assistência compreende em ajudar o indivíduo a identificar barreiras a serem superadas para atingir as metas pactuadas, renegociar as metas e rever o plano estabelecido de autocuidado. Por fim o Acompanhamento fundamenta-se no monitoramento referente à elaboração e à execução das metas pactuadas mutuamente (MENDES, 2012).

O autocuidado não pode e nem deve ser compreendido como sendo exclusivamente de responsabilidade do indivíduo e sua família, embora eles precisem compreender e aprender a desenvolver atividades que competem somente a esse raio de relação. O autocuidado também é responsabilidade do profissional e das instituições de saúde, pois, essa estratégia propõe o planejamento do cuidado a partir do diálogo envolvendo as necessidades da pessoa em relação à doença crônica que ele vivencia (BRASIL, 2014a).

Diante disso, o autocuidado vai muito além de mudanças necessárias de comportamento ou de decisões unilaterais, sejam estas do próprio usuário, pela sua impossibilidade ou vulnerabilidade momentânea ou até mesmo permanente, ou do profissional e do sistema de saúde, por meio do conhecimento, poder de coerção e de recursos tecnológicos (OLIVEIRA; ZANETTI, 2011; FUNNEL et al., 2012).

No âmbito das condições crônicas, a estratégia do autocuidado apoiado pode ser utilizada da suspeita até o diagnóstico da doença, e cursar por toda a vida da pessoa doente, com intervenções em maior ou menor frequência, a depender do estado em que ela se encontra e do grau de comprometimento provocado pela doença e suas repercussões (BRASIL, 2014b; FERNANDES et al., 2017).

O empoderamento das pessoas com doenças crônicas a autogerirem seu processo de adoecimento pode ser realizado mediante abordagens que promovam mudanças de comportamento com destaque para grupos operativos, avaliação do comportamento atual e do grau de interesse e confiança em promover mudanças, entrevistas motivacionais e cursos oferecidos por profissionais de saúde dirigidos ao autocuidado de doenças específicas (MENDES, 2012; CAVALCANTI; OLIVEIRA, 2012).

As evidências científicas produzidas até então apontam de forma sólida que intervenções, tanto individuais como grupais para promover o empoderamento das pessoas e

para capacitá-las para o autocuidado são muito efetivas e essenciais no manejo das condições crônicas. Isso significa fortalecer as pessoas para estabelecer suas metas, envolve-las na elaboração de seus planos de cuidado e identificar e superar as barreiras que se antepõem à sua saúde (MENDES, 2012).

Reconhece-se que o processo de empoderamento precisa ser pautado em métodos adequados para que os resultados possam ser de fato eficazes. A sustentação do processo de educação para o autocuidado deve ocorrer através da identificação de problemas/prioridades que precisam ser compreendidos pela pessoa para serem trabalhadas ao longo do tempo, com acompanhamento longitudinal (MORAIS et al., 2015).

De acordo com a divisão didática desses grupos de problemas destacam-se as dificuldades no manejo clínico da doença crônica. Nele se encontram problemas e prioridades que são considerados “comportamentais” porque se referem à aquisição de novas habilidades (LORIG; HOLMAN, 2003).

O segundo grupo refere-se às mudanças necessárias no estilo de vida, os novos papéis e perspectivas no presente e no futuro diante de uma doença crônica. Metodologias comportamentais e compreensivas, e as que busquem promover à autonomia dos sujeitos doentes são necessárias nesse processo (LORIG; HOLMAN, 2003).

O terceiro grupo refere-se aos aspectos emocionais do doente e à mudança de visão de futuro, ou como ele lida/enfrenta a condição crônica e seu impacto e adversidades. Os sentimentos de raiva, frustração, medo e preocupação com o futuro, o estresse, a tristeza, o cansaço físico e emocional precisam ser abordados e trabalhados com o indivíduo que tem a condição crônica e com sua família. Nesse conjunto de tarefas, as abordagens psicoterápicas e as metodologias compreensivas fazem-se necessárias (LORIG; HOLMAN, 2003).

Os problemas identificados pelas pessoas mudam no decorrer do acompanhamento, sendo que alguns são solucionados e outros permanecem ao longo do tempo de convivência com a condição crônica. Inicialmente, pode-se escolher um problema que faça parte do grupo de “habilidades clínicas”, mas provavelmente outros problemas considerados prioritários irão surgir com o tempo (BRASIL, 2014a).

Para trabalhar todos esses aspectos de forma quase simultânea, a educação para o autocuidado prioriza a escolha de necessidades, problemas e prioridades, apontados/definidos pela própria pessoa acometida pela condição crônica e acordados com o profissional de saúde. Conforme o problema prioritário que foi elegido, o profissional faz uma opção metodológica ou utiliza ferramentas para trabalhar o problema, embasado sempre na compreensão, no diálogo e na empatia (BRASIL, 2014a).

Cabe destacar que a utilização do autocuidado apoiado não é efetiva se utilizada no curto prazo, principalmente nos casos de pessoas com doença crônica, quando comumente se faz necessária a mudança de comportamentos de risco e adoção de novos hábitos (BRASIL, 2014a).

O autocuidado não pode ser equivalente à atividade prescritora do profissional de saúde, que diz a pessoa o que ele deve fazer. Significa reconhecer o papel central da pessoa em relação a sua saúde, desenvolvendo um sentimento de autorresponsabilização e transformando o profissional de saúde em parceiro da pessoa doente (MENDES, 2012).

O autocuidado apoiado é baseado na percepção da pessoa sobre os seus problemas e as suas condições e, ainda, sobre qual dos problemas relacionados à doença crônica considera prioridade a ser trabalhados, superados ou manejados (LORIG; HOLMAN, 2003).

Assim, são elementos essenciais da utilização do autocuidado apoiado pelos profissionais de saúde: a identificação do problema em conjunto com a pessoa; o estabelecimento de prioridades e metas; a avaliação dos resultados após pactuação e implementação, de modo a identificar quais os aspectos que a pessoa destaca como fundamentais ou que dificultaram o alcance da meta pactuada (LORIG; HOLMAN, 2003; FUNNEL et al., 2009).

Dessa forma, é preciso que os profissionais de saúde realizem acompanhamento regular e sistemático, adotando estratégias diversas dentre as quais pode-se destacar: visitas regulares aos serviços de saúde, visitas domiciliares, contato telefônico, correio eletrônico (aplicativos de mensagens), grupos de pares ou recursos comunitários e a entrega de um plano de autocuidado por escrito ao paciente (KENDALL et al., 2007; DAMUSH et al., 2011; ELLIS et al., 2012; GOLDFINGER et al., 2012; HARWOOD et al., 2012).

Nessa metodologia é importante adequar o plano de autocuidado às possibilidades reais da pessoa. Para isso, devem-se utilizar métodos de solução de problemas que envolvam identificação do problema, lista de alternativas para solucioná-lo, escolha das alternativas mais viáveis, monitoramento dos resultados e, em algumas circunstâncias, aceitação de que o problema pode não ser solucionado naquele momento, mas pode ser enfrentado posteriormente (MENDES, 2012).

Destaca-se a importância das intervenções educacionais que visem a capacitar os indivíduos para o autocuidado e estimular sua autonomia a fim de melhorar a capacidade de tomada de decisão a partir do pressuposto de que eles são gestores da sua própria saúde em detrimento das intervenções restritas à oferta de informações (COELHO; SILVA, 2006; ANDERSON; FUNNELL, 2010; FUNNELL et al., 2011).

Nesse processo, o estabelecimento de metas é um dos componentes-chave que contribui

para a mudança de comportamento; ajuda as pessoas a agirem de modo mais independente devido à ocorrência do feedback sobre as ações de autocuidado desenvolvidas durante o processo, e também os ajuda a manter a motivação e aumenta suas habilidades de resolução dos problemas além de estimular a autorreflexão (ANDERSON; FUNNELL, 2010).

Vale lembrar que as metas estabelecidas não necessariamente devem estar relacionadas a resultados exclusivamente clínicos, podendo abranger resultados psicológicos, visto que no longo prazo podem influenciar a continuidade ou aumento de uma ação definida como meta (BODENHEIMER; HANDLEY, 2009).

Ao se aplicar a metodologia do autocuidado apoiado a pessoas com Doença de Parkinson, entende-se que a capacidade de autocuidado precisa ser avaliada e o desenvolvimento de competências e habilidades para gestão de cuidados deve evoluir gradativamente junto a pessoa doente de acordo com sua capacidade, estágio da doença e comprometimento cognitivo, sendo importante que a família e/ou cuidadores, com participação dos profissionais de saúde estejam envolvidos de modo a oferecer o suporte necessário ao estabelecimento de responsabilidades para o manejo da doença.

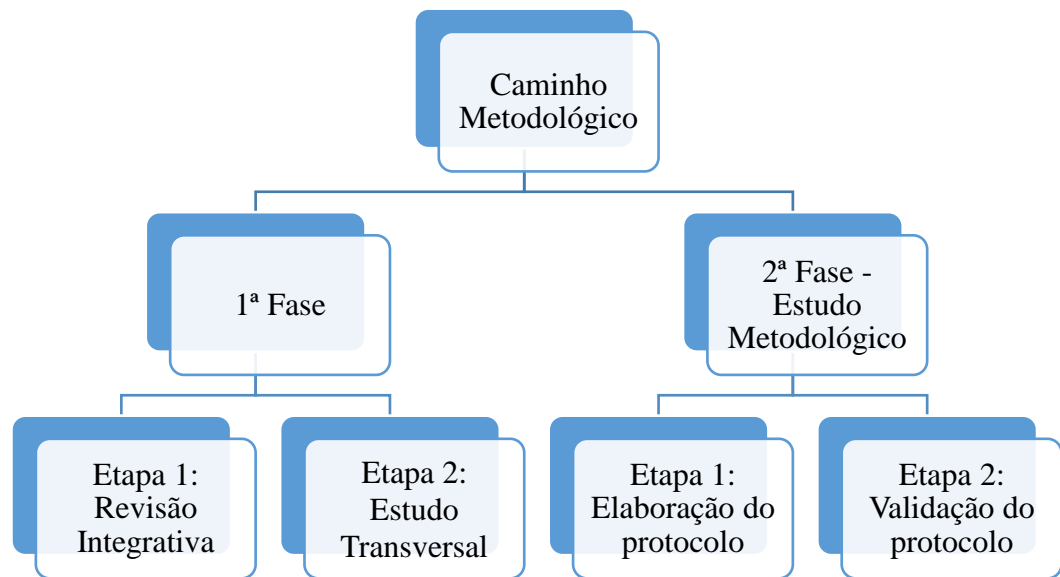


5. Métodos



Para atender os objetivos propostos tornou-se necessária à realização de um estudo com abordagem metodológica quantitativa, em duas fases, sendo a primeira composta por duas etapas (revisão integrativa e estudo transversal) e a segunda fase correspondendo ao estudo metodológico, composta por outras duas etapas (elaboração e validação de protocolo).

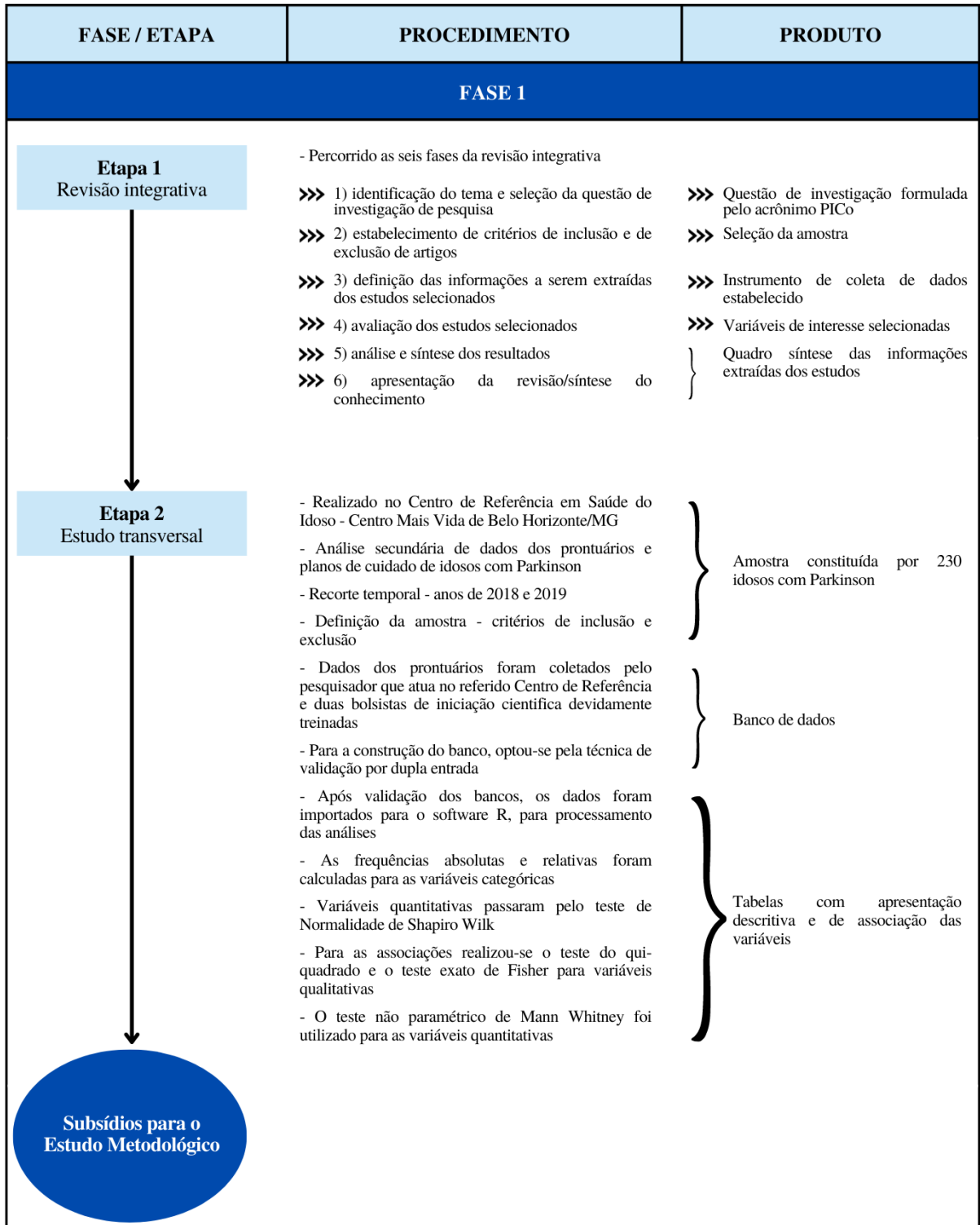
Figura 3 - Esquema representativo das fases e etapas do estudo



Fonte: próprio autor.

No intuito de melhor apresentar o caminho metodológico, encontra-se esquematizado, nas figuras 4 e 5, uma síntese das duas fases da presente investigação e suas quatro etapas, incluindo seus respectivos procedimentos e produtos.

Figura 4 - Procedimentos e produtos da primeira fase do estudo



Fonte: próprio autor.

Figura 5 - Procedimentos e produtos da segunda fase do estudo

SEGUNDA FASE / ETAPA	PROCEDIMENTO	PRODUTO
FASE 2		
<p>Etapa 1 Elaboração do protocolo de Consulta de Enfermagem</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizado como principal referência para nortear à construção do protocolo o Guia para Construção de Protocolos Assistenciais de Enfermagem do COREn - SP. - Etapas percorridas: >>> Seleção da origem, objetivo, grupo de desenvolvimento e conflito de interesse; Revisão da literatura; Tradução das evidências em recomendações; Estruturação das recomendações com construção de quadros e fluxogramas; Formatação e revisão da estrutura do protocolo; Submissão do protocolo à validação externa com juízes especialistas. 	<p>Versão 1 do protocolo</p>
<p>Etapa 2 Validação do protocolo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Validação do conteúdo do protocolo de consulta de enfermagem. - Encaminhado aos especialistas: >>> carta convite; instrumento de caracterização dos especialistas. - Encaminhado aos especialistas: instrumento de avaliação do protocolo; carta de instruções aos especialistas; protocolo proposto na íntegra em sua primeira versão. - Adoção do Método Delphi para a validação do conteúdo. - Realizado a primeira rodada de opiniões e avaliação do protocolo. - Calculado o Índice de Validação de Conteúdo de cada tópico e global. - Revisão dos tópicos com IVC < que 0,80 - Revisão dos tópicos com IVC ≥ 0,80, mas com sugestões dos especialistas consideradas pertinentes pelos pesquisadores. - Realizado segunda rodada de opiniões e avaliação do protocolo. - Calculado o Índice de Validação de Conteúdo de cada tópico e global. - Revisão e adaptação do protocolo - Todos os tópicos com IVC ≥ 0,80 e IVC global ≥ 0,90. - Conclusão do processo de validação com duas rodadas do método Delphi. 	
<p>Protocolo de consulta de enfermagem para o autocuidado apoiado de pessoas com doença de Parkinson</p>		

Fonte: próprio autor.

A seguir, será apresentada a descrição do caminho metodológico percorrido em cada etapa do estudo.

5.1 Primeira fase - revisão integrativa e estudo transversal

5.1.1 Etapa 1 - revisão integrativa

5.1.1.1 Tipo de estudo

Com o intuito de subsidiar a elaboração do protocolo de consulta de enfermagem voltado à promoção do autocuidado da pessoa com doença de Parkinson, foi realizada uma revisão integrativa de literatura. Trata-se de um método em que as pesquisas são sumarizadas e conclusões são estabelecidas considerando o delineamento da pesquisa; conseqüentemente possibilita a síntese e a análise do conhecimento científico produzido sobre um determinado tema para sua incorporação na prática (SILVEIRA; GALVÃO, 2005).

A revisão integrativa permite a construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisa, assim como reflexões sobre a realização de futuras pesquisas. Para tal, torna-se necessário seguir padrões de rigor e clareza na revisão e crítica, de forma que o leitor possa identificar as características reais dos estudos revisados (SOARES et al., 2014).

Para a elaboração da revisão integrativa, foram empregadas as seis fases que compõe esse processo: 1) identificação do tema e seleção da questão de investigação de pesquisa; 2) estabelecimento de critérios de inclusão e de exclusão de artigos (seleção da amostra); 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; 4) avaliação dos estudos selecionados; 5) análise e síntese dos resultados e 6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento (URSI; GALVÃO, 2006).

5.1.1.2 População, amostra e critérios de elegibilidade

Foram incluídos artigos publicados entre os anos de 2011 e 2021, disponíveis na íntegra para acesso gratuito, nos idiomas inglês, espanhol e português, que abordassem a temática proposta. Excluíram-se editoriais, cartas ao editor, manuais, teses, dissertações, artigos repetidos e estudos que não correspondessem à temática relevante ao objetivo da revisão.

5.1.1.3 Procedimentos de Coleta de Dados

A questão de investigação da revisão integrativa foi formulada a partir da estratégia de busca conhecida pelo acrônimo PICO, no qual: População (P): adultos e idosos com doença de Parkinson; Interesse (I): utilização do processo de enfermagem; Contexto (Co): cuidados de enfermagem (SOUSA et al., 2018).

Nesse sentido, formulou-se a seguinte questão de pesquisa: Como o processo de enfermagem tem sido abordado nas produções científicas como ferramenta na prestação de cuidados de enfermagem a indivíduos adultos e idosos com doença de Parkinson?

O levantamento bibliográfico foi realizado por meio da identificação e seleção dos estudos nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline) por meio da *U.S. National Library of Medicine National Institute of Health* (PUBMED), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), Scopus, *The Cochrane Library* (Cochrane), Embase e *Web of Science* (WOS).

A busca dos estudos foi realizada no mês de agosto de 2021 na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na PUBMED e no portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), com acesso por meio da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) na qual os pesquisadores estão vinculados.

Como estratégia de investigação foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) para as bases de dados em língua portuguesa e os *Medical Subject Headings* (MeSH) correspondentes em língua inglesa, aliados aos operadores booleanos *and* e *or*, possibilitando os seguintes cruzamentos: (Cuidados de Enfermagem OR Processo de Enfermagem OR Diagnóstico de Enfermagem OR Terminologia Padronizada em Enfermagem) AND (Doença de Parkinson); (*Nursing Care* OR *Nursing Process* OR *Nursing Diagnosis* OR *Standardized Nursing Terminology*) AND (*Parkinson Disease*); (*Atención de Enfermería* OR *Proceso de Enfermería* OR *Diagnóstico de Enfermería* OR *Terminología Normalizada de Enfermería*) AND (*Enfermedad de Parkinson*).

A primeira etapa de seleção dos artigos consistiu na leitura dos títulos e resumos para a seleção de obras pertinentes ao objetivo deste estudo. Após essa seleção, todos os artigos incluídos foram submetidos à leitura na íntegra, analisados quanto aos critérios estabelecidos e as informações obtidas foram organizadas e apresentadas em forma de quadro contendo uma síntese das informações extraídas dos estudos.

5.1.1.4 Instrumento de Coleta de Dados

A estratégia utilizada para a coleta de dados dos artigos selecionados foi a utilização de um instrumento elaborado pelos autores unicamente para este fim (APÊNDICE A). Este instrumento é composto por variáveis de interesse da pesquisa cujos itens foram: dados de identificação do artigo (título do artigo, autores, periódico, base de dados, idioma, ano de publicação e país); objetivos do estudo; características da população e amostra estudada; metodologia ou design utilizado; resultados; local de realização do estudo; etapa do Processo de Enfermagem contemplada; Sistema de Linguagem Padronizado de enfermagem utilizado; referencial teórico; conclusões e recomendações.

5.1.1.5 Análise dos dados

Para análise das informações, foi utilizada uma planilha criada no *software* Excel® da Microsoft composta pelos itens que contemplam as variáveis de interesse da pesquisa.

O nível de evidência dos manuscritos foi identificado com base no delineamento do estudo pautado nos seguintes critérios: I para revisões sistemáticas e meta-análise de ensaios clínicos randomizados; II para ensaios clínicos randomizados; III para ensaio controlado não randomizado; IV para estudos caso-controle ou coorte; V para revisões sistemáticas de estudos qualitativos ou descritivos; VI para estudos qualitativos ou descritivos; VII para parecer de autoridades e/ou relatórios de comitês de especialistas. Essa hierarquia classifica os níveis I e II como fortes, III a V como moderados e VI e VII como fracos (MELNYK; FINEOUTOVERHOLT, 2018).

5.1.2 Etapa 2 - estudo transversal

5.1.2.1 Tipo de estudo

A segunda etapa consistiu no estudo documental, analítico correlacional de corte transversal, que teve como proposta à identificação dos idosos com DP de um serviço de atendimento especializado e caracterização do seu perfil sócio demográfico e clínico funcional, e fatores associados a fragilidade.

Trata-se de um tipo de pesquisa que utiliza fontes primárias, isto é, dados e informações que ainda não foram tratados científica ou analiticamente.

No estudo correlacional são analisadas as relações entre as variáveis, sem manipulá-las ou fazer inferências sobre causalidades (FORTIN; DUCHARME, 2003).

Os estudos transversais descrevem características de um determinado grupo populacional, requerendo baixo custo e menos tempo na operacionalização da coleta de dados por serem mais fáceis, do ponto de vista logístico, apresentando por objeto principal o estudo dos sujeitos em um ponto do tempo, que se denomina de corte transversal ou fotográfico (CALLEGARI-JACQUES, 2003).

5.1.2.2 Local do estudo

A pesquisa documental foi realizada no Centro de Referência em Saúde do Idoso (Centro Mais Vida) do Instituto Jenny de Andrade Faria de Belo Horizonte/MG, pertencente ao serviço ambulatorial do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

O ambulatório de Geriatria da UFMG foi criado em 1996 e em 1999 foi criado o Núcleo de Geriatria e Gerontologia da UFMG (NUGG). Em 2003, foi reconhecido pelo Ministério da Saúde, sendo o primeiro Centro de Referência em Atenção à Saúde do Idoso de Minas Gerais. Em 2010, foi credenciado como Centro Mais Vida da Macrorregião Central I e recebeu novas instalações que possibilitaram a ampliação e qualificação do atendimento ao idoso e de pesquisas na área do envelhecimento (MORAES; MORAES, 2016).

Atende mensalmente mais de 600 idosos de Belo Horizonte, que são encaminhados por profissionais médicos e enfermeiros da Atenção Primária a Saúde (APS) de Belo Horizonte. Esses pacientes são atendidos por equipe geriátrico-gerontológica especializada, composta por médicos geriatras, enfermeiros gerontólogos, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais e profissionais da reabilitação, como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos (CINTRA et al., 2019).

O enfoque do atendimento consiste na avaliação multidimensional e interdisciplinar, aplicada de forma padronizada e estruturada na forma de plano de cuidados, que consiste no conjunto de diagnósticos e intervenções preventivas, curativas, paliativas e reabilitadoras, definidas de forma individualizada e compartilhada com a APS, que é responsável por implementar o plano de cuidados nos casos de menor complexidade. Já os idosos de maior complexidade são acompanhados pelo Centro Mais Vida de forma compartilhada com os profissionais da APS (CINTRA et al., 2019).

5.1.2.3 População, amostra e critérios de elegibilidade

A população do estudo nessa etapa foi constituída de pessoas idosas com Parkinson cadastrados e em acompanhamento em um centro de referência de Belo Horizonte, Brasil. Nessa etapa foi feita uma análise secundária de dados dos prontuários e planos de cuidado de idosos, em recorte temporal, referente aos anos de 2018 e 2019, que corresponde aos dois anos anteriores a pandemia da Covid-19, que levou a interrupção temporária do atendimento no referido centro de referência em 2020.

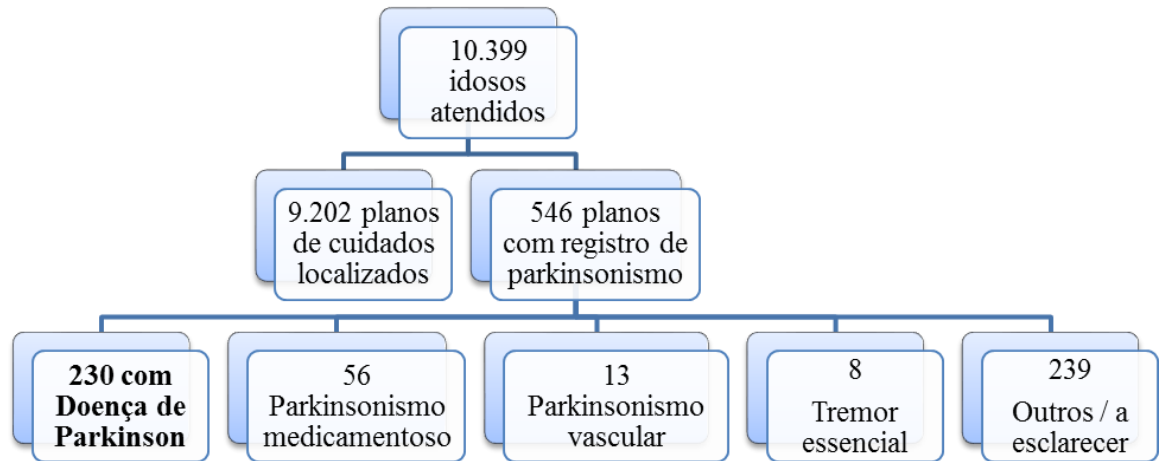
Os idosos com diagnóstico clínico confirmado para doença de Parkinson, feito por um profissional médico, de acordo com os critérios do *UK Parkinson's Disease Brain Bank Criteria*, foram identificados mediante consulta aos prontuários e/ou planos de cuidados dos pacientes vinculados ao Serviço de Geriatria. Essa consulta aos prontuários e planos de cuidados dos pacientes se deu de acordo com as normas da instituição em que foi desenvolvido o estudo e teve como objetivo inicial a identificação do registro do diagnóstico da doença de Parkinson, com posterior coleta das variáveis de interesse ao estudo.

Foram submetidos a avaliação multidimensional, nesse período, 10.399 idosos dos quais 9.202 tiveram a elaboração do plano de cuidados dessa avaliação concluída, sendo contra referenciados por e-mail para a Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Belo Horizonte.

Para composição da amostra deste estudo foram selecionados os prontuários que atenderam aos seguintes critérios de elegibilidade: pacientes com registro de diagnóstico de doença de Parkinson confirmada clinicamente e com preenchimento completo do instrumento IVCF-20. Foram excluídos os prontuários de pacientes que tinham registro de parkinsonismo que não fosse classificado como doença de Parkinson ou que ainda estivessem em acompanhamento para definir a causa do parkinsonismo. A partir desses critérios a amostra do estudo foi constituída por 230 pacientes com DP.

Segue fluxograma com amostra final dessa etapa do estudo:

Figura 6 - Fluxograma com amostra final do estudo documental



Fonte: elaborado pelo autor.

5.1.2.4 Procedimentos de coleta de dados

Para a coleta de dados no estudo documental foi utilizado o Plano de Cuidados, elaborado para todos os idosos encaminhados para avaliação multidimensional no Serviço de Geriatria do referido Centro de Atenção Especializada. O Plano de Cuidados é a estratégia utilizada para a organização do cuidado, onde se define quais são os problemas de saúde do idoso, as intervenções com as justificativas para as mudanças mais apropriadas para a melhoria da sua saúde e quais profissionais e equipamentos de saúde são necessários para a implementação dessas intervenções (MORAES, 2012).

Para rastrear a fragilidade, na avaliação do idoso no referido centro de referência adota-se inicialmente o instrumento Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF-20), pelo fato de ser um instrumento de triagem interdisciplinar, que contempla aspectos multidimensionais da condição de saúde dos indivíduos de 60 anos ou mais e posteriormente a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) com todos seus instrumentos e escalas (MORAES et al., 2016; MORAES et al., 2020).

Neste estudo, foi realizada a análise dos prontuários inicialmente do primeiro atendimento ao idoso para realização da avaliação multidimensional, por meio do registro da avaliação do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20) e plano de cuidados,

que contem síntese da avaliação dos idosos a partir de escalas e instrumentos padronizados para utilização na avaliação multidimensional do idoso.

Os dados dos prontuários foram coletados pelo pesquisador que atua no referido centro de referência e duas bolsistas de iniciação científica devidamente treinadas, no período de outubro a dezembro de 2020, referentes aos atendimentos realizados nos anos de 2018 e 2019.

5.1.2.5 Instrumentos de Coleta de Dados

Para a coleta de dados nessa etapa foram consultados os instrumentos que compõem o prontuário dos idosos: plano de cuidados elaborado a partir da avaliação multidimensional do idoso; Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF-20) e a escala de Hoehn e Yahr (HY) de avaliação do estadiamento motor da doença de Parkinson.

1. O Plano de Cuidados contém todas as informações essenciais para o planejamento e implementação das ações necessárias para a manutenção ou recuperação da saúde do idoso avaliado e apresenta os principais dados sociodemográficos de identificação do idoso, a estratificação de risco baseada na classificação clínico funcional, com a pontuação e os marcadores de fragilidade apontados no Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF-20), uma escala visual de fragilidade, o diagnóstico das condições de saúde, agudas e/ou principalmente crônicas, as intervenções propostas, que consistem em ações preventivas/promocionais, curativas/paliativas ou reabilitadoras traduzidas em metas terapêuticas (MORAES, 2012) (ANEXO 1).
2. Instrumento de identificação da vulnerabilidade clínico funcional, o IVCF-20 consiste em um instrumento de triagem interdisciplinar, que contempla aspectos multidimensionais da condição de saúde dos indivíduos de 60 anos ou mais. Foi idealizado considerando a base conceitual de fragilidade como uma síndrome multidimensional (MORAES et al., 2016). O IVCF-20 é constituído por 20 itens distribuídos em 08 seções sobre diversos domínios da saúde e fatores relacionados à saúde (idade, autopercepção da saúde, atividades de vida diária, cognição, humor, mobilidade, comunicação e comorbidades múltiplas: polipatologia, polifarmácia ou internação recente). Cada parte tem uma pontuação específica que, no total, perfaz um valor máximo de 40 pontos, identificando a condição clínico-funcional do idoso como robusto, em risco de fragilização e idoso frágil (ANEXO 2).
3. A Escala de Estágios de Incapacidade de Hoehn e Yahr (HY) foi proposta inicialmente

em 1967, sendo utilizada amplamente como instrumento de avaliação da incapacidade das pessoas com Parkinson e permite a classificação do estadiamento motor da doença (GOETZ et al., 2004). Sua forma original compreende cinco estágios de classificação para avaliar a gravidade da DP e abrange, essencialmente, medidas globais de sinais e sintomas que permitem classificar o indivíduo quanto ao nível de incapacidade. Os indivíduos classificados nos estágios de 1 e 2 apresentam incapacidade leve, no estágio 3 apresenta incapacidade moderada, enquanto os que estão nos estágios 4 e 5 apresentam incapacidade grave (ANEXO 3).

5.1.2.6 Análise dos dados

Os dados obtidos nos planos de cuidado/prontuários foram digitados e armazenados em uma planilha eletrônica no programa Microsoft Office Excel®, conforme codificação determinada para cada uma das variáveis de interesse para o estudo. Para a construção do banco, optou-se pela técnica de validação por dupla entrada, ou seja, dupla digitação que detecta possíveis inconsistências. Após validação dos bancos, os dados foram importados para o software R, versão 4.0.0 para processamento das análises.

As variáveis utilizadas neste estudo estão relacionadas a questões sociodemográficas, clínicas e de vulnerabilidade clínico funcional: idade (anos e faixa etária); sexo; escolaridade; manifestações motoras; manifestações não motoras; comorbidades; estadiamento motor da doença; tempo de diagnóstico da DP (anos); medicação antiparkinsoniana; declínio funcional; estrato clínico funcional; marcadores de vulnerabilidade clínico funcional do IVCF-20, que consistem em: autopercepção de saúde; atividades de vida diária instrumental (fazer compras, controle financeiro, trabalhos domésticos); atividades de vida diária básica (tomar banho sozinho); sistemas funcionais: cognição (esquecimento), humor/comportamento (tristeza e falta de interesse em atividades antes prazerosas), mobilidade (alcance, preensão e pinça, capacidade aeróbica e/ou muscular, marcha, continência esfinteriana), comunicação (visão e audição) e comorbidades múltiplas (polipatologia, polifarmácia e internação recente).

As frequências absolutas e relativas foram calculadas para as variáveis categóricas. Variáveis quantitativas passaram pelo teste de Normalidade de Shapiro Wilk e indicaram não normalidade. Em virtude disso, para as variáveis quantitativas, foram utilizadas a mediana e quartis.

Para as associações realizou-se o teste do qui-quadrado e o teste exato de Fisher para variáveis qualitativas. O teste qui-quadrado pretende verificar se há uma independência ou não

entre as variáveis selecionadas, enquanto o teste exato de Fisher verifica a independência entre variáveis de tabelas cruzadas 2x2 cujas amostras são pequenas. O teste não paramétrico de Mann Whitney foi utilizado para as variáveis quantitativas com 2 categorias (HAIR et al., 2009).

As estimativas foram apresentadas considerando um nível de significância de 5% (valor de $p < 0,05$) em todos os procedimentos analíticos. Os resultados foram descritos e apresentados por meio de tabelas.

5.2 Segunda fase: elaboração e validação de conteúdo de protocolo de consulta de enfermagem

Nessa segunda fase do estudo, através de uma pesquisa metodológica foram desenvolvidos e propostos instrumentos de um protocolo para a consulta de enfermagem, visando apoiar o autocuidado da pessoa com doença de Parkinson, passando por um processo de validação de conteúdo, através da submissão a avaliadores especialistas.

Para o alcance dos objetivos, o desenvolvimento desta fase do estudo foi realizado em duas etapas: a primeira refere-se à elaboração do protocolo de consulta de enfermagem para promoção do autocuidado da pessoa com doença de Parkinson a ser utilizado por enfermeiros atuantes na atenção primária e secundária; e a segunda à validação de conteúdo do mesmo.

5.2.1 Etapa 1 - Elaboração do protocolo

5.2.1.1 Tipo de estudo

Trata-se de pesquisa metodológica desenvolvida entre os meses de abril a julho de 2022. A literatura aponta os estudos metodológicos como sendo apropriados na presença de questões que buscam a verificação de métodos de investigação, com elaboração, validação e avaliação da confiabilidade de instrumentos e técnicas de pesquisa, para medir construtos usados como variáveis em pesquisa (POLIT; BECK, 2019).

No estudo metodológico, o pesquisador tem como objetivo a elaboração de instrumento que seja confiável, preciso e válido, que possa ser utilizado por outros pesquisadores e na prática clínica (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2021). Esse estudo cabe a qualquer disciplina científica, lidando com fenômenos complexos, como o comportamento ou a saúde dos indivíduos, tal qual ocorre na pesquisa de enfermagem (POLIT; BECK, 2019).

Para Studart et al. (2011), estudos de construção de protocolos assistenciais são caracterizados como metodológicos e de tecnologia assistencial, visto que a construção de protocolos assistenciais em enfermagem está relacionada a uma proposta de inovação tecnológica. Contrandiopoulos et al. (1997) definem pesquisa metodológica como uma estratégia que, utilizando-se de maneira sistemática os conhecimentos existentes, visa elaborar ou melhorar uma intervenção, ou ainda, elaborar ou melhorar um instrumento, um dispositivo ou um método de medição.

Considerando os conceitos propostos por Mehry et al. (2006), protocolos assistenciais de enfermagem podem ser classificados como tecnologia leve-dura, uma vez que esses incorporam saberes estruturados e estão concretizados na forma impressa e/ou digital.

5.2.1.2 Procedimento

A busca na literatura de referenciais sobre a elaboração de protocolos na área da saúde, possibilitou encontrar definições nacionais e internacionais acerca do tema, com destaque para os referenciais da Organização Mundial de Saúde (2003), Werneck; Faria; Campos (2009), Ribeiro (2010) e Pimenta et al. (2017a).

Para este estudo optou-se por utilizar como principal referência para nortear a elaboração do protocolo o Guia para Construção de Protocolos Assistenciais de Enfermagem do COREn São Paulo (PIMENTA et al, 2017a), que traduz aspectos ético e legais da elaboração e adoção de protocolos na Enfermagem.

A construção do protocolo foi subsidiada pela experiência clínica dos pesquisadores e o apoio da literatura, a partir da revisão integrativa apresentada no capítulo de resultados desta tese e das informações geradas com o estudo transversal que permitiu compreender o impacto da doença na fragilidade dos idosos, as principais manifestações clínicas e as necessidades de autocuidado das pessoas com doença de Parkinson.

A construção do protocolo teve ainda como norteadores a diretriz de cuidados de Enfermagem para a doença de Parkinson (LENNAERTS-KATS et al., 2015), desenvolvida por grupo de enfermeiros especialistas da Holanda, o manual de autocuidado apoiado da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, organizado por Cavalcanti; Oliveira (2012) e legislações do Conselho Federal de Enfermagem sobre o Processo de Enfermagem.

Para o desenvolvimento do Protocolo de Consulta de Enfermagem para promoção do autocuidado apoiado foram percorridas as seguintes etapas sugeridas por Pimenta et al (2017a):

❖ **Seleção da origem, objetivo, grupo de desenvolvimento e conflito de interesse.**

No primeiro momento foi realizada a definição dos aspectos referentes ao âmbito e finalidade do protocolo (contextualização, finalidade, a quem se destina, local a ser aplicado, público alvo, instruções gerais e fluxograma de acompanhamento da pessoa com doença de Parkinson).

O protocolo desenvolvido destina-se aos enfermeiros atuantes tanto na atenção básica como nos atendimentos ambulatoriais de atenção secundária e tem como proposta principal a elaboração de instrumentos para Consulta de Enfermagem para a promoção do autocuidado de pessoas com Parkinson.

A proposta do Protocolo é ser um guia para sistematizar o Processo de Enfermagem durante a Consulta de Enfermagem, que tem inicialmente como campo de estudo o serviço de referência em saúde do idoso e o ambulatório de movimentos anormais do Hospital das Clínicas da UFMG, podendo ser ampliado para outros serviços que atendam pessoas com Parkinson.

Foi desenvolvido com apoio dos membros do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Cuidado e Desenvolvimento Humano (NEPCDH) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, o qual o doutorando em questão faz parte, tendo como participantes, bolsistas de iniciação científica e a pesquisadora líder do grupo e orientadora da pesquisa, como responsáveis pela elaboração do material.

É preciso destacar que não existem conflitos de interesse de cunho econômico, comercial, ideológico, religioso e político na elaboração desse protocolo, pois, foi elaborado a partir de referências científicas, financiado pelos pesquisadores, seguindo as normas previstas pelo comitê de ética, e não representa nenhum prejuízo aos envolvidos.

❖ **Revisão da literatura - Avaliar e elencar as evidências científicas responsáveis pela geração das seções e itens do protocolo de consulta de enfermagem para o enfrentamento do problema.**

Essa etapa constitui um dos passos mais importantes da elaboração do protocolo, pois a revisão de literatura é entendida como uma busca, análise e descrição do conhecimento existente com vistas a responder uma pergunta específica, embasada em materiais relevantes no meio científico, podendo ser utilizada como etapa estratégica de elaboração de um instrumento. As melhores evidências sobre determinado assunto são fundamentais para um protocolo bem elaborado, pois embasam a prática clínica a ser implementada (PIMENTA et al., 2017b).

A literatura atual mostra três formas de realizar esse tipo de revisão: narrativa,

integrativa e sistemática. Para elaboração de um protocolo, a literatura mostra a importância da realização das revisões sistemáticas, enfocando a metodologia adotada, análise crítica da literatura utilizada, os níveis de evidência, o grau de recomendação, as entidades que participaram da validação e a forma de validação (OMS, 2003; RIBEIRO, 2010; PIMENTA et al., 2017a).

Apesar da revisão sistemática ser a mais recomendada na elaboração de protocolos, observa-se ainda incipiente contribuição da ciência Enfermagem em estudos com delineamento de pesquisa experimental, ou seja, ensaios clínicos randomizados controlados (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2019). Diante disso, optou-se por realizar a revisão integrativa da literatura.

Em termos conceituais, a revisão integrativa, a partir da síntese realizada sobre um determinado assunto, possibilita obter um profundo conhecimento com o qual o pesquisador pode retirar conclusões a partir de estudos. Trata-se de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, assim como reflexões sobre a realização de futuros estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2019).

Mesmo sendo realizada uma revisão integrativa da literatura foi mantido o rigor metodológico da Prática Baseada em Evidência (PBE), que se utiliza da revisão sistemática como fundamental recurso de pesquisa e busca uma maior eficiência e eficácia na aplicação de recursos da saúde para decisões clínicas de diagnóstico, prognóstico, tratamento ou gerenciamento. Praticar com base em evidências é aliar as melhores evidências científicas à habilidade clínica do profissional e a preferência do paciente (BARBOSA et al., 2014).

O detalhamento da elaboração e dos resultados da revisão integrativa encontra-se no próximo capítulo. Esta etapa ocorreu no período de junho a agosto de 2021.

❖ Traduzir evidências em recomendações.

Após as etapas de revisão integrativa e estudo documental de caracterização dos idosos com doença de Parkinson quanto ao perfil sociodemográfico, clínico, comprometimento funcional e fragilidade foi realizada a elaboração de instrumentos para a Consulta de Enfermagem, na perspectiva do referencial teórico do autocuidado apoiado e sua metodologia dos 5 As, tendo o Processo de Enfermagem como um guia para organizar as ações.

Foi utilizado ainda os Sistemas de Linguagens Padronizadas de Enfermagem NANDA Internacional, NOC e NIC, com os elementos dos diagnósticos e os respectivos resultados e intervenções de enfermagem padronizados, por acreditar que podem assessorar no processo de tomada de decisão pelo enfermeiro, a partir da proposta de uma forma sistematizada dos

profissionais de enfermagem desempenharem o autocuidado apoiado junto as pessoas com doença de Parkinson e seus parceiros do cuidado.

Esta etapa foi bastante complexa, pois exigiu que o pesquisador tivesse um bom poder de síntese para que fossem incluídas todas as informações necessárias, bem como a experiência profissional na atenção à saúde de pessoas com doença de Parkinson, favorecendo a elaboração de um instrumento não muito extenso e que tivesse aplicabilidade e usabilidade prática.

❖ **Estruturar as recomendações, facilitando a consulta do profissional (construção de quadro e fluxograma).**

As ações de enfermagem e instrumentos para operacionalizar o modelo teórico do autocuidado apoiado e o método do Processo de Enfermagem foram desenvolvidas na seção 3 do protocolo, utilizando quadros para cada uma das etapas da Consulta de Enfermagem e propostas de plano de cuidados e plano de autocuidado.

Os fluxogramas de acompanhamento da pessoa com doença de Parkinson e o percurso das 5 etapas do Processo de Enfermagem e das 5 estratégias da metodologia do autocuidado apoiado foi apresentado ao final da seção 1 do protocolo.

Os referenciais teóricos foram descritos na seção 2 do protocolo, em forma de fluxogramas com descrição da definição de cada uma das etapas do PE e do autocuidado apoiado, e por fim o quadro comparativo das etapas do autocuidado apoiado / etapas do Processo de Enfermagem / Sistemas de Linguagens Padronizadas de Enfermagem (Nanda I, NOC e NIC).

❖ **Formatar e revisar a estrutura do protocolo, de acordo com aspectos básicos das normas técnicas de publicações e encaminhar o protocolo para a revisão de português com profissional especializado.**

O protocolo foi formatado seguindo as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e encaminhado para um profissional revisor da língua portuguesa contratado.

❖ **Submeter o protocolo à validação externa com juízes especialistas.**

Após a construção da primeira versão do protocolo o mesmo foi enviado para o processo de validação de conteúdo por enfermeiros especialistas denominados juízes, para o refinamento dos tópicos dos instrumentos. Esta etapa está detalhada no próximo tópico do estudo.

O processo de desenvolvimento resultou em um instrumento com seis seções e 29

tópicos, intitulado “Protocolo de consulta de enfermagem para promoção do autocuidado apoiado na doença de Parkinson”.

5.2.2 Etapa 2 - Validação de conteúdo

Etapa caracterizada pela validação da relevância e clareza do conteúdo do protocolo construído.

5.2.2.1 Procedimento

Na continuidade da pesquisa metodológica, na etapa 2, realizou-se a validação do conteúdo do protocolo. Nesse sentido, o propósito do processo de validação é a probabilidade de medir o que se pretende, garantindo que o instrumento seja apropriado para sua finalidade. A validação de conteúdo de instrumentos baseia-se então, necessariamente, em um julgamento; indica em que medida o instrumento possui uma amostra apropriada de itens para cobrir adequadamente seu domínio (POLIT; BECK, 2019).

5.2.2.2 Participantes do estudo

Estabelecer o número de especialistas necessários na determinação da validade do conteúdo sempre foi algo de certa forma arbitrário. O número de especialistas, geralmente, depende do número de pessoas acessíveis e aceitáveis que o pesquisador ou o usuário do instrumento podem identificar, não em um princípio de estimativa populacional (TEIXEIRA, 2018).

Embora esta prática seja generalizada, orientações específicas podem e devem ser aplicadas à seleção de especialistas para determinação de validade de conteúdo. Quanto ao número de juízes, Lynn (1986) recomenda um mínimo de cinco e um máximo de dez pessoas. Por outro lado, Fehring (1987) recomenda uma seleção de 25 a 50 especialistas. De acordo a ferramenta “Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation” (AGREE), é recomendado um mínimo de dois e, preferencialmente, quatro avaliadores participando desse processo de avaliação (AGREE, 2009).

Estudos de validação de conteúdo (elaboração de protocolos assistenciais em Enfermagem) no Brasil já tiveram amostra que variaram de seis a dezessete especialistas, consideradas como suficiente para gerar informações relevantes (AZZOLIN et al., 2012;

BESSA, 2012; COURA, 2013; ARGENTA, 2018; TEIXEIRA, 2018). Como a literatura não traz consenso de quantas pessoas devem compor o painel de especialistas, para essa definição na presente pesquisa considerou-se esses estudos prévios semelhantes como parâmetro.

Em relação à qualificação dos juízes, a literatura considera a experiência e a maestria dos membros como fator essencial para compor o grupo, destacando como critérios ter experiência assistencial, no ensino ou na pesquisa sobre o tema, ser especialista na estrutura conceitual envolvida e ter conhecimento metodológico sobre a elaboração e validação de instrumentos (VIEIRA, et al., 2020).

Desta forma, com base no recomendado pela literatura quanto a qualificação dos juízes, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão para seleção dos especialistas:

- ser enfermeiro;
- atuar na assistência, no ensino ou na pesquisa em doença de Parkinson, distúrbios do movimento, neuroreabilitação ou gerontologia;
- apresentar score maior ou igual a 5 pontos nos critérios adaptados com base no sistema de pontuação proposto por Fehring (1987), conforme é apresentado no quadro a seguir.

Quadro 3 - Critérios para seleção de juízes especialistas

Critérios	Pontuação
Mestre na área da saúde	1
Doutor na área da saúde	2
Dissertação na saúde do idoso, neurologia, reabilitação ou doença de Parkinson	1
Tese na saúde do idoso, neurologia, reabilitação ou doença de Parkinson	2
Especialização nas áreas de saúde do idoso, reabilitação ou enfermagem neurológica	1
Produção de artigo científico resultante de pesquisa na área da saúde do idoso, neurologia, reabilitação ou doença de Parkinson em periódico avaliado pela capes	1
Pesquisa na área de saúde do idoso / neurologia / reabilitação/ doença de Parkinson / distúrbios do movimento / sistematização da assistência de enfermagem nos últimos 2 anos	2
Ministra ou ministrou disciplina/curso ou Projeto de extensão na área da saúde do idoso / neurologia / doença de Parkinson / sistematização da assistência de enfermagem	2
Experiência profissional (mínimo de 2 anos) como enfermeiro na prática clínica com pessoas com Parkinson	2
PONTUAÇÃO MÁXIMA	14

Fonte: Lira; Lopes, 2011; Fehring, 1987 (adaptado)

Para a seleção dos juízes especialistas a amostragem foi então composta por intencionalidade, em função da aderência à área do estudo e critérios de inclusão. De modo a alcançar o quantitativo recomendado de juízes e qualificados conforme apontado pela literatura, decidiu-se seguir a seguinte estratégia:

- No envio de mensagem eletrônica com convite de participação na pesquisa aos membros da Associação Brasileira de Enfermagem em Neurologia e Neurocirurgia (ABENEURO);

- No envio de mensagem eletrônica com convite de participação na pesquisa aos membros do Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica (DCEG) da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) nacional.

Dos pesquisadores que se dispuserem a avaliar o instrumento foram selecionados aqueles que atenderam aos critérios de inclusão e seleção. Assim, foi selecionada uma amostra de 16 juízes especialistas que apresentaram escores \geq a 5 pontos nos critérios de qualificação. Destes, quinze atuam no Brasil (região norte, nordeste, sul e sudeste) e um especialista brasileiro que atua nos Estados Unidos (Rush University Medical Center de Chicago).

Na etapa de validação com método Delphi foram incluídos os 12 juízes convidados que emitiram a avaliação do protocolo, dentro do prazo determinado para essa etapa do estudo.

5.2.2.3 Coleta de dados

A coleta de dados da etapa de validação de conteúdo ocorreu entre os meses de junho e julho de 2022. Inicialmente foi encaminhado uma carta convite (APÊNDICE C) aos especialistas selecionados, por meio de mensagem eletrônica (e-mail), com um link de acesso ao formulário eletrônico disponível na plataforma “*Google Forms*”, contendo o instrumento de caracterização dos especialistas (APÊNDICE D), juntamente com o parecer do Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais CEP/UFMG de aprovação da realização do estudo (ANEXO 4) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que deveria ser assinado pelos juízes (APÊNDICE G).

Para a avaliação do protocolo foi encaminhado carta convite por meio de mensagem eletrônica (e-mail), com um novo link de acesso ao formulário eletrônico disponível na plataforma “*Google Forms*”, contendo o instrumento de avaliação do protocolo (APÊNDICE F). Anexa à mensagem constavam a carta de instruções aos especialistas (APÊNDICE E) e o protocolo proposto na íntegra em sua primeira versão.

Estudos apontam que ao longo dos últimos anos ampliou-se a utilização de questionários

online como ferramenta de pesquisa. A utilização de questionários online, representa um meio para a redução de gastos sem representar com isso prejuízo à confiabilidade da coleta de dados dos estudos (FALEIROS et al., 2016).

O formulário online de caracterização dos especialistas constitui-se de três seções. Na primeira, foram apresentados os objetivos da pesquisa e realizado o convite para a participação mediante a confirmação de aceite após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e os respectivos aspectos éticos do estudo.

Em havendo concordância, o agora participante do estudo iniciava a seção dois, com questões relativas à caracterização técnico-científica que subsidiou a seleção dos juízes-especialistas a partir dos critérios adaptados com base no sistema de pontuação proposto por Fehring.

Na última seção estava o formulário de caracterização dos participantes selecionados, composto por 23 itens, entre os quais constavam a idade, sexo, país, estado e cidade onde atua profissionalmente, tempo de formação, titulação, experiência clínica, no ensino, na pesquisa e em validação de instrumentos (APÊNDICE D).

Inicialmente, estabeleceu-se o prazo de 1 semana para que o formulário online de caracterização dos especialistas fosse devolvido, entretanto, foi necessário estender o prazo em mais 5 dias para que fosse possível que um número maior de especialistas respondesse o e-mail aceitando participar da pesquisa. Responderam ao contato inicial 16 enfermeiros. Esse processo ocorreu no mês de junho de 2022.

O protocolo desenvolvido na primeira fase do estudo metodológico foi então submetido ao grupo de juízes especialistas, com intuito que fosse avaliado seu conteúdo por meio de concordância. O protocolo na íntegra, juntamente com as instruções para a avaliação do protocolo e o link de acesso ao formulário de validação propriamente dito foram enviados via e-mail, para os especialistas selecionados dando início a primeira rodada do método Delphi.

Inicialmente, estabeleceu-se o prazo de 10 dias para a devolução do instrumento preenchido, entretanto, foi necessário estender o prazo em mais 10 dias para conseguir obter o retorno do instrumento de avaliação de 12 especialistas. Essa etapa ocorreu no período de 17 de junho a 06 de julho de 2022. Lembretes foram enviados por e-mail, e serviço de mensagens, pelo aplicativo *WhatsApp*, a cada cinco dias, e faltando dois dias para encerramento dos prazos estipulados, buscando com essa estratégia maximizar a taxa de retorno da avaliação do protocolo.

Entre as técnicas, que podem ser empregadas para realizar a validação do conteúdo nas diretrizes clínicas, destaca-se a técnica do método Delphi (RIBEIRO, 2010). Esta técnica

consiste em estratégia sistematizada de avaliação de informações, útil para obter consensos de especialistas sobre determinado tema, por meio de validações articuladas em fases ou ciclos (CASTRO; REZENDE, 2009).

Trata-se de um método destinado a dedução e refinamento de opiniões de um grupo de pessoas especialmente qualificadas. Tem por objetivo alcançar consenso de opiniões por meio de uma série de questionários enviados em rodadas com “feedback” controlado e submetido à análise estatística das opiniões, favorecidos pelo anonimato (SCARPARO et al., 2012).

Para Spínola (1984) o método Delphi possibilita aos especialistas expressar suas opiniões sobre um determinado tema, existindo construção participativa, mas sem contato face a face entre os especialistas, portanto o anonimato é uma das características deste método. Como uma forma de assegurar essa característica os e-mails com o formulário de avaliação e a versão do protocolo foram enviados na forma de Cópia Oculta (Cco).

A operacionalização do método Delphi é realizada por sucessivas rodadas de questionários, aplicados ao grupo de juízes especialistas. Na primeira rodada de opiniões o questionário é enviado ao grupo de especialistas e, a partir de seu retorno, as respostas são contabilizadas e analisadas. As questões que obtiverem o consenso estipulado pelo pesquisador são extraídas e o questionário, revisado pelo pesquisador, é novamente enviado aos participantes com a informação dos resultados atingidos na primeira rodada de opiniões (SCARPARO et al., 2012).

Assim, dá-se início à segunda rodada de opiniões. Nesse momento, os participantes, em anonimato, são solicitados a realizar um novo julgamento de suas opiniões, frente à previsão estatística de cada resposta do grupo, sendo possível mantê-la ou modificá-la. O processo deve ser repetido até que se atinja o consenso (70/80% ou porcentagem arbitrada e devidamente justificada pelo pesquisador) (SCARPARO et al., 2012).

A literatura aponta que não existe um limite para o número de rodadas do método Delphi a ser realizadas. Neste estudo foi estabelecido como critério para definir o número de rodadas Delphi a concordância dos especialistas de no mínimo 80%, verificado pelo Índice de Validação de Conteúdo (IVC), proporção de concordância entre especialistas de que que o tópico apresentado no protocolo é relevante e está bem estruturado e claro. Caso algum dos índices avaliados obtivesse valor menor que 0,80 para determinado tópico, isso indicaria nova rodada Delphi após a reestruturação desse tópico.

Assim, após avaliação dos instrumentos, calculou-se o Índice de Validação de Conteúdo da primeira rodada do método Delphi. Os tópicos com IVC menor que 0,80 foram revisados a partir dos comentários e sugestões indicados pelos especialistas e assim foi desenvolvido a

segunda versão do protocolo. Essa nova versão do protocolo foi enviada aos juízes, com a solicitação de avaliação dos tópicos que sofreram alteração. Assim, foi iniciada a segunda rodada Delphi.

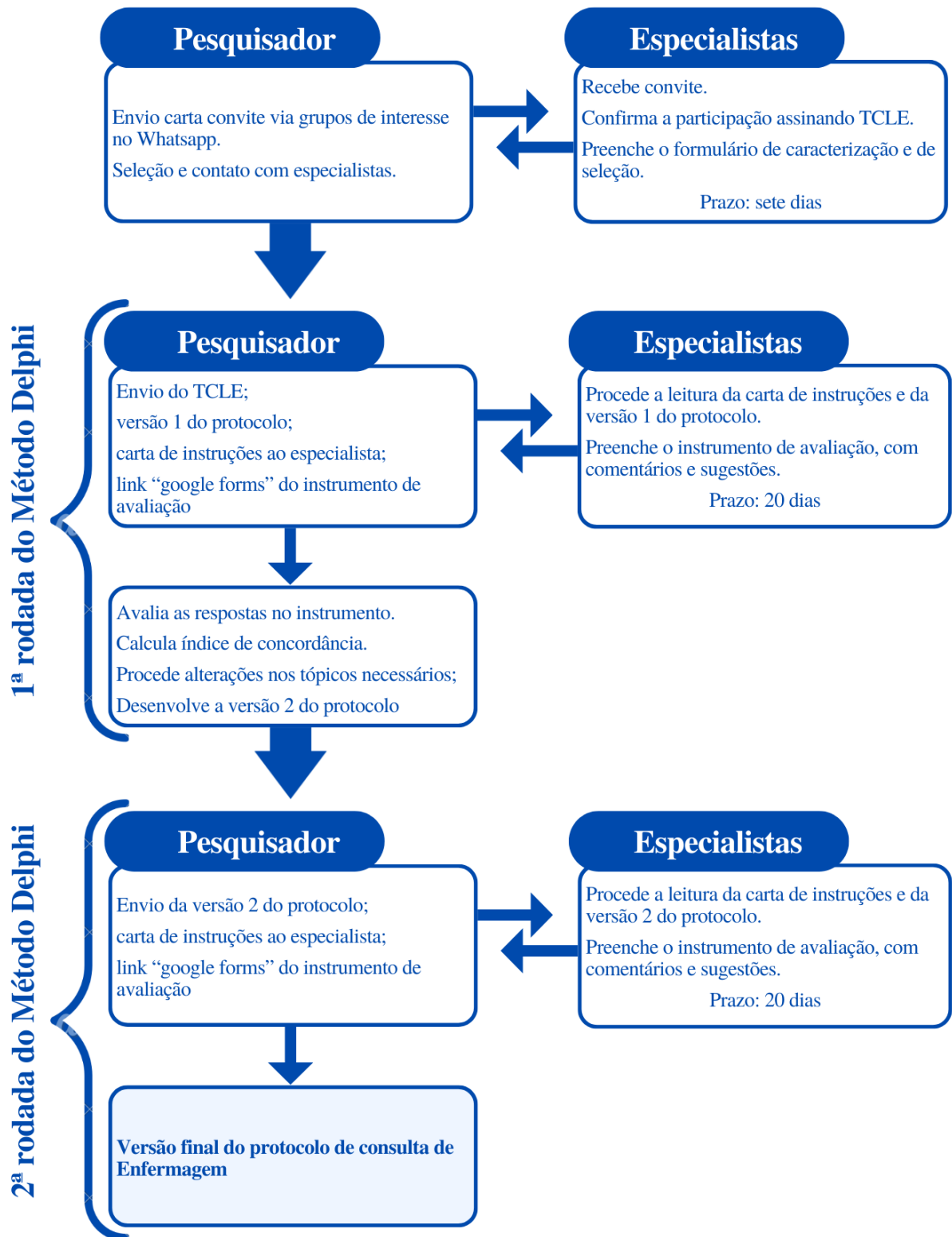
As sugestões dos especialistas na primeira rodada Delphi consideradas pertinentes em relação aos itens foram analisadas e acatadas, quando possível, mesmo para os itens que obtiveram proporção de concordância aceitável $\geq 0,80$ (os quais poderiam ser aceitos, ou seja, nenhuma alteração ser realizada; ou adaptados). Os itens que não obtiveram proporção de concordância aceitável ($IVC < 0,80$) na primeira rodada foram adequados, e a 2ª versão do protocolo foi enviada para análise na segunda rodada.

Na segunda rodada do método Delphi os participantes tiveram prazo de até 10 dias para devolução, sendo que e-mail lembrete foi enviado cinco dias antes do final do prazo, e outro, um dia antes desse prazo. Em caso de não devolução até o prazo estabelecido, novo e-mail foi enviado e, passados outros 10 dias sem devolução, seria considerada a desistência do participante. Todos os 12 especialistas que participaram da primeira rodada retornaram o instrumento de avaliação na segunda rodada.

Após a segunda rodada de validação de conteúdo a versão 2 do protocolo foi revisada e adaptada, e ao final, foi estabelecida a versão final do protocolo de consulta de enfermagem para o autocuidado apoiado de pessoas com doença de Parkinson. O processo de validação foi então concluído com a realização de duas rodadas.

Para melhor compreensão do método Delphi utilizado no estudo, apresentamos o modelo explicativo que segue:

Figura 7 - Modelo explicativo do método Delphi.



5.2.2.4 Instrumento de Coleta de dados

O instrumento para validação do conteúdo do protocolo foi elaborado para avaliar a relevância e clareza do instrumento desenvolvido. Para isso cada avaliador teve que pontuar o grau de concordância a partir de uma escala de Likert de cinco pontos. Essas escalas fornecem aos respondentes uma lista de questões e pede que o respondente estime o grau de sua resposta. A cada resposta é atribuído um número de pontos (HULLEY et al., 2015).

Para a validação de conteúdo, foi estabelecida a proporção de concordância entre os especialistas sobre a clareza do conteúdo de cada um dos tópicos do protocolo e sua essencialidade (relevância) para compor o protocolo. Para estabelecê-lo, cada especialista escolheu uma das cinco opções de resposta, sendo ainda disponibilizada uma seção de sugestões/comentários e solicitada justificativa para os que escolheram as opções 4 ou 5, a fim de que os tópicos pudessem ser revisados e melhorados.

Na escolha das respostas os especialistas foram guiados pelas seguintes orientações:

Quadro 4: Gradiente de respostas utilizado pelos especialistas

1. Concordo totalmente que este item é relevante para compor o conteúdo do protocolo e está bem relatado (informação extremamente relevante e clara);
2. Concordo parcialmente que este item é relevante para compor o conteúdo do protocolo e está bem relatado (informação relevante e clara);
3. Não concordo, nem discordo que este item é relevante para compor o conteúdo do protocolo e está bem relatado (quando não tiver opinião formada sobre o assunto);
4. Discordo parcialmente que este item é relevante para compor o conteúdo do protocolo e está bem relatado (informação pouco relevante para a proposta do protocolo ou confusa, mas se sofrer alterações pode ser relevante);
5. Discordo totalmente que este item é relevante para compor o conteúdo do protocolo e está bem relatado (informação dispensável no protocolo, muito confusa ou indisponível).

Fonte: construído pelos autores

5.2.2.5 Análise e interpretação dos dados

Tradicionalmente, a validação de conteúdo é um processo subjetivo, realizado pela análise de um painel de especialistas que deve estabelecer um consenso quanto à adequação entre o domínio de interesse e os itens do instrumento. Apesar de ser um processo subjetivo,

inúmeros métodos foram propostos para quantificar a proporção de concordância dos especialistas sobre o quão essencial o conteúdo de um instrumento é para medir o construto (POLIT; BECK, 2019).

Entre esses métodos, o Índice de Validação de Conteúdo (IVC) apresenta vantagens em relação aos outros devido à facilidade do seu cálculo e compreensão, pelo foco na concordância sobre a essencialidade do tópico, e por permitir determinar a proporção de concordância para cada tópico isoladamente e para o conjunto de tópicos do protocolo (POLIT; BECK, 2019).

Os dados gerados nas etapas do método Delphi foram analisados através das respostas Likert recodificadas, de modo que os escores para cada afirmação foram dicotomizados em três tipos de resposta: concordância (1 ou 2); discordância (4 ou 5); e neutros (3).

Para a validação do protocolo, foi utilizado o cálculo do Índice de Validade de Conteúdo dividindo-se o número de juízes que julgaram como “concordância” pelo total de juízes (avaliação por item), resultando na proporção de juízes que julgaram o item válido. Para calcular o IVC geral do instrumento foi realizada a soma de todos os IVC calculados separadamente, dividido pelo número de itens (LEAL et al., 2016; POLIT; BECK, 2019).

$IVC = n^{\circ} \text{ de especialistas que avaliaram o tópico como 1 ou 2} / n^{\circ} \text{ especialistas.}$

$IVC \text{ total} = \text{total de tópicos com } IVC \geq 0,80 / n^{\circ} \text{ de tópicos do instrumento.}$

Foi considerado concordância quando os valores para o IVC foram $\geq 0,80$ e para IVC total maior ou igual a 0,90 (POLIT; BECK, 2019).

Os dados coletados foram inseridos em planilha eletrônica para procedimentos das análises descritivas e inferenciais utilizando o programa Microsoft Office Excel®. No programa Microsoft Office Excel® foi possível ser realizado o cálculo de frequências absolutas e porcentagens usadas para descrever as características demográficas, de formação e experiência profissional dos especialistas, e em seguida calcular o Índice de Validação de Conteúdo (IVC) para avaliar o nível da concordância entre os especialistas.

Posteriormente, foi realizado a estruturação de tabelas contendo frequências absolutas e relativas de concordância dos juízes para a rodada 1 e 2 do método Delphi e a organização de quadros contendo os comentários e sugestões mais relevantes oferecidos pelos especialistas.

5.3 Aspectos éticos

A realização deste estudo atendeu às diretrizes e normas de Pesquisa com Seres Humanos no Brasil, segundo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n° 466 de 2012, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013). Obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

(CEP) da Universidade Federal de Minas Gerais por meio do parecer Consubstanciado nº 4.294.594 de 23/09/2020 (ANEXO 4).

Foi elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a autorização da participação voluntária dos participantes da pesquisa. O TCLE para a fase de validação do conteúdo do protocolo da consulta de enfermagem, foi encaminhado por e-mail/ “google forms” e assinado pelos juízes e encontra-se nos apêndices (APÊNDICE B).

Reforça-se que foram garantidos os direitos de livre participação, sigilo total em relação às informações fornecidas, e a possibilidade de desistirem da participação voluntária a qualquer momento ao longo do estudo. Antes do início da coleta de dados foram esclarecidos os objetivos do estudo, tipo de participação desejada e tempo médio de duração da mesma.

Foi assegurada a confidencialidade e a privacidade visando evitar qualquer tipo de constrangimento aos sujeitos envolvidos na pesquisa. A fim de assegurar o anonimato dos participantes, na fase de validação do conteúdo do protocolo, os juízes especialistas, foram identificados pela letra J de juízes, seguida do número arábico correspondente à ordem de devolução do instrumento de avaliação do conteúdo do protocolo (J1, J2, J3...J12).



6. Resultados e Discussões



Com base na Resolução 035/2018 do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais que “regulamenta o formato das teses e dissertações e estabelece os critérios para admissão à defesa de tese e de dissertação” (EEUFMG, 2019), esta seção será apresentada no formato de compilação de artigos.

Neste capítulo serão apresentados então os 4 artigos construídos a partir dos dados obtidos nas duas fases da pesquisa, os quais compõem essa tese.

O artigo 1, intitulado “**O Processo de Enfermagem no cuidado as pessoas com doença de Parkinson: revisão integrativa**” apresenta uma revisão integrativa da literatura nacional e internacional, na qual buscou-se as evidências científicas sobre a utilização do processo de enfermagem no cuidado a pessoas com doença de Parkinson, e assim subsídios para apoiar a construção do protocolo de consulta de enfermagem.

O artigo 2, intitulado “**Idosos com doença de Parkinson: perfil sociodemográfico, condições de saúde e impacto funcional**” apresenta o resultado da investigação relativa à caracterização de idosos com doença de Parkinson de um serviço de atendimento ambulatorial, com enfoque na avaliação do comprometimento funcional ocasionado pela doença.

O artigo 3, intitulado “**Fatores associados a síndrome de fragilidade em idosos com Doença de Parkinson**” apresenta os fatores associados a fragilidade e conseqüentemente ao declínio da capacidade funcional em pessoas idosas com Parkinson (artigo publicado na Revista Brasileira de Enfermagem).

E, finalmente, o artigo 4, “**Elaboração e validação de conteúdo de um protocolo de consulta de enfermagem para o autocuidado apoiado de pessoas com doença de Parkinson**” aborda o processo de desenvolvimento de um protocolo assistencial com instrumentos para consulta sistematizada de enfermagem direcionada à pessoa com doença de Parkinson, com base no referencial teórico do autocuidado apoiado.

6.1 Artigo 1 - O Processo de Enfermagem no cuidado as pessoas com doença de Parkinson: revisão integrativa

The Nursing Process in the care of people with Parkinson's disease: integrative review

El Proceso de Enfermería en el cuidado de personas con enfermedad de Parkinson: revisión integradora

Alcimar Marcelo do Couto¹, ORCID: 0000-0002-1754-4616

Isabella Maria de Oliveira¹, ORCID: 0000-0003-1683-8716

Milena Riêra Lopes¹, ORCID: 0000-0002-8125-1471

Sônia Maria Soares¹, ORCID: 0000-0003-3161-717X

¹ Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. Belo Horizonte, MG, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Analisar a produção científica acerca da utilização do processo de enfermagem como ferramenta de cuidado as pessoas com doença de Parkinson. **Método:** Revisão integrativa da literatura nas bases de dados Lilacs, Medline, CINAHL, Scopus, Cochrane, Embase e Web of Science. A coleta dos dados ocorreu em agosto de 2021. Após seleção dos estudos, a amostra totalizou 20 artigos. **Resultados:** A partir da síntese das evidências foi possível organizar três categorias temáticas: “O Processo de Enfermagem na atenção à saúde de pessoas com doença de Parkinson: contexto brasileiro”; “Linguagem Padronizada de Enfermagem e referenciais teóricos no suporte ao Processo de Enfermagem” e “Modelos de cuidado e as etapas do Processo de Enfermagem na atenção à saúde de pessoas com doença de Parkinson: experiências e perspectivas”. **Conclusões e implicações para a prática:** Constata-se incipiente produção científica sobre a avaliação de efetividade de intervenções de enfermagem relacionadas ao cuidado de pessoas com doença de Parkinson no contexto nacional. O estudo aponta a necessidade de criação de programas de apoio de autogestão e promoção de ações de autocuidado, com incorporação de avanços tecnológicos adaptados para pessoas com doença de Parkinson, testados no atendimento clínico.

DESCRITORES: Processo de Enfermagem; Cuidados de enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Terminologia Padronizada em Enfermagem; Doença de Parkinson.

ABSTRACT

Objective: To analyze the scientific production on the use of the nursing process as a care tool for people with Parkinson's. **Method:** Integrative literature review in Lilacs, Medline, CINAHL, Scopus, Cochrane, Embase and Web of Science databases. Data collection took place in August 2021. After selecting the studies, the sample totaled 20 articles. **Results:** From the synthesis of the evidence, it was possible to organize three thematic categories: “The Nursing Process in the health care of people with Parkinson's: Brazilian context”; “Standardized Nursing Language and theoretical frameworks to support the Nursing Process” and “Care models and the stages of the Nursing Process in the health care of people with Parkinson's: experiences and perspectives”. **Conclusions and implications for practice:** There is an incipient scientific production on the evaluation of the effectiveness of nursing interventions related to the care of people with Parkinson's in the national context. The study points to the need to create support

programs for self-management and promotion of self-care actions, with the incorporation of technological advances adapted for people with Parkinson's, tested in clinical care.

DESCRIPTORS: Nursing Process; Nursing care; Nursing Diagnosis; Standardized Nursing Terminology; Parkinson Disease.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la producción científica sobre el uso del proceso de enfermería como herramienta de atención a las personas con Parkinson. **Método:** Revisión integrativa de la literatura en las bases de datos Lilacs, Medline, CINAHL, Scopus, Cochrane, Embase y Web of Science. La recolección de datos ocurrió en agosto de 2021. Después de la selección de los estudios, la muestra totalizó 20 artículos. **Resultados:** A partir de la síntesis de las evidencias, fue posible organizar tres categorías temáticas: “El Proceso de Enfermería en el cuidado de la salud de las personas con Parkinson: contexto brasileño”; “Lenguaje estandarizado de Enfermería y marcos teóricos para apoyar el Proceso de Enfermería” y “Modelos de atención y las etapas del Proceso de Enfermería en el cuidado de la salud de las personas con Parkinson: experiencias y perspectivas”. **Conclusiones e implicaciones para la práctica:** Existe una producción científica incipiente sobre la evaluación de la efectividad de las intervenciones de enfermería relacionadas con el cuidado de las personas con Parkinson en el contexto nacional. El estudio apunta a la necesidad de crear programas de apoyo a la autogestión y promoción de acciones de autocuidado, con la incorporación de avances tecnológicos adaptados a las personas con Parkinson, probados en la atención clínica.

DESCRIPTORES: Proceso de Enfermería; Atención de enfermería; Diagnóstico de Enfermería; Terminología Normalizada de Enfermería; Enfermedad de Parkinson.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas o perfil da população mundial tem sofrido transformações drásticas decorrentes do expressivo aumento da população idosa. No Brasil, esse fenômeno vem ocorrendo de forma muito acelerada.¹ Segundo dados do IBGE, o Brasil, em 2016, tinha a quinta maior população idosa do mundo, e em 2060, o número de idosos será, de aproximadamente, 82 milhões.²

Tanto o aumento da expectativa de vida, como inúmeros avanços da área da saúde modificaram o padrão de doenças na população, representado pelo aumento das taxas de incidência e prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que requerem acompanhamento constante, com relevância nesse grupo para as doenças neurodegenerativas.³

Dentre as doenças crônicas degenerativas e incapacitantes, destaca-se a doença de Parkinson (DP), uma afecção degenerativa do sistema nervoso central em crescente ascensão, atingindo globalmente 6,1 milhões de pessoas em 2016,⁴ com altos custos sociais e econômicos, tornando-se, na atualidade, um grande desafio para os sistemas de saúde, que merece destaque devido às suas características e inúmeras repercussões para o indivíduo, família e sociedade.^{5,6}

Definida como uma desordem neurológica, idiopática, crônica, degenerativa e progressiva, associada com corpos de Lewy e perda de neurônios dopaminérgicos na substância negra, a DP é caracterizada pela associação de alterações motoras e não motoras, com diferentes estágios de comprometimento progressivo.^{7,8}

Dentre as alterações motoras, destacam-se do ponto de vista clínico os sintomas cardinais da doença: o tremor de repouso, a rigidez, a bradicinesia e a instabilidade postural. Os sintomas não motores são caracterizados por disfunções autonômicas (vesicais, intestinais, hipotensão postural e disfagia) alterações do humor, cognitivas e psiquiátricas.^{5,9} É importante ressaltar que a medida que a doença progride, nos seus diferentes estágios, a capacidade funcional do idoso é afetada e pode impactar diretamente a sua qualidade de vida.¹⁰

Nesse contexto, é importante a educação em saúde desde o momento de diagnóstico da doença, passando por todas as etapas de progressão das incapacidades, com incentivo ao autocuidado e autogerenciamento das tarefas diárias, dentro das possibilidades do atual contexto de avanço da doença e do comprometimento físico e das alterações cognitivas e comportamentais.^{9,11} Com o intuito de tornar o indivíduo protagonista do seu cuidado, pode-se incentivá-lo a tomar decisões e a desempenhar atividades que ainda seja capaz de realizar.¹²

O enfermeiro tem papel importante nesse contexto, visto que, atuando por meio de consulta de enfermagem sistematizada que operacionalize o Processo de Enfermagem (PE), poderá motivar e preparar as pessoas, com participação da família e cuidadores, a se tornar protagonista na condução dos seus problemas de saúde.⁵ Para os enfermeiros que atuam em serviços de atenção primária a saúde e ambulatoriais, a prestação de apoio de autogestão e promoção de ações de autocuidado a pessoas com doenças crônicas, como a DP é considerada uma parte importante do cuidado profissional.¹³

Diante disso, vê-se a necessidade de profissionais de enfermagem capacitados, capazes de operacionalizar de forma efetiva o PE e orientar às pessoas com Parkinson e seus familiares e acompanhá-los ao longo do curso da doença. Para isso, é fundamental a realização de pesquisas, acerca da atuação da enfermagem e da efetividade das intervenções utilizadas no cuidado dessa população, com destaque para as ações e estratégias que promovem o autocuidado da pessoa com doença de Parkinson.¹²

A partir desse contexto, tem-se como questão de pesquisa: Como o processo de enfermagem tem sido utilizado nas produções científicas como forma de prestar assistência a indivíduos adultos e idosos com doença de Parkinson? Assim, o objetivo deste estudo foi analisar a produção científica acerca da utilização do processo de enfermagem como ferramenta de cuidado às pessoas com doença de Parkinson.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, efetuada em seis etapas. Essa é uma técnica de mapeamento da literatura na qual as pesquisas são sumarizadas e conclusões são estabelecidas considerando o delineamento da pesquisa, conseqüentemente possibilita a síntese e a análise do conhecimento científico produzido acerca de um determinado tema para sua incorporação na prática, assim como reflexões sobre a realização de futuras pesquisas.¹⁴

A primeira etapa incluiu a elaboração da pergunta da revisão, formulada a partir da estratégia de busca conhecida pelo acrônimo PICO,¹⁵ no qual: População (P): é identificada pelos adultos e idosos com doença de Parkinson; Interesse (I): utilização do processo de enfermagem; Contexto (Co): cuidados de enfermagem. Nesse sentido, formulou-se a seguinte questão de pesquisa: Como o processo de enfermagem tem sido abordado nas produções científicas como ferramenta na prestação de cuidados de enfermagem a indivíduos adultos e idosos com doença de Parkinson?

Na segunda etapa da busca e seleção dos estudos primários, foram escolhidas as bases de dados de acordo com a pergunta de pesquisa. A busca dos estudos foi realizada no mês de agosto de 2021 na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na PUBMED e no portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), com acesso por meio da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) na qual os pesquisadores estão vinculados.

A pesquisa abrangeu as seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline) por meio da *U.S. National Library of Medicine National Institute of Health* (PUBMED); *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), Scopus, *The Cochrane Library* (Cochrane), Embase e *Web of Science* (WOS).

A terceira etapa consistiu na seleção dos termos de busca com base nas palavras que compõe a pergunta de revisão, identificando se o termo apresentava-se como descritor ou palavra-chave. Como estratégia de investigação foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) para as bases de dados em língua portuguesa e os *Medical Subject Headings* (MeSH) correspondentes em língua inglesa, aliados aos operadores booleanos *and* e *or*, possibilitando os seguintes cruzamentos: (Cuidados de Enfermagem OR Processo de Enfermagem OR Diagnóstico de Enfermagem OR Terminologia Padronizada em Enfermagem) AND (Doença de Parkinson); (*Nursing Care* OR *Nursing Process* OR *Nursing Diagnosis* OR

Standardized Nursing Terminology) AND (*Parkinson Disease*); (*Atención de Enfermería* OR *Proceso de Enfermería* OR *Diagnóstico de Enfermería* OR *Terminología Normalizada de Enfermería*) AND (*Enfermedad de Parkinson*).

Na quarta etapa que diz respeito à avaliação crítica dos estudos primários incluídos na revisão, a fase inicial de seleção dos artigos consistiu na leitura dos títulos e resumos para a seleção de obras pertinentes ao objetivo deste estudo. Após essa seleção, todos os artigos incluídos foram submetidos à leitura na íntegra, analisados quanto aos critérios estabelecidos e as informações obtidas foram organizadas e apresentadas em forma de quadro, contendo uma síntese das informações extraídas dos estudos.

Foram incluídos artigos publicados entre os anos de 2011 e 2021, disponíveis na íntegra para acesso gratuito, nos idiomas inglês, espanhol e português, que abordassem a temática proposta. Excluíram-se editoriais, cartas ao editor, manuais, teses, dissertações, artigos repetidos e estudos que não correspondessem à temática relevante ao objetivo da revisão.

Na quinta etapa que se trata da síntese dos resultados da revisão, a estratégia utilizada para a coleta de dados dos artigos selecionados foi a utilização de um instrumento elaborado pelos autores unicamente para este fim. Este instrumento é composto por variáveis de interesse da pesquisa cujos itens foram: dados de identificação do artigo (título do artigo, autores, periódico, base de dados, idioma, ano de publicação e país); objetivos do estudo; características da população e amostra; metodologia ou design utilizado; resultados; local de realização do estudo; etapa do Processo de Enfermagem contemplada; Sistema de Linguagem Padronizado de enfermagem utilizado; referencial teórico; conclusões e recomendações.

Para análise das informações, foi utilizada uma planilha criada no software Microsoft Excel® composta pelos itens que contemplam as variáveis de interesse da pesquisa. Os dados foram agrupados conforme semelhança de temas, permitindo dessa forma a apresentação dos resultados em categorias.

A sexta etapa consistiu na apresentação dessa revisão em formato de quadro sinóptico, a fim de sintetizar os achados mais relevantes, além da elaboração das conclusões do estudo, assim como as reflexões que emergiram no transcorrer da análise e discussão das categorias temáticas.

O nível de evidência dos manuscritos foi identificado com base no delineamento do estudo pautado nos seguintes critérios: I para revisões sistemáticas e meta-análise de ensaios clínicos randomizados; II para ensaios clínicos randomizados; III para ensaio controlado não randomizado; IV para estudos caso-controle ou coorte; V para revisões sistemáticas de estudos qualitativos ou descritivos; VI para estudos qualitativos ou descritivos; VII para parecer de

autoridades e/ou relatórios de comitês de especialistas. Essa hierarquia classifica os níveis I e II como fortes, III a V como moderados e VI e VII como fracos.¹⁶

Por se tratar de estudo de revisão cuja metodologia analisa dados já publicados e analisados eticamente, não foi necessária a apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

Na busca inicial, encontrou-se um total de 318 publicações. Pela leitura dos títulos e resumos, foi possível excluir aqueles estudos que não atendiam aos critérios de inclusão ou ao objeto de investigação ou estavam em duplicidade nas bases de dados. Foram selecionados 32 artigos para leitura na íntegra, desses, 20 responderam à questão norteadora e atendiam aos critérios de inclusão, portanto, constituíram a amostra final desta revisão.

Na amostra final, nove artigos foram selecionados no MEDLINE, seis no LILACS, dois no EMBASE, outras dois no COCHRANE e um na CINAHL. Para sistematizar o processo de seleção dos artigos optou-se pela metodologia *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA).¹⁷ As etapas desse processo estão descritas na forma de um fluxograma (Figura 1).

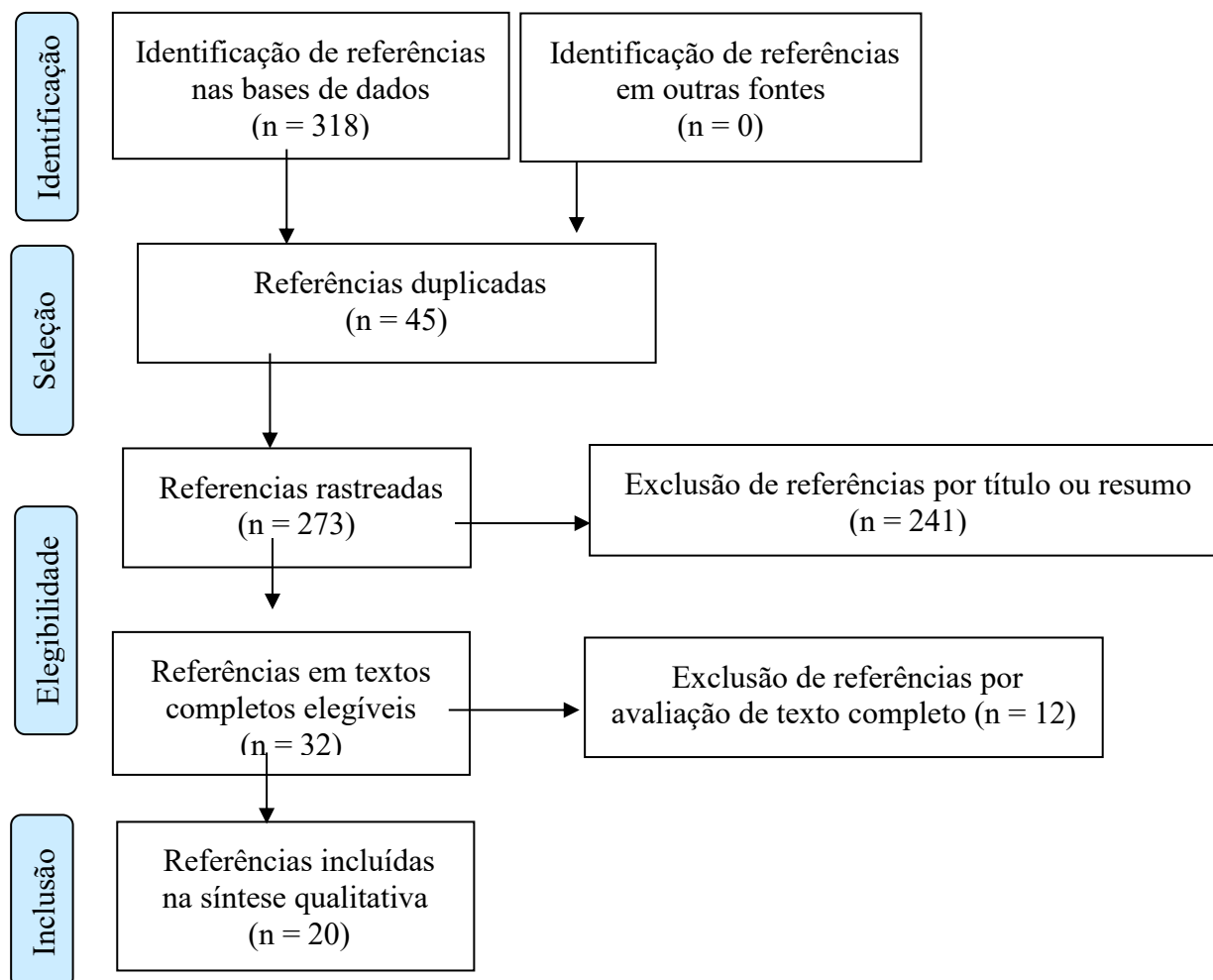


Figura 1 - Fluxograma da seleção de publicações nas bases de dados adaptado do *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses* (PRISMA), Belo Horizonte, MG, 2021.

Os 20 artigos selecionados¹⁸⁻³⁷ foram publicados entre os anos 2014 e 2021. Este quantitativo encontra-se distribuído da seguinte forma: um artigo nos anos de 2014 e 2018, 2 artigos no ano de 2016, três artigos nos anos de 2019 e 2021, quatro artigos em 2020 e seis artigos no ano de 2015. Os dados demonstraram uma lacuna de publicações de interesse do estudo entre os anos de 2011 a 2013 e 2017, marcado pela ausência de artigos selecionados nestes anos.

Quanto ao local de realização dos estudos, oito estudos (40,0%) foram nacionais e doze (60,0%) publicações foram internacionais, sendo cinco produzidas nos Estados Unidos da América (EUA) e outras seis em países da Europa (Espanha, Suécia e Holanda). Apenas uma publicação na Ásia (Japão). Em relação ao idioma original, dez estudos (50,0%) foram publicados em inglês, oito estudos (40,0%) na língua portuguesa e apenas dois (10,0%) em espanhol.

Com relação ao delineamento metodológico, doze estudos (60,0%) são descritivos, principalmente com abordagem qualitativa, seis estudos (30,0%) ensaios clínicos randomizados e estudos quase experimental sem randomização, sendo todos internacionais, duas revisões sistemáticas de estudos qualitativos ou descritivos.

Frente ao levantamento realizado, destaca-se a constatação de incipiente produção de artigos de avaliação da efetividade de intervenções de enfermagem (ensaios clínicos) no contexto nacional. Observa-se ainda que a maioria dos manuscritos analisados apresentou nível de evidência VI, considerado fraco.

Após seleção das publicações a serem utilizadas na síntese da revisão, foi construído um quadro para análise de perfil das publicações com as seguintes informações: título, autores, país, ano, periódico, base, delineamento do estudo, nível de evidencia, amostra do estudo, principais resultados e conclusões (Quadro 1).

Com base nos achados dos estudos incluídos nesta revisão integrativa (n=20), foram elencadas três categorias temáticas dos principais resultados dos estudos, conforme apresentado no Quadro 2.

Quadro 1 - Caracterização dos artigos selecionados no período de 2011 a 2021. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2021

Artigo	Título e autores	Periódico e base de dados	País de origem e ano de publicação	Delineamento do estudo Nível de evidência	Amostra do estudo	Principais resultados e conclusões
A1	Cuidados de enfermagem a usuários com Doença de Parkinson na atenção básica de saúde; Kuster <i>et al.</i> ⁽¹⁸⁾	Rev Enferm UFSM / LILACS	Brasil; 2014	Estudo descritivo qualitativo Nível: VI	Nove enfermeiros atuantes na atenção básica em saúde.	O estudo indicou a ausência de registro de pacientes com Doença de Parkinson na área de abrangência das unidades. Essa ausência de registros aponta para o comprometimento do cuidado de enfermagem frente ao estabelecimento de ações específicas para usuários que tenham a DP.
A2	Assistência à pessoa com Parkinson no âmbito da Estratégia de Saúde da Família; Galvão <i>et al.</i> ⁽¹⁹⁾	Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online / LILACS	Brasil; 2016	Estudo descritivo qualitativo Nível: VI	Cinco pessoas Doença de Parkinson.	Apontou para a fragmentação da equipe no atendimento integral à pessoa com DP, ausência de vínculo efetivo com o público alvo, cuidado prejudicado pela falta de orientação, tratamento focado no cuidado farmacológico, sem a atuação multiprofissional.
A3	Mapeamento dos termos da linguagem de enfermagem na Doença de Parkinson; Tosin <i>et al.</i> ⁽²⁰⁾	Revista da Escola de Enfermagem da USP / MEDLINE	Brasil; 2015	Estudo descritivo, de mapeamento cruzado Nível: VI	67 prontuários eletrônicos de pacientes atendidos com DP.	Foram identificados 454 termos da linguagem de Enfermagem que, após o mapeamento cruzado, culminaram em 54 diagnósticos, presentes em 11 domínios da taxonomia Nanda I. Os diagnósticos mais mapeados foram "Eliminação urinária prejudicada", "Incontinência urinária de urgência", "Disposição para autocontrole da saúde melhorada", "Constipação" e "Mobilidade física prejudicada".
A4	Diagnósticos de Enfermagem sobre alterações urinárias na doença de Parkinson; Campos <i>et al.</i> ⁽²¹⁾	Acta Paulista de Enfermagem / LILACS	Brasil; 2015	Estudo descritivo, de mapeamento cruzado Nível: VI	67 prontuários eletrônicos de pacientes com DP.	Foi observada a abrangência da taxonomia na identificação das alterações urinárias. Foram mapeados sete diagnósticos de enfermagem, sendo a "Eliminação urinária prejudicada" o mais frequente. Há uma despadronização de linguagem nos diagnósticos de alterações urinárias em pacientes com DP, que reflete a complexidade das alterações.
A5	Diagnósticos de enfermagem sobre capacidade funcional na doença de Parkinson: mapeamento cruzado; Tosin <i>et al.</i> ⁽²²⁾	OBJN: Online Brazilian Journal of Nursing / LILACS	Brasil; 2015	Estudo descritivo, de mapeamento cruzado Nível: VI	67 prontuários eletrônicos de pacientes com DP.	Dos 93 termos da linguagem de enfermagem, emergiram do mapeamento cruzado 15 diagnósticos padronizados com NANDA- I. Sendo que os mais mapeados foram "Mobilidade física prejudicada" e "Risco de quedas". Importante reconhecer a importância da NANDA-I em universalizar e consolidar cientificamente a práxis da enfermagem.

A6	Intervenções de Enfermagem para a reabilitação na doença de Parkinson: mapeamento cruzado de termos; Tosin <i>et al.</i> ⁽²³⁾	Revista Latino-Americana de Enfermagem / MEDLINE	Brasil; 2016	Estudo descritivo, de mapeamento cruzado Nível: VI	67 prontuários eletrônicos de pacientes com DP.	Foram identificadas 1.077 intervenções normalizadas que, após o cruzamento com a taxonomia e o refinamento feito pelos especialistas, resultaram em 32 intervenções equivalentes ao sistema de Classificação das Intervenções de Enfermagem. “Ensino: Processo da doença”, “Contrato com o Paciente” e “Facilitação da Aprendizagem” estiveram presentes em 100% dos prontuários.
A7	Gerontotecnologia para prevenção de quedas dos idosos com Parkinson; Ferreira <i>et al.</i> ⁽²⁴⁾	REBEn - Revista Brasileira de Enfermagem / MEDLINE	Brasil; 2019	Estudo qualitativo, Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA) Nível: VI	Nove idosos com DP.	A aplicação da gerontotecnologia resultou por parte dos idosos em autocuidado, empoderamento e conhecimento através do jogo, revelando interesse em mudança de conduta, independência e aprendizagem, além de servir como instrumento facilitador do cuidado. A gerontotecnologia proporciona inovação e aprimoramento de estratégias instrumentais para o cuidado e prevenção de quedas.
A8	Gerontotecnologia para prevenção de quedas: cuidado de enfermagem ao idoso com Parkinson Ferreira <i>et al.</i> ⁽²⁵⁾	Revista da Escola de Enfermagem da USP / MEDLINE	Brasil; 2021	Estudo qualitativo, Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA) Nível: VI	Nove idosos com DP e dez profissionais.	A gerontotecnologia educacional desenvolvida tem conteúdo relevante, podendo ser utilizada pelos idosos, familiares e cuidadores, a fim de gerar esclarecimento de questões sobre a temática prevenção de quedas para os idosos com Doença de Parkinson.
A9	Enfermedad de Parkinson: abordaje enfermero desde atención primaria; Manzanares <i>et al.</i> ⁽²⁶⁾	Gerokomos / LILACS	Espanha; 2018	Estudo de revisão Nível: V	Dezenove publicações.	A maioria dos artigos analisados indicaram o cuidado voltado para fases mais avançadas da DP e apontam para aceitação progressiva do quadro da doença pelo indivíduo. Os problemas físicos mais destacados são relacionados à mobilidade, eliminação e repouso/sono. A educação em saúde é essencial no cuidado, de modo a orientar o paciente sobre o prognóstico evolutivo e aspectos fundamentais da doença.
A10	Los protocolos de actuación y la calidad de la atención de enfermería del paciente con enfermedad de Parkinson; Reconde-Suárez; Peña-Figueroa ⁽²⁷⁾	Revista de Enfermería Neurológica / LILACS	Espanha; 2019	Estudo de revisão Nível: V	Não foi apresentada na revisão.	Foi possível especificar a qualidade da atenção de enfermagem a partir das categorias analisadas. Foi identificado que para garantir o cuidado da atenção de enfermagem com o paciente com a doença de Parkinson é preciso adotar registros que permitam, guiar, unificar e sustentar cientificamente a atuação dos enfermeiros. Os resultados evidenciaram que são escassas as investigações sobre registros de cuidados de enfermagem.
A11	Evaluation of a psychoeducational intervention compared with education in people with Parkinson's disease and their informal caregivers: a quasi-experimental study; Navarta-Sánchez <i>et al.</i> ⁽²⁸⁾	Journal of Advanced Nursing / CINAHL	Espanha; 2020	Ensaio controlado não randomizado Nível: III	140 pessoas com DP e 127 cuidadores informais.	Pacientes e cuidadores informais tanto no grupo experimental quanto no grupo controle mostraram significativa melhora psicossocial após a intervenção quando comparado com os dados de linha de base. Também foi notado uma melhora significativa na qualidade de vida do paciente e nas habilidades do cuidador. Os efeitos da intervenção psicoeducacional não são diferentes dos efeitos da educação programada. Tais métodos poderiam ser facilmente desenvolvidos na

						Atenção Básica para melhorar a saúde de pessoas com DP e seus cuidadores.
A12	Support supplied by Parkinson's disease specialist nurses to Parkinson's disease patients and their spouses; Hellqvist; Berterö ⁽²⁹⁾	Elsevir / MEDLINE	Suécia; 2015	Estudo descritivo qualitativo Nível: VI	7 pacientes com Doença de Parkinson e seus respectivos cônjuges.	É destacado a importância do conhecimento frente à doença, além da singularidade do cuidado, compreendendo o indivíduo em sua totalidade e não apenas a relação clínica da doença, considerando questões sociais e emocionais de suporte ao indivíduo. Destaca a importância da atuação para educação em saúde do paciente e pessoas próximas frente ao progresso da doença.
A13	Promoting Self-Care in Nursing Encounters with Persons Affected by Long-Term Conditions - A Proposed Model to Guide Clinical Care; Hellqvist ⁽³⁰⁾	International Journal of Environmental Research and Public Health / EMBASE	Suécia; 2021	Estudo descritivo qualitativo Nível: VI	127 pessoas com DP e 75 cuidadores.	Aponta que o contexto social do paciente, assim como as pessoas próximas são fatores importantes para lidar com a doença no dia a dia, além do apoio aos cuidados de saúde pelos profissionais para desenvolver novas estratégias e conhecimento para o autocuidado e autogestão. A proposta dos cuidados de enfermagem deve ser fornecer as informações e estratégias necessárias para gerenciar o impacto da doença de forma independente na vida cotidiana.
A14	Implementation of an Integrative Holistic Healthcare Model for People Living with Parkinson's Disease; Pretzer-Aboff; Prettyman ⁽³¹⁾	The Gerontological Society of America / MEDLINE	EUA; 2015	Estudo descritivo metodológico Nível: VI	36 pacientes com DP.	Desenvolve e examina um modelo inovador de saúde que remove barreiras como acesso físico a uma equipe multidisciplinar de saúde especialista em DP para que possa melhorar o atendimento e a qualidade de vida, a partir de um modelo híbrido de telessaúde e atenção domiciliar. O modelo de atendimento que combina visitas presenciais com visitas de telessaúde, permitiu a aplicação de um cuidado centrado no paciente por equipe multiprofissional, de modo a tornar o atendimento em saúde a DP mais acessível e efetivo.
A15	Study protocol of "CHAPS": a randomized controlled trial protocol of Care Coordination for Health Promotion and Activities in Parkinson's Disease to improve the quality of care for individuals with Parkinson's disease; Connor <i>et al.</i> ⁽³²⁾	Connor et al. BMC Neurology / COCHRANE	EUA; 2015	Ensaio clínico randomizado Nível: II	346 pacientes com DP.	O programa consiste em avaliação telefônica, uso de protocolos baseados em evidências e ferramentas que visam aprimorar o autogerenciamento do paciente, o planejamento de cuidados e a coordenação de cuidados entre os prestadores. Com isso, foi feito um levantamento de 28 problemas principais presentes no cotidiano de doentes. A partir desses problemas são estabelecidos planos de cuidado individualizados.
A16	Randomized trial of care management to improve Parkinson disease care quality; Connor <i>et al.</i> ⁽³³⁾	Class of Evidence / COCHRANE	EUA; 2019	Ensaio clínico randomizado Nível: II	328 pacientes com DP.	A atuação da gerência de enfermagem para a plataforma "Coordenação de Cuidados para Promoção da Saúde e Atividades na Doença de Parkinson (CHAPS)", refletiu no aumento da adesão aos indicadores de qualidade de cuidado a pacientes com DP.

A17	Quality and extent of implementation of a nurse-led care management intervention: care coordination for health promotion and activities in Parkinson's disease (CHAPS); Connor <i>et al.</i> ⁽³⁴⁾	BMC Neurology / MEDLINE	EUA; 2020	Ensaio clínico randomizado Nível: II	140 pacientes com DP.	Gestores de enfermagem do programa CHAPS realizaram 27 tipos de intervenções para resolver problemas identificados, sendo que as atividades mais frequentes foram aconselhamento emocional e gerenciamento de medicamentos, Participantes relataram adesão a inúmeras ações de autocuidado após a implementação do programa. Tal resultado indica boa qualidade e extensão da implementação, o que contribui para apoiar a disseminação do programa para melhora na qualidade do atendimento na DP.
A18	Stakeholder perceptions of components of a Parkinson disease care management intervention, care coordination for health promotion and activities in Parkinson's disease (CHAPS); Connor <i>et al.</i> ⁽³⁵⁾	BMC Neurology / MEDLINE	EUA; 2020	Ensaio clínico randomizado Nível: II	140 pacientes com DP.	Os enfermeiros gerentes do cuidado relataram que o "CHAPS" foi um facilitador do cuidado com seus pacientes. Foi observado melhora na gestão do autocuidado pelo paciente. Em relação ao caderno de anotações adotado no programa, segundo o enfermeiro o instrumento foi fácil de ser utilizado, centrado na pessoa/paciente e organizado, porém alguns desafios do uso também foram relatados. Participantes participaram ativamente e mostraram engajamento e as ferramentas de autocuidado são úteis na intervenção.
A19	The cost-effectiveness of specialized nursing interventions for people with Parkinson's disease: the NICE-PD study protocol for a randomized controlled clinical trial; Radder <i>et al.</i> ⁽³⁶⁾	Radder et al. Trials / MEDLINE	Holanda; 2020	Ensaio clínico randomizado Nível: II	240 pacientes com DP.	A incorporação do atendimento de enfermeira especialista em DP não aponta para aumento de custos, ao passo que com um plano de cuidados mais bem definido, o número de consultas em neurologia deve diminuir, alinhado ao aumento do potencial de atendimento em enfermagem. Os cuidados de enfermagem especializada também são bem sucedidos frente a melhora da qualidade de vida do paciente.
A20	Differences in Home Health Nursing Care for Patients with Parkinson's Disease by Stage of Progress: Patients in Hoehn and Yahr Stages III, IV, and V; Iwasa; Saito; Suzuk ⁽³⁷⁾	Hindawi / EMBASE	Japão; 2021	Estudo descritivo Nível: VI	21 pacientes com DP.	Diferenças claras nos cuidados de enfermagem foram observadas entre os estágios de Hoehn e Yahr (HY), sugerindo que os protocolos baseados em estágios em relação a natureza e a frequência das consultas de enfermagem podem ser úteis para garantir um cuidado consistente e eficaz aos pacientes com DP.

Quadro 2 - Categorias temáticas dos principais resultados sobre a utilização do Processo de Enfermagem na doença de Parkinson. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2021

Categorias temáticas (número de artigos)	Resultados dos estudos
<p>Categoria 1 - O Processo de Enfermagem na atenção à saúde de pessoas com doença de Parkinson: contexto brasileiro (n=8)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - O cuidado na Atenção Primária a Saúde a pessoas com doença de Parkinson.^{18,19} - O cuidado a nível ambulatorial.^{20,21,22,23} - Estratégia de cuidado: visita domiciliar.¹⁹ - Estratégia de cuidado: gerontotecnologias.^{24,25}
<p>Categoria 2 - Linguagem Padronizada de Enfermagem e referenciais teóricos no suporte ao Processo de Enfermagem (n=8)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Importância da padronização da linguagem para o desenvolvimento do processo de cuidado de enfermagem.^{20, 21, 22, 23, 26, 27} - Linguagem padronizada: <ul style="list-style-type: none"> - Nanda I.^{20, 21, 22, 23, 26} - NIC.^{20, 21,26} - NOC.²⁶ - Os domínios mais frequentes de diagnóstico de enfermagem.^{20, 21, 22, 23, 26} - Os domínios mais frequentes de intervenção de enfermagem.^{20, 23, 26} - Referenciais teóricos: Teoria do déficit de autocuidado de Orem.^{29,30}
<p>Categoria 3 - Modelos de cuidado e as etapas do Processo de Enfermagem na atenção à saúde de pessoas com doença de Parkinson: experiências e perspectivas (n=12)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Modelo de cuidado: “<i>Chronic Care Model</i>”^{28, 32, 33,34,35}; <i>Nurse Managed Health Center (NMHC)</i>³¹; NICE-PD.³⁶ - Aplicação de etapas do Processo de Enfermagem.^{34, 35} - Avaliação da efetividade de intervenções no cuidado a pessoas com doença de Parkinson.^{28, 32, 33,34,35} - Participação da família.^{18, 19, 23, 30, 31} - Educação em saúde.^{28, 29, 30}

DISCUSSÃO

Os dados encontrados nos diferentes estudos incluídos nesta revisão integrativa da literatura foram sintetizados em três categorias, intituladas: O Processo de Enfermagem na atenção à saúde de pessoas com doença de Parkinson: contexto brasileiro; Linguagem Padronizada de Enfermagem e referenciais teóricos no suporte ao Processo de Enfermagem; Modelos de cuidado e as etapas do Processo de Enfermagem na atenção à saúde de pessoas com doença de Parkinson: experiências e perspectivas.

O Processo de Enfermagem na atenção à saúde de pessoas com doença de Parkinson: contexto brasileiro

No que se refere aos cuidados de enfermagem prestados as pessoas com doença de Parkinson e seus familiares na atenção primária à saúde brasileira, os dois estudos que tiveram como objetivo analisar as ações de cuidado realizadas por enfermeiros na Estratégia de Saúde da Família constataram lacunas na assistência.^{18, 19}

O estudo realizado no Rio Grande do Sul verificou-se que no município estudado não havia pessoas com doença de Parkinson cadastradas nas unidades de Saúde da Família. E os enfermeiros não souberam informar quais os cuidados de enfermagem que poderiam favorecer a melhora da qualidade de vida dessas pessoas.¹⁸

Da mesma forma, o estudo realizado no Rio Grande do Norte evidenciou a necessidade da implementação de ações voltadas à atenção as pessoas com doença de Parkinson, visto que não era aplicado plano terapêutico direcionado à saúde desses pacientes, e a necessidade de efetivar a atuação do enfermeiro nesse cuidado.¹⁹

A visita domiciliar foi a estratégia mais utilizada pela enfermagem para atuar e intervir nas necessidades das pessoas com doença de Parkinson, mas na visão dos pacientes as orientações e ações de cuidado necessárias ainda não são realizadas de forma efetiva pelo enfermeiro.¹⁹ Outra estratégia que se mostra eficaz são as gerontotecnologias (cartilha educativa e jogos de memória) apresentadas nos estudos, que podem ser incorporados as etapas de planejamento e implementação do Processo de Enfermagem.^{24,25}

Nos estudos desenvolvidos no contexto de reabilitação em nível ambulatorial foi possível evidenciar que o enfermeiro realiza consultas pautadas no Processo de Enfermagem para se guiar pelo raciocínio clínico. No entanto, mesmo sem a adoção de uma linguagem padronizada são definidos os diagnósticos de enfermagem, as intervenções e os resultados esperados os quais estão descritos nos prontuários. Na etapa de planejamento, o enfermeiro avalia se o resultado a ser alcançado requer intervenção por meio da abordagem individual ou em grupo.²³

O desconhecimento das possibilidades de cuidados pela enfermagem reflete em uma lacuna na assistência e na ausência de ações efetivas a esses pacientes e seus familiares. A possibilidade de receber cuidados pela enfermagem na atenção básica de forma compartilhada com as equipes de centros especializados precisa ser concretizada, visto ser o ponto de atenção à saúde mais próximo do indivíduo, com possibilidade de prestar cuidados no domicílio, que

muitas vezes se faz necessário em decorrência do comprometimento motor do paciente, que dificulta os deslocamentos a serviços de atenção secundária.

Linguagem Padronizada de Enfermagem e referenciais teóricos no suporte ao Processo de Enfermagem

Para compreender as demandas de cuidado de pacientes na fase inicial da doença, quando a pessoa vivencia uma transição no seu estado de saúde doença, e de seus familiares, além da atuação da enfermagem na atenção básica, um estudo de revisão da literatura analisou as necessidades das pessoas com Parkinson e, a partir dessa análise, propôs o desenvolvimento de plano de cuidados padronizado, utilizando das taxonomias NANDA I, NOC e NIC, frente às demandas mais comuns, abordando as necessidades de modo a facilitar a intervenção e garantir um cuidado eficiente e de qualidade ao paciente.²⁶

Em outro estudo foi indicada a importância do estabelecimento do Processo de Enfermagem e adoção de protocolos que permitam orientar, unificar e sustentar cientificamente as ações da equipe de enfermagem, de modo a garantir a continuidade do cuidado, além de organizar e consolidar as ações de enfermagem, para promover a satisfação do paciente e aumentar a consolidação do conhecimento científico, ademais avaliar o sucesso ou fracasso da assistência, validando a qualidade da atenção à saúde oferecida na DP.²⁷

Os estudos²⁰⁻²³ de Tosin et al. consistem no emprego da metodologia de mapeamento cruzado para identificar termos da linguagem de Enfermagem com as terminologias NANDA-I e NIC, contidos em prontuários de pacientes com DP em reabilitação.

No que se refere aos Diagnósticos de Enfermagem, foram identificados 454 termos da linguagem de Enfermagem que resultaram em 54 diferentes diagnósticos estabelecidos na NANDA-I. Os diagnósticos levantados estão distribuídos por quase todos os domínios da NANDA-I, o que demonstra a magnitude dos aspectos abordados e relacionados à DP, que se manifesta com grande diversidade de sinais e sintomas, e aponta para a complexidade do julgamento clínico do enfermeiro, destacando-se a importância da sistematização do cuidado a partir do Processo de Enfermagem.²⁰

No que se refere aos Diagnósticos de Enfermagem mais mapeados, os resultados do estudo mostraram o predomínio de diagnósticos relacionados aos sintomas não motores da doença de Parkinson, com destaque para a constipação intestinal e as alterações vesicais, vindo ao encontro com a literatura.²⁰ Os sintomas motores da doença também estavam notavelmente presentes e importante ressaltar que no contexto da enfermagem em reabilitação neurológica, a

mobilidade física prejudicada e o déficit para execução das atividades de vida diária são aspectos que precisam ser enfatizados na avaliação de enfermagem.²⁰

Em análise dos prontuários para a coleta dos dados no estudo de Tosin e colaboradores observou-se a despadronização do sistema de linguagem para diagnóstico. O uso do sistema de classificação possibilita traçar o plano de cuidados fundamentado em evidências científicas. Portanto, reconhece-se a necessidade de avaliar as características definidoras de cada diagnóstico para fundamentação do raciocínio clínico do enfermeiro, pois culminará na garantia da acurácia diagnóstica, possibilitando o planejamento mais adequado do cuidado prestado a pessoa com Parkinson.²²

A utilização da terminologia NIC pode contribuir para sistematizar a assistência de enfermagem no âmbito da reabilitação de pessoas com doença de Parkinson, de modo a imprimir qualidade ao cuidado profissional, levando a benefícios importantes para a profissão.²³

Modelos de cuidado e as etapas do Processo de Enfermagem na atenção à saúde de pessoas com doença de Parkinson: experiências e perspectivas

A realização da sequência de etapas específicas do processo de enfermagem com coleta de informações multidimensionais sobre o estado de saúde, identificação das condições que requerem intervenções de Enfermagem, planejamento das intervenções necessárias, implementação e avaliação das ações proporciona o atendimento de enfermagem ao indivíduo/família, de forma a considerar suas singularidades, e de modo ampliado.²³

Entre os estudos selecionados que avaliam a efetividade de intervenções no cuidado a pessoas com Parkinson, os estudos americanos³²⁻³⁴ e o estudo espanhol²⁸ utilizam elementos do “*Chronic Care Model*” (CCM), com destaque para a coordenação do atendimento ao paciente como um elemento-chave, papel nas propostas de cuidado apresentadas desempenhado pelo enfermeiro. O CCM tornou-se uma referência internacional para melhorar o cuidado de pessoas com condições crônicas, no entanto, ainda tem sido pouco utilizado em intervenções na DP.²⁸

Nesse contexto o programa clínico de implementação proativa, liderado por enfermeiros, denominado “Coordenação de Cuidados para a Promoção da Saúde e Atividades na Doença de Parkinson” (CHAPS) consiste em avaliações por telefone, protocolos baseados em evidências e ferramentas para aprimorar o autogerenciamento do paciente.³²

No “CHAPS”, os gerentes de cuidados de enfermagem conduzem avaliações estruturadas por telefone, baseadas em instrumentos validados e padronizados para identificar os problemas e necessidades não atendidas dos doentes.^{33,34} Todas as atividades do gerente de

cuidado de enfermagem foram classificadas nas cinco etapas do Processo de Enfermagem: investigação de enfermagem, diagnósticos de enfermagem, resultados de planejamento, implementação de intervenções (mais frequente aconselhamento/apoio emocional) e avaliação.^{34,35} Isso permitiu através da realização de ensaio clínico evidenciar a adesão dos pacientes a diversas ações de autocuidado e melhorias na qualidade do atendimento.^{34,35}

O estudo realizado em centros de atenção primária no norte da Espanha avaliou os efeitos de duas intervenções multidisciplinares coordenadas por enfermeiras, baseadas no “*Chronic Care Model*” para promover um papel ativo no manejo da DP em pacientes e seus cuidadores familiares, a partir de uma abordagem psicoeducacional em grupo, com reflexo para troca de experiências. Esse procedimento foi planejado para ajudar os participantes a reconhecer suas habilidades cognitivas e comportamentais de enfrentamento, refletir sobre elas e identificar outras habilidades que poderiam ajudá-los a se ajustar ainda mais a convivência e os cuidados com a DP.²⁸

Estudos realizados na Suécia^{29,30} exploram o papel profissional do enfermeiro especialista em DP na perspectiva das pessoas com doença de Parkinson e seus cônjuges, descrevem os fatores que são importantes para desenvolver e melhorar as habilidades e ações de autogestão e autocuidado na DP e apresentam a partir da teoria do déficit de autocuidado de Orem, uma proposta de um modelo de cuidado enfermagem, para dar suporte aos enfermeiros no fornecimento de apoio à autogestão e promoção do autocuidado no cuidado clínico de enfermagem.³⁰

Outros modelos de cuidados de enfermagem são apresentados nos estudos americano³¹ e holandês.³⁶ O estudo americano apresenta um modelo de atendimento denominado *Nurse Managed Health Center* (NMHC) que fornece acesso a cuidados multidisciplinares especializados e avançados na DP, baseado em uma estrutura colaborativa que usa tecnologia de telessaúde por videoconferência síncrona, para ajudar a fornecer atendimento especializado a pessoas com doença de Parkinson e seus cuidadores. O modelo interdisciplinar, com participação da enfermagem, permite o diagnóstico, o tratamento e o gerenciamento contínuo da DP.

Nesse modelo de atendimento uma enfermeira coordenadora com conhecimento sobre os recursos locais e de telessaúde auxilia as pessoas com doença de Parkinson no acesso a serviços adicionais, grupos de apoio educacional e mantém um canal de comunicação aberto com essas pessoas e suas famílias. Os profissionais de enfermagem demonstraram ser fortes líderes em modelos de prestação de cuidados de saúde interdisciplinares a doenças crônicas, o

que garante a singularidade do cuidado frente às diferentes demandas de saúde decorrentes da DP.³¹

O estudo holandês apresenta o protocolo de intervenção do estudo NICE-PD que tem como objetivo avaliar o custo-efetividade da assistência de enfermagem especializada prestada por um *Parkinson's Disease Nurse Specialist* (PDNS) em comparação com o atendimento usual sem PDNS para pessoas com Parkinson em todos os estágios da doença.³⁶

O enfermeiro PDNS realiza uma avaliação de enfermagem específica relacionada aos domínios biológico, físico, psicológico e social, contemplando avaliação das necessidades individuais de cuidado das pessoas com Parkinson e seus cuidadores. Em seguida é desenvolvido um plano de tratamento multidisciplinar baseado nos resultados da avaliação individual e priorizado pelo paciente e cuidador (tomada de decisão compartilhada), centrado no paciente e que apoia a pessoa com doença de Parkinson e o seu cuidador no autogerenciamento.³⁶

A partir dos resultados encontrados neste estudo de revisão foi possível constatar que ao estruturar o processo de Enfermagem na atenção a pessoas com doença de Parkinson é fundamental considerar a participação da família na relação de cuidado e estágio de evolução da doença. Diferenças claras nos cuidados de enfermagem foram observadas entre os estágios de Hoehn e Yahr (HY), sugerindo que os protocolos baseados em estágios em relação a natureza e a frequência das consultas de enfermagem podem ser úteis para garantir um cuidado consistente e eficaz na DP.³⁷

Além disso, os estudos apontam a necessidade de inclusão do suporte familiar, principalmente nas fases mais avançadas da doença, quando o indivíduo sofre perdas cognitivas de forma mais acentuada, em que há maior perda da capacidade de autocuidado, e conseqüentemente aumento do isolamento social.

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

O estudo de revisão possibilitou conhecer tanto em contexto nacional como internacional a oferta de cuidados de enfermagem e modelos de cuidado que adotam etapas do Processo de Enfermagem na assistência as pessoas com doença de Parkinson.

No cenário brasileiro, a produção científica que versa sobre o cuidado de enfermagem na atenção à saúde de pessoas com doença de Parkinson ainda é relativamente escassa, principalmente em relação a avaliação de efetividade de intervenções. Os estudos são em sua maioria descritivos, com amostras pequenas e possuem baixo nível de evidencia.

Embora seja possível constatar em alguns estudos que o apoio de autocuidado é fornecido pela enfermagem em atuação em equipe interdisciplinar as pessoas com doença de Parkinson em atendimento clínico, ainda existem algumas lacunas de conhecimento sobre o que essas intervenções devem incluir em termos de seu conteúdo, a melhor forma de desenvolvê-las para que de fato sejam efetivas, bem como instrumentos validados especificamente na temática de DP que contemplem todas as cinco etapas do Processo de Enfermagem.

Um número maior de programas de apoio de autogestão e promoção de ações de autocuidado, com incorporação de avanços tecnológicos e especificamente adaptados para pessoas com doença de Parkinson, precisam ser desenvolvidos e testados no atendimento clínico. As experiências e modelos de cuidados identificados nos estudos internacionais podem ser adaptadas e testadas para incorporação na prática clínica e organização de serviços de atenção integral a DP no Brasil.

Assim, acredita-se que os resultados desta revisão poderão ser utilizados para promover a ampliação de estudos sobre o processo de enfermagem na DP e apoiar a construção de instrumentos e protocolos para facilitar a efetiva utilização do PE na prática clínica de enfermeiros na atenção à saúde de pessoas com Parkinson.

REFERÊNCIAS

1. Marinho F, Passos VMDA, França EB. New century, new challenges: Changes in the burden of disease profile in Brazil. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2016;25(4):713-24. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742016000400005>
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeções da população do Brasil e unidades da Federação por sexo e idade: 2010 - 2060. Brasília: IBGE; 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=o-que-e>
3. Souza MAH, Porto EF, Souza EL, Silva KI. Perfil do estilo de vida de longevos. *Rev Bras Geriatr. Gerontol*. 2016;19(5):819-26. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150224>
4. Dorsey ER, Elbaz A. Global, regional, and national burden of Parkinson's disease, 1990 - 2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol*. 2018;17: 939-53 [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(18\)30295-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(18)30295-3)
5. Lennaerts H, Groot M, Rood B, Gilissenc K, Tulpd H, Wensen E et al. A Guideline for Parkinson's Disease Nurse Specialists, with Recommendations for Clinical Practice. *J. Parkinsons Dis*. 2017;7(4): 749-54. <http://dx.doi.org/10.3233/JPD-171195>

6. Yamaguchi B, Ferreira MP, Israel VL. Aquatic Physiotherapy and Parkinson's Disease: Effects on Functional Motor Skills. *Advances in Parkinson's Disease*. 2020;9: 1-12. <https://doi.org/10.4236/apd.2020.91001>
7. Hayes MT. Parkinson's Disease and Parkinsonism. *The American Journal of Medicina*, 2019;132(7): 802-7. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2019.03.001>
8. Chou KL. Diagnosis and differential diagnosis of Parkinson disease. UpToDate, 2020. <https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-and-differential-diagnosis-of-parkinson-disease>
9. Kalia LV, Lang AE. Parkinson disease. *The Lancet*. 2015;386(9996): 896-912. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61393-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61393-3)
10. Zhao N, Yang Y, Zhang L, Zhang Q, Balbuena L, Ungvari, G et al. Quality of life in Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis of comparative studies. *CNS neuroscience & therapeutics*, 2021;27(3): 270-79. <https://doi.org/10.1111/cns.13549>
11. Gondim ITG, Lins CCSA, Coriolano MGWS. Exercícios terapêuticos domiciliares na doença de Parkinson: uma revisão integrativa. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2016; 19(2):349-64. <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150040>
12. Shin JY; Habermann B. Nursing Research in Parkinson's Disease From 2006 to 2015: A Systematic Review. *Clinical Nursing Research*, Newark. 2017;26: 142-156. <https://doi.org/10.1177/1054773816634912>
13. Westland H, Schröder CD, de Wit J, Frings J, Trappenburg JCA, Schuurmans MJ. Self-management support in routine primary care by nurses. *Br. J. Health Psychol.* 2017;23(1): 88-107. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12276>
14. Mendes KS, Silveira RCCP, Galvão CM. Use of the bibliographic reference manager in the selection of primary studies in integrative reviews. *Texto context enferm.* 2019; 28 e20170204:1-13. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265xtce-2017-0204>
15. Sousa LMM, Marques JM, Firmino CF, Frade F, Valentim OS, Antunes AV. Modelos de formulação da questão de investigação na prática baseada na evidência. *Rev Investig Enferm [Internet]*. 2018;31-39. <https://repositorio-cientifico.essatla.pt/bitstream/20.500.12253/1287/1/artigo31-39.pdf>
16. Melnyk BM, Fineoutoverholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. 4 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2018.
17. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Altman D, Antes G, et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med.* 2009;6(7):1-6. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
18. Kuster BJK, Silva LAA, Leite MT, Costa MC. Cuidados de enfermagem a usuários com Doença de Parkinson na atenção básica de saúde. *Rev Enferm UFSM.* 2014; 4(1):10-18. <https://doi.org/10.5902/217976929074>.

19. Galvão TLA, Oliveira KKD, Maia CAAS, Miranda FAN. Assistência à pessoa com Parkinson no âmbito da estratégia de saúde da família. *Rev de Pesq Cuid Fundam Online*. 2016; 8(4):5101-5107. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.5101-5107>.
20. Tosin MHS, Campos DM, Blanco L, Santana RF, Oliveira BGRB. Mapeamento dos termos da linguagem de enfermagem na doença de Parkinson. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(3):411-18. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000300008>.
21. Campos DM, Tosin MHS, Blanco L, Santana RF, Oliveira BGRB. Diagnósticos de Enfermagem sobre alterações urinárias na doença de Parkinson. *Acts Paul Enferm*. 2015; 28(2):190-95. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500032>.
22. Tosin MHS, Campos DM, Blanco L, Santana RF, Oliveira BGRB. Diagnósticos de enfermagem sobre capacidade funcional na doença de Parkinson: mapeamento cruzado. *Online Braz J Nurs*. 2015;14(suppl.):489-98. <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5115>.
23. Tosin MHS, Campos DM, Andrade LT, Oliveira BGRB, Santana RF. Nursing interventions for rehabilitation in Parkinson's disease: cross mapping of terms. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2016;24(e2728): 1-8. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0689.2728>
24. Ferreira JM, Hammerschmidl KSA, Siewertl JS, Alvarez AM, Locks MOH, Heidemann ITSB. Gerontotecnologia para prevenção de quedas dos idosos com Parkinson. *Rev Bras Enferm*. 2019; 72(Sup-2):255-262. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0704>.
25. Ferreira JM, Hammerschmidl KSA, Heidemann ITSB, Alvarez AM, Santos SMA, Fabrizio GC. Gerontotecnologia para prevenção de quedas: cuidado de enfermagem ao idoso com Parkinson. *Rev Esc Enferm USP*. 2021; 55:1-7. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020018403748>.
26. Manzanares MCG, Navascués MLJ, Tobar EB, Martínez MN, Calleja MP. Enfermedad de Parkinson: abordaje enfermero desde atención primaria. *Gerokomos*. 2018; 29(4):171-177. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000400171.
27. Suárez DR, Figueredo MP. Los protocolos de actuación y la calidad de la atención de enfermería del paciente con enfermedad de Parkinson. *Revista de Enfermería Neurológica*. 2020;18(3):133-39. <https://doi.org/10.37976/enfermeria.v18i3.289>..
28. Navarta-Sánchez MV, Ambrosio L, Portillo MC, Ursúa ME, Senosiain JM, Riverol M. Evaluation of a psychoeducational intervention compared with education in people with Parkinson's disease and their informal caregivers: a quasi-experimental study. *J Adv Nurs*. 2020;76: 2719-2732. <https://doi.org/10.1111/jan.14476>.
29. Hellqvist C, Berterö C. Support supplied by Parkinson's disease specialist nurses to Parkinson's disease patients and their spouses. *Applied Nursing Research*. 2015;28(2): 86-91. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2014.12.008>
30. Hellqvist C. Promoting Self-Care in Nursing Encounters with Persons Affected by Long-Term Conditions - A Proposed Model to Guide Clinical Care. *Int J Environ*. 2021; 18(5): 1-15. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052223>.

31. Pretzer-Aboff I, Prettyman A. Implementation of an Integrative Holistic Healthcare Model for People Living with Parkinson's Disease. *The Gerontologist*. 2015;55(Suppl 1): S146-53. <https://doi.org/10.1093/geront/gnv004>
32. Connor K, Cheng E, Siebens HC, Lee ML, Mittman BS, Ganz DA et al. Study protocol of "CHAPS": a randomized controlled trial protocol of Care Coordination for Health Promotion and Activities in Parkinson's Disease to improve the quality of care for individuals with Parkinson's disease. *BMC Neurol*. 2015; 15(258): 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12883-015-0506-y>.
33. Connor KI, Cheng EM, Barry F, Siebens HC, Lee ML, Ganz DA et al. Randomized trial of care management to improve Parkinson disease care quality. *Neurology*. 2019;92(16): 1831-42. <https://doi.org/10.1212/WNL.00000000000007324>.
34. Connor KI, Cheng EM, Barry F, Siebens HC, Lee ML, Ganz DA et al. Quality and extent of implementation of a nurse-led care management intervention: care coordination for health promotion and activities in Parkinson's disease (CHAPS). *BMC Health Serv Res*. 2020;20(732): 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05594-8>.
35. Connor KI, Siebens HC, Mittman BS, Smith DKMN, Ganz DA, Barry F et al. Stakeholder perceptions of components of a Parkinson disease care management intervention, care coordination for health promotion and activities in Parkinson's disease (CHAPS). *BMC Neurol*. 2020;20(437): 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12883-020-02011-9>.
36. Radder DLM, Lennaerts HH, Vermeulen H, Asseldonk TV, Delnooz CCS, Hagen RH et al. The cost-effectiveness of specialized nursing interventions for people with Parkinson's disease: the NICE-PD study protocol for a randomized controlled clinical trial. *Trials*. 2020;21(88):2-11. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3926-y>
37. Iwasa Y, Saito I, Suzuki M. Differences in Home Health Nursing Care for Patients with Parkinson's Disease by Stage of Progress: Patients in Hoehn and Yahr Stages III, IV, and V. *Hindawi Parkinson's Disease*. 2021; 2021(5), 1-10. <https://doi.org/10.1155/2021/8834998>.

6.2 Artigo 2 - Idosos com doença de Parkinson: perfil sociodemográfico, condições de saúde e vulnerabilidade clínico funcional

Elderly people with Parkinson's disease: sociodemographic profile, health conditions and vulnerability clinical functional

Ancianos con enfermedad de Parkinson: perfil sociodemografico, condiciones de salud y vulnerabilidad clínica funcional

Alcimar Marcelo do Couto¹

Carolina Sales Galdino¹

Sonia Maria Soares¹

¹ Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. Belo Horizonte, MG, Brasil.

Resumo

Objetivo: Caracterizar o perfil sociodemográfico, clínico e a vulnerabilidade clínico funcional em idosos com doença de Parkinson. **Método:** Trata-se de um estudo documental, de corte transversal, realizado em um ambulatório de Belo Horizonte/MG, com 230 idosos com diagnóstico clinicamente confirmado para doença de Parkinson. Foram avaliados os prontuários dos pacientes com enfoque nos instrumentos: Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 e o Plano de Cuidados da avaliação multidimensional. As análises estatísticas foram realizadas com o auxílio do software R. **Resultados:** Predomínio de idosos entre 80 e 89 anos; sexo feminino; com baixa escolaridade; dependentes completos para as atividades instrumentais de vida diária e independentes para atividades básicas de vida diária. Apresentaram como principais marcadores de vulnerabilidade clínico funcional o comprometimento da mobilidade, incontinência urinária, sarcopenia, marcha/quedas, distúrbio de humor, comorbidade múltipla e polifarmácia. Os sintomas motores mais prevalentes foram tremor, rigidez e bradicinesia, enquanto as manifestações não motoras foram o distúrbio cognitivo, distúrbio de humor, distúrbio do sono e distúrbio urinário. **Conclusão:** Os achados do estudo mostraram que o comprometimento funcional é prevalente na doença de Parkinson. Acredita-se que os resultados possam contribuir para a melhoria do cuidado a essa população, possibilitando aos profissionais da enfermagem atuarem para contribuir na promoção do autocuidado e de forma assertiva nas orientações e educação as pessoas com doença de Parkinson, seus familiares e cuidadores.

Palavras-chave: Doença de Parkinson; Idoso; Vulnerabilidade em Saúde; Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Enfermagem.

Abstract

Objective: To characterize the sociodemographic and clinical profile and the functional clinical vulnerability in elderly people with Parkinson's. **Method:** This is a documentary, cross-sectional study, carried out in an outpatient clinic in Belo Horizonte/MG, with 230 elderly people with a clinically confirmed diagnosis of Parkinson's disease. The medical records of the

patients were evaluated, focusing on the instruments: Clinical-Functional Vulnerability Index-20 and the Care Plan of the multidimensional evaluation. Statistical analyzes were performed using the R software. **Results:** Predominance of elderly people between 80 and 89 years old; women; with low education; fully dependent for instrumental activities of daily living and independent for basic activities of daily living. The main markers of functional clinical vulnerability were mobility impairment, urinary incontinence, sarcopenia, gait/falls, mood disorder, multiple comorbidity and polypharmacy. The most prevalent motor symptoms were tremor, rigidity and bradykinesia, while the non-motor manifestations were cognitive disorder, mood disorder, sleep disorder and urinary disorder. **Conclusion:** The study findings showed that functional impairment is prevalent in Parkinson's disease. It is believed that the results can contribute to the improvement of care for this population, enabling nursing professionals to act to contribute to the promotion of self-care and assertively in the guidelines and education of people with Parkinson's, their families and caregivers.

Keywords: Parkinson Disease; Aged; Health Vulnerability; International Classification of Functioning, Disability and Health; Nursing.

Resumen

Objetivo: Caracterizar el perfil sociodemográfico, clínico y de vulnerabilidad clínica funcional en adultos mayores con Parkinson. **Método:** Se trata de un estudio documental, transversal, realizado en un ambulatorio de Belo Horizonte/MG, con 230 ancianos con diagnóstico clínicamente confirmado de Enfermedad de Parkinson. Se evaluaron las historias clínicas de los pacientes, enfocándose en los instrumentos: Índice de Vulnerabilidad Clínico-Funcional-20 y el Plan de Cuidados de la evaluación multidimensional. Los análisis estadísticos se realizaron con el software R. **Resultados:** predominio de ancianos entre 80 y 89 años; mujeres; con baja educación; totalmente dependiente para las actividades instrumentales de la vida diaria e independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Los principales marcadores de vulnerabilidad clínica funcional fueron el deterioro de la movilidad, la incontinencia urinaria, la sarcopenia, la marcha/caídas, el trastorno del estado de ánimo, la comorbilidad múltiple y la polifarmacia. Los síntomas motores más prevalentes fueron temblor, rigidez y bradicinesia, mientras que las manifestaciones no motoras fueron trastorno cognitivo, trastorno del estado de ánimo, trastorno del sueño y trastorno urinario. **Conclusión:** Los hallazgos del estudio mostraron que el deterioro funcional es frecuente en la enfermedad de Parkinson. Se cree que los resultados pueden contribuir para la mejora de la atención a esta población, posibilitando que los profesionales de enfermería actúen para contribuir a la promoción del autocuidado y asertivamente en la orientación y educación de las personas con Parkinson, sus familiares y cuidadores.

Palabras llave: Enfermedad de Parkinson; Anciano; Vulnerabilidad en Salud; Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud; Enfermería.

INTRODUÇÃO

Tanto o aumento da expectativa de vida, como inúmeros avanços da área da saúde modificaram o padrão de doenças na população, representado pelo aumento das taxas de

incidência e prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)^{1,2}, que requerem acompanhamento constante, com relevância nesse grupo para as doenças neurodegenerativas, entre as quais encontra-se a doença de Parkinson (DP). Em grande parte dos casos, essas doenças podem gerar um processo incapacitante em pessoas idosas, afetando o desempenho de suas atividades cotidianas gerando declínio funcional, caracterizado por perda da autonomia e/ou independência^{3,4}.

A doença de Parkinson é a segunda doença mais prevalente entre as doenças crônicas degenerativas e incapacitantes nos idosos, sendo a doença Alzheimer a primeira^{5,6}. Cerca de 6,1 milhões de pessoas vivem com a doença no mundo, podendo alcançar em 2030 mais de 8 milhões de pessoas⁷. A manifestação da doença acontece entre os 50 e os 80 anos de idade, com um aumento substancial aos 70 anos⁵.

O Estudo de Fatores de Risco Global Burden of Disease Study de 2016 apontou que, entre os distúrbios neurológicos, a DP é considerada a que mais cresce em prevalência, incapacidades e mortes ao longo dos anos^{8,9}. É uma doença causada pela degeneração progressiva das células da região no cérebro chamada substância negra. Estas células são as responsáveis pela produção de dopamina, um neurotransmissor responsável pelos movimentos^{10,11}.

Os principais sintomas motores na DP são a bradicinesia, a rigidez, os tremores de repouso e a instabilidade postural e os sintomas não motores que estão associados à diminuição das catecolaminas e serotonina, como os distúrbios do sono, hipotensão e alterações intestinais como a constipação. Na fase avançada podem ocorrer alterações no neurocórtex e, conseqüentemente, ocasionar distúrbios cognitivos e demência⁵.

Por conseguinte, a pessoa com doença de Parkinson pode apresentar vulnerabilidade física e social, uma vez que sua funcionalidade pode ser afetada¹². Realizar a avaliação funcional e conhecer as condições de saúde e as características de idosos com DP é primordial, para que se conheça as reais necessidades de cuidado dessas pessoas e posteriormente se possa desenvolver tecnologias de cuidado para a prestação de uma assistência de saúde de excelência. Deste modo, torna-se possível construir um plano de cuidado específico para o idoso com DP, pautado nas suas fragilidades, permitindo prepara-lo para que se torne protagonista do cuidado e o mais independente possível nas suas atividades da vida diária¹³.

Sendo assim, conhecer as condições de vida, de saúde e realizar a avaliação dos principais determinantes de vulnerabilidade clínico funcional do idoso com DP se constitui em elemento fundamental, para a orientação dos profissionais de saúde na elaboração de plano de cuidados, com identificação das dimensões clínicas e funcionais afetadas e, conseqüentemente,

indicação de ações de autocuidado e de intervenções multidisciplinares, com destaque para a atuação da enfermagem, com a finalidade de manter, retardar novos declínios ou reabilitar a capacidade funcional do idoso com DP.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo caracterizar o perfil sociodemográfico, clínico e a vulnerabilidade clínico funcional em idosos com doença de Parkinson.

MÉTOD

Trata-se de um estudo de corte transversal e retrospectivo, com análise secundária de dados dos prontuários e planos de cuidado de idosos, em recorte temporal, referente aos anos de 2018 e 2019. Foi utilizada amostra de conveniência, composta por idosos com doença de Parkinson atendidos em um Centro de Referência em Saúde do Idoso de Belo Horizonte, Brasil, que realiza atendimentos de idosos encaminhados por unidades da Atenção Primária a Saúde (APS).

Neste estudo, analisou-se os prontuários, inicialmente do primeiro atendimento ao idoso realizado por profissionais treinados na aplicação da avaliação geriátrica ampla, por meio dos Instrumentos Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20) e plano de cuidados, que contem síntese da avaliação dos idosos a partir de escalas e instrumentos padronizados para utilização na avaliação multidimensional do idoso. Os dados dos prontuários foram coletados pelo primeiro autor que atua no referido Centro de Referência e duas bolsistas de iniciação científica devidamente treinadas, no período de outubro a dezembro de 2020.

Foram submetidos a avaliação multidimensional, nesse período, 10.399 idosos dos quais 9.202 tiveram a elaboração do plano de cuidados dessa avaliação concluída e contra referenciada via e-mail para a APS. O plano de cuidados consiste no conjunto de diagnósticos e intervenções, definidas de forma individualizada e compartilhada com a atenção primária, que é responsável por implementar o plano de cuidados nos casos de menor complexidade. Já os idosos de maior complexidade são acompanhados pelo ambulatório de geriatria e gerontologia de atenção secundária.

Para composição da amostra deste estudo foram selecionados os prontuários que atenderam aos critérios de elegibilidade: pacientes com registro de diagnóstico de doença de Parkinson confirmada clinicamente e com preenchimento completo do instrumento IVCF-20. Foram excluídos os prontuários de pacientes que tinham registro de parkinsonismo que não fosse classificado como doença de Parkinson ou que ainda estivessem em acompanhamento

para definir a causa do parkinsonismo. A partir desses critérios a amostra do estudo foi constituída por 230 pacientes com DP.

Segue fluxograma com amostra final do estudo:

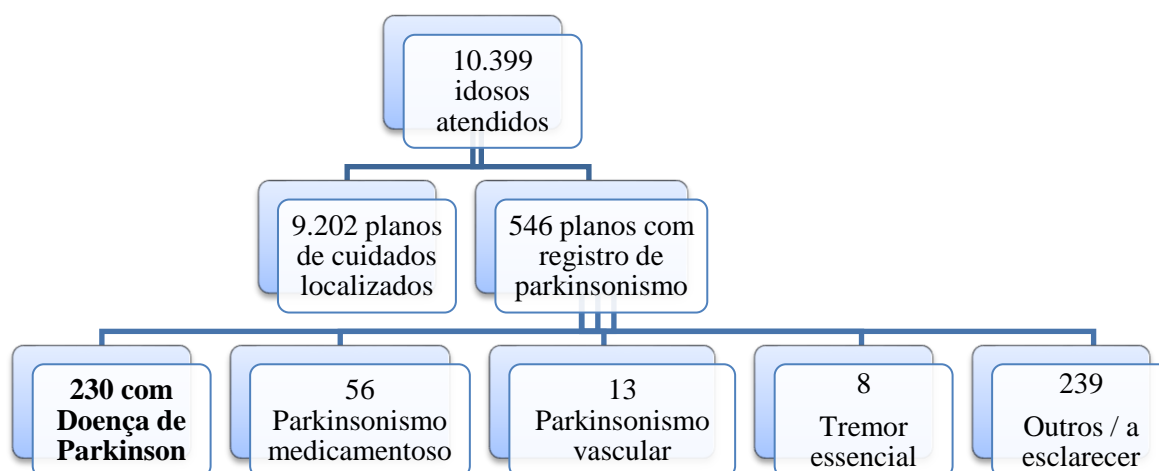


Figura 1 - Amostra final do estudo

Para a coleta de dados foi utilizado o Plano de Cuidados, elaborado para todos os idosos encaminhados para avaliação multidimensional no Serviço de Geriatria do referido Centro de Atenção Especializada. O Plano de Cuidados é a estratégia utilizada para a organização do cuidado, e que define quais são os problemas de saúde do idoso, as intervenções com as justificativas para as mudanças mais apropriadas para a melhoria da sua saúde e quais profissionais e equipamentos de saúde são necessários para a implementação dessas intervenções¹⁴.

O Plano de Cuidados contém todas as informações essenciais para o planejamento e implementação das ações necessárias para a manutenção ou recuperação da saúde do idoso e apresenta os principais dados sociodemográficos de identificação do idoso, a estratificação de risco baseada na classificação clínico-funcional, com a pontuação e os marcadores de fragilidade apontados no Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF-20), uma escala visual de fragilidade, o diagnóstico das condições de saúde, agudas e/ou principalmente crônicas, as intervenções propostas, que consistem em ações preventivas/promocionais, curativas/paliativas ou reabilitadoras traduzidas em metas terapêuticas¹⁴.

Para rastrear a fragilidade, na avaliação do idoso no referido ambulatório adota-se inicialmente o instrumento IVCF-20, pelo fato de ser um instrumento de triagem interdisciplinar, que contempla aspectos multidimensionais da condição de saúde dos indivíduos de 60 anos ou mais e, posteriormente, a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) com

todos seus instrumentos e escalas. O IVCF-20 é um instrumento multidimensional idealizado considerando a base conceitual de fragilidade como uma síndrome multidimensional sendo constituído por 20 questões distribuídas em oito seções que abrangem condições preditoras de declínio clínico-funcional do idoso (idade, autopercepção da saúde, incapacidades funcionais, cognição, humor, mobilidade, comunicação e comorbidades múltiplas)^{14,15}.

A pontuação varia de zero a quarenta e quanto maior a pontuação do IVCF-20, pior será a condição clínico funcional do idoso. A classificação da condição clínico funcional do idoso é obtida a partir dos seguintes critérios: pontuação de zero a seis, o idoso é considerado robusto; pontuação de sete a quatorze, o idoso é considerado em risco de fragilização; e pontuação igual ou acima de 15 pontos, o idoso é considerado em condição de fragilidade^{14,15}.

Os dados obtidos nos prontuários/planos de cuidado foram digitados e armazenados em uma planilha eletrônica no programa Microsoft Office Excel®, conforme codificação determinada para cada uma das variáveis de interesse para o estudo. Para a construção do banco, optou-se pela técnica de validação por dupla entrada, ou seja, dupla digitação que detecta possíveis inconsistências. Após validação dos bancos, os dados foram importados para o software R, versão 4.0.0 para processamento das análises.

As variáveis utilizadas neste estudo estão relacionadas a questões sociodemográficas, clínicas e de vulnerabilidade clínico funcional: idade (anos e faixa etária); sexo; escolaridade; manifestações motoras; manifestações não motoras; comorbidades; estadiamento motor da doença de Parkinson; tempo de diagnóstico da DP (anos); medicação antiparkinsoniana; declínio funcional; estrato clínico funcional; marcadores de vulnerabilidade clínico funcional: autopercepção de saúde; atividades de vida diária instrumental (fazer compras, controle financeiro, trabalhos domésticos); atividades de vida diária básica (tomar banho sozinho); sistemas funcionais: cognição (esquecimento), humor/comportamento (tristeza e falta de interesse em atividades antes prazerosas), mobilidade (alcance, preensão e pinça, capacidade aeróbica e/ou muscular, marcha, continência esfincteriana), comunicação (visão e audição) e comorbidades múltiplas (polipatologia, polifarmácia e internação recente).

As frequências absolutas e relativas foram calculadas para as variáveis categóricas. Para as variáveis quantitativas, foi realizado o teste de Normalidade de Shapiro Wilk que indicou não normalidade. Em virtude disso, foram utilizadas a mediana e quartis. Os resultados foram descritos e apresentados por meio de tabelas.

O projeto atendeu às recomendações das Resoluções n.466/2012 e n.510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos no

Brasil⁽¹⁶⁾. Este estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais por meio do parecer Consubstanciado nº 4.294.594 de 23/09/2020.

RESULTADOS

Na avaliação dos planos de cuidado/prontuários dos idosos atendidos nos anos de 2018 e 2019, um total de 546 idosos foram inicialmente selecionados com o relato da presença de parkinsonismo, correspondendo a uma prevalência de 5,93% de parkinsonismo na população avaliada. Desses, 230 idosos tiveram o diagnóstico de DP confirmado clinicamente e registrado nos prontuários, o que corresponde a uma prevalência de 2,50% de DP na referida população.

A Tabela 1 apresenta a frequência das variáveis sociodemográficas (idade, faixa etária, sexo e escolaridade) dos idosos com DP.

Tabela 1 - Distribuição das variáveis sociodemográficas dos idosos com Doença de Parkinson atendidos no Centro Mais Vida, Belo Horizonte/MG, 2021.

Variáveis	n	Mediana (Q1 - Q3)
Idade	230	80 (73 - 85)
Faixa etária	n	%
60 a 69 anos	33	14,3
70 a 79 anos	76	33,0
80 a 89 anos	102	44,3
90 anos ou mais	19	8,3
Sexo		
Masculino	106	46,1
Feminino	124	53,9
Escolaridade (n = 224)		
Não estudou	46	20,5
1 a 4 anos	130	58,0
5 a 8 anos	19	8,5
9 a 11 anos	22	9,8
Mais de 11 anos	7	3,1

*Variáveis com n indicado a frente foram respondidas pelo total que está descrito. As demais têm a referência dos 230 participantes

A distribuição dos marcadores de vulnerabilidade clínico funcional, grau de dependência nas Atividades Instrumentais e Básicas de Vida Diária, classificação clínico funcional e classificação do idoso frágil com DP encontra-se na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição das variáveis de vulnerabilidade clínico funcional dos idosos com Doença de Parkinson atendidos no Centro Mais Vida, Belo Horizonte/MG, 2021.

Variáveis	n	Mediana (Q1 - Q3)
Pontuação IVCF-20	230	20 (14 - 26)
Marcadores de vulnerabilidade clínico funcional - IVCF-20	n	%
Idade	142	61,7
Auto percepção da saúde (regular ou ruim)	163	70,9
Atividades de Vida Diária Instrumentais - AVDI	169	73,5
Atividades de Vida Diária Básicas - AVDB	97	42,2
Cognição	168	73,0
Humor	160	69,6
Mobilidade	214	93,0
Membros superiores (MMSS)	32	13,9
Sarcopenia	154	67,0
Marcha/Quedas	175	76,1
Continência	150	65,2
Comunicação	63	27,4
Visão	46	20,0
Audição	26	11,3
Comorbidade múltipla	159	69,1
Polipatologia	59	25,7
Polifarmácia	135	58,7
Internação recente	29	12,6
Classificação Clínico Funcional		
Robusto	19	8,3
Risco de Fragilização	40	17,4
Frágil	171	74,3
Classificação Atividades Instrumentais de Vida Diária		
Independência	42	18,3
Dependência parcial	89	38,7
Dependência completa	99	43,0
Classificação Atividades Básicas de Vida Diária		
Independência	123	53,5
Semi dependência	59	25,7
Dependência incompleta	35	15,2
Dependência completa	13	5,7
Classificação do idoso Frágil (n = 171)		
Baixa Complexidade	40	23,3
Alta Complexidade	128	74,9
Fase final da vida	3	1,8

*Variáveis com n indicado a frente foram respondidas pelo total que está descrito. As demais têm a referência dos 230 participantes

A classificação do grau de dependência nas Atividades de Vida Diária (Instrumentais e Básicas) do idoso com DP foi obtida nos planos de cuidados a partir do registro do resultado da utilização dos instrumentos (escalas de Lawton e Katz) que são padronizados para utilização no serviço de geriatria do local do estudo. É possível pela análise dos resultados verificar uma alta prevalência de dependência completa em atividades instrumentais (AVDI) e por outro lado alta prevalência de independência em Atividades Básicas (AVDB).

A classificação dos idosos frágeis aponta para alta prevalência de idosos frágeis classificados como de alta complexidade e para pequena prevalência de classificação em fase final da vida.

A Tabela 3 apresenta a distribuição das variáveis manifestações motoras e não motoras de acordo com a classificação clínico funcional dos idosos com DP.

Tabela 3 - Distribuição das manifestações motoras e não motoras segundo a classificação clínico funcional dos idosos com Doença de Parkinson atendidos no Centro Mais Vida, Belo Horizonte/MG, 2021.

Variáveis / classificação clínico funcional	Fragilidade					
	Não frágil (n=59)		Frágil (n=171)		Total (n=230)	
Manifestações Motoras	n	%	n	%	n	%
Tremores	41	87,2%	99	71,7%	140	75,7%
Rigidez	25	53,2%	107	77,5%	132	71,4%
Bradicinesia	34	72,3%	101	73,2%	135	73,0%
Congelamento (freezing)	1	1,9%	16	10,5%	17	8,3%
Instabilidade Postural	33	55,9%	134	78,4%	167	72,6%
Fala / Discurso	11	18,6%	60	35,1%	71	30,9%
Excesso de salivação	2	3,4%	14	8,2%	16	7,0%
Mastigação / deglutição	6	10,2%	59	34,5%	65	28,3%
Escrita (micrografia)	1	1,7%	2	1,2%	3	1,3%
Manifestações Não Motoras						
Distúrbio cognitivo	11	18,6%	104	60,8%	115	50,0%
Distúrbio do Humor / Depressão	31	52,5%	128	74,9%	159	69,1%
Alucinações e delírios	3	5,1%	41	24,0%	44	19,1%
Ansiedade	14	23,7%	31	18,1%	45	19,6%
Apatia	2	3,4%	28	16,4%	30	13,0%
Fadiga	3	5,1%	15	8,8%	18	7,8%
Distúrbio do sono	28	50,9%	99	61,5%	127	58,8%
Distúrbio urinário	29	49,2%	132	77,2%	161	70,0%
Hipotensão Postural	11	18,6%	27	15,8%	38	16,5%
Constipação	18	30,5%	72	42,1%	90	39,1%
Dor	11	18,6%	46	26,9%	57	24,8%

*Variáveis com n indicado a frente foram respondidas pelo total que está descrito. As demais têm a referência dos 230 participantes.

Entre as manifestações motoras destacam com alta prevalência os sinais cardinais da doença (instabilidade postural, tremor, bradicinesia e rigidez). Em relação as manifestações não motoras, as mais frequentes descritas nos prontuários foram os distúrbios urinário, do humor e do sono.

A caracterização clínica dos idosos com DP encontra-se na tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição das variáveis clínicas segundo a classificação clínico funcional dos idosos com Doença de Parkinson atendidos no Centro Mais Vida, Belo Horizonte/MG, 2021.

Variáveis / classificação clínico funcional	Não frágil		Frágil		Total	
	n	%	n	%	n	%
Estadiamento (n = 227)						
Leve	29	50,0%	16	9,5%	45	19,8%
Moderado	25	43,1%	62	36,7%	87	38,3%
Grave	4	6,9%	91	53,8%	95	41,9%
Tempo de diagnóstico mediana (Q1 - Q3)	2 (0 - 6,5)		4 (1 - 9)		4 (0 - 8)	
Faz uso de Prolopa (n = 212)						
Não	1	1,9%	8	5,1%	9	4,2%
Sim	53	98,1%	150	94,9%	203	95,8%
Faz uso de outra medicação Antiparkinsoniana (n = 212)						
Não	44	81,5%	125	79,1%	169	79,7%
Sim	10	18,5%	33	20,9%	43	20,3%
Tipo de outra medicação Antiparkinsoniana (n = 43)						
Pramipexol	5	50,0%	16	48,5%	21	48,8%
Entacapone	2	20,0%	10	30,3%	12	27,9%
Amantadina	2	20,0%	2	6,1%	4	9,3%
Pramipexol + entacapone	1	10,0%	4	12,1%	5	11,6%
Pramipexol + Amantadina	0	0,0%	1	3,0%	1	2,3%

*Variáveis com n indicado a frente foram respondidas pelo total que está descrito. As demais têm a referência dos 230 participantes.

A tabela 5 apresenta a distribuição da variável comorbidades associada à classificação clínico funcional dos idosos com DP.

Tabela 5 - Distribuição das **comorbidades** segundo a classificação clínico funcional dos idosos com Doença de Parkinson atendidos no Centro Mais Vida, Belo Horizonte/MG, 2021.

Variáveis / clínico funcional	classificação					
	Fragilidade		Fragilidade		Total (n = 230)	
Comorbidades	Não frágil (n = 59)		Frágil (n = 171)		Total (n = 230)	
	n	%	n	%	n	%
Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS	39	66,1%	104	60,8%	143	62,2%
Diabetes	7	11,9%	57	33,3%	64	27,8%
Doença Pulmonar	1	1,7%	13	7,6%	14	6,1%
Doença cardio vascular	14	23,7%	57	33,3%	71	30,9%
Doenças osteomuscular	17	28,8%	46	26,9%	63	27,4%
Doença Mental	3	5,1%	9	5,3%	12	5,2%
Hipotireoidismo	10	16,9%	26	15,2%	36	15,7%
Doença gastro intestinal	11	18,6%	35	20,5%	46	20,0%
Doença oftalmológica	9	15,3%	39	22,8%	48	20,9%
Doença renal	2	3,4%	21	12,3%	23	10,0%
Hipovitaminose	8	13,6%	17	9,9%	25	10,9%
Distúrbio prostático	8	13,6%	13	7,6%	21	9,1%
Dislipidemia	8	13,6%	12	7,0%	20	8,7%
Epilepsia	1	1,7%	8	4,7%	9	3,9%
Doença hepática	1	1,7%	3	1,8%	4	1,7%
Doença circulatória	2	3,4%	19	11,1%	21	9,1%
Outras	4	6,8%	8	4,7%	12	5,2%

As comorbidades mais frequentes foram a hipertensão arterial sistêmica, doença cardiovascular, diabetes mellitus e doença osteomuscular.

DISCUSSÃO

No Brasil, os estudos epidemiológicos de incidência e prevalência de parkinsonismo e DP ainda são escassos. Um estudo transversal de base populacional importante que realizou essa avaliação no Brasil foi o estudo Bambuí¹⁷ que apontou na população acima de 64 anos uma prevalência de parkinsonismo de 7,2%, sendo a causa mais frequente a DP com 3,3%.

No presente estudo, a maioria dos idosos com diagnóstico de DP são do sexo feminino e com baixa escolaridade (1 a 4 anos de estudo). Esses resultados são corroborados por alguns estudos^{12,13,18-20} que também encontraram predomínio em suas amostras de idosos do sexo feminino e baixa escolaridade. Diferentemente de outros estudos^{12,21} que encontraram em suas amostras predomínio do sexo masculino. A DP surge geralmente entre os 50 e os 80 anos de idade, com um pico na sétima década de vida, sendo mais prevalente nos homens⁵.

Este padrão epidemiológico pode refletir a importância de determinados fatores ambientais e sociais relacionados a incidência da DP e a sua interação com outras variáveis, como genes, níveis hormonais, efeitos da gravidez e diferentes profissões ou exposições ambientais⁵.

Observa-se, neste estudo, em relação à distribuição da amostra, segundo a idade, que 33,0 % dos idosos com parkinson se encontram na faixa etária de 70-79 anos; 44,3 % na faixa etária de 80-89 anos; e apenas 14,3% na faixa etária de 60-69 anos, mostrando-se que há predomínio da DP nas faixas etárias mais idosas. Sabe-se que a DP acomete preferencialmente pessoas com idade acima de 50 anos, de ambos os sexos, sendo que sua incidência e prevalência aumentam com o avançar da idade⁷. Resultado corroborado por estudo²² que encontrou achados semelhantes e difere dos estudos^{12,13,23} que encontraram predomínio da DP nas faixas etárias mais jovens de 60 a 69 anos.

De acordo com os marcadores de vulnerabilidade clínico funcional avaliado neste estudo os idosos apresentaram com maior frequência os marcadores: mobilidade (93,4%), marcha/quedas (76,1%), dependência para as AIVD (73,5), cognição (73,0%) e autopercepção da saúde regular ou ruim (70,9%).

Estes achados mostram que a maioria dos idosos apresentam como marcadores de fragilidade a mobilidade, seguida da marcha/quedas, achado semelhante ao estudo²⁴ que identificou que quanto maior o comprometimento causado pela DP maior a taxa de quedas e a dificuldade de movimentar-se, reforçando as alterações na mobilidade em pessoas com Parkinson. Outro estudo²⁵ mostrou que 53% dos idosos apresentaram de 2 a 3 quedas mensais, e os fatores associados foram o estágio da doença, instabilidade postural, alterações na mobilidade e continência. No presente estudo a instabilidade postural e a continência também foram marcadores de vulnerabilidade altamente prevalentes nos idosos com Parkinson²⁶.

A sarcopenia foi identificada em um estudo transversal com 104 idosos com DP, como um acometimento presente em grande parte da amostra estudada e quando comparada a população idosa geral, é mais comumente encontrada. Foi associada a maior comprometimento motor, a quedas, demência e redução da qualidade de vida. No presente estudo, a sarcopenia foi identificada em 67,0% dos idosos, quedas e alteração na cognição também foram achados muito prevalentes, corroborando com a literatura²⁷.

No marcador de vulnerabilidade humor, quase 70% dos idosos apresentaram alteração, achado semelhante a um estudo²⁵, que encontrou também a relação entre o prejuízo nas atividades de vida diária, e/ou a presença de distúrbio de comportamento do sono, principalmente do sono REM, aspectos que podem ser usados para identificar o início da

depressão. No presente estudo, 73,5% apresentam prejuízo nas atividades instrumentais de vida diária e 55% dos pacientes apresentaram distúrbio no sono.

Em outro estudo²⁸ observou-se que a sintomatologia depressiva apresenta relação estatisticamente significativa com prejuízo cognitivo. No presente estudo, 73,0% dos idosos apresentaram alteração na cognição na avaliação dos marcadores de vulnerabilidade do IVCF-20, estes resultados corroboram com o resultado de um estudo¹³ em que a maioria dos idosos apresentaram déficit cognitivo atestado pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Este achado demonstra que a DP também está associada ao comprometimento cognitivo e não somente aos sintomas motores. A demência associada à DP pode afetar 80% dos doentes a longo prazo⁵.

A autopercepção de saúde é um marcador importante para avaliar as condições de saúde e a qualidade de vida, pois a maneira de lidar com a saúde pode determinar suas decisões, a forma de viver e o estilo de vida, tornando um preditivo de fragilidade e morte. Avaliações negativas de saúde refletem no autocuidado, na maneira como se cuida da saúde, podendo levar ao isolamento e ao comprometimento do humor^{29,30}. Neste estudo, 70,9% dos idosos com Parkinson descreveram a autopercepção da saúde como regular ou ruim e 69,6% apresentaram comprometimento no humor indo ao encontro com os achados na literatura.

Um outro estudo abordou a relação entre os determinantes de saúde e a autopercepção negativa de saúde, dentre eles, a baixa escolaridade. Nesse sentido os idosos com baixa escolaridade apresentaram um maior quantitativo na autopercepção negativa de saúde quando comparados com idosos com alta escolaridade. No presente estudo, 20% são analfabetos e mais da metade dos idosos com Parkinson possuem apenas 4 anos ou menos de escolaridade³⁰.

A perda da independência para a realização de tarefas como cuidar de si e gerir a própria vida resulta no declínio funcional. Conforme o grau de complexidade, essas tarefas são classificadas em atividades de vida diária (AVD) básicas, instrumentais e avançadas. O acometimento dessas AVD relaciona-se com o comprometimento de sistemas funcionais, como cognição, humor, mobilidade e comunicação³¹. Os idosos com doença de Parkinson do presente estudo, apresentaram uma alta prevalência de dependência completa em atividades instrumentais (AVDI) e independência em atividades básicas (AVDB), mostrando que estes idosos ainda são capazes de realizar atividades como transferências, tomar banho e comer sozinhos.

Em estudo sobre declínio funcional e fatores associados em idosos, detectou-se que a dependência funcional se associou a: sexo feminino, ter mais de 80 anos, hospitalizações e doenças crônicas. As doenças crônicas, devido à sua evolução e a importância da relação entre

o aumento da idade e a capacidade funcional, podem levar a limitações no cotidiano do idoso, ocasionando a necessidade de uma pessoa que auxilie na realização das atividades de vida diária¹³.

A Escala Visual de Fragilidade representa uma alternativa para a avaliação da síndrome de fragilidade, por avaliar além da mobilidade, outras incapacidades, o contexto sociofamiliar e as comorbidades. Segundo a escala, idoso frágil: é o idoso com declínio funcional estabelecido e incapaz de gerenciar sua vida, em virtude da presença de incapacidades únicas ou múltiplas. Apresenta grau variado de dependência para as AVD instrumentais e básicas³¹.

Ao identificar a fragilidade o idoso ainda é classificado em três categorias, alta complexidade, baixa complexidade e fase final de vida. Idoso frágil de alta complexidade são idosos que apresentam dependência funcional nas AVD instrumentais e/ou básicas associada a condições de saúde de difícil manejo, devido à dúvida diagnóstica ou terapêutica. Sendo idosos com chances de ganho funcional. Idoso frágil de baixa complexidade: são idosos que apresentam declínio funcional estabelecido e baixo potencial de reversibilidade. Idoso frágil em fase final de vida apresenta alto grau de dependência funcional e sobrevida estimada menor que seis meses³¹.

No presente estudo foi observado de acordo com a escala visual de fragilidade uma elevada prevalência de idosos frágeis de alta complexidade, ou seja, idosos com potencial de ganho funcional e/ou qualidade de vida e uma pequena prevalência de classificação em fase final da vida. Essa avaliação é de extrema importância para o estabelecimento da proporcionalidade de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde.

As manifestações motoras com maiores prevalências encontradas neste estudo, foram tremor, rigidez e bradicinesia, resultado semelhante ao descrito na literatura³² que relatou que são achados presentes principalmente nos primeiros cinco anos de diagnóstico da DP, ao contrário do congelamento e da instabilidade postural que são observados mais tardiamente.

No presente estudo, observou-se que a maior parte dos idosos apresentaram como sintomas não motores principalmente o distúrbio cognitivo, distúrbio de humor, distúrbio do sono e distúrbio urinário. Os sintomas não motores e as complicações motoras são responsáveis por uma parte significativa do comprometimento funcional na DP, pelo que devem ser identificados e tratados. A identificação dessas manifestações permite melhorar os cuidados clínicos ofertados, monitorizar a progressão da doença e contribuir com a qualidade de vida das pessoas com Parkinson e seus familiares⁵.

O tempo de diagnóstico da amostra estudada se concentrou entre um a cinco anos, e em seguida de menos de um ano. De acordo com o grau de incapacidade do Estadiamento Hoehn

e Yahr (40,9%) dos idosos com DP estavam no estágio grave de incapacidade (grau 4 e 5) e foram classificados como frágeis na escala visual de fragilidade. O estadiamento Hoehn e Yahr avalia a incapacidade das pessoas com doença de Parkinson, capaz de indicar seu estado geral de forma rápida e prática. Compreende cinco estágios de classificação para avaliar a gravidade da DP e abrange, essencialmente, medidas globais de sinais e sintomas que permitem classificar o indivíduo quanto ao nível de incapacidade. Os indivíduos classificados nos estágios de 1 e 2 apresentam incapacidade leve, estágio 3 apresentam incapacidade moderada, enquanto os que estão nos estágios 4 e 5 apresentam incapacidade grave³³.

As intervenções terapêuticas atualmente disponíveis ainda tem apenas a capacidade de melhorar os sintomas da doença, com eficácia claramente mais elevada nas manifestações motoras. A levodopa foi o primeiro fármaco usado de forma eficaz para o tratamento da DP e, mais de 50 anos após a sua introdução, ainda permanece o mais eficaz no tratamento dos sintomas motores⁵. No presente estudo, mais de 90% das pessoas idosas com DP utilizam a levodopa como tratamento farmacológico.

A idade mais avançada, o gênero masculino, comorbidades (fatores de risco vascular, câncer, síndrome metabólica, sarcopenia), o atingimento motor axial, a deterioração cognitiva e disfunção autonômica precoces têm sido apontados como fatores preditores independentes de pior prognóstico para a doença⁵. No presente estudo a comorbidade mais encontrada nos idosos foi a hipertensão arterial sistêmica (62,2%), corroborando com um estudo que identificou 66% dos pacientes com hipertensão e DP³⁴.

Entre os resultados encontrados na presença de comorbidades destaca-se o achado de 10,9% de hipovitaminose, sendo a mais referida a de vitamina B12. Recentemente, níveis baixos de vitamina B12 foram associados a pior prognóstico da doença³⁵.

É importante considerar algumas limitações deste estudo, dentre elas a realização de estudo transversal de análise documental, com investigação junto a um único grupo amostral, constituído por doentes em estágios mais avançado da doença de um centro de atendimento especializado de nível secundário de atenção à saúde.

CONCLUSÃO

O sexo feminino, a baixa escolaridade e as faixas etárias mais idosas mostraram-se uma condição prevalente e com tempo de diagnóstico da DP entre um a cinco anos. Os idosos com Parkinson apresentaram em sua maioria autopercepção de saúde ruim ou regular, dependência para as atividades instrumentais, alterações na cognição, no humor e distúrbios do sono. O

comprometimento na mobilidade em decorrência da sarcopenia, marcha alterada, instabilidade postural, quedas e incontinência urinária foi o domínio funcional com maior comprometimento.

As manifestações motoras mais frequentes foram tremor, rigidez e bradicinesia. A comorbidade múltipla mais encontrada foi a hipertensão arterial sistêmica e o medicamento de escolha para o tratamento foi a levodopa, sendo que a maioria apresentou polifarmácia, definida como uso de cinco ou mais medicamentos. Grande parte dos idosos, são frágeis de alta complexidade, com grandes possibilidades de ganho funcional.

Os achados do estudo mostraram que o comprometimento funcional é muito prevalente, podendo impactar na qualidade de vida dos idosos com doença de Parkinson, pois a realização das tarefas que fazem parte do cotidiano e a possibilidade de viver e de se autocuidarem de forma independente no domicílio ficam comprometidas. Estas repercussões, afetam também o bem-estar emocional e social, e a configuração de cuidado, pois passam a necessitar de cuidados, de seus familiares, amigos ou cuidadores profissionais.

Acredita-se que os resultados possam contribuir para a melhoria do cuidado a idosos com doença de Parkinson e seus familiares, possibilitando aos profissionais da enfermagem atuarem para contribuir na promoção do autocuidado e de forma assertiva nas orientações e educação as pessoas com doença de Parkinson, seus familiares e cuidadores.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2020. IBGE, Rio de Janeiro; 2021.
2. Borges GM, Campos MB, Silva LGC. Transição da estrutura etária no Brasil: oportunidades e desafios para a sociedade nas próximas décadas. In: Ervatti, L.R.; BORGES, G.M.; JARDIM, A.P.(orgs.). Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro: 2015. p.138-151.
3. Moraes EN, Moraes FL. Avaliação Multidimensional do Idoso. 5ed. Belo Horizonte: Folium, 2016.
4. Moraes EN, Carmo JA, Machado CJ, Moraes FL. Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20: proposta de classificação e hierarquização entre os idosos identificados como frágeis. Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba. 2020;22(1):31-5. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/43424/pdf>

5. Cabreira V, Massano J. Doença de Parkinson: Revisão Clínica e Atualização. *Acta Med Port.* 2019;32(10): 661-70 Disponível em: [file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/11978-48378-1-PB%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/11978-48378-1-PB%20(3).pdf)
6. Chou KL. Diagnosis and differential diagnosis of Parkinson disease. UpToDate, ago. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-and-differential-diagnosis-of-parkinson-disease>
7. Pinheiro JES, Barbosa MT. Doença de Parkinson e Outros Distúrbios do Movimento em Idosos. In: FREITAS, E. V. D.; PY, L. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. p. 360-370.
8. Dorsey ER, Elbaz A. 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.* 2018;17(11):939-953. Disponível em: doi: 10.1016/S1474-4422(18)30295-3
9. Rieder CR. Canabidiol na doença de Parkinson. *Brazilian Journal of Psychiatry.* 2020;42(2):126-127. Disponível em: doi:10.1590/1516-4446-2019-0810
10. Hayes MT. Parkinson's Disease and Parkinsonism. *The American Journal of Medicina.* 2019;132(7):802-807. Disponível em: doi: 10.1016/j.amjmed.2019.03.001.
11. Bloem BR, Okun MS, Klein C. Parkinson's disease. *Lancet* 2021; 397:2284–303. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00218-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00218-X)
12. Leandro LA, Teive HAG. Fatores associados ao desempenho funcional de idosos portadores da Doença de Parkinson. *Rev. Kairós Gerontologia.* 2017;20(2): 161-78. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2176-901X.2017v20i2p161-178/23920>
13. Baptista R, Alvarez AM, Nunes SFL, Valcarenghi RV, Barbosa SFF. Idosos com Doença de Parkinson: perfil e condições de saúde. *Enferm. Foco.* 2019;10(5):99-102. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2604/640>
14. Moraes EM. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. *Organização Pan-Americana de Saúde.* 2012. 98p.
15. Moraes EN, Carmo JA, Lanna FM, Azevedo RS, Machado CJ, Montilla DER. Clinical-Functional Vulnerability Index-20 (IVCF-20): Rapid recognition of frail older adults. *Rev Saúde Pública.* 2016;50:81. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006963>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
17. Barbosa MT, Caramelli P, Maia DP, Cunningham MCQ, Guerra HL, Lima-Costa MF, Cardoso F. Parkinsonism and Parkinson's disease in the elderly: A community-based survey in Brazil (the Bambuí study). *Movement Disorder.* 2006;21: 800-8. Disponível em: <https://movementdisorders.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/mds.20806>

18. Hirsch L, Jette N, Frolkis A, Steeves T, Pringsheim T. The incidence of Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. *Neuroepidemiology*. 2016;46(4):292-300. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000445751>
19. Ribas CG, Silva LA, Corrêa MR, Teive HG, Valderramas S. Effectiveness of exergaming in improving functional balance, fatigue and quality of life in Parkinson's disease: A pilot randomized controlled trial. *Parkinsonism Relat. Disord.* 2017;38:13-18. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2017.02.006>
20. Díez-Cirarda M, Ojeda N, Peña J, Cabrera-Zubizarreta A, Jiménez LO, Gómez-Esteban JC et al. Long-term effects of cognitive rehabilitation on brain, functional outcome and cognition in Parkinson's disease. *European Journal of Neurology*. 2018; 25(1):5-12. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ene.13472>
21. Liu K, Gu Z, Dong L, Shen L, Sun Y, Zhang T et al. Clinical profile of Parkinson's disease in the Gumei community of Minhang district, Shanghai. *Clinics*, 2014;69(7):457-63. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/clin/a/Wh6J6b8YdL968xNg3LH3zdK/?lang=en>
22. Willis, A. W., Evanoff, B. A., Lian, M., Criswell, S. R., & Racette, B. A. Geographic and Ethnic Variation in Parkinson Disease: A Population-Based Study of US Medicare Beneficiaries. *Neuro Epidemiology*, 2010;34:143-151. Disponível em: doi:10.1159/000275491.
23. Fernandes I, Filho AS. Estudo clínico-epidemiológico de pacientes com Doença de Parkinson em Salvador-Bahia. *Rev. Brasileira de Neurologia e Psiquiatria*. 2018;22(1):45-59. Disponível em: <https://www.revneuropsiq.com.br/rbnp/article/viewFile/244/141>
24. Baptista R, Alvarez AM, Nunes SFL, Valcarenghi RV, Pascoal LM. Idosos com Doença de Parkinson: avaliação ao comprometimento e da capacidade funcional. *Rev baiana enferm.* 2019; 33:e28103. Disponível em: <https://doi.org/10.18471/rbe.v33.28103>
25. Antar T et al. Longitudinal risk factors for developing depressive symptoms in Parkinson's disease. *Journal of the Neurological Sciences*. 2021; 429:117615. Disponível em: doi:10.1016/j.jns.2021.117615.
26. Peball M. et al. Prevalence and Associated Factors of Sarcopenia and Frailty in Parkinson's Disease: A Cross-Sectional Study. *Gerontology*. 2019;65(3):216-228. Disponível em: doi:10.1159/000492572.
27. Alvarado-Bolaños A, Cervantes-Arriaga A, Arredondo-Blanco K, Salinas-Barboza K, Isais-Millán S, Rodríguez-Violante M. Falls in persons with Parkinson's disease: Do non-motor symptoms matter as much as motor symptoms? *Arq Neuropsiquiatr.* 2019;77(11):761-767. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0004-282X20190148>
28. Aguiar IM, et al. Associação dos sintomas depressivos com o comprometimento da memória episódica em pacientes com a doença de Parkinson. *J Bras Psiquiatr.* 2020;69(4):255-62. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000291>

29. Gomes MMF, Paixão LAR, Faustino AM, Cruz RCS, Moura LBA. Marcadores da autopercepção positiva de saúde de pessoas idosas no Brasil. *Acta Paul Enferm.* 2021;34. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02851>
30. Carneiro JA, Gomes CAD, Durães W, Jesus DR, Chaves KLL, Lima CA. Autopercepção negativa da saúde: prevalência e fatores associados entre idosos assistidos em centro de referência. *Ciênc. saúde coletiva.* 2020;25(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.16402018>
31. Cintra MTG et al. Fragilidade De Idosos Atendidos Em Ambulatório De Geriatria Segundo A Escala Visual De Fragilidade Geriatr Gerontol Aging. 2019;13(1):17-23
32. Balestrassi LS, Silva SMC. Descriptive epidemiological study on patients with movement disorders, with emphasis on Parkinson's disease. *Med J.* 2021;139(1):30-7. Disponível em: [doi:10.1590/1516-3180.2020.0119.R1.30102020](https://doi.org/10.1590/1516-3180.2020.0119.R1.30102020).
33. Silva F, Alvarez AM, Nunes SFL, Silva MEM, Santos SMA. Risco de quedas na doença de Parkinson. *Esc Anna Nery.* 2022;26:e20210131. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0131>
34. Alvim ALS, Rodrigues LA, Gomes AG, Christo PP, Cardoso FE, Scalzo PL Prática de atividade física e fisioterapia em indivíduos com doença de Parkinson. *Acta Fisiatr.* 2020;27(3):146-151. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatr/article/view/169050>
35. Cardoso F. Vitamin B12 and Parkinson's disease: what is the relationship? *Mov Disord.* 2018;33(5):702-703. Disponível em: [doi:10.1002/](https://doi.org/10.1002/)

6.3 Artigo 3 - Fatores associados à síndrome de fragilidade em idosos com doença de Parkinson

Artigo publicado na Revista Brasileira de Enfermagem - Qualis A2.



ARTIGO ORIGINAL



Fatores associados à síndrome de fragilidade em idosos com doença de Parkinson

Factors associated with frailty syndrome in elderly people with Parkinson's disease

Factores relacionados a la síndrome de fragilidad en ancianos con enfermedad de Parkinson

Alcimar Marcelo do Couto^I

ORCID: 0000-0002-1754-4616

Sonia Maria Soares^{II}

ORCID: 0000-0003-3161-717X

^IHospital das Clínicas - Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

^{II}Escola de Enfermagem - Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Como citar este artigo:

Couto AM, Soares SM. Factors associated with frailty syndrome in elderly people with Parkinson's disease. Rev Bras Enferm. 2022;74(0):00-00. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167->

Submissão: 23-02-2022 Aprovação: 26-04-2022

AUTOR CORRESPONDENTE

Alcimar Marcelo do Couto

E-mail: amarcelocouto@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Analisar os fatores sociodemográficos e clínicos associados à fragilidade em idosos com Parkinson, no contexto de um Serviço de Atenção Especializada em Saúde do Idoso. **Métodos:** Estudo documental, analítico, correlacional, de corte transversal, realizado com 230 idosos com Parkinson. Foram avaliados os prontuários dos pacientes com enfoque nos instrumentos: Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional – 20; e o Plano de Cuidados da avaliação multidimensional. **Resultados:** Predomínio de idosos entre 80 e 89 anos; sexo feminino; com baixa escolaridade; classificados como frágeis. Houve correlação entre a fragilidade e as variáveis: sexo; idade; faixa etária; escolaridade; manifestações motoras; manifestações não motoras; estadiamento de Hoehn e Yahr e tempo de diagnóstico. **Conclusão:** Constatou-se alta simultaneidade das condições de fragilidade e doença de Parkinson. Acredita-se que os resultados poderão auxiliar a estruturação de protocolos para atuação da enfermagem de forma sistematizada na promoção do autocuidado desses indivíduos. **Descritores:** Doença de Parkinson; Idoso; Vulnerabilidade em Saúde; Fragilidade; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To analyze the sociodemographic and clinical factors associated with frailty in the elderly with Parkinson's disease in the context of a Specialized Health Care Service for the Elderly. **Methods:** Documentary, analytical, correlational, cross-sectional study carried out with 230 elderly people with Parkinson's. The medical records of the patients were evaluated with a focus on two instruments: Clinical-Functional Vulnerability Index – 20; and the Multidimensional Assessment Care Plan. **Results:** Predominance of elderly people between 80 and 89 years old; women; with low education; classified as fragile. There was a correlation between frailty and the variables: sex; age; age group; schooling; motor manifestations; non-motor manifestations; Hoehn and Yahr staging and time to diagnosis. **Conclusion:** High simultaneity of frailty conditions and Parkinson's disease was observed. It is believed that the results will be able to help the structuring of protocols for nursing performance in a systematic way in the promotion of self-care of these individuals. **Descriptors:** Parkinson Disease; Aged; Health Vulnerability; Frailty; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Analizar factores sociodemográficos y clínicos relacionados a la fragilidad en ancianos con enfermedad de Parkinson en el contexto de un Servicio de Atención Especializada en Salud del Anciano. **Métodos:** Estudio documental, analítico, correlacional, de cohorte transversal, realizado con 230 ancianos con Parkinson. Fueron evaluados prontuarios de los pacientes basados en dos instrumentos: Índice de Vulnerabilidad Clínico-Funcional – 20; y el Plan de Cuidados de la evaluación multidimensional. **Resultados:** Predominio de ancianos entre 80 y 89 años; sexo femenino; con baja escolaridad; clasificados como frágiles. Hubo correlación entre la fragilidad y las variables: sexo; edad; franja etaria; escolaridad; manifestaciones motoras; manifestaciones no motoras; estadios de Hoehn y Yahr y tiempo de diagnóstico. **Conclusión:** Constatado alta simultaneidad de las condiciones de fragilidad y enfermedad de Parkinson. Considerado que los resultados podrán auxiliar la estructuración de protocolos para actuación de la enfermería de manera sistematizada en la promoción del autocuidado de esos individuos. **Descriptor:** Enfermedad de Parkinson; Anciano; Vulnerabilidad en Salud; Fragilidad; Enfermería.

INTRODUÇÃO

Dentre as doenças crônico-degenerativas e incapacitantes, destaca-se a doença de Parkinson (DP), por ser a segunda mais comum desse grupo na população idosa, ficando atrás somente da doença de Alzheimer⁽¹⁾. Ela acomete cerca de 1% da população acima de 65 anos e poderá alcançar mais de 8 milhões de pessoas em 2030⁽¹⁻²⁾. É definida como uma patologia degenerativa e progressiva que afeta o sistema nervoso central, no qual ocorre a degeneração de neurônios situados na chamada “substância negra”, gerando diminuição da produção do neurotransmissor dopamina⁽²⁻³⁾.

Na DP, são observados distúrbios motores como tremor em repouso, rigidez, bradicinina e instabilidade postural, além de disfunções autonômicas como hipotensão, constipação e distúrbios do sono, sendo esses três últimos associados à diminuição das catecolaminas e serotonina. A progressão da doença se difere entre os pacientes, podendo em fases avançadas afetar o neocórtex e, conseqüentemente, ocasionar distúrbios cognitivos e demência⁽²⁻³⁾.

Por conseguinte, a pessoas com Parkinson pode apresentar vulnerabilidade física e social, uma vez que sua funcionalidade pode ser afetada⁽⁴⁾. A funcionalidade é expressa pela capacidade funcional (CF), principal indicador de saúde na população idosa, definida como a capacidade de cuidar da sua vida de forma autônoma e independente. As atividades de vida diária (AVD) são tarefas relacionadas ao cuidado com o ambiente e com o corpo, executadas diariamente e que podem caracterizar a CF do indivíduo⁽⁵⁾.

Os sintomas não motores cada vez mais prevalentes e incômodos e as complicações motoras resistentes ao tratamento, como congelamento da marcha, instabilidade postural e quedas recorrentes, são responsáveis por uma parte considerável da incapacidade progressiva na doença de Parkinson, contribuindo com o comprometimento funcional e com a piora da qualidade de vida dessas pessoas⁽⁶⁻⁷⁾. A redução da capacidade funcional do idoso com Parkinson pode desencadear o desenvolvimento da fragilidade, definida como síndrome clínica geriátrica, de caráter multidimensional⁽⁸⁻⁹⁾.

A síndrome da fragilidade envolve um estado fisiológico que aumenta a vulnerabilidade a estressores pela diminuição das reservas fisiológicas e desregulação de múltiplos sistemas; a isso, se associa a maior ocorrência de desfechos adversos como declínio da capacidade funcional, maior risco de complicações, quedas, hospitalização, institucionalização e até a morte, além de aumentar os custos com o cuidado da saúde⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Existe uma diversidade de modelos conceitual e operacional para fragilidade⁽¹⁰⁾. Entre eles, destacam-se três: o da redução na reserva funcional, que envolve múltiplos sistemas

orgânicos e cuja escala mais utilizada para instrumentalizar essa definição é composta de itens que avaliam o estado nutricional, o gasto de energia, a atividade física, a mobilidade e a força muscular⁽¹¹⁾; o segundo modelo é o de acúmulo de déficits, fundamentado no somatório de limitações e doenças, com ênfase no número desses distúrbios mais do que em sua natureza⁽¹²⁾; e o terceiro modelo conceitual é o multidimensional, caracterizado como um estado dinâmico de perdas que afeta uma ou mais áreas como cognição, aspectos físicos e domínio social⁽¹³⁾.

No presente estudo, adota-se o terceiro modelo, no qual se encontra o conceito de Moraes et al.⁽¹⁴⁾, que consideram como fragilidade multidimensional a redução da reserva homeostática ou da capacidade de adaptação às agressões biopsicossociais, que acarreta o aumento da vulnerabilidade ao declínio funcional e suas consequências. Possui como instrumento de rastreio de fragilidade o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20), o qual consiste em um questionário que contempla aspectos multidimensionais da condição de saúde do idoso⁽⁹⁾.

A síndrome de fragilidade deve ser reconhecida como alvo para investigações e intervenções, tendo em vista o impacto sobre pessoas idosas com Parkinson, suas famílias e a sociedade como um todo. Dessa forma, a identificação precoce das características dos diferentes idosos com Parkinson e sua associação com a fragilidade pode ajudar a retardar a progressão do declínio funcional, por meio de programas de cuidado e adequação dos serviços de saúde às novas demandas dessa população específica⁽¹⁵⁾.

Nesse sentido, o enfermeiro tem papel importante em tal processo, visto que ele, considerando a capacidade de autocuidado do indivíduo com base no perfil de fragilidade e nos fatores associados ao comprometimento funcional, poderá motivar e capacitar o indivíduo doente e sua família a se tornarem protagonistas na condução dos seus problemas de saúde e na adoção de ações de autocuidado.

A literatura ainda não apresenta estudos e evidências significativas sobre a interação entre comorbidades e fragilidade, especialmente no que se refere à DP. Essa lacuna precisa ser preenchida com a realização de investigações científicas que busquem contribuir para a identificação da fragilidade e fatores associados na DP. Isso é importante pelo seu potencial para construção de políticas de saúde pública envolvendo o planejamento de ações preventivas, diagnósticas e terapêuticas, direcionadas a metas de manutenção da saúde física, mental, da capacidade funcional, da qualidade de vida dessa população e serve até mesmo para evitar desfechos desfavoráveis como institucionalização, hospitalização e morte precoce⁽¹⁶⁾.

A DP e a fragilidade são duas condições que se tornam cada vez mais comuns com o avançar da idade, mas pouco se sabe sobre a relação entre elas⁽¹⁷⁾. A fragilidade, considerada

uma síndrome geriátrica associada a resultados adversos importantes para a saúde, tem recebido pouca atenção nos trabalhos acerca da DP. A literatura sobre fragilidade em DP é extremamente limitada, com poucos estudos avaliando a sua frequência e características clínicas^(6,18).

Dessa forma, cada vez mais se faz necessária a avaliação da prevalência de fragilidade e compreensão de quais fatores têm sido mais associados a limitações na funcionalidade de idosos com Parkinson. Com isso, podem ser organizados programas de saúde com finalidade principal de promoção do autocuidado, visando à manutenção, retardo do declínio e/ou incremento da capacidade funcional.

OBJETIVO

Analisar os fatores sociodemográficos e clínicos associados à fragilidade em idosos com Parkinson, no contexto de um Serviço de Atenção Especializada em Saúde do Idoso.

MÉTODOS

Aspectos éticos

O projeto atendeu às recomendações das Resoluções n. 466/2012 e n. 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil⁽¹⁹⁻²⁰⁾. Este estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais.

Desenho, local do estudo e período

Trata-se de um estudo analítico, correlacional, de corte transversal e retrospectivo. Foi feita análise secundária de dados dos prontuários e planos de cuidado de idosos, considerando recorte temporal referente aos anos de 2018 e 2019. Foi utilizada amostra de conveniência, composta por idosos com Parkinson atendidos em um Centro de Referência em Saúde do Idoso - Belo Horizonte, estado de Minas Gerais (MG), Brasil - que realiza atendimentos de idosos encaminhados por unidades da Atenção Primária a Saúde (APS).

Esses pacientes são atendidos por equipe geriátrico-gerontológica especializada, composta por médicos geriatras, enfermeiros gerontólogos, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais e profissionais da reabilitação, como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos.

Neste estudo, foi efetuada a análise dos prontuários, inicialmente do primeiro atendimento ao idoso realizado por profissionais treinados na aplicação da avaliação geriátrica ampla, por meio dos instrumentos Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20) e Plano de Cuidados, que contêm síntese da avaliação dos idosos com base em escalas e instrumentos padronizados para utilização na avaliação multidimensional do idoso. Os dados dos prontuários foram coletados no período de outubro a dezembro de 2020 e se referem aos atendimentos realizados nos anos de 2018 e 2019, sendo que a coleta de dados foi realizada pelo primeiro autor, que atua no referido Centro de Referência, e por duas bolsistas de iniciação científica devidamente treinadas.

Amostra; critérios de inclusão e exclusão

Foram submetidos à avaliação multidimensional, nesse período, 10.399 pacientes, dos quais 9.202 tiveram a elaboração do plano de cuidados dessa avaliação concluída e contrarreferenciada via e-mail para a APS. O plano de cuidados consiste no conjunto de diagnósticos e intervenções, definido de forma individualizada e compartilhada com a Atenção Primária, que é responsável por implementar o plano de cuidados nos casos de menor complexidade. Já os idosos de maior complexidade são acompanhados pelo serviço de geriatria e gerontologia de Atenção Secundária.

Para composição da amostra deste estudo, foram selecionados os prontuários que atenderam aos critérios de elegibilidade: pacientes com registro de diagnóstico de doença de Parkinson confirmada clinicamente e com preenchimento completo do instrumento IVCF-20. Foram excluídos os prontuários de pacientes com registro de parkinsonismo que não fosse classificado como doença de Parkinson ou que ainda estivessem em acompanhamento para definir a causa do parkinsonismo. Com base nesses critérios, a amostra do estudo foi constituída por 230 pacientes com DP.

Segue fluxograma com amostra final do estudo:

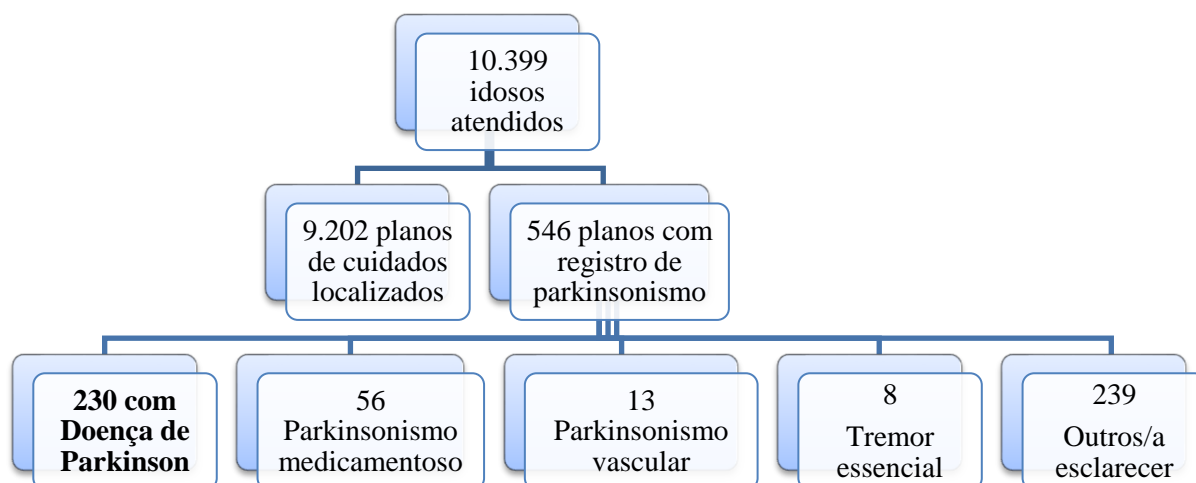


Figura 1 - Amostra final do estudo.

Protocolo do estudo

Para a coleta de dados, foi utilizado o Plano de Cuidados, elaborado para todos os idosos encaminhados para avaliação multidimensional no serviço de geriatria e gerontologia do referido Centro de Atenção Especializada. O Plano de Cuidados é a estratégia utilizada para a organização do cuidado, em que se define quais são os problemas de saúde do idoso, as intervenções com as justificativas para as mudanças mais apropriadas à melhoria da sua saúde e quais profissionais e equipamentos de saúde são necessários para a implementação dessas intervenções⁽²¹⁾.

O Plano de Cuidados contém todas as informações essenciais ao planejamento e implementação das ações necessárias para a manutenção ou recuperação da saúde do idoso avaliado e apresenta os principais dados sociodemográficos de identificação do idoso, a estratificação de risco baseada na classificação clínico-funcional, com a pontuação e marcadores de fragilidade apontados no Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20), uma escala visual de fragilidade, diagnóstico das condições de saúde, agudas e/ou principalmente crônicas, intervenções propostas, traduzidas em metas terapêuticas⁽²¹⁾.

Para rastrear a fragilidade na avaliação do idoso, adota-se no referido ambulatório inicialmente o instrumento Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20), pelo fato de ser um instrumento de triagem interdisciplinar, que contempla aspectos multidimensionais da condição de saúde dos indivíduos de 60 anos ou mais. Posteriormente, aplica-se a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) com todos seus instrumentos e escalas. O IVCF-20 é multidimensional, idealizado considerando a base conceitual de fragilidade como uma

síndrome multidimensional; e constitui-se por 20 questões distribuídas em oito seções que abrangem condições preditoras de declínio clínico-funcional do idoso (idade, autopercepção da saúde, incapacidades funcionais, cognição, humor, mobilidade, comunicação e comorbidades múltiplas)^(9,22).

A pontuação varia de 0 a 40; e, quanto maior a pontuação do IVCF-20, pior será a condição clínico-funcional do idoso. A classificação da condição clínico-funcional do idoso é obtida com base nos seguintes critérios: pontuação de 0 a 6, o idoso é considerado robusto; 7 a 14, o idoso é considerado em risco de fragilização; e valores iguais ou acima de 15 pontos, o idoso é considerado em condição de fragilidade^(9,22).

Análise dos resultados e estatística

Os dados obtidos nos planos de cuidado/prontuários foram digitados e armazenados em uma planilha eletrônica no programa Microsoft Office Excel[®], conforme codificação determinada para cada uma das variáveis de interesse do estudo. Na construção do banco, optou-se pela técnica de validação por dupla entrada, ou seja, dupla digitação que detecta possíveis inconsistências. Após validação dos bancos, os dados foram exportados ao software R, versão 4.0.0, para processamento das análises.

As variáveis utilizadas neste estudo estão relacionadas a questões sociodemográficas, clínicas e de vulnerabilidade clínico-funcional (fragilidade): idade (anos e faixa etária); sexo; escolaridade; manifestações motoras; manifestações não motoras; estadiamento motor da doença de Parkinson (Hoehn e Yahr); tempo de diagnóstico da DP (anos); medicação antiparkinsoniana; classificação clínico-funcional (fragilidade), que foi categorizada em frágil (pontuação no IVCF-20 \geq 15) e não frágil (robusto e risco de fragilização - pontuação no IVCF-20 de 0 a 14).

Variáveis qualitativas foram apresentadas em tabelas com frequência absoluta e relativas. Variáveis quantitativas passaram pelo teste de normalidade de Shapiro-Wilk e indicaram não normalidade. Por isso, os resultados são apresentados como mediana e quartis. Nas associações, realizou-se o teste de qui-quadrado e o teste exato de Fisher, para variáveis qualitativas; e o teste não paramétrico de Mann-Whitney, para as variáveis quantitativas (duas categorias). As estimativas foram apresentadas considerando-se um nível de significância de 5% ($p < 0,05$) em todos os procedimentos analíticos⁽²³⁾. Os resultados foram descritos e apresentados em tabelas.

RESULTADOS

Na avaliação dos planos de cuidado/prontuários dos idosos atendidos nos anos de 2018 e 2019, um total de 546 idosos foram inicialmente selecionados com o relato da presença de parkinsonismo, correspondendo a uma prevalência de 5,93% com tais características na população avaliada. Destes, 230 idosos tiveram o diagnóstico de DP confirmado clinicamente e registrado nos prontuários, o que corresponde a uma prevalência de 2,50% de DP na referida população.

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 1, dos 230 indivíduos com DP avaliados, 74,3% foram classificados como frágeis e 25,7% como não frágeis (robustos ou em risco de fragilização). Já a pontuação no instrumento Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20) obteve uma mediana de 20.

Tabela 1 - Pontuação no Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20) e distribuição da classificação clínico-funcional dos idosos com doença de Parkinson atendidos no Centro Mais Vida - Belo Horizonte/MG, 2021

Pontuação no IVCF-20			Mediana	(Q1 - Q3)*
			20	(14 - 26)
Classificação clínico-funcional			N	%
Robusto		19	8,3	
Risco de fragilização		40	17,4	
Frágil		171	74,3	
Total		230	100,0	

* Q1 - Q3: primeiro quartil - terceiro quartil

A Tabela 2 apresenta a frequência das variáveis sociodemográficas (sexo, faixa etária e escolaridade) relacionadas à classificação clínico-funcional dos idosos com Parkinson. A mediana de idade dos idosos com Parkinson encontrada no estudo foi de 80 anos, sendo o primeiro quartil de 73 anos e o terceiro quartil de 85 anos. Houve predomínio de indivíduos na faixa etária de 80 a 89 anos, do sexo feminino e com baixa escolaridade (um a quatro anos de estudo).

Tabela 2 – Distribuição das variáveis sociodemográficas segundo a classificação clínico-funcional dos idosos com doença de Parkinson atendidos no Centro Mais Vida — Belo Horizonte/MG, 2021

Variáveis/Classificação clínico-funcional	Fragilidade				Total (n = 230)		Valor de <i>p</i> *
	Não frágil (n = 59)		Frágil (n = 171)				
<i>Faixa etária</i>	n	%	n	%	n	%	
60 a 69 anos	16	27,1	17	9,9	33	14,3	0,003***
70 a 79 anos	22	37,3	54	31,6	76	33,0	
80 a 89 anos	18	30,5	84	49,1	102	44,3	
90 anos ou mais	3	5,1	16	9,4	19	8,4	
<i>Idade</i>	76 (68 - 82)		81 (75 - 86)		80 (73 - 85)		0,000***
Mediana (Q1 - Q3)**							
<i>Sexo</i>							
Masculino	34	57,6	72	42,1	106	46,1	0,039***
Feminino	25	42,4	99	57,9	124	53,9	
<i>Escolaridade</i>							
Não estudou	2	3,5	45	26,3	47	20,4	0,007***
1 a 4 anos	42	70,1	92	53,9	134	58,2	
5 a 8 anos	5	8,8	14	8,4	19	8,3	
9 a 11 anos	8	14	14	8,4	22	9,6	
Mais de 11 anos	2	3,5	6	3	8	3,5	

* Teste qui-quadrado; ** teste de Mann-Whitney ;*** valor de *p* significante.

Com base na estatística inferencial das variáveis sociodemográficas associadas à classificação clínico-funcional dos idosos com Parkinson, encontrou-se associação estatisticamente significativa com as variáveis “idade”, “faixa etária”, “sexo” e “escolaridade”.

A Tabela 3 apresenta a distribuição e a análise da estatística inferencial das variáveis dos conjuntos “manifestações motoras” e “manifestações não motoras” associadas à fragilidade dos idosos com Parkinson.

Tabela 3 – Distribuição das manifestações motoras e não motoras segundo a classificação clínico-funcional dos idosos com doença de Parkinson atendidos no Centro Mais Vida - Belo Horizonte/MG, 2021

Variáveis/Classificação clínico-funcional	Fragilidade				Total	Valor de p^*	
	Não frágil		Frágil				
Manifestações Motoras	n	%	n	%	n	%	
Tremores	41	87,2%	99	71,7%	140	75,7%	0,032***
Rigidez	25	53,2%	107	77,5%	132	71,4%	0,001***
Bradicinesia	34	72,3%	101	73,2%	135	73,0%	0,910
Congelamento (<i>freezing</i>)	1	1,9%	16	10,5%	17	8,3%	0,054
Instabilidade Postural	33	55,9%	134	78,4%	167	72,6%	0,001***
Fala/discurso	11	18,6%	60	35,1%	71	30,9%	0,018***
Excesso de salivação	2	3,4%	14	8,2%	16	7,0%	0,212
Mastigação/deglutição	6	10,2%	59	34,5%	65	28,3%	0,000***
Escrita (micrografia)	1	1,7%	2	1,2%	3	1,3%	0,759
<i>Manifestações Não Motoras</i>							
Distúrbio Cognitivo	11	18,6%	104	60,8%	115	50,0%	0,000***
Distúrbio do Humor/Depressão	31	52,5%	128	74,9%	159	69,1%	0,001***
Alucinações e delírios	3	5,1%	41	24,0%	44	19,1%	0,001***
Ansiedade	14	23,7%	31	18,1%	45	19,6%	0,350
Apatia	2	3,4%	28	16,4%	30	13,0%	0,011***
Fadiga	3	5,1%	15	8,8%	18	7,8%	0,363
Distúrbio do sono	28	50,9%	99	61,5%	127	58,8%	0,169
Distúrbio urinário	29	49,2%	132	77,2%	161	70,0%	0,000***
Hipotensão postural	11	18,6%	27	15,8%	38	16,5%	0,611
Constipação	18	30,5%	72	42,1%	90	39,1%	0,116
Dor	11	18,6%	46	26,9%	57	24,8%	0,205

* Teste de qui-quadrado; *** valor de p significante.

De acordo com os valores de p da Tabela 3, constata-se uma correlação significativa entre a fragilidade e as variáveis motoras “tremor”, “rigidez”, “instabilidade postural”, “fala/discurso” e “mastigação/deglutição”; e as variáveis não motoras “distúrbio cognitivo”, “distúrbio do humor/depressão”, “alucinações/delírios”, “apatia” e “distúrbio urinário”.

A descrição na **Tabela 4** fornece o perfil dos participantes do estudo de acordo com o grau de incapacidade baseando-se no estadiamento da doença de Hoehn e Yahr, no tempo de diagnóstico da doença e tratamento farmacológico. Apresenta ainda os resultados obtidos da análise de associação dessas variáveis com a classificação clínico-funcional dos idosos com Parkinson.

Tabela 4 – Distribuição das variáveis clínicas segundo a classificação clínico-funcional dos idosos com doença de Parkinson atendidos no Centro Mais Vida — Belo Horizonte/MG, 2021

Variáveis/classificação clínico-funcional	Fragilidade						Valor de <i>p</i> *
	Não frágil		Frágil		Total		
	n	%	n	%	n	%	
<i>Estadiamento</i>							
Leve	29	50,0%	16	9,5%	45	19,8%	
Moderado	25	43,1%	62	36,7%	87	38,3%	0,000***
Grave	4	6,9%	91	53,8%	95	41,9%	
<i>Tempo de diagnóstico</i>							
Mediana (Q1 - Q3)**	2 (0 - 6,5)		4 (1 - 9)		4 (0 - 8)		0,034***
<i>Faz uso de prolopa</i>							
Não	1	1,9%	8	5,1%	9	4,2%	0,312
Sim	53	98,1%	150	94,9%	203	95,8%	
<i>Faz uso de outra medicação antiparkinsoniana</i>							
Não	44	81,5%	125	79,1%	169	79,7%	0,709
Sim	10	18,5%	33	20,9%	43	20,3%	
<i>Tipo de outra medicação antiparkinsoniana</i>							
Pramipexol	5	50,0%	16	48,5%	21	48,8%	
Entacapone	2	20,0%	10	30,3%	12	27,9%	
Amantadina	2	20,0%	2	6,1%	4	9,3%	0,693
Pramipexol + entacapone	1	10,0%	4	12,1%	5	11,6%	
Pramipexol + amantadina	0	0,0%	1	3,0%	1	2,3%	

* Teste de qui-quadrado; ** teste de Mann Whitney; *** valor de *p* significante.

De acordo com esses dados (Tabela 4), verifica-se maior prevalência de estágio grave da doença (Grau 4 e 5), seguido do estágio moderado (Grau 3). A amostra do estudo foi constituída principalmente por idosos com Parkinson em estágios mais avançados de incapacidade. A mediana do tempo de diagnóstico foi de quatro anos, e observa-se alta prevalência de tratamento com levodopa. Constata-se associação significativa entre fragilidade e as variáveis “estadiamento de Hoehn e Yahr” (os não frágeis em sua maioria estão classificados como leves; e, entre os frágeis, a maioria é classificada como grave) e “tempo de diagnóstico da doença” (os idosos frágeis têm tempo de diagnóstico maior).

DISCUSSÃO

No Brasil, os estudos epidemiológicos de incidência e prevalência de parkinsonismo e DP ainda são escassos. Um estudo transversal de base populacional importante com avaliação de prevalência de DP e parkinsonismo realizado no Brasil foi o estudo Bambuí⁽²⁴⁾, que mostrou,

na população acima de 64 anos, uma prevalência de parkinsonismo de 7,2%, sendo a causa mais frequente a DP, com 3,3%.

Os achados da maioria dos idosos com Parkinson do sexo feminino e com baixa escolaridade corroboram os de alguns estudos⁽²⁵⁻²⁸⁾. Entretanto, outros trabalhos^(4,29) encontraram predomínio do sexo masculino em suas amostras.

Observa-se, neste estudo, em relação à distribuição da amostra segundo a idade, que há predomínio da DP nas faixas etárias mais idosas. Tal resultado converge um estudo⁽³⁰⁾ e diverge de outros^(4,25) que encontraram predomínio da DP nas faixas etárias mais jovens de 60 a 69 anos.

A prevalência de fragilidade na amostra estudada foi muito alta (74,3%), confirmando pesquisas nas quais se aponta que a prevalência de fragilidade na DP é alta. Revisão sistemática mostra que poucos estudos quantificaram a prevalência de fragilidade na DP, mas aqueles que o fizeram sugerem uma alta simultaneidade dessas duas condições, sendo apontado, na revisão, uma prevalência de fragilidade em DP que variou de 29% a 67%⁽¹⁷⁾. Em outro trabalho, de coorte, a prevalência de fragilidade foi de 35,6% em pessoas com Parkinson de um centro de atendimento terciário e de 22,2% em amostra de DP na comunidade⁽⁶⁾.

Neste estudo, os fatores que se associaram significativamente à fragilidade dos idosos com Parkinson foram: sexo; idade; faixa etária; escolaridade; manifestações motoras (tremor; rigidez; instabilidade postural; fala/discurso e mastigação/deglutição); manifestações não motoras (distúrbio cognitivo; distúrbio do humor/depressão; alucinações/delírios; apatia e distúrbio urinário) e variáveis clínicas (estadiamento de Hoehn e Yahr e tempo de diagnóstico).

Uma das dimensões mais afetadas na DP consiste na funcionalidade que se expressa pela capacidade funcional. Em investigação realizada em Curitiba, foi observado que, além da idade, a baixa escolaridade e viuvez são fatores relacionados ao declínio funcional de idosos com DP e, conseqüentemente, levam à fragilidade dessa população⁽⁴⁾.

Resultado de estudo observacional do tipo coorte realizado em São Paulo mostra que existe correlação positiva entre o aumento da fragilidade na DP com a maior idade e menor escolaridade dos indivíduos, com manifestações não motoras da doença, comprometimento da cognição, velocidade da marcha, estadiamento de Hoehn e Yahr e pontuação crescente obtida na escala *Unified Parkinsons Disease Rating Scale* (UPDRS), que mensura a severidade e evolução da DP. A atividade física foi observada como efeito protetor para o desenvolvimento da fragilidade⁽¹⁶⁾.

Idade avançada e pior gravidade motora da DP foram considerados fatores preditores de fragilidade na DP⁽¹⁸⁾. Em outro estudo, a fragilidade foi significativamente associada a idade

avançada, maior duração da doença, diminuição da força de preensão manual e da velocidade da marcha, que indicam sarcopenia; maior comprometimento motor na escala UPDRS; maiores estágios de Hoehn e Yahr; diminuição da qualidade de vida; maior frequência de quedas; maior carga de sintomas não motores (comprometimento cognitivo, demência, fadiga e alucinações); bem como institucionalização, pior qualidade de vida e maior demanda de cuidado em pacientes com DP⁽⁶⁾.

A fragilidade está associada a características clínicas de DP avançada, em particular: maior duração da doença, estágios mais elevados de Hoehn e Yahr, maior comprometimento motor e carga não motora incluindo demência, quedas, redução da qualidade de vida, além de institucionalização. Isso está de acordo com os achados na literatura que avaliou a fragilidade em pessoas com Parkinson^(6,16).

Controle neuromuscular alterado resultando em dificuldades de marcha, menor velocidade da marcha e quedas foi descrito em pessoas com Parkinson e também está associado à sarcopenia e fragilidade. Uma alta frequência de quedas foi mais comumente relatada por pessoas com Parkinson que apresentaram sarcopenia e fragilidade em comparação com aqueles sem essas duas últimas condições, o que reforça a importância do rastreamento de instabilidade postural e quedas em DP⁽⁶⁾.

A incapacidade progressiva na DP é impulsionada pela evolução de sintomas motores resistentes ao tratamento, como congelamento da marcha, instabilidade postural e quedas recorrentes, bem como por sintomas não motores cada vez mais prevalentes e incômodos, que são um importante determinante da qualidade de vida e de institucionalização⁽⁶⁾. Os sintomas não motores e as complicações motoras são responsáveis por uma parte considerável da incapacidade na doença de Parkinson, pelo que devem ser identificados e tratados⁽⁷⁾.

Apesar da existência de inúmeros avanços no tratamento dos sintomas apresentados por doentes, a DP gera um comprometimento na funcionalidade com observação de deterioração clínica progressiva, que ocorre paralelamente com o avançar da idade e, associada a outros fatores, ocasiona a determinação da fragilidade⁽³¹⁻³²⁾.

A realização do diagnóstico da fragilidade nos estágios iniciais da DP pode contribuir com a melhoria da eficiência das propostas de intervenção terapêutica e com ações para promover a manutenção da capacidade funcional ou retardar possíveis declínios, visto que a fragilidade é reconhecida como modificadora dos riscos e benefícios do tratamento de doenças crônicas como a DP⁽³¹⁻³²⁾.

Sabe-se que as alterações degenerativas neuromusculares ocasionadas pela DP, quando associadas à fragilidade, têm como consequência uma exacerbação das manifestações

motoras da doença; isso compromete ainda mais a capacidade funcional dos indivíduos, que manifestam ainda mais exaustão devido à maior fadiga muscular nessas situações, gerando necessidades crescentes tanto de esforço físico como cognitivo para desempenhar as mesmas funções no decorrer do tempo⁽³¹⁾.

A identificação precoce da fragilidade pessoas com Parkinson poderia melhorar o prognóstico de evolução da doença, uma vez que possibilitaria a identificação de sinais e sintomas que são tratáveis e até mesmo passíveis de prevenção. Isso confirma o valor terapêutico da identificação da fragilidade nesses indivíduos, tendo em vista que, quando associada à DP, compromete ainda mais a qualidade de vida, a capacidade funcional e pode, inclusive, ocasionar morte precoce^(16,31-32).

Destaca-se a necessidade do cuidado integrado e continuado do idoso com diagnóstico de DP, o que deve ser feito de forma integrada na rede de saúde por meio do compartilhamento de ações na APS e no serviço secundário de atenção especializada. O trabalho multiprofissional e interdisciplinar é fundamental nesse processo, com o desenvolvimento de ações de manutenção e/ou reabilitação da funcionalidade, mediante a promoção da saúde e prevenção da vulnerabilidade clínico-funcional, protelando o desenvolvimento da fragilidade e complicações.

Limitações do estudo

É importante considerar algumas limitações deste estudo, dentre as quais, a realização de estudo transversal de análise documental, com investigação em um único grupo amostral, constituído por doentes em estágios mais avançado da doença de um centro de atendimento especializado. Portanto, as taxas de prevalência e as associações demográficas e clínicas são representativas para pessoas com Parkinson em centros secundários, em estágios mais avançados da doença, e podem não ser generalizáveis para a população geral com DP. A natureza transversal do presente estudo não permitiu uma avaliação prospectiva dos fatores de risco para fragilidade na DP.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Apontam-se contribuições significativas para o conhecimento da enfermagem em gerontologia, especificamente na abordagem da fragilidade em populações com doenças neurodegenerativas do sistema nervoso central. A ocorrência de fragilidade em pessoas com Parkinson implica maior demanda de cuidados para a enfermagem e a necessidade de maior participação da família/cuidadores na relação de cuidados. Acredita-se que os resultados do

estudo poderão auxiliar a estruturação de protocolos para atuação da enfermagem de forma sistematizada na promoção do autocuidado, com enfoque na capacidade funcional de idosos com Parkinson, contribuindo para ampliar a qualidade de vida dos indivíduos doentes e de suas famílias.

CONCLUSÃO

O presente estudo demonstrou alta prevalência de fragilidade em idosos com Parkinson. Destaca-se a relação de fragilidade com as variáveis: sexo; idade; faixa etária; escolaridade; manifestações motoras (tremor; rigidez; instabilidade postural; fala/discurso e mastigação/deglutição); manifestações não motoras (distúrbio cognitivo; distúrbio do humor/depressão; alucinações/delírios; apatia e distúrbio urinário) e variáveis clínicas (estadiamento de Hoehn e Yahr e tempo de diagnóstico).

As alterações típicas da DP, como as manifestações não motoras e as complicações motoras, que podem ocasionar modificações funcionais no indivíduo, tornando-o mais dependente e com maior necessidade de cuidado, precisam ser identificadas e tratadas. Nesse sentido, enfatiza-se a necessidade de avaliação e acompanhamento dessas alterações, em conjunto com as variáveis associadas à fragilidade nos atendimentos a pessoas com Parkinson, uma vez que podem interferir na piora da capacidade funcional e, conseqüentemente, da qualidade de vida dessa população.

Destaca-se a contribuição da realização de estudos que avaliam possíveis associações entre fatores sociodemográficos e clínicos como determinantes na compreensão do desenvolvimento de fragilidade em pessoas com Parkinson. Esses trabalhos possibilitam a identificação precoce e efetiva de indivíduos que estão em maior risco de desenvolver desfechos desfavoráveis como institucionalização, hospitalização e até mesmo morte precoce.

REFERÊNCIAS

1. Cabreira V, Massano J. Doença de Parkinson: Revisão Clínica e Atualização. *Acta Med Port.* 2019; 32(10): 661-70. <https://doi.org/10.20344/amp.11978>
2. Chou KL. Diagnosis and differential diagnosis of Parkinson disease. UpToDate, [Internet]. ago. 2020. [cited 2021 Apr 24]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-and-differential-diagnosis-of-parkinson-disease>
3. Hayes MT. Parkinson's Disease and Parkinsonism. *Am. J. Med.*, 2019;132(7): 802-7. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2019.03.001>

4. Leandro LA, Teive HAG. Fatores associados ao desempenho funcional de idosos portadores da Doença de Parkinson. *Rev. Kairós Gerontologia*. 2017; 20(2): 161-78. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i2p161-178>
5. Moraes EN, Moraes FL. *Avaliação Multidimensional do Idoso*. 5.ed. Belo Horizonte: Folium, 2016.
6. Peball M, Mahlkecht P, Werkmann M et al. Prevalence and Associated Factors of Sarcopenia and Frailty in Parkinson's Disease: A Cross-Sectional Study. *Gerontology*. 2019; 65:216-28. <https://dx.doi.org/10.1159/000492572>
7. Vetrano DL, Pisciotto MS, Laudisio A, Lo Monaco MR, Onder G, Brandi V et al. Sarcopenia in Parkinson disease: comparison of different criteria and association with disease severity. *J Am Med Dir Assoc*. 2018; 19(6): 523-27. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.12.005>
8. Maciel GMC, Santos RS, Santos TM, Menezes RMP, Vitor AF, Lira ALBC. Avaliação da fragilidade no idoso pelo enfermeiro: Revisão integrativa. *Rev Enferm Cent-Oeste Min*. 2016; 6(3):2430-38. <https://doi.org/10.19175/recom.v6i3.1010>
9. Moraes EN, Carmo JA, Lanna FM, Azevedo RS, Machado CJ, Montilla DER. Clinical-Functional Vulnerability Index-20 (IVCF-20): Rapid recognition of frail older adults. *Rev Saúde Pública* 2016; 50:81. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006963>
10. Lourenço RA, Moreira VG, Mello RGB, Santos IS, Lina SM, Pinto ALF et al. Consenso brasileiro de fragilidade em idosos: conceitos, epidemiologia e instrumentos de avaliação. *Geriatr Gerontol Aging*. 2018; 12(2):121-35. <https://doi.org/10.5327/Z2447-211520181800023>
11. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001; 56(3):M146-57. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.M146>
12. Mitnitski AB, Mogilner AJ, Rockwood K. Accumulation of deficits as a proxy measure of aging. *ScientificWorldJournal*. 2001; 1:323-36. <https://doi.org/10.1100/tsw.2001.58>
13. Fabrício-Wehbe SC, Cruz IR, Haas VJ, Diniz MA, Dantas RA, Rodrigues RA. Reproducibility of the Brazilian version of the Edmonton Frail Scale for elderly living in the community. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013;21(6):1330-6. <https://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.2933.2371>
14. Moraes EN, Lanna FM, Santos RR, Bicalho MAC, Machado CJ, Romero DE. A new proposal for the clinical-functional categorization of the elderly: Visual Scale of Frailty (VS-Frailty). *J Aging Res Clin Pract*. 2016; 5(1):24-30. <https://dx.doi.org/10.14283/jarcp.2016.84>
15. Maia LC, Colares TFB, Moraes EN, Costa SM, Caldeira AP. Robust older adults in primary care: Factors associated with successful aging. *Rev Saúde Pública* 2020;54(35):1-11. <https://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001735>
16. Montgomery RM. *Fragilidade e Doença de Parkinson*. [Tese doutorado] Universidade de São Paulo - Faculdade de Medicina. São Paulo, 2018.
17. Smith N, Brennan L, Gaunt DM, Ben-Shlomo Y, Henderson E. Frailty in Parkinson's Disease: A Systematic Review. *J Parkinsons Dis*. 2019; 9(3): 517-24. <https://dx.doi.org/10.3233/JPD-191604>
18. Tan AH, Hewb YC, Lim SY et al. Altered body composition, sarcopenia, frailty, and their clinico-biological correlates, in Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat. Disord*. 2018; 56: 58-64. <https://dx.doi.org/10.1016/j.parkreldis.2018.06.020>

19. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2020 Jun 16]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
20. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 510/16, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [cited 2020 Jun 16]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html
21. Moraes EM. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. Organização Pan-Americana de Saúde. [Internet]. 2012 [cited 2021 Feb 01]. 98p. Available from: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>
22. Moraes EN, Carmo JA, Machado CJ, Moraes FL. Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20: proposta de classificação e hierarquização entre os idosos identificados como frágeis. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*. 2020; 22(1): 31-5. <https://doi.org/10.23925/1984-4840.2020v22i1a7>
23. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. *Análise Multivariada de dados*. 6.ed. Porto Alegre: Bookman; 2009.
24. Barbosa MT, Caramelli P, Maia DP, Cunningham MCQ, Guerra HL, Lima-Costa MF, Cardoso F. Parkinsonism and Parkinson's disease in the elderly: A community-based survey in Brazil (the Bambuí study). *Movement Disorder*. 2006; 21: 800-8. <https://doi.org/10.1002/mds.20806>
25. Baptista R, Alvarez AM, Nunes SFL, Valcarenghi RV, Barbosa SFF. Idosos com Doença de Parkinson: perfil e condições de saúde. *Enferm. Foco* [Internet] 2019; [cited 2021 Mai 18]; 10(5): 99-102. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2604/640>
26. Hirsch L, Jette N, Frolkis A, Steeves T, Pringsheim T. The incidence of Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. *Neuroepidemiology*. 2016; 46 (4): 292-300. <https://doi.org/10.1159/000445751>
27. Ribas CG, Silva LA, Corrêa MR, Teive HG, Valderramas S. Effectiveness of exergaming in improving functional balance, fatigue and quality of life in Parkinson's disease: A pilot randomized controlled trial. *Parkinsonism Relat. Disord*. 2017; 38: 13-18. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2017.02.006>
28. Díez-Cirarda M, Ojeda N, Peña J, Cabrera-Zubizarreta A, Jiménez LO, Gómez-Esteban JC et al. Long-term effects of cognitive rehabilitation on brain, functional outcome and cognition in Parkinson's disease. *Eur. J. Neurol*. 2018; 25(1): 5-12. <https://doi.org/10.1111/ene.13472>
29. Liu K, Gu Z, Dong L, Shen L, Sun Y, Zhang T et al. Clinical profile of Parkinson's disease in the Gumei community of Minhang district, Shanghai. *Clinics*, 2014; 69(7):457-63. [https://doi.org/10.6061/clinics/2014\(07\)03](https://doi.org/10.6061/clinics/2014(07)03)
30. Willis AW, Evanoff, BA, Lian M, Criswell SR, Racette BA. Geographic and Ethnic Variation in Parkinson Disease: A Population-Based Study of US Medicare Beneficiaries. *Neuroepidemiology*, 2010; 34(3): 143-51. <https://doi.org/10.1159/000275491>
31. Onder G, Vetrano DL, Marengoni A, Bell JS, Johnell K, Palmer K. Accounting for frailty when treating chronic diseases. *Eur. J. Intern. Med*. 2018; 56: 49-52. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2018.02.021>

32. Silva RB, Aldoradin-Cabeza H, Eslick GD, Phu S, Duque G. The effect of physical exercise on frail older persons: a systematic review. *J Frailty Aging*. 2017; 6(2): 91-6
<http://dx.doi.org/10.14283/jfa.2017.7>

6.4 Artigo 4 - Elaboração e validação de conteúdo de um protocolo de consulta de enfermagem para o autocuidado apoiado de pessoas com doença de Parkinson

Elaboration and content validation of a nursing consultation protocol for supported self-care of people with Parkinson's disease

Elaboración y validación de contenido de un protocolo de consulta de enfermería para el autocuidado apoyado de personas con enfermedad de Parkinson

RESUMO

Objetivo: Elaborar e validar o conteúdo do protocolo de consulta de enfermagem no autocuidado apoiado as pessoas com doença de Parkinson. **Método:** Pesquisa metodológica realizada em duas etapas, sendo a primeira de elaboração do protocolo e a segunda de validação de conteúdo por doze juízes especialistas. O instrumento para validação do conteúdo do protocolo foi elaborado para avaliar a relevância e clareza do protocolo desenvolvido. Foram realizadas duas rodadas do método Delphi. Após avaliação dos instrumentos do protocolo, calculou-se o Índice de Validação de Conteúdo. Foi considerado concordância quando os valores para o IVC foram \geq a 0,80 e para IVC global \geq a 0,90. **Resultados:** A realização das etapas de revisão integrativa e estudo documental de caracterização de idosos com doença de Parkinson deram subsídio ao desenvolvimento do protocolo de consulta de enfermagem para o autocuidado apoiado da pessoa com doença de Parkinson, composto por seis seções, 29 tópicos e 14 subtópicos. Na primeira rodada Delphi apenas três itens não atingiram concordância entre os juízes e foram revisados, juntamente com outros dezoito itens que apesar de atingirem concordância, foram adaptados por apresentarem sugestões dos especialistas consideradas pertinentes pelos pesquisadores. O IVC do protocolo desenvolvido foi alto já na primeira rodada (0,94) e, após os refinamentos realizados, aumentou para 0,99. **Conclusões:** Desse modo conclui-se que o protocolo foi considerado válido pelos especialistas quanto ao conteúdo. A validação clínica do protocolo ainda precisa ser desenvolvida, buscando identificar barreiras e facilitadores a sua implementação e adequações do perfil das pessoas com doença de Parkinson que realmente se beneficiam da proposta da metodologia do autocuidado apoiado.

DESCRITORES: Enfermagem; Protocolos; Processo de Enfermagem; Autocuidado; Doença de Parkinson.

ABSTRACT

Objective: To develop and perform content validation of the nursing consultation protocol established to guide the actions of nurses in self-care supported by people with Parkinson's. **Method:** Methodological research carried out in two stages, the first being the elaboration of the protocol and the second of content validation by twelve expert judges. The protocol content validation instrument was designed to assess the relevance and clarity of the protocol developed. Two rounds of the Delphi method were performed. After evaluating the protocol instruments, the Content Validation Index was calculated. Agreement was considered when the values for CVI were \geq 0.80 and for global CVI greater than or equal to 0.90. **Results:** The completion of the steps of integrative review and documentary study of characterization of elderly people with Parkinson's gave support to the development of the nursing consultation protocol for the supported self-care of the person with Parkinson's, composed of six sections, 29 topics and 14 subtopics. In the first Delphi round, only three items did not reach agreement between the judges and were revised, along with another eighteen items that, despite reaching agreement,

were adapted because they presented suggestions from experts considered relevant by the researchers. The CVI of the developed protocol was high in the first round (0.94) and, after the refinements performed, it increased to 0.99. **Conclusions:** In this way, it is concluded that the protocol was considered valid by the experts in terms of content. Clinical validation of the protocol still needs to be developed, seeking to identify barriers and facilitators to its implementation and adjustments to the profile of people with Parkinson's who really benefit from the proposed methodology of supported self-care.

DESCRIPTORS: Nursing; Protocols; Nursing Process; Self Care; Parkinson Disease;

RESUMEN

Objetivo: Desarrollar y realizar la validación de contenido del protocolo de consulta de enfermería establecido para orientar las acciones de los enfermeros en el autocuidado apoyado por personas con Parkinson. **Método:** Investigación metodológica realizada en dos etapas, siendo la primera de elaboración del protocolo y la segunda de validación de contenido por doce jueces expertos. El instrumento de validación de contenido del protocolo fue diseñado para evaluar la relevancia y claridad del protocolo desarrollado. Se realizaron dos rondas del método Delphi. Después de evaluar los instrumentos del protocolo, se calculó el Índice de Validación de Contenido. Se consideró concordancia cuando los valores para CVI fueron $\geq 0,80$ y para CVI global mayor o igual a 0,90. **Resultados:** La realización de las etapas de revisión integradora y estudio documental de caracterización de ancianos con Parkinson brindó apoyo para la elaboración del protocolo de consulta de enfermería para el autocuidado con apoyo de la persona con Parkinson, compuesto por seis secciones, 29 temas y 14 subtemas. En la primera ronda Delphi, solo tres ítems no alcanzaron acuerdo entre los jueces y fueron revisados, junto con otros dieciocho ítems que, a pesar de alcanzar acuerdo, fueron adaptados porque presentaban sugerencias de expertos consideradas relevantes por los investigadores. El CVI del protocolo desarrollado fue alto en la primera ronda (0,94) y, después de los refinamientos realizados, aumentó a 0,99. **Conclusiones:** Por lo tanto, se concluye que el protocolo fue considerado válido por los expertos en cuanto al contenido. Aún falta desarrollar la validación clínica del protocolo, buscando identificar barreras y facilitadores para su implementación y ajustes al perfil de las personas con Parkinson que realmente se benefician de la metodología propuesta de autocuidado con apoyo.

DESCRIPTORES: Enfermería; Protocolos; Proceso de Enfermería; Autocuidado; Enfermedad de Parkinson;

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas o perfil da população mundial tem sofrido transformações drásticas decorrentes do expressivo aumento da população idosa. No Brasil, esse fenômeno vem ocorrendo de forma muito acelerada⁽¹⁾. Segundo dados do IBGE, o Brasil, em 2016, tinha a quinta maior população idosa do mundo, e em 2060, o número de idosos será, de aproximadamente, 82 milhões⁽²⁾.

Tanto o aumento da expectativa de vida, como inúmeros avanços da área da saúde modificaram o padrão de doenças na população, representado pelo aumento das taxas de incidência e prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que requerem acompanhamento constante, com relevância nesse grupo para as doenças neurodegenerativas⁽³⁾.

Dentre as doenças crônicas degenerativas e incapacitantes, destaca-se a Doença de Parkinson (DP), uma afecção degenerativa do sistema nervoso central em crescente ascensão, atingindo globalmente 6,1 milhões de pessoas em 2016⁽⁴⁾, com altos custos sociais e econômicos, tornando-se, na atualidade, um grande desafio para os sistemas de saúde, que merece destaque devido às suas características e inúmeras repercussões para o indivíduo, família e sociedade^(5,6).

Definida como uma desordem neurológica, idiopática, crônica, degenerativa e progressiva, associada com corpos de Lewy e perda de neurônios dopaminérgicos na substância negra, a DP é caracterizada por uma apresentação clínica multifacetada, com associação de alterações motoras e não motoras, em diferentes estágios de comprometimento progressivo^(7,8).

Dentre as alterações motoras, destacam-se do ponto de vista clínico os sintomas cardinais da doença: o tremor de repouso, a rigidez, a bradicinesia e a instabilidade postural. Os sintomas não motores são caracterizados por disfunções autonômicas (vesicais, intestinais, hipotensão postural e disfagia) alterações do humor, cognitivas e psiquiátricas^(5,9). É importante ressaltar que a medida que a doença progride, nos seus diferentes estágios, a capacidade funcional da pessoa com Parkinson é afetada e pode impactar diretamente a sua qualidade de vida⁽¹⁰⁾.

Nesse contexto, é importante a educação em saúde desde o momento de diagnóstico da doença, passando por todas as etapas de progressão das incapacidades, com incentivo ao autocuidado e autogerenciamento das tarefas diárias, dentro das possibilidades do atual contexto de avanço da doença e do comprometimento físico e das alterações cognitivas e comportamentais^(9,11). Com o intuito de tornar a pessoa protagonista do seu cuidado, pode-se incentivá-la a tomar decisões e a desempenhar atividades que ainda seja capaz de realizar⁽¹²⁾.

O enfermeiro tem papel importante nesse contexto, visto que, atuando por meio de consulta de enfermagem sistematizada que operacionalize o Processo de Enfermagem (PE), poderá motivar e preparar a pessoa com parkinson, com participação da família e parceiros de cuidado, a se tornar protagonista na condução dos seus problemas de saúde⁽⁵⁾. Para os enfermeiros que atuam em serviços de atenção primária a saúde e ambulatoriais, a oferta de apoio de autogestão e promoção de ações de autocuidado a pessoas com doenças crônicas, como a DP é considerada uma parte importante do cuidado profissional⁽¹³⁾.

Diante desse cenário, vê-se a necessidade de profissionais de enfermagem capacitados, capazes de operacionalizar de forma efetiva o PE e orientar às pessoas com doença de Parkinson e seus familiares e acompanhá-los ao longo do curso da doença. Para isso, é fundamental que se realizem pesquisas, acerca da atuação da enfermagem e a efetividade das intervenções utilizadas no cuidado dessa população, com destaque para as ações e estratégias que promovem o autocuidado da pessoa com Parkinson⁽¹²⁾.

A partir desse contexto, e em busca de evidências científicas da efetividade de ações assistenciais de enfermagem relacionadas ao autocuidado e autogestão da doença de Parkinson, surgiu o seguinte questionamento: A elaboração de um protocolo de consulta de enfermagem, com aporte teórico no autocuidado apoiado, pode contribuir com a atuação do enfermeiro e influenciar positivamente na capacidade e adesão a ações de autocuidado e na autogestão da doença de Parkinson?

A resposta a esta questão pode subsidiar reflexões críticas relacionadas à organização e à prática assistencial dos profissionais de saúde, em especial do enfermeiro no suporte de autocuidado as pessoas com Parkinson, visando aprimorar a atuação dos mesmos e a efetividade de suas ações.

Este estudo tem por objeto o processo de elaboração e validação de conteúdo de um protocolo de consulta de enfermagem para avaliação e acompanhamento de pessoas com Parkinson, a partir do referencial do autocuidado apoiado e com suporte no Processo de Enfermagem. Visa disponibilizar instrumentos para uma atuação sistematizada e com efetividade, pelo profissional enfermeiro em um contexto de atuação interdisciplinar, com enfoque na promoção de ações de autocuidado pelas pessoas com doença de Parkinson e seus familiares/parceiros do cuidado, com o intuito de repercutir positivamente na sua capacidade funcional, de autocuidado e qualidade de vida.

Assim, o objetivo deste estudo foi elaborar e validar o conteúdo do protocolo de consulta de enfermagem estabelecido para nortear as ações dos profissionais enfermeiros no autocuidado apoiado as pessoas com doença de Parkinson.

MÉTODOS

Tipo de estudo

Pesquisa metodológica em que o pesquisador tem como objetivo a elaboração de instrumento que seja confiável, preciso e válido, que possa ser utilizado por outros pesquisadores e na prática clínica⁽¹⁴⁾. Foi realizada em duas etapas: a primeira refere-se à

elaboração do protocolo de consulta de enfermagem para promoção do autocuidado da pessoa com doença de Parkinson a ser utilizado por enfermeiros atuantes na atenção primária e secundária de saúde; e a segunda à validação de conteúdo do mesmo.

Referencial teórico-metodológico

No âmbito da prática de cuidados com condições crônicas existem vários modelos teóricos de cuidado, porém dada a complexidade do cuidado das pessoas com doença de Parkinson e as peculiaridades desse cuidado, aposta-se na metodologia do autocuidado apoiado proposta pelo “*Chronic Care Model*” (CCM), como uma abordagem capaz de nortear a construção de um protocolo para consulta de enfermagem as pessoas com doença de Parkinson, por permitir de fato envolvê-las na autogestão da doença.

Procedimento

A busca na literatura de referenciais sobre a elaboração de protocolos na área da saúde, possibilitou encontrar definições nacionais e internacionais. Para este estudo optou-se por utilizar como principal referência para nortear a elaboração do protocolo o Guia para Construção de Protocolos Assistenciais de Enfermagem do COREn-SP⁽¹⁵⁾.

A elaboração do protocolo foi subsidiada pela experiência clínica dos pesquisadores e o apoio da literatura, a partir da revisão integrativa e informações geradas com o estudo transversal, e teve ainda como norteadores a Diretriz de cuidados de enfermagem para a doença de Parkinson⁽⁵⁾, desenvolvida por grupo de enfermeiros especialistas da Holanda, o manual de autocuidado apoiado da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba⁽¹⁶⁾, e legislações do Conselho Federal de Enfermagem sobre o Processo de Enfermagem.

As etapas de construção do protocolo percorridas no presente estudo consistiram em:

- ❖ Seleção da origem, objetivo, grupo de desenvolvimento e conflito de interesse.

No primeiro momento foi realizada a definição dos aspectos referentes ao âmbito e finalidade do protocolo (contextualização, finalidade, a quem se destina, local a ser aplicado, público alvo, instruções gerais e fluxogramas de acompanhamento da pessoa com doença de Parkinson).

O protocolo desenvolvido destina-se aos enfermeiros atuantes tanto na atenção básica como nos atendimentos ambulatoriais de atenção secundária e tem como proposta principal a elaboração de instrumentos para Consulta de Enfermagem para a promoção do autocuidado de pessoas com Parkinson.

Foi desenvolvido com apoio dos membros do Núcleo de Estudos e Pesquisas em

Cuidado e Desenvolvimento Humano (NEPCDH) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

- ❖ Revisão da literatura - Avaliar e elencar as evidências científicas responsáveis pela geração das seções e itens do protocolo de consulta de enfermagem para o enfrentamento do problema.

Essa etapa constitui um dos passos mais importantes da construção do protocolo, pois a revisão de literatura é entendida como uma busca, análise e descrição do conhecimento existente com vistas a responder uma pergunta específica, embasada em materiais relevantes no meio científico, podendo ser utilizada como etapa estratégica de elaboração de um instrumento.

- ❖ Traduzir evidências em recomendações.

A construção dos instrumentos para a consulta de enfermagem foi realizada na perspectiva do referencial teórico do autocuidado apoiado e sua metodologia dos 5 As, tendo o Processo de Enfermagem como um guia para organizar as ações. Foi utilizado ainda os Sistemas de Linguagem Padronizadas de Enfermagem NANDA Internacional, NOC e NIC, com os elementos dos diagnósticos e os respectivos resultados e intervenções de enfermagem padronizados, por acreditar que podem assessorar no processo de tomada de decisão pelo enfermeiro, a partir da proposta de uma forma sistematizada dos profissionais de enfermagem desempenharem o autocuidado apoiado junto as pessoas com doença de Parkinson e seus parceiros do cuidado.

- ❖ Estruturar as recomendações, facilitando a consulta do profissional (construção de quadro e fluxograma);

As ações de enfermagem e instrumentos para operacionalizar o modelo teórico do autocuidado apoiado e o método do Processo de Enfermagem foram desenvolvidas, utilizando quadros para cada uma das etapas da Consulta de Enfermagem e propostas de plano de cuidados e plano de autocuidado.

Os fluxogramas de acompanhamento da pessoa com Parkinson e o percurso das 5 etapas do Processo de Enfermagem e das 5 estratégias da metodologia do autocuidado apoiado foram apresentados no protocolo.

- ❖ Formatar e revisar a estrutura do protocolo, de acordo com aspectos básicos das normas técnicas de publicações e encaminhar o protocolo para a revisão de português com profissional especializado;

O protocolo foi formatado seguindo as normas da Associação Brasileira de Normas

Técnicas (ABNT) e encaminhado para um profissional revisor da língua portuguesa contratado.

- ❖ Submeter o protocolo à validação externa com juízes especialistas.

Após a construção da primeira versão do protocolo o mesmo foi enviado para o processo de validação de conteúdo por enfermeiros especialistas denominados juízes, para o refinamento dos tópicos dos instrumentos.

Participantes do estudo

Em relação à qualificação dos juízes, a literatura considera a experiência e a maestria dos membros como fator essencial para compor o grupo, destacando como critérios ter experiência assistencial, no ensino ou na pesquisa sobre o tema, ser especialista na estrutura conceitual envolvida e ter conhecimento metodológico sobre a construção e validação de instrumentos⁽¹⁷⁾.

Desta forma, com base no recomendado pela literatura quanto a qualificação dos juízes, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão para seleção dos especialistas:

- ser enfermeiro; atuar na assistência, no ensino ou na pesquisa em doença de Parkinson, distúrbios do movimento, neuroreabilitação ou gerontologia; apresentar escore maior ou igual a 5 pontos nos critérios adaptados com base no sistema de pontuação proposto por Fehring⁽¹⁸⁾.

Para a seleção dos juízes especialistas a amostragem foi então composta por intencionalidade, em função da aderência à área do estudo e critérios de inclusão. Assim, foi selecionada uma amostra de 16 juízes especialistas que apresentaram escores maior ou igual a 5 pontos nos critérios de qualificação.

Na etapa de validação com método Delphi foram incluídos os 12 juízes convidados que emitiram a avaliação do protocolo, dentro do prazo determinado para essa etapa do estudo.

Coleta e organização dos dados

O protocolo desenvolvido na primeira etapa do estudo metodológico foi então submetido ao grupo de juízes especialistas, com intuito que fosse avaliado seu conteúdo por meio de concordância. O protocolo na íntegra, juntamente com as instruções para a avaliação do protocolo e o link de acesso ao formulário de validação propriamente dito foram enviados via e-mail, para os especialistas selecionados, dando início a primeira rodada Delphi.

O instrumento para validação do conteúdo do protocolo foi elaborado para avaliar a relevância e clareza do instrumento desenvolvido.

Para a validação de conteúdo, foi estabelecida a proporção de concordância entre os especialistas sobre a clareza do conteúdo de cada um dos tópicos do protocolo e sua

essencialidade (relevância) para compor o protocolo. Para estabelecê-lo, cada especialista escolheu uma das cinco opções de resposta (Concordo totalmente; concordo parcialmente; não concordo, nem discordo; discordo parcialmente; discordo totalmente), sendo ainda disponibilizada uma seção de sugestões/comentários e solicitada justificativa para os que escolheram as opções discordo parcialmente ou totalmente, a fim de que os tópicos pudessem ser revisados e melhorados.

Após avaliação dos instrumentos do protocolo, calculou-se o Índice de Validação de Conteúdo da primeira rodada do painel Delphi. Os tópicos com IVC $< 0,80$ foram revisados a partir dos comentários e sugestões indicados pelos especialistas e assim foi desenvolvido a segunda versão do protocolo. Essa nova versão do protocolo foi enviada aos juízes, com a solicitação de avaliação dos tópicos que sofreram alteração. Assim, foi iniciada a segunda rodada Delphi.

As sugestões dos especialistas na primeira rodada Delphi consideradas pertinentes em relação aos itens foram analisadas e acatadas, quando possível, mesmo para os itens que obtiveram proporção de concordância aceitável $\geq 0,80$.

Após a segunda rodada de validação de conteúdo a versão 2 do protocolo foi revisada e adaptada, e ao final, foi estabelecida a versão final do protocolo de consulta de enfermagem para promoção do autocuidado apoiado na doença de Parkinson. O processo de validação foi então concluído com a realização de duas rodadas.

Análise dos dados

Após avaliação dos juízes, os dados obtidos foram codificados, tabulados e analisados através de leitura reflexiva, dos comentários oferecidos pelos especialistas e por meio de estatística descritiva.

Os dados gerados nas rodadas do método Delphi foram analisados através das respostas Likert recodificadas, de modo que os escores para cada afirmação foram dicotomizados em três tipos de resposta: concordância (1 ou 2); discordância (4 ou 5); e neutros (3).

Para a validação do protocolo, foi utilizado o cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) por item e global. Foi considerado concordância quando os valores para o IVC por item foram $\geq 0,80$ e para IVC global $\geq 0,90$ ⁽²⁰⁾.

Foi utilizada análise descritiva dos dados para a caracterização dos juízes especialistas e determinação do IVC obtendo-se as medidas relativas à frequência e ao percentual.

Aspectos éticos

A realização deste estudo atendeu às diretrizes e normas de Pesquisa com Seres Humanos no Brasil, segundo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 2012, do Ministério da Saúde⁽²¹⁾. Obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais por meio do parecer Consubstanciado nº 4.294.594 de 23/09/2020. O TCLE para a fase de validação do conteúdo do protocolo da consulta de enfermagem, foi encaminhado por e-mail/“*google forms*” e assinado pelos juízes.

Foi assegurada a confidencialidade e a privacidade visando evitar qualquer tipo de constrangimento aos sujeitos envolvidos na pesquisa. A fim de assegurar o anonimato dos participantes, na fase de validação do conteúdo do protocolo, os juízes especialistas, foram identificados pela letra J de juízes, seguida do número arábico correspondente à ordem de devolução do instrumento de avaliação do conteúdo do protocolo (J1, J2, J3...J12).

RESULTADOS

Elaboração do protocolo de Consulta de Enfermagem:

A realização das etapas de revisão integrativa e estudo documental de caracterização de idosos com Parkinson possibilitou o desenvolvimento do protocolo de consulta de enfermagem para o autocuidado apoiado da pessoa com Parkinson. O protocolo foi desenvolvido com seis seções: 1. Âmbito e finalidade; 2. Referencial Teórico; 3. Consulta de Enfermagem para promoção do autocuidado na doença de Parkinson - instrumentos para suporte; 4. Referências; 5. Apêndices; 6. Anexos.

Na seção “Âmbito e finalidade”, estão descritos os tópicos contextualização; finalidade do protocolo; a quem se destina; local; público-alvo; instruções gerais; e por último os fluxogramas para promoção do autocuidado apoiado.

Na seção “Referencial Teórico”, estão descritos os dois referenciais utilizados no suporte a realização da consulta de enfermagem, o autocuidado apoiado e o Processo de Enfermagem, com os Sistemas de Linguagens Padronizadas da Enfermagem Nanda I, NOC e NIC.

Na seção “Consulta de Enfermagem para promoção do autocuidado na doença de Parkinson - instrumentos para suporte” estão definidas cada uma das cinco etapas do processo de Enfermagem e das cinco estratégias da metodologia dos 5 “As” do autocuidado apoiado, com seus respectivos instrumentos. Esta seção foi criada com o intuito de sistematizar e dar

suporte as ações do enfermeiro durante a realização da consulta de enfermagem com a pessoa com Parkinson e seu parceiro de cuidados.

A seção “Referencias” apresenta os estudos e documentos utilizados na elaboração do protocolo. Na seção “Apêndices” são apresentados o instrumento histórico de enfermagem; a relação de Diagnósticos de enfermagem de acordo com as definições e classificações da NANDA-I: 2021-2023; o Plano individualizado de cuidados - registro profissional no prontuário; e o Plano individualizado de autocuidado apoiado - pessoa com Parkinson / parceiro de cuidados.

Por fim a seção “Anexos” apresenta escalas consideradas relevantes e incorporadas para avaliação e acompanhamento da promoção do autocuidado das pessoas com Parkinson, entre as quais estão a Escala de Avaliação da Capacidade de Autocuidado Revisada (ASAS-R); Escala de estadiamento motor de Hoehn e Yahr; Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF-20); Escalas de avaliação da capacidade funcional de Lawton e Brody (AVD’s instrumentais) e de Katz (AVD’s básica); e avaliação cognitiva: Mini-exame do Estado Mental (MEEM) e “*Montreal Cognitive Assessment*” (MoCA).

O processo de elaboração resultou em um instrumento com seis seções e 29 tópicos e 14 subtópicos, intitulado “Protocolo de consulta de enfermagem para promoção do autocuidado apoiado na doença de Parkinson”.

Validação de conteúdo por especialistas:

Caracterização dos Especialistas

A validação de conteúdo do protocolo de consulta de enfermagem ocorreu em duas rodadas do método Delphi. A primeira rodada ocorreu entre 17 de junho e 06 de julho de 2022, e a 2ª rodada ocorreu entre 11 e 30 de julho de 2022.

Ambas tiveram a participação de doze especialistas, sendo todos enfermeiros brasileiros (um profissional atuando nos EUA) e a maioria do sexo feminino (66,7%), com idade média de 40,6 anos.

O painel foi constituído por enfermeiros que atuam em quatro regiões do Brasil, na maioria doutores (50,0%) e com ≥ 10 anos de formação profissional (83,4%), todos com experiência clínica e em pesquisa nas áreas específicas de doença de Parkinson, distúrbios do movimento, reabilitação/neurologia ou saúde do idoso, e a maioria com experiência no ensino e/ou projeto de extensão nas áreas específicas (66,7%).

Em relação a experiência com validação de instrumentos a maioria (83,3%) relataram possuir nas áreas específicas de doença de Parkinson, distúrbios do movimento, reabilitação/neurologia ou saúde do idoso (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização dos especialistas participantes do método Delphi

Variáveis	n	Média (Min - Máx)
Idade (em anos)	12	40,6 (31 - 60)
Faixa etária	n	%
31 a 39 anos	6	50,0
40 a 49 anos	4	33,3
≥ 50 anos	2	16,7
Sexo		
Masculino	4	33,3
Feminino	8	66,7
Titulação		
Especialista	2	16,7
Mestre	3	25,0
Doutor	6	50,0
Pós doutor	1	8,3
Tempo de formação profissional (em anos)		
≤ 5 anos	1	8,3
6 a 9 anos	1	8,3
≥ 10 anos	10	83,4
Região brasileira de atuação (n=11)		
Sudeste	8	72,7
Sul	1	9,1
Nordeste	1	9,1
Norte	1	9,1
Experiência nas áreas específicas		
Prática clínica	12	100,0
< 10 anos	5	41,7
≥ 10 anos	7	58,3
Ensino / projeto de extensão	8	66,7
< 10anos	4	50,0
≥ 10 anos	4	50,0
Pesquisa	12	100,0
< 10anos	7	58,3
≥ 10 anos	5	41,7
Membro de grupo de pesquisa	12	100,0
Validação de instrumentos	10	83,3

Fonte: Elaborado pelo autor.

Método Delphi de validação do conteúdo

O protocolo inicialmente desenvolvido apresentava 6 seções, com 29 tópicos e 14 subtópicos. Este foi submetido ao grupo de especialistas sendo avaliado quanto à sua clareza e relevância em 43 itens.

Na primeira rodada do método Delphi, os especialistas analisaram cada um dos itens que compõe as seções da 1ª versão do protocolo de consulta de enfermagem para promoção do autocuidado apoiado, quanto a relevância para compor o conteúdo do protocolo e se estava bem relatado.

Foi identificada proporção de concordância entre os especialistas de 93,0% e IVC global de 0,94. Dos três itens que não atingiram concordância ($IVC < 0,80$) entre os especialistas, encontra-se os tópicos fluxogramas para promoção do autocuidado apoiado da seção âmbito e finalidade; autocuidado apoiado - aconselhamento da seção Consulta de Enfermagem para promoção do autocuidado na doença de Parkinson - instrumentos para suporte; e avaliação cognitiva da seção anexos.

Destes, de acordo com as sugestões dos especialistas, nenhum item foi rejeitado e os três foram adaptados. E, apesar de atingirem concordância, foram adequados outros 18 itens por apresentarem sugestões dos especialistas consideradas pertinentes pelos pesquisadores.

Tabela 2 - Índice de Validade de Conteúdo do protocolo de consulta de enfermagem para promoção do autocuidado apoiado segundo a rodada do método Delphi de validação

Variáveis	Rodada Delphi			
	Tópicos	1ª rodada		2ª rodada
		Total	Conduta	Total
Título do protocolo*	0,92	Adaptado	0,92	Aceito
Parte I: Âmbito e finalidade				
Contextualização	1,00	Aceito	1,00	Aceito
Finalidade do protocolo	1,00	Aceito	1,00	Aceito
A quem se destina	1,00	Aceito	1,00	Aceito
Local*	0,83	Adaptado	1,00	Aceito
Público-alvo*	0,92	Adaptado	1,00	Aceito
Instruções gerais*	0,92	Adaptado	0,92	Aceito
Fluxogramas para promoção do autocuidado apoiado*	0,75	Adaptado	0,92	Aceito
Parte II: Referencial Teórico				
Autocuidado Apoiado*	1,00	Adaptado	1,00	Aceito
Processo de Enfermagem	1,00	Aceito	1,00	Aceito
Parte III: Consulta de Enfermagem para promoção do autocuidado na DP				

Primeira etapa do PE - Histórico de Enf. *	0,83	Adaptado	1,00	Aceito
Segunda etapa do PE - Diagnóstico de Enf.	1,00	Aceito	1,00	Aceito
Terceira etapa do PE - Planejamento de Enf.	1,00	Aceito	1,00	Aceito
Quarta etapa do PE - Implementação	1,00	Aceito	1,00	Aceito
Quinta etapa do PE - Avaliação de Enf.	1,00	Aceito	1,00	Aceito
Autocuidado Apoiado - Avaliação*	0,92	Adaptado	1,00	Aceito
Autocuidado Apoiado - Acordo	1,00	Aceito	1,00	Aceito
Autocuidado Apoiado - Aconselhamento*	0,75	Adaptado	0,92	Adaptado
Autocuidado Apoiado - Assistência	1,00	Aceito	1,00	Aceito
Autocuidado Apoiado - Acompanhamento	1,00	Aceito	1,00	Aceito

Parte IV: Apêndices

Instrumento Histórico de Enfermagem

Identificação*	0,92	Adaptado	1,00	Aceito
Entrevista/exame físico - Condições Gerais*	0,92	Adaptado	1,00	Aceito
Aplicação das escalas padronizadas*	0,83	Adaptado	1,00	Aceito
Avaliação de sintomas motores*	0,83	Adaptado	1,00	Aceito
Avaliação de sintomas não motores*	1,00	Adaptado	1,00	Aceito
Avaliação de complicações da terapia	1,00	Aceito	1,00	Aceito
Terapêutica Medicamentosa	1,00	Aceito	1,00	Aceito
Terapêutica Não Medicamentosa	1,00	Aceito	1,00	Aceito
Percepção/comunicação*	0,92	Adaptado	1,00	Aceito
Integridade cutâneo-mucosa*	1,00	Adaptado	1,00	Aceito
Sexualidade	1,00	Aceito	1,00	Aceito
Lazer / atividade física / espiritualidade	1,00	Aceito	1,00	Aceito
Avaliação da situação sócio familiar*	1,00	Adaptado	1,00	Aceito
Avaliação ambiental*	1,00	Adaptado	1,00	Aceito
Diagnósticos de enfermagem	1,00	Aceito	1,00	Aceito
Plano Individualizado de cuidados	1,00	Aceito	1,00	Aceito
Plano Individualizado de autocuidado apoiado*	1,00	Adaptado	1,00	Aceito

Parte V: Anexos

Escala de Avaliação da Capacidade de Autocuidado Revisada	0,92	Aceito	0,92	Aceito
Escala estadiamento motor de Hoehn e Yahr*	0,92	Adaptado	1,00	Aceito
Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional	0,92	Aceito	0,92	Aceito
Avaliação funcional	0,92	Aceito	0,92	Aceito
Avaliação cognitiva*	0,75	Adaptado	1,00	Aceito
IVC Total	0,94		0,99	

Legenda: *Itens avaliados pelos especialistas nas duas rodadas

Fonte: Elaborado pelos autores.

Na segunda rodada do método Delphi, os especialistas analisaram os três itens que foram adaptados por não atingirem concordância na primeira rodada e dezoito itens adicionais que mesmo atingindo o nível de concordância estabelecido para o estudo foram adaptados de acordo com os comentários e sugestões recebidos.

Dos 21 itens analisados na segunda rodada, foi identificada taxa de concordância entre os especialistas de 90,5%, sendo que apenas os tópicos 1 (título do protocolo), 7 (instruções gerais), 8 (fluxogramas para promoção do autocuidado apoiado) e 18 (Autocuidado Apoiado - aconselhamento) com IVC de 0,92 e os demais com IVC de 1,00. Mesmo atingindo concordância os tópicos fluxogramas e aconselhamento foram readaptados, visto ter sido considerada procedente o comentário que os especialistas deixaram nas sugestões.

Analisando o conjunto de tópicos, é evidenciado que o IVC do protocolo de consulta de enfermagem para promoção do autocuidado apoiado foi alto já na primeira rodada (IVC=0,94) e, após os refinamentos realizados, aumentou para 0,99 (Tabela 2).

Ao final, todos os itens foram criteriosamente revisados e com isso, foi criada a versão final do protocolo de consulta de enfermagem para promoção do autocuidado apoiado, contendo 6 seções.

Comentários e sugestões dos especialistas na etapa de validação do conteúdo

Após apresentação dos dados estatísticos, considerou-se pertinente incluir as sugestões dos especialistas que foram incorporadas integralmente ou parcialmente ao protocolo.

Quadro 1 - Comentários e sugestões dos especialistas que foram incorporados ao protocolo

Item do protocolo	Sugestão de alteração
Título do protocolo	“Protocolo de Consulta de Enfermagem para o autocuidado apoiado de pessoas com doença de Parkinson”. (J6)
1.4 Local	“O local poderia ser acrescido de Centros de Reabilitação, além da atenção primária e secundária”. (J7)
1.5 Público-alvo	“Não só pessoas com DP mas também seus familiares e parceiros do cuidado. Nós enfermeiros também prescrevemos cuidados aos familiares e parceiros do cuidado, pois os consideramos primordiais para dar suporte ao paciente que busca o autocuidado”. (J4)
1.6 Instruções gerais	“Dada a complexidade da doença de Parkinson e dimensão dos sintomas, sobretudo os sintomas não motores e a possibilidade dos indivíduos desenvolverem um quadro demencial, sugiro a inclusão teste de Montreal como triagem cognitiva complementar, uma vez que ela é considerada mais sensível para a identificação de comprometimento cognitivo leve e permite um rastreio precoce do comprometimento cognitivo nestes indivíduos. Não acho que deva substituir o MEEM, mas ser adicionada aos recursos de triagem”. (J7)

Continua...

Continuação

Item do protocolo	Sugestão de alteração
1.7 Fluxogramas para promoção do autocuidado apoiado	<p>“A figura dá ideia de início e fim (flechas para baixo), porém, as fases são contínuas e inter-relacionadas e, muitas vezes, para avançar para a próxima etapa precisamos retornar para anterior. Pacientes com doenças neurodegenerativas nunca terão "alta" da enfermagem”. (J4)</p> <p>“Concordo com a relevância do fluxograma, no entanto as etapas não ficaram claras, sobretudo pela não utilização da padronização das etapas de fluxograma, como início, fim e momentos de tomada de decisão. Os feedbacks e retroalimentação do fluxograma não está claro. No texto de orientação, você fala sobre as avaliações de acompanhamento longitudinal, no entanto, no fluxograma essa informação não está clara, assim como os fluxos possíveis em casos de necessidade de reabordagem/repactuação de metas. É uma informação que precisa ficar clara diante de uma doença que vai progredir”. (J7)</p> <p>“Acrescentar interlocuções com REDE de Apoio e Pontos de Atenção”. (J6)</p>
Referencial Teórico 2.1 Autocuidado Apoiado	<p>“Acredito que não necessite colocar todo o referencial no protocolo, pode ficar um texto muito grande e não atraente para o leitor”. (J1)</p>
3.1 Primeira etapa do Processo de Enfermagem - Histórico de Enfermagem	<p>“Conforme mencionado anteriormente, o teste de Montreal apresenta maior sensibilidade para as disfunções executivas, que são o domínio que é mais comprometido no comprometimento cognitivo leve da doença de Parkinson. Um indivíduo com as funções executivas comprometidas, pode precisar de monitoramento e supervisão precocemente. O uso do teste de Montreal, poderia ser uma sugestão para aqueles indivíduos que são suspeitos de comprometimento cognitivo, mas que apresentam bom desempenho no Mini exame do estado mental”. (J7)</p> <p>“A Escala de Estadiamento de Hoehn & Yahr versão Modificada não é esta”. (J4)</p>
3.6 Autocuidado Apoiado - Avaliação	<p>“Sugiro acrescentar uma pergunta na avaliação: "Que mudanças a doença trouxe na sua vida e nas suas relações?" Essa pergunta deveria ser respondida isoladamente pelo indivíduo acometido e pelo parceiro do cuidado.</p> <p>Pensando na dificuldade que os indivíduos apresentam para adesão ao tratamento, um questionamento sobre suas crenças relacionadas ao uso de medicamentos e terapias não farmacológicas, ajudaria a direcionar o aconselhamento”. (J7)</p>

Continua...

Continuação

Item do protocolo	Sugestão de alteração
3.8 Autocuidado Apoiado - Aconselhamento	<p>“Adicione diário de intestino; Diário motor; Diário de rotina”. (J4)</p> <p>“Poderia ser feito uma junção de diários, e colocar como uma construção de uma rotina estruturada e significativa. Diário motor, miccional, alimentar e de evacuação (utilizando uma escala de Bristol) podem ser úteis. Nas fases mais avançadas, o diário de comportamento auxilia no manejo não farmacológico de alterações do comportamento”. (J7)</p> <p>“A escala de Bristol é uma escala mista (visual com instruções). É preciso ser fiel à escala original”. (J4)</p> <p>“Na escala de Bristol, utilizar as imagens ajudam o indivíduo a fazer a classificação”. (J7)</p>
Instrumento Histórico de Enfermagem 4.1.1 Identificação	<p>“Se aposentado, conhecer o modo de aposentadoria ajuda a orientar como conseguir recursos, como os 25% da aposentadoria por invalidez. Conhecer as condições de moradia e com quem o indivíduo reside, ajuda a definir as orientações”.</p> <p>“Conhecer a acessibilidade do imóvel, também pode enriquecer a entrevista”. (J7)</p> <p>“Acrescentar aspectos relacionados à acessibilidade.” (J11)</p>
4.1.2 Entrevista / exame físico - Condições Gerais	<p>“Na verificação da PA, deitado e em ortostatismo, sugiro colocar uma dica do tempo (após 3 minutos), além de um local para marcar se durante a avaliação o paciente apresentou sintoma de HO. Na velocidade da marcha, qual o padrão de normalidade?</p> <p>No item "Internações anteriores", não fica claro. Se o atendimento é ambulatorial, a pergunta não seria: "Já ficou internado?".</p> <p>Em relação ao ano de diagnóstico, seria mais rico conhecer o ano dos primeiros sintomas motores, já que nem sempre o início dos sintomas coincidem com o período do diagnóstico (na maioria das vezes não).</p> <p>Local de acompanhamento: "Neurologia/Distúrbios do movimento" ficaria mais dentro do padrão atual”. (J7)</p>
4.1.3 Aplicação das escalas padronizadas	<p>“Em relação à avaliação cognitiva, a descrição dos domínios em que perdeu pontos, ajuda a identificar melhor o comprometimento e direcionar as orientações”. (J7)</p>
4.1.4 Avaliação de sintomas motores, não motores e complicações - Sintomas motores	<p>“Porque usar a UPDRS e não a versão mais atual - MDS-UPDRS?” (J4)</p> <p>“Já que vai utilizar a UPDRS, seria interessante utilizar a graduação dos sintomas conforme a escala”.</p> <p>“Relevante investigar presença de quedas e fator de risco para novas quedas”. (J7)</p>

Continua...

Continuação

Item do protocolo	Sugestão de alteração
4.1.5 Avaliação de sintomas motores, não motores e complicações - Sintomas não motores	<p>“Nos sintomas não motores, acrescentar síndrome das pernas inquietas e hipersonolência diurna.</p> <p>Distúrbio urinário: Acrescentar noctúria, aumento da frequência urinária (diurna e noturna), urgeincontinência e enurese. Em homens investigar se tem HPB e mulheres prolapso de bexiga ou perdas por esforços (histórico de perineoplastia).</p> <p>Gastrointestinal: Intervalo/número de evacuações por semana, histórico de fecaloma, uso de laxantes, necessidade de extração manual de fezes e sensação de esvaziamento incompleto. Avaliar também histórico de complicações de constipação (hemorróidas ou fissura anal).</p> <p>Hidratação (volume ingerido).</p> <p>Dor: caracterizar a dor e o gatilho”. (J7)</p>
4.1.9 Percepção/comunicação	<p>“Histórico de cirurgia de catarata, uso de óculos.</p> <p>Na comunicação, considero importante graduar a disartria e o grau de comprometimento da comunicação. Os distúrbios associados à linguagem são desnecessários, uma vez que não são esperados, a não ser que exista sobreposição de déficits (AVE/TCE)”. (J7)</p>
4.1.10 Integridade cutâneo-mucosa	<p>“Vale acrescentar presença de dermatite seborreica que é prevalente nesta população”. (J7)</p> <p>“Na avaliação de lesão por pressão, acrescentar o item não mensurável”. (J7)</p>
4.1.13 Avaliação da situação sócio familiar	<p>“Sobrecarga do cuidador (escala?)”. (J7)</p>
4.1.14 Avaliação ambiental	<p>“Escala de medo de quedas/escala de impulsividade/Relação com urgência urinária?”. (J7)</p> <p>“Além das instalações para facilitar a mobilidade, conhecer as adaptações para evitar acidentes”. (J7)</p>
4.4 Plano Individualizado de autocuidado apoiado - pessoa com Parkinson / parceiro de cuidados	<p>“O plano de cuidados para o paciente precisa ficar de maneira clara e objetiva. Talvez não necessite de tantos dados na mesma folha. As atividades precisam ficar claras e com linguagem simples. A linguagem para o paciente pode ser menos técnica”. (J7)</p>
Anexo 2: Escala de Estadiamento de Hoehn e Yahr	<p>“A escala apresentada não é a modificada”. (J4)</p>
Anexo 5: Avaliação cognitiva	<p>“Reforço a impressão anterior sobre utilizar mais um método de triagem além do MEEM”. (J7)</p>

Fonte: Elaborado pelos autores.

DISCUSSÃO

Para garantir a qualidade da assistência de enfermagem as pessoas com doença de Parkinson, é necessária a adoção de protocolos que permitam orientar, unificar e sustentar cientificamente as ações da equipe de enfermagem com influência direta na qualidade do cuidado ofertado⁽²²⁾.

Vantagens têm sido apontadas para o uso de protocolos assistenciais, entre as quais destacam-se a maior segurança aos usuários e profissionais, redução da variabilidade de ações de cuidado, instrumentalização dos profissionais para a tomada de decisão assistencial, agilidade na incorporação de novas tecnologias, inovação do cuidado, uso racional dos recursos disponíveis e maior transparência e controle dos custos. Protocolos facilitam o desenvolvimento de indicadores de processo e de resultados, a disseminação de conhecimento, a comunicação profissional e a coordenação do cuidado⁽¹⁵⁾.

A organização dos serviços de saúde e a assistência de enfermagem para a pessoa com doença de Parkinson precisam estar voltadas para um processo que auxilie a pessoa a conviver melhor com sua condição crônica, reforce sua percepção de riscos à saúde e desenvolva habilidades para superar as dificuldades e limitações, mantendo a maior independência e autonomia possível e tornando-se corresponsável pelo seu cuidado⁽⁵⁾.

Nesse sentido, a(o) enfermeira(o) que atua no cenário da atenção primária ou da atenção secundária (ambulatório de geriatria, de neurologia/distúrbios do movimento ou de reabilitação) tem papel fundamental na avaliação da capacidade e necessidades de autocuidado da pessoa com doença de Parkinson e implementação de intervenções que visem à promoção do autocuidado, retardo do declínio/manutenção da capacidade funcional e melhora da qualidade de vida. No protocolo desenvolvido a avaliação da funcionalidade foi contemplada no histórico de enfermagem, com escalas validadas de avaliação das atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Os resultados encontrados na revisão integrativa, realizada previamente para dar subsidio a construção dos instrumentos que compõem esse protocolo, apontou que ao estruturar o Processo de Enfermagem na atenção as pessoas com doença de Parkinson é fundamental considerar a participação da família/parceiro de cuidados na relação de cuidado⁽²³⁻²⁷⁾ e o estágio de evolução da doença⁽²⁸⁾.

Competências e habilidades necessárias para gerenciar a DP precisam ser desenvolvidas em um contexto social, incluindo interações com cônjuges, outros membros da família e amigos, além da participação de profissionais de saúde que são importantes no aconselhamento

e orientação para adquirirem novos conhecimentos e desenvolverem estratégias de autocuidado para gerenciar o impacto da doença⁽²⁷⁾.

Os estudos apontam a necessidade de inclusão do suporte familiar, com destaque para as fases mais avançadas da doença, quando o indivíduo sofre perdas cognitivas de forma mais acentuada, em que há maior perda da capacidade de autocuidado, e conseqüentemente aumento do isolamento social e necessidade de suporte no autocuidado⁽²³⁻²⁷⁾. Esse aspecto foi considerado ao atender sugestão de especialista na fase de validação e modificar o tópico público alvo do protocolo, ampliando para familiares e parceiros do cuidado, além das pessoas com diagnóstico de doença de Parkinson.

Em relação ao estágio de evolução da doença e de comprometimento das funções motoras e não motoras, os problemas e necessidades das pessoas com doença de Parkinson e as intervenções de enfermagem variam entre os estágios da doença^(26,28-30).

Pacientes, em fases iniciais da doença, podem cursar com mais dúvidas e anseios a respeito da doença e sua evolução, aspecto que precisa ser considerado na construção de protocolos de atuação da enfermagem⁽²⁶⁾.

Diferenças claras nos cuidados de enfermagem foram observadas entre os estágios de Hoehn e Yahr (HY), sugerindo que os protocolos baseados em estágios em relação a natureza e a frequência das consultas de enfermagem podem ser úteis para garantir um cuidado consistente e eficaz as pessoas com doença de Parkinson⁽²⁸⁾. A escala de estadiamento motor de Hoehn e Yahr (HY) foi incluída na primeira etapa do Processo de Enfermagem, na parte do histórico de enfermagem de aplicação de escalas padronizadas.

Na construção do protocolo de consulta de Enfermagem para o autocuidado apoiado de pessoas com Parkinson buscou a interlocução do referencial teórico do autocuidado apoiado com o Processo de Enfermagem e a utilização dos Sistemas de Linguagens Padronizadas de Enfermagem. As três terminologias NANDA-I, NOC e NIC se complementam e o uso de uma linguagem padronizada possibilita a documentação estruturada das ações de cuidado e uma comunicação clínica mais efetiva, garantindo a qualidade e a segurança da assistência ao paciente, assim como dos profissionais.

Autocuidado apoiado refere-se às estratégias utilizadas tendo como proposta preparar e empoderar a pessoa com condição crônica para se autocuidar e autogerenciar sua saúde e a atenção à saúde prestada, enfatizando o seu papel central no controle da doença e no gerenciamento do seu próprio cuidado^(31,32). Essa modalidade de construção de projeto terapêutico denominada de autocuidado apoiado é uma proposta do “*Chronic Care Model*” (CCM). O CCM tornou-se uma referência internacional para melhorar o cuidado de pessoas

com condições crônicas, no entanto, tem sido ainda pouco utilizado em intervenções pessoas com doença de Parkinson⁽³³⁾.

A diretriz holandesa de prática clínica direcionada ao gerenciamento do cuidado de enfermagem na DP, desenvolvida pela Sociedade Holandesa de Enfermeiros Especialistas na doença de Parkinson, aponta a metodologia do autocuidado apoiado como uma possibilidade de intervenção comportamental para apoiar o autocuidado da pessoa com doença de Parkinson⁽⁵⁾, com destaque para a coordenação do atendimento ao paciente como um elemento-chave, papel desempenhado pelo enfermeiro em algumas propostas de cuidado apresentadas na literatura^(33,34).

No âmbito das condições crônicas, a estratégia do autocuidado apoiado pode ser utilizada da suspeita até o diagnóstico da doença, e cursar por toda a vida da pessoa, com intervenções em maior ou menor frequência, a depender do estado em que ela se encontra e do grau de comprometimento provocado pela doença e suas repercussões^(35,36).

Ao se aplicar a metodologia do autocuidado apoiado a pessoas com doença de Parkinson, entende-se que a capacidade de autocuidado precisa ser avaliada e o desenvolvimento de competências e habilidades para gestão de cuidados deve evoluir gradativamente junto a pessoa de acordo com sua capacidade, estágio da doença e ocorrência de comprometimento cognitivo, sendo importante que a família e/ou parceiros de cuidado, com participação dos profissionais de saúde estejam envolvidos de modo a oferecer o suporte necessário ao estabelecimento de responsabilidades para o manejo da doença. Esses aspectos foram incorporados ao protocolo desenvolvido para o autocuidado na doença de Parkinson.

O Processo de Enfermagem e o uso de linguagem padronizada, por meio de um sistema de classificação eleito é um recurso imprescindível no mundo moderno, sobretudo na transmissão de informações, nas comunicações científicas, tecnológicas e profissionais⁽³⁷⁾.

O Processo de Enfermagem, permite garantir a continuidade do atendimento ao paciente, além de organizar e consolidar as ações de enfermagem, cujos esforços promovem satisfação do paciente, aumenta a consolidação do conhecimento científico e avalia o sucesso ou fracasso da assistência de enfermagem, permitindo análise da qualidade da atenção à saúde oferecida na DP⁽²²⁾.

A realização do processo de enfermagem, com o uso da taxonomia eleita, facilita o raciocínio diagnóstico para a prescrição de cuidados e a transmissão das informações entre a equipe de enfermagem e a comunicação na equipe interdisciplinar, além de permitir comunicar e comparar dados de enfermagem entre diversos contextos, países e idiomas, garantindo a universalidade das informações⁽³⁷⁾.

Diante disso, vê-se a necessidade de profissionais de enfermagem capacitados, capazes de operacionalizar de forma efetiva o PE e orientar às pessoas com doença de Parkinson e seus familiares e acompanhá-los ao longo do curso da doença. Para o desenvolvimento do plano de cuidados e implementação do Processo de Enfermagem foram utilizadas no protocolo as taxonomias NANDA-I, NOC e NIC e desenvolvido instrumentos para cada uma das cinco etapas do PE.

A padronização de um plano de cuidados facilita as intervenções de enfermagem e fornece uma ferramenta de trabalho para o desenvolvimento de cuidados mais eficientes e de qualidade⁽³⁸⁾. O protocolo de promoção do autocuidado apoiado apresenta modelo de plano individualizado de cuidados, que deve ser utilizado como registro profissional no prontuário e de plano de autocuidado apoiado, a ser entregue a pessoa com doença de Parkinson e seu parceiro de cuidados.

Devido à complexidade da DP, é importante que o paciente esteja bem informado para que faça escolhas conscientes e estabeleça prioridades. O enfermeiro pode conseguir isso, entre outras coisas, estimulando a autorreflexão do paciente, aumentando a capacidade de resolução de problemas e de autogestão⁽⁵⁾.

Identificar o comportamento atual da pessoa com doença de Parkinson em relação a alimentação, à atividade física, padrão de sono, intestinal e miccional, ao manejo do estresse e ansiedade, adesão ao tratamento medicamentoso e terapias não farmacológicas, entre outros comportamentos pode ajudá-la a avaliar áreas onde é preciso mudar e assim fazer o aconselhamento. Os diários são uma ótima maneira da pessoa com doença de Parkinson e seu parceiro de cuidados reconhecer e acompanhar seu comportamento tanto no início do processo como na evolução do mesmo⁽¹⁶⁾.

O reconhecimento do paciente frente às suas potencialidades é um dos maiores desafios no cuidado as pessoas com doença de Parkinson, visto que na maioria das vezes, depara-se com pessoas focadas em suas limitações e, assim, passivas ao tratamento. Portanto, identificar a necessidade de prover apoio a essas pessoas, para que elas estejam dispostas a reassumir o controle de sua vida e de sua saúde, é parte imprescindível do processo de reabilitação na Doença de Parkinson e precisa ser um aspecto contemplado nos protocolos⁽³⁹⁾.

Melhorar a autoeficácia das pessoas com doença de Parkinson e do seus parceiros de cuidado é uma meta importante nos esforços para melhorar a qualidade da assistência à saúde. Nesse sentido os enfermeiros utilizando da metodologia do autocuidado apoiado a partir de protocolos validados podem chamar a atenção para os pontos fortes das pessoas que convivem

com a DP. Isso, por sua vez, ajuda a maximizar a autogestão da doença e, por fim, contribui com a melhoria na qualidade de vida dessas pessoas⁽⁴⁰⁾.

Na assistência de enfermagem as pessoas com doença de Parkinson torna-se necessário priorizar problemas e necessidades de forma colaborativa e identificar as preferências de aprendizagem individuais dessas pessoas para facilitar o treinamento para uma variedade de habilidades e ações no autocuidado, como compreensão do uso de medicamentos, enfrentamento ativo (participação em grupos de apoio), envolvimento em atividades físicas e utilização de recursos da comunidade⁽³⁴⁾.

Durante a assistência é importante reforçar as ações positivas e comprometer novamente a pessoa com os objetivos. Se houver pouca motivação, discuta as razões. Descreva uma divisão clara de tarefas e responsabilidades entre a pessoa com doença de Parkinson, parceiro de cuidados, enfermeiro e prestadores de cuidados. Dê orientações de cuidados claras, tanto oralmente como por escrito, e por fim discuta a intervenção com a pessoa e ajuste-a a sua rotina tanto quanto possível⁽⁵⁾.

Quanto à análise do processo de validação, optou-se pelo IVC, método muito utilizado na área de saúde por permitir analisar, inicialmente, cada item individualmente e, depois, o instrumento como um todo⁽⁴¹⁾. Foi necessário a realização de duas rodadas do método Delphi para se atingir o nível de concordância maior que 0,80 para todos os itens que compõem as seções do protocolo de consulta de enfermagem.

As sugestões dos especialistas contribuíram significativamente para adequar e estruturar os instrumentos ocorrendo o aprimoramento de metade dos itens da primeira versão do protocolo. Com a segunda rodada Delphi foi obtido o consenso entre os especialistas e a versão final do protocolo foi estabelecida. Os itens fluxogramas para promoção do autocuidado apoiado e autocuidado apoiado - aconselhamento foram os que obtiveram os menores IVC.

Vale considerar que embora o protocolo seja um instrumento de trabalho para os profissionais enfermeiros, este não deve prestar o cuidado as pessoas com doença de Parkinson de forma isolada. Para atender todas as necessidades dessas pessoas e seus parceiros de cuidado é necessária a atuação de uma equipe interdisciplinar. Assim o enfermeiro deve exercer o papel de articulador do cuidado realizando os encaminhamentos necessários, visando sempre à integralidade e um cuidado colaborativo.

Nesse sentido, destaca-se o apoio dos profissionais do Núcleo de Saúde da Família no cenário da Atenção Primária a Saúde brasileiro, no qual realiza-se abordagem multidisciplinar, e a constituição de equipe interdisciplinar nos centros de referência, com discussão de casos e planejamento de cuidados, tão necessários e importantes devido à complexidade da DP⁽⁴²⁾.

Acredita-se que o protocolo desenvolvido trará implicações positivas para prática clínica de enfermagem no cuidado as pessoas com doença de Parkinson uma vez que permite ao enfermeiro atuar utilizando os princípios da Sistematização da Assistência de Enfermagem, com maior autonomia profissional.

CONCLUSÕES

Após a realização de duas rodadas do painel Delphi e ser alcançada concordância acima de 0,80 para todos os itens e IVC global de 0,99 conclui-se que o protocolo foi considerado válido pelos especialistas quanto a relevância e clareza do seu conteúdo.

A utilização do referencial teórico do autocuidado apoiado de forma articulada com o Processo de Enfermagem e Sistemas de Linguagens Padronizadas de Enfermagem Nanda-I, NOC e NIC se mostrou possível na construção do protocolo para atuação sistematizada dos profissionais enfermeiros.

A validação clínica do protocolo de consulta de enfermagem para promoção do autocuidado apoiado ainda precisa ser desenvolvida, buscando identificar barreiras e facilitadores a sua implementação e adequar o perfil das pessoas com doença de Parkinson que realmente se beneficiam da proposta da metodologia do autocuidado apoiado.

Fundamental a compreensão na prática clínica do impacto do comprometimento cognitivo e do estágio de incapacidade da doença na operacionalização do protocolo, assim como a avaliação se o protocolo se aplica tanto a atenção primária quanto secundária e centros de reabilitação como foi proposto na validação de conteúdo e se o intervalo proposto para monitoramento telefônico e acompanhamento presencial de monitoramento das metas precisa ser ajustado.

Mesmo diante destas questões que precisam ser respondidas com a validação clínica, acredita-se que o Protocolo de Consulta de Enfermagem para o autocuidado apoiado de pessoas com doença de Parkinson é viável para a prática clínica, uma vez que permite ao enfermeiro alcançar uma autonomia profissional baseada no raciocínio técnico-científico, sendo fundamental o treinamento de profissionais que atuam no cuidado a essas pessoas para uma execução efetiva do cuidado de enfermagem a partir do protocolo estabelecido.

REFERÊNCIAS

1. Marinho F, Passos VMDA, França EB. New century, new challenges: Changes in the burden of disease profile in Brazil. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2016;25(4):713-24. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742016000400005>
2. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeções da população do Brasil e unidades da Federação por sexo e idade: 2010 - 2060. Brasília: IBGE; 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=o-que-e>
3. Souza MAH, Porto EF, Souza EL, Silva KI. Perfil do estilo de vida de longevos. *Rev Bras Geriatr. Gerontol*. 2016;19(5):819-26. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150224>
4. Dorsey ER, Elbaz A. Global, regional, and national burden of Parkinson's disease, 1990 - 2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol*. 2018;17: 939-53 [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(18\)30295-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(18)30295-3)
5. Lennaerts H, Groot M, Rood B, Gilissenc K, Tulpd H, Wensen E et al. A Guideline for Parkinson's Disease Nurse Specialists, with Recommendations for Clinical Practice. *J. Parkinsons Dis*. 2017;7(4): 749-54. <http://dx.doi.org/10.3233/JPD-171195>
6. Yamaguchi B, Ferreira MP, Israel VL. Aquatic Physiotherapy and Parkinson's Disease: Effects on Functional Motor Skills. *Advances in Parkinson's disease*. 2020;9: 1-12. <https://doi.org/10.4236/apd.2020.91001>
7. Hayes MT. Parkinson's Disease and Parkinsonism. *The American Journal of Medicina*, 2019;132(7): 802-7. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2019.03.001>
8. Chou KL. Diagnosis and differential diagnosis of Parkinson disease. UpToDate, 2020. <https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-and-differential-diagnosis-of-parkinson-disease>
9. Kalia LV, Lang AE. Parkinson disease. *The Lancet*. 2015;386(9996): 896-912. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61393-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61393-3)
10. Zhao N, Yang Y, Zhang L, Zhang Q, Balbuena L, Ungvari, G et al. Quality of life in Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis of comparative studies. *CNS neuroscience & therapeutics*, 2021;27(3): 270-79. <https://doi.org/10.1111/cns.13549>
11. Gondim ITG, Lins CCSA, Coriolano MGWS. Exercícios terapêuticos domiciliares na doença de Parkinson: uma revisão integrativa. *Rev. bras. geriatr. gerontol*. 2016; 19(2):349-64. <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150040>
12. Shin JY; Habermann B. Nursing Research in Parkinson's disease from 2006 to 2015: A Systematic Review. *Clinical Nursing Research*, Newark. 2016;26: 142-156. <https://doi.org/10.1177/1054773816634912>
13. Westland H, Schröder CD, de Wit J, Frings J, Trappenburg JCA, Schuurmans MJ. Self-management support in routine primary care by nurses. *Br. J. Health Psychol*. 2017;23(1): 88-107. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12276>

14. Lobiondo-Wood G.; Haber J. *Nursing Research: Methods and Critical Appraisal for Evidence-Based Practice*. Elsevier; 10 ed. 2021.
15. Pimenta CAM; Lopes CT; Amorim AF; Nishi FA; Shimoda GT; Jensen R. *Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem*. São Paulo: COREN, 2017.
16. Cavalcanti AM; Oliveira ACL (Org.). *Autocuidado Apoiado: manual do profissional de saúde*. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba: 2012.
17. Vieira TW; Sakamoto VTM; Moraes LCD; Blatt CR; Caregnato RCA. Métodos de validação de protocolos assistenciais de enfermagem: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*; 2020,73(Suppl 5): 1-10. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0050>
18. Fehring R. Methods to validate nursing diagnosis. *Heart & Lung*; 1987, 6(6): 625-29.
19. Lira ALBC; Lopes MVO. Diagnóstico de enfermagem: estratégia educativa fundamentada na aprendizagem baseada em problema. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2011; 19(4): 1-8. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000400012>
20. Polit DF; Beck CT. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 9. ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.*
22. Suárez DR, Figueredo MP. Los protocolos de actuación y la calidad de la atención de enfermería del paciente con enfermedad de Parkinson. *Revista de Enfermería Neurológica*. 2019; 18(3):133-139. <https://doi.org/10.37976/enfermeria.v18i3.289>.
23. Kuster BJK, Silva LAA, Leite MT, Costa MC. Cuidados de enfermagem a usuários com Doença de Parkinson na atenção básica de saúde. *Rev Enferm UFSM*. 2014; 4(1):10-18. <https://doi.org/10.5902/217976929074>
24. Pretzer-Aboff I, & Prettyman A. Implementation of an Integrative Holistic Healthcare Model for People Living with Parkinson's disease. *The Gerontologist*. 2015;55(Suppl 1), S146-S153.
25. Galvão TLA, Oliveira KKD, Maia CAAS, Miranda FAN. Assistência à pessoa com Parkinson no âmbito da estratégia de saúde da família. *Rev de Pesq Cuid Fundam Online*. 2016; 8(4):5101-5107. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.5101-5107>.
26. Tosin, MHS *et al.* Nursing interventions for rehabilitation in Parkinson's disease: cross mapping of terms. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016; 24(e2728):1-8. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0689.2728>
27. Hellqvist C. Promoting Self-Care in Nursing Encounters with Persons Affected by Long-Term Conditions - A Proposed Model to Guide Clinical Care. *Int J Environ*. 2021; 18(5), 1-15. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052223>

28. Iwasa Y, Saito I, Suzuki M. Differences in Home Health Nursing Care for Patients with Parkinson's disease by Stage of Progress: Patients in Hoehn and Yahr Stages III, IV, and V. *Hindawi*. 2021; 2021, 1-10. <https://doi.org/10.1155/2021/8834998>.
29. Hellqvist C, & Berterö C. Support supplied by Parkinson's disease specialist nurses to Parkinson's disease patients and their spouses. *Applied Nursing Research*. 2015; 28(2), 86-91.
30. Radder DLM, Lennaerts HH, Vermeulen H, Asseldonk TV, Delnooz CCS, Hagen RH, et al. The cost-effectiveness of specialized nursing interventions for people with Parkinson's disease: the NICE-PD study protocol for a randomized controlled clinical trial. *Trials*. 2020;21(88): 2-11.
31. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas de saúde na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2012.
32. Organización Panamericana de la Salud. Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas. Washington: OPAS; 2013.
33. Navarta-Sánchez MVN, Ambrosio L, Portillo MC, Ursúa ME, Senosiain JM, Riverol M. Evaluation of a psychoeducational intervention compared with education in people with Parkinson's disease and their informal caregivers: a quasi-experimental study. *J Adv Nurs*. 2020; 76:2719-2732. <https://doi.org/10.1111/jan.14476>.
34. Connor KI, Siebens HC, Mittman BS, Smith DKMN, Ganz DA, Barry F, et al. Stakeholder perceptions of components of a Parkinson disease care management intervention, care coordination for health promotion and activities in Parkinson's disease (CHAPS). *BMC Neurol*. 2020;20(437): 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12883-020-02011-9>.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. 2014.
36. Fernandes LTB; Nóbrega VM; Silva MEA. et al. Autocuidado apoiado a crianças e adolescentes com doenças crônicas e suas famílias. *Rev Bras Enferm*, 2017; 70(6): 1389-400. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0553>.
37. Tastan S, Linch GC, Keenan GM, Stifter J, McKinney D, Fahey L, et al. Evidence for the existing American Nursing Association – recognized standardized nursing terminologies: a systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2014; 51(8):1160-70).
38. Manzanares MCG, Navascués MLJ, Tobar EB, Martínez MN, Calleja MP. Enfermedad de Parkinson: abordaje enfermero desde atención primaria. *Gerokomos*. 2018; 29(4):171-177.
39. Tosin MHS, Campos DM, Blanco L, Santana RF, Oliveira BGRB. Mapeamento dos termos da linguagem de enfermagem na doença de Parkinson. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(3):411-418. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000300008>.

40. Connor K, Cheng E, Siebens HC, Lee ML, Mittman BS, Ganz DA, et al. Study protocol of “CHAPS”: a randomized controlled trial protocol of Care Coordination for Health Promotion and Activities in Parkinson’s disease to improve the quality of care for individuals with Parkinson’s disease. BMC Neurol. 2015; 15(258): 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12883-015-0506-y>.

41 Catunda HLO, Bernardo EBR, Vasconcelos CTM, Moura ERF, Pinheiro AKB, Aquino PS. Percurso metodológico em pesquisas de enfermagem para construção e validação de protocolos. Texto-contexto Enferm. 2017; 26(2): 1-10. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017000650016>

42. Schenker M; Costa DH. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2019; 24(4):1369-1380. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.01222019>



7. Conclusões



Este estudo desenvolvido em duas fases visou a elaboração e validação de um protocolo para consulta de enfermagem às pessoas com doença de Parkinson, tendo o modelo conceitual do autocuidado apoiado como referencial teórico para subsidiar a construção dos instrumentos. Compreendeu etapa inicial de analisar a produção científica acerca da utilização do Processo de Enfermagem como ferramenta de cuidado às pessoas com doença de Parkinson, seguida de estudo transversal documental de caracterização e avaliação da fragilidade de idosos com doença de Parkinson e construção e validação de conteúdo de um protocolo estabelecido para nortear as ações dos profissionais enfermeiros no autocuidado apoiado.

O estudo de revisão integrativa possibilitou conhecer tanto em contexto nacional como internacional a oferta de cuidados de enfermagem e a utilização do Processo de Enfermagem na assistência de Enfermagem as pessoas com doença de Parkinson. No cenário nacional, a produção científica que versa sobre o cuidado de enfermagem na atenção à saúde de pessoas com doença de Parkinson ainda é relativamente escassa, principalmente em relação a avaliação de efetividade de intervenções. Nesse contexto, as experiências e modelos de cuidados identificados nos estudos internacionais podem ser adaptadas e testadas para incorporação na prática clínica e organização de serviços de atenção integral a DP no Brasil.

Os achados do estudo transversal mostraram que o comprometimento funcional é muito prevalente, podendo impactar na qualidade de vida dos idosos com doença de Parkinson, visto que a realização das tarefas que fazem parte do cotidiano e a possibilidade de viver e de se autocuidar de forma independente e autônoma no domicílio ficam comprometidas. Estes impactos, também podem afetar o bem-estar emocional e social, e a configuração de cuidado, pois passam a necessitar de cuidados, de seus familiares, amigos ou cuidadores profissionais.

O estudo demonstrou alta prevalência de fragilidade em idosos com doença de Parkinson. As alterações típicas da DP, como as manifestações não motoras e as complicações motoras, que podem ocasionar modificações na capacidade funcional no indivíduo, tornando-o mais dependente e com maior necessidade de cuidado, precisam ser identificadas e abordadas. Nesse sentido, enfatiza-se a necessidade de avaliação e acompanhamento dessas alterações, em conjunto com as variáveis associadas à fragilidade no atendimento as pessoas com doença de Parkinson. A ocorrência de fragilidade em pessoas com doença de Parkinson implica maior demanda de cuidados para a enfermagem e a necessidade de maior participação da família/cuidadores na relação de cuidados.

A realização das etapas de revisão integrativa e estudo documental de caracterização de idosos com Parkinson contribuiu para o desenvolvimento do “Protocolo de Consulta de Enfermagem para o autocuidado apoiado de pessoas com doença de Parkinson”, que teve um

IVC alto já na primeira rodada e, após os refinamentos realizados, aumentou para 0,99. Desse modo conclui-se que o protocolo foi considerado válido pelos especialistas quanto ao seu conteúdo.

A utilização do referencial teórico do autocuidado apoiado de forma articulada com o Processo de Enfermagem e Sistemas de Linguagens Padronizadas de Enfermagem Nanda-I, NOC e NIC se mostrou possível na construção do protocolo para atuação sistematizada dos profissionais enfermeiros.

Mesmo diante dos pontos fortes, este estudo não esteve livre de algumas limitações. A primeira delas é que apesar da revisão sistemática ser a mais recomendada na elaboração de protocolos, observa-se ainda incipiente contribuição da ciência Enfermagem em estudos com delineamento de pesquisa experimental. A escassez de produções de estudos experimentais de enfermagem no cuidado as pessoas com doença de Parkinson, principalmente no cenário brasileiro impossibilitou de utilizar-se de tal metodologia, sendo necessário assim adaptar-se e construir uma revisão integrativa da literatura, a fim de obter os resultados da forma mais adequada de acordo com a viabilidade de execução.

Outra limitação foi a impossibilidade de conduzir um estudo transversal com aplicação de instrumentos e escalas para caracterização da população idosa com doença de Parkinson nos ambulatórios de geriatria e de distúrbios do movimento do Hospital das Clínicas, como foi previsto no projeto de pesquisa. Isto porque, na ocasião da implementação desta fase do estudo, o mundo foi surpreendido pela pandemia de COVID-19, e grande parte das atividades assistenciais e todas as atividades de pesquisa ficaram paralisadas por tempo indeterminado nesses ambulatórios. Diante deste cenário foi realizada a pesquisa documental utilizando como fonte dos dados os prontuários e planos de cuidado dos idosos atendidos no ambulatório de geriatria.

Impossibilidade de realizar o estudo transversal com aplicação de alguns instrumentos como a Escala Unificada de Classificação da Doença de Parkinson (UPDRS) muito utilizada nos estudos que envolvem a DP e a escala de avaliação da capacidade de autocuidado, que possibilitariam uma compreensão ainda maior de fatores relacionados a fragilidade dos idosos com doença de Parkinson e de fatores que influenciam a capacidade de autocuidados dessas pessoas, contribuindo para a incorporação desses aspectos na construção do protocolo de consulta de enfermagem para a promoção do autocuidado das pessoas com doença de Parkinson.

A validação clínica do protocolo de consulta de enfermagem para promoção do autocuidado apoiado ainda precisa ser desenvolvida, buscando identificar barreiras e adequar o

perfil das pessoas com doença de Parkinson que realmente se beneficiam da proposta da metodologia do autocuidado apoiado. Compreender o impacto do comprometimento cognitivo e do estágio de incapacidade da doença na operacionalização do protocolo. Se o protocolo se aplica tanto a atenção primária quanto secundária e centros de reabilitação como foi proposto na validação de conteúdo. Se o intervalo proposto para monitoramento telefônico e acompanhamento presencial de monitoramento das metas precisa ser adequado.

Mesmo diante destas questões que precisam ser respondidas com a validação clínica, acredita-se que o protocolo desenvolvido trará implicações positivas para prática clínica de enfermagem no cuidado as pessoas com doença de Parkinson, uma vez que permite ao enfermeiro atuar utilizando os princípios da Sistematização da Assistência de Enfermagem, com maior autonomia e reconhecimento profissional.

Por fim, destaca-se como fundamental o treinamento de profissionais que atuam no cuidado a essas pessoas para uma execução efetiva do cuidado de enfermagem a partir do protocolo estabelecido.

Assim conclui-se a tese de que a elaboração de um protocolo de consulta de enfermagem, com aporte teórico no autocuidado apoiado, pode contribuir com a atuação do enfermeiro e influenciar positivamente na capacidade e adesão a ações de autocuidado e na autogestão da doença de Parkinson.



Referências



AGREE. Next Steps Consortium (2009). **The AGREE II Instrument** [versão eletrônica]. 2009. Disponível em: <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2017/12/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument-2009-Update-2017.pdf>
Acesso em: 15 abr. 2022

AGUIAR, I. M. *et al.* Associação dos sintomas depressivos com o comprometimento da memória episódica em pacientes com a doença de Parkinson. **J Bras. Psiquiatr.**, v. 69, n. 4, p. 255-62, 2020. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/jbpsi/a/V7WpfMd45R34zKFs3dGNP3h/?format=pdf&lang=pt>
Acesso em: 15 dez. 2020

ALEXANDRE, N. M. C. *et al.* A confiabilidade no desenvolvimento e avaliação de instrumentos de medida na área da saúde. **Rev Eletr Enf.**, v. 15, n. 3, p. 802-9, 2013. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/20776/15507>
Acesso em: 21 mar. 2021

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do Processo de Enfermagem: fundamentos para o raciocínio clínico.** 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 272 p.

ALHO, A.T.D.L. **Caracterização da substância negra humana durante o envelhecimento.** 2011. 163f. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5160/tde-01122011-175727/publico/AnaTerezaDiLorenzoAlho.pdf> Acesso em: 28 set. 2019.

ALMEIDA, M. A. *et al.* **Processo de Enfermagem na prática clínica: estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.** 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 320 p.

ALVAREZ, A. M. *et al.* O impacto da aposentadoria nas pessoas com doença de Parkinson em idade ativa. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 19, 2017. Disponível em:
<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/39607/23240>
Acesso em: 15 dez. 2018.

ALVARADO-BOLAÑOS, A. *et al.* Falls in persons with Parkinson's disease: Do non-motor symptoms matter as much as motor symptoms? **Arq Neuropsiquiatr.**, v. 77, n. 11, p. 761-67, 2019. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/anp/a/S65FTVsN6RKY6dFSkxQPpHp/?format=pdf&lang=en>
Acesso em: 12 nov. 2020.

ALVIM, A.L.S. *et al.* Prática de atividade física e fisioterapia em indivíduos com doença de Parkinson. **Acta Fisiatr.**, v. 27, n. 3, p. 146-151, 2020. Disponível em:
<https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/169050/167886>
Acesso em: 12 nov. 2021.

AMBROSIO, L. *et al.* Diseño de una escala de medida del grado de convivencia en pacientes con un proceso crônico. **Rev. Enf.**, v. 40, n. 1, p. 16-24, 2017. Disponível em:
<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-159317> Acesso em: 25 jan. 2019.

ANDERSON, R. M.; FUNNELL, M. M. Patient empowerment: myths and misconceptions. **Patient. Educ. Couns.**, Princeton, v. 79, n. 3, p. 277-82, 2010. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399109003279?via%3Dihub> Acesso em: 18 nov. 2020.

ANDRADE, F.G. *et al.* Abordagem da Funcionalidade e dos Fatores Ambientais em Pacientes com Doença de Parkinson através do Checklist da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). **Persp. Online: biol. & saúde**, v. 6, n.2, p. 30-34, 2012. Disponível em: https://ojs3.perspectivasonline.com.br/biologicas_e_saude/article/view/205/122 Acesso em: 13 set. 2021.

ANTAR, T. *et al.* Longitudinal risk factors for developing depressive symptoms in Parkinson's disease. **J Neurol Sci.**, v. 429, n. 117615, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34492572/> Acesso em: 12 nov. 2020.

ARGENTA, C. **Modelo multidimensional de cuidado ao idoso associado aos sistemas de linguagens padronizadas de enfermagem NANDA-I, NIC E NOC.** 2018. 164 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/186134> Acesso em: 12 nov. 2020.

ARMSTRONG, M. J.; OKUN, M. S. Time for a new image of Parkinson disease. **JAMA Neurol.**, v. 77, n. 11, p. 1345-46, 2020. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/fullarticle/2768703> Acesso em: 15 set. 2021.

ARTEN, T. L. S.; HAMDAN, A. C. Executive Functions in Parkinson's disease with and without Deep Brain Stimulation (DBS). **Dement Neuropsychol**, v. 14, n. 2, p. 178-85, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dn/a/vLxfvyPDpj9vPznBKGvVvRpD/?format=pdf&lang=en> Acesso em: 12 nov. 2020.

AZZOLIN, K. *et al.* Consenso de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes com insuficiência cardíaca em domicílio. **Rev Gaucha Enferm**, v. 33, n. 4, p. 56-63, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/6nMxXQ8dJmNrLG7hyZsNG5p/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 25 abr. 2019.

AZZOLIN, K. *et al.* Effectiveness of nursing interventions in heart failure patients in home care using NANDA-I, NIC and NOC. **Applied Nurs. Res.**, v. 26, n. 4, p. 239-44, 2013. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189713000773?via%3Dihub> Acesso em: 25 abr. 2019.

BALESTRASSI, L.S.; SILVA, S.M.C.A. Descriptive epidemiological study on patients with movement disorders, with emphasis on Parkinson's disease. **Med J.** v. 139, n. 1, p. 30-7. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/spmj/a/hLM3qdBRx5rDHPvRWXvHcRm/?format=pdf&lang=en> Acesso em: 12 jan. 2022.

BALESTRINO, R.; SCHAPIRA, A.H.V. Parkinson Disease. **Eur. J. Neurol.**, v. 27, n. 1, p. 27-42, 2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/ene.14108>
Acesso em: 12 nov. 2020.

BARBOSA, M.T. *et al.* Parkinsonism and Parkinson's disease in the elderly: A community-based survey in Brazil (the Bambuí study). **Mov. Disord.**, v.21, n. 6, p. 800-8, 2006.
Disponível em: <https://movementdisorders.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/mds.20806>
Acesso em: 22 nov. 2018.

BARBOSA, D. *et al.* **Enfermagem Baseada em Evidências**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2014. 144 p.

BAPTISTA, R. *et al.* Idosos com Doença de Parkinson: perfil e condições de saúde. **Enferm. Foco**, v. 10, n. 5, p. 99-102, 2019. Disponível em:
<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2604/640>
Acesso em: 16 mar. 2020.

BAPTISTA, R. *et al.* Idosos com Doença de Parkinson: avaliação do comprometimento e da capacidade funcional. **Rev. baiana enferm.**, v. 33, n. e28103, p. 1-9, 2019. Disponível em:
<https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/28103/19026>
Acesso em: 16 mar. 2020.

BARRETO, L.N.M.; SWANSON, E.A.; ALMEIDA, M.A. Nursing outcomes for the diagnosis impaired tissue integrity (00044) in adults with pressure ulcer. **J Nurs Knowl**, v. 27, n. 2, p. 57-124, 2016. Disponível em:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/2047-3095.12081> Acesso em: 18 jan. 2019.

BEITZ, J.M. Parkinson's disease: a review. **Front Biosci.**, v. 6, n. 1, p. 65-74, 2014.
Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24389262/> Acesso em: 12 nov. 2020.

BERGER, S. *et al.* The self-management balancing act of spousal care partners in the case of Parkinson's disease. **Disabil Rehabil.** v. 41, n. 8, p. 887-95, 2019. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6179928/> Acesso em: 25 jan. 2020.

BESSA, M. E. P. **Elaboração e validação de conteúdo do protocolo de intervenções de enfermagem para idosos com risco fragilidade**. 2012. 197 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/7004>
Acesso em: 12 nov. 2020.

BLOEM, B.R.; OKUN, M.S.; KLEIN, C. Parkinson's disease. **The Lancet**. v. 397; n. 10291, p. 2284-2303, 2021. Disponível em:
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00218-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00218-X/fulltext)
Acesso em: 18 fev. 2022.

BODENHEIMER, T.; HANDLEY, M. A. Goal-setting for behavior change in primary care: an exploration and status report. **Patient Educ. Couns.**, v. 76, n. 2, p. 174-180, 2009.
Disponível em:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399109002432?via%3Dihub>
Acesso em: 25 jan. 2019.

BORGES, G. M., CAMPOS, M. B., SILVA, L. G. C. Transição da estrutura etária no Brasil: oportunidades e desafios para a sociedade nas próximas décadas. In: ERVATTI, L. R.; BORGES, G. M.; JARDIM, A. P.(org.). **Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI**: subsídios para as projeções da população. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2015. p.138-151.

BOVOLENTA, T. M.; FELÍCIO, A. C. O doente de Parkinson no contexto das Políticas Públicas de Saúde no Brasil. **Einstein (São Paulo)**, v. 14, n. 3, p. 7-9, 2016. Disponível em: https://journal.einstein.br/wp-content/uploads/articles_xml/1679-4508-eins-S1679-45082016000300001/1679-4508-eins-S1679-45082016000300001-pt.pdf
Acesso em: 13 nov. 2018.

BRAAK, H. *et al.* Staging of brain pathology related to sporadic Parkinson's disease. **Neurobiol Aging**, v. 24, n. 2, p. 197-211, 2003. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197458002000659?via%3Dihub>
Acesso em: 22 set. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e das outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm
Acesso em: 25 out. 2022

BRASIL. Câmara dos Deputados. Decreto nº 94.906, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-94406-8-junho-1987-444430-publicacaooriginal-1-pe.html>
Acesso em: 25 out. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 59, 13 jun. 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em: 20 maio 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 162 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf Acesso em: 15 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 483**, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. 2014b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html
Acesso em: 15 dez. 2017.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI**: subsídios para as projeções da população. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 156 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf> Acesso em: 05 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 510/16**, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html

Acesso em: 16 jun. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 10, de 31 de outubro de 2017. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Parkinson. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 09 nov. 2017. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/poc0010_09_11_2017.html

Acesso em: 25 out. 2019

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeções da população do Brasil e unidades da Federação por sexo e idade**: 2010-2060. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/novo-portal-destaques/27470-projecao-da-populacao-das-unidades-da-federacao-por-sexo-e-idade-simples.html>

Acesso em: 18 set. 2021

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira 2020. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 148 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101760.pdf>

Acesso em: 18 set. 2021

BULECHEK, G. M. *et al.* **NIC - Classificação das Intervenções de Enfermagem**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. 640 p.

BUTCHER, H. K. *et al.* **NIC - Classificação das Intervenções de Enfermagem**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020. 440 p.

CABREIRA, V.; MASSANO, J. Doença de Parkinson; Revisão clínica e atualização. **Acta Med Port**, v. 32, n. 10, p. 661-70, 2019.

Disponível em: [file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/11978-48378-1-PB%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/11978-48378-1-PB%20(3).pdf)

Acesso em: 18 fev. 2021.

CACABELOS, R. Parkinson's disease: from pathogenesis to pharmacogenomics. **Int. J. Mol. Sci.**, v. 18, n. 3, p. 551, 2017. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1422-0067/18/3/551/htm>

Acesso em: 28 jun. 2019.

CALLEGARI-JACQUES, S. M. **Bioestatística**: princípios e aplicações. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. 264 p.

CARVALHO, E.C.; CRUZ, D.A.L.M.; HERDMAN, T.H. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 66, n. esp., p. 134-41, 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/9yTVg5G8wkFftpGjYpwTxM/?format=pdf&lang=pt>

Acesso em: 08 abr. 2019.

CAMPOS, D.M. *et al.* Diagnósticos de Enfermagem sobre alterações urinárias na doença de Parkinson. **Acta Paul Enferm.** v. 28, n. 2, p. 190-95, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/K3g6HvX3H46nJ9nctKtLPQF/?format=pdf&lang=pt>
Acesso em: 25 ago. 2020.

CARDOSO, F. Vitamin B12 and Parkinson's disease: what is the relationship? **Mov Disord.** v. 33, n. 5, p. 702-03, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29508925/>
Acesso em: 12 nov. 2021.

CASTRO, A.V.; REZENDE, M. A Técnica Delphi e seu uso na pesquisa de enfermagem: revisão bibliográfica. **REME - Rev. Min. Enferm.**, v. 13, n. 3, p. 429-34, 2009. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/remeg.org.br/pdf/v13n3a16.pdf> Acesso em: 26 abr. 2022.

CARMO, M.R.S. **Efeito neuroprotetor do antagonismo dos receptores P2X7 no parkinsonismo experimental induzido por 6-OHDA.** 2015. 110f. Tese (Doutorado em Farmacologia) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.
Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/11458> Acesso em: 12 nov. 2020.

CARNEIRO, J.A. *et al.* Autopercepção negativa da saúde: prevalência e fatores associados entre idosos assistidos em centro de referência. **Ciênc. saúde coletiva.** v. 25, n. 3, p. 909-18, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YdYYZkjVSC984vGHqLjHjrC/?format=pdf&lang=pt>
Acesso em: 26 out. 2021.

CATUNDA, H.L.O. *et al.* Percurso metodológico em pesquisas de enfermagem para construção e validação de protocolos. **Texto Contexto Enferm.** v. 26, n. 2, p. 1-10, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XNPJGWGp6Y6vcT8RWXQWv6x/?lang=pt&format=pdf>
Acesso em: 16 mar. 2022.

CAVALCANTI, A. M.; OLIVEIRA, A. C. L. (Org.). **Autocuidado Apoiado:** manual do profissional de saúde. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, 2012. Disponível em: <http://balcao.saude.ms.gov.br/horde/telessaude/apresentacao/2014/autocuidado-apoiado.pdf>
Acesso em: 14 mar. 2018

CAVALCANTE, A.M.R.Z. *et al.* Nursing diagnoses and interventions for a child after cardiac surgery in an intensive care unit. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 68, n 1, p. 155-160, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/PLHFB7rLgqDcBssQMr4Mf4k/?format=pdf&lang=en>
Acesso em: 14 ago. 2020.

CHAHINE, L.; TARSY, D. Management of nonmotor symptoms in Parkinson disease. **UpToDate**, 2020. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/management-of-nonmotor-symptoms-in-parkinson-disease?search=management-of-nonmotor-symptoms-in-&source=search_result&selectedTitle=1~36&usage_type=default&display_rank=1
Acesso em: 24 mar. 2020.

CHAUDHURI, K.R.; JENNER, P. Two hundred years since James Parkinson's essay on the shaking palsy-Have we made progress? Insights from the James Parkinson's 200 years course held in London, March 2017. **Mov Disord.**, v. 32, n. 9, p. 1311-15, 2017. Disponível em: <https://movementdisorders.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/mds.27104>

Acesso em: 28 abr. 2020.

CHOU, K.L. *et al.* Abnormal MoCA and normal range MMSE scores in Parkinson disease without dementia: cognitive and neurochemical correlates. **Parkinsonism Relat Disord.** v. 20, n. 10, p. 1076- 80, 2014. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4180768/>

Acesso em: 23 jun. 2022

CHOU, K.L. Diagnosis and differential diagnosis of Parkinson disease. **UpToDate**, 2020.

Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-and-differential-diagnosis-of-parkinson-disease> Acesso em: 24 abr. 2021.

CINTRA, M.T.G. *et al.* Fragilidade De Idosos Atendidos Em Ambulatório De Geriatria Segundo A Escala Visual De Fragilidade. **Geriatr Gerontol Aging.** v. 13, n. 1, p. 17-23, 2019. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/v13n1a04.pdf>

Acesso em: 17 jun. 2022

COELHO, M.S.; SILVA, D.M.G.V. Grupo educação-apoio: visualizando o autocuidado com os pés das pessoas com Diabetes Mellitus. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 5, n. 1, p. 11-15, 2006. Disponível em:

<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5101/3321>

Acesso em: 15 jun. 2021.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 159/1993**, de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a Consulta de Enfermagem. Brasília: COFEN, 1993.

Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1591993_4241.html

Acesso em: 25 Set. 2018.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 358/2009**, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providencias. Brasília: COFEN, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html

Acesso em: 25 Set. 2018.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN-429/2012**, de 8 de junho de 2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. Brasília: COFEN, 2012. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4292012_9263.html Acesso em: 25 Set. 2018.

CONNOR, K. *et al.* Study protocol of “CHAPS”: a randomized controlled trial protocol of Care Coordination for Health Promotion and Activities in Parkinson's disease to improve the quality of care for individuals with Parkinson's disease. **BMC Neurol.** v. 15, n. 258, p. 1-13, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4681014/>

Acesso em: 24 ago. 2021.

CONNOR, K.I. *et al.* Randomized trial of care management to improve Parkinson disease care quality. **Neurology**. v. 92, n. 16, p. 1831-42, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6550506/>
Acesso em: 24 ago. 2021.

CONNOR, K.I. *et al.* Quality and extent of implementation of a nurse-led care management intervention: care coordination for health promotion and activities in Parkinson's disease (CHAPS). **BMC Health Serv Res**. v. 20, n. 732, p. 1-17, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7418202/>
Acesso em: 24 ago. 2021.

CONNOR, K.I. *et al.* Stakeholder perceptions of components of a Parkinson disease care management intervention, care coordination for health promotion and activities in Parkinson's disease (CHAPS). **BMC Neurol**. v. 20, n. 437, p. 1-13, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7708498/>
Acesso em: 24 ago. 2021.

CONTRANDIOPOULOS, A. P. *et al.* **Saber preparar uma pesquisa: definição, estrutura, financiamento**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. 215 p.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Processo de enfermagem: guia para a prática**. 2. ed. São Paulo: Coren-SP, 2021. 256 p. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2010/01/SAE-web.pdf>
Acesso em: 18 abr. 2022

CORIOLOANO, M. G. W. S. *et al.* Pain characterization in patients with Parkinson's disease. **Rev. Dor**, v. 15, n. 2, p.78-82, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdor/a/QY6wLG9B68JgJ7gPjJJYQjL/?format=pdf&lang=pt>
Acesso em: 19 out. 2021.

COURA, A. S. **Validação de conteúdo do instrumento para consulta de enfermagem na visita domiciliar às pessoas com lesão medular: um enfoque no autocuidado**. 2013. 224 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Natal, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/14757> Acesso em: 12 nov. 2020.

CUNHA, J.; SIQUEIRA, E.C. O Papel da neurocirurgia na doença de Parkinson. **Rev Med**, São Paulo, v. 99, n. 1, p.66-75, 2020. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/147231/159160>
Acesso em: 27 fev. 2021.

DAMUSH, T. M. *et al.* Implementation of a stroke self-management program a randomized controlled pilot study of veterans with stroke. **Transl. Behav. Med**. Nova York, v. 1, n. 4, p. 561-72, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3717676/>
Acesso em: 29 ago. 2021.

DAVIE, C.A. A review of Parkinson's disease. **Br Med Bull**, v. 86, n. 1, p. 109-27, 2008. Disponível em: <https://academic.oup.com/bmb/article/86/1/109/379503>
Acesso em: 26 abr. 2019.

DÍEZ-CIRARDA M. *et al.* Long-term effects of cognitive rehabilitation on brain, functional outcome and cognition in Parkinson's disease. **Eur. J. Neurol.**, v. 25, n. 1, p.5-12, 2018. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ene.13472>
Acesso em: 26 abr. 2019.

DORSEY, E.R.; BLOEM, B.R. The Parkinson pandemic - A call to action. **JAMA neurol.**, v. 75, n. 1, p. 9-10, 2018. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/fullarticle/2661302>
Acesso em: 15 jun. 2021.

DORSEY, E.R. *et al.* Global, regional, and national burden of Parkinson's disease, 1990-2016: a systematic analysis for the global burden of disease study 2016. **Lancet Neurol.**, v. 17, n. 11, p. 939-53, 2018. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422\(18\)30295-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422(18)30295-3/fulltext)
Acesso em: 11 dez. 2020

DOS SANTOS, R.; HALLAK, J.; CRIPPA, J.A. O uso do canabidiol (CBD) no tratamento da doença de Parkinson e suas comorbidades. **Rev Med**, São Paulo, v. 98, n. 1, p. 46-51, 2019. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/download/150613/152697>
Acesso em: 18 fev. 2021.

EDINOFF, A. *et al.* Chronic Pain Treatment Strategies in Parkinson's Disease. **Neurol Int.**, v. 12, n. 3, p. 61-76, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7768530/> Acesso em: 16 jun. 2021.

ELLIS, C.; GRUBAUGH, A. L.; EGEDE, L. E. The association between major depression, health behaviors, and quality of life in adult with stroke. **Int. J. Stroke**, Oxford, v. 7, n. 7, p. 536-43, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22151696/> Acesso em: 26 abr. 2019.

FABRÍCIO-WEHBE, S.C. *et al.* Reproducibility of the Brazilian version of the Edmonton Frail Scale for elderly living in the community. **Rev. Lat. Am. Enferm.** v. 21, n. 6, p. 1330-6, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/wRNH8RmmRvHkrj4cr4NYqC/?format=pdf&lang=pt>
Acesso em: 27 fev. 2021.

FAGAN, S.G.; CAMPBELL, V.A. The influence of cannabinoids on generic traits of neurodegeneration. **Br J Pharmacol.**, v. 171, n. 6, p. 1347-60, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24172185/>
Acesso em: 28 abr. 2019.

FALEIROS, F. *et al.* Uso de questionário online e divulgação virtual como estratégia de coleta de dados em estudos científicos. **Texto Contexto Enferm.**v.25, n.4, p.1-6, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/Hjf6ghPxx7LT78W3JBTdpjf/?format=pdf&lang=pt>
Acesso em: 17 nov. 2021.

FEHRING, R. Methods to validate nursing diagnosis. **Heart & Lung**, v. 6, n. 6, p. 625-29, 1987. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3679856/>
Acesso em: 28 abr. 2022.

FERNANDES, M. V. L.; LACERDA, R. A.; HALLAGE, N. M. Construção e validação de indicadores de avaliação de práticas de controle e prevenção de infecção do trato urinário associada a cateter. **Acta Paul Enferm**, v. 19, n. 2, p. 174-89, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/9ncs3nmj4fvBkqcWgHBqGHh/?forat=pdf&lang=pt>
Acesso em: 28 abr. 2022.

FERNANDES, I.; FILHO, A.S.A. Estudo clínico-epidemiológico de pacientes com Doença de Parkinson em Salvador-Bahia. **Rev. bras. neurol. psiquiatr.**, v. 22, n.1, p. 45-59, 2018. Disponível em: <https://www.revneuropsiq.com.br/rbnp/article/viewFile/244/141>
Acesso em: 27 fev. 2021.

FERNANDES, L.T.B. *et al.* Autocuidado apoiado a crianças e adolescentes com doenças crônicas e suas famílias. **Rev. Bras. Enferm**, v. 70, n. 6, p.1389-400, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/XKcV6sB5bfMpqY4qhD4hg5h/?lang=pt&format=pdf>
Acesso em: 26 fev. 2019.

FERREIRA, A.G. Deep Brain Stimulation: New Frontier in the Treatment of CNS Disorders. **Acta Med Port.**, v. 27, n. 5, p. 641-48, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25409221/>
Acesso em: 18 fev. 2021.

FERREIRA, A.M. *et al.* Nursing diagnoses in intensive care: cross-mapping and NANDA-I taxonomy. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 69, n 2, p. 285-93, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/bRjjGMhrXkTPpVzqFcpnCbp/?format=pdf&lang=en>
Acesso em: 14 ago. 2020.

FERREIRA, J.M. *et al.* Gerontotecnologia para prevenção de quedas dos idosos com Parkinson. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 72, n. Suppl 2, p. 255-62, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/6rFWc6H7bFzsV4RFnZwdgrB/?format=pdf&lang=pt>
Acesso em: 24 ago. 2021.

FERREIRA, J.M. *et al.* Gerontotecnologia para prevenção de quedas: cuidado de enfermagem ao idoso com Parkinson. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 55, p. 1-7, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/NpptR4GjqpNbLMny4ZGRJhh/?format=pdf&lang=pt>
Acesso em: 24 ago. 2021.

FERREIRA-JUNIOR, N. C. *et al.* Biological bases for a possible effect of cannabidiol in Parkinson's disease. **Braz J Psychiatry**, v. 42, n. 2, p. 218-24, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/yJMGFwBnJ7LV7SZZcwDWZXL/?format=pdf&lang=en>
Acesso em: 27 fev. 2021.

FISCHER, B. L. **Efeitos do treinamento de potência na força muscular de indivíduos com doença de Parkinson.** 2014. 76 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Faculdade de Educação Física, Universidade de Brasília, Brasília, 2014. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/16458>. Acesso em: 20 jan. 2021

FLEISHER, J.; TARSY, D. Nonpharmacologic management of Parkinson disease. **UpToDate**, 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/nonpharmacologic-management-of-parkinson-disease> Acesso em: 23 jan. 2021.

FORTIN, M.F.; DUCHARME, F. Os estudos de tipo correlacional. In: FORTIN, M. F. (Org.). **O processo de investigação: da concepção à realização**. 3. ed. Loures: Lusociência, 2003.

FRIED, L.P. *et al.* Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**. v. 56, n. 3, p. M146-57. 2001. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11253156/> Acesso em: 25 ago 2021

FUJINAGA, C.I. *et al.* Validação do conteúdo de um instrumento para avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral. **Rev. Bras Saude Matern Infant**, v. 8, n. 4, p. 391-99, 2008. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/K4pkxpPTPFJhQFrTvxbfspx/?format=pdf&lang=pt>

Acesso em: 23 abr 2022

FUNNELL, M.M. *et al.* National Standards for Diabetes Self-Management Education. **Diabetes Care**, New York, v. 32, Sup 1, p. S87-S94, 2009. Disponível em:

https://diabetesjournals.org/care/article/32/Supplement_1/S87/25051/National-Standards-for-Diabetes-Self-Management

Acesso em: 26 fev. 2019.

FUNNELL, M. M. *et al.* National standards for diabetes self-management education. **Diabetes Care**, New York, v. 34, Sup 1, p. S89-S96, 2011. Disponível em:

https://diabetesjournals.org/care/article/34/Supplement_1/S89/25756/National-Standards-for-Diabetes-Self-Management

Acesso em: 26 fev. 2019.

FUNNELL, M.M. *et al.* National Standards for Diabetes Self-Management Education. **Diabetes Care**, New York, v. 35, Sup 1, p. S101-S108, 2012. Disponível em:

https://diabetesjournals.org/care/article/35/Supplement_1/S101/26313/National-Standards-for-Diabetes-Self-Management

Acesso em: 26 fev. 2019.

GALVÃO, T.L.A. *et al.* Assistência à pessoa com Parkinson no âmbito da estratégia de saúde da família. **Rev Fund Care Online**, v. 8, n. 4, p. 5101-07, 2016. Disponível em:

http://www.seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/4448/pdf_1

Acesso em: 24 ago. 2021.

GOETZ, C.G. *et al.* Movement Disorder Society Task Force report on the Hoehn and Yahr staging scale: status and recommendations. **Mov Disord.**, New York, v. 19, n. 9, p. 1020-8, 2004. Disponível em:

<https://movementdisorders.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/mds.20213>

Acesso em: 25 ago. 2021

GOLDFINGER, J.Z. *et al.* Peer education for secondary stroke prevention in inner-city minorities: design and methods of the prevent recurrence of all inner-city strokes through education randomized controlled trial. **Contemp. Clin. Trials.**, Nova York, v. 33, n. 5, p. 1065-73, 2012. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1551714412001449?via%3Dihub>

Acesso em: 15 ago. 2020

GOLDMAN, J.G. *et al.* Cerebrospinal fluid, plasma, and saliva in the BioFIND study: relationships among biomarkers and Parkinson's disease features. **Mov Disord.**, v. 33, n. 2, p. 282-88, 2018.

Disponível em: <https://movementdisorders.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/mds.27232>

Acesso em: 14 set. 2019.

GOMES, M.M.F. *et al.* Marcadores da autopercepção positiva de saúde de pessoas idosas no Brasil. **Acta Paul Enferm.** v. 34, n. eAPE02851, p. 1-8, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ape/a/tBNvj7xW3746F5xjLqwMqw/?format=pdf&lang=pt>

Acesso em: 18 abr 2022

GONDIM, I.T.G.O.; LINS, C.C.S.A.; CORIOLANO, M.G.W.S. Exercícios terapêuticos domiciliares na doença de Parkinson: uma revisão integrativa. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** v. 19, n. 2, p. 349-64, 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbagg/a/bkZvDyZZCckLpMVgjKdBYyg/?format=pdf&lang=pt>

Acesso em: 17 nov. 2021.

HARWOOD, M. *et al.* Taking charge after stroke: promoting self-directed rehabilitation to improve quality of life: a randomized controlled trial. **Clin. Rehabil.**, v. 26, n. 6, p. 493-501, 2012. Disponível em:

<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0269215511426017>

Acesso em: 14 ago. 2020.

HAIR, J. F. *et al.* **Análise multivariada de dados.** 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009. 688 p.

HAYES, M.T. Parkinson's Disease and Parkinsonism. **Am. J. Med. Stud.**, v. 132, n. 7, p. 802-807, 2019. Disponível em:

<https://www.amjmed.com/action/showPdf?pii=S0002-9343%2819%2930235-9>

Acesso em: 18 ago. 2021.

HELLQVIST, C.; BERTERÖ, C. Support supplied by Parkinson's disease specialist nurses to Parkinson's disease patients and their spouses. **Appl Nurs Res.** v. 28, n. 2, p. 86-91, 2015.

Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189715000555?via%3Dihub>

Acesso em: 24 ago. 2021.

HELLQVIS, C. Promoting Self-Care in Nursing Encounters with Persons Affected by Long Term Conditions - A Proposed Model to Guide Clinical Care. **Int J Environ.** v. 18, n. 5, p. 1- 15, 2021. Disponível em:

<https://www.mdpi.com/1660-4601/18/5/2223/htm>

Acesso em: 24 ago. 2021.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. (Org.). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA:** definições e classificações 2015-2017. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. 488 p.

HERDMAN, T. H., KAMITSURU, S., LOPES, C. T. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I:** definições e classificações 2021-2023. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2021. 568 p.

HIRSCH, L. *et al.* The incidence of Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. **Neuroepidemiology**, v. 46, n. 4, p. 292-300, 2016. Disponível em:

<https://www.karger.com/Article/FullText/445751> Acesso em: 24 ago. 2021.

HORTA, W. A. **O processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU/EDUSP, 1979.

HULLEY, S. B. *et al.* **Delineando a pesquisa clínica**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. 400 p.

IWASA, Y.; SAITO, I.; SUZUKI, M. Differences in Home Health Nursing Care for Patients with Parkinson's disease by Stage of Progress: Patients in Hoehn and Yahr Stages III, IV, and V. **Hindawi**, v. 2021, n. 5, p. 1-10, 2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/349528644_Differences_in_Home_Health_Nursing_Care_for_Patients_with_Parkinson's_Disease_by_Stage_of_Progress_Patients_in_Hoehn_and_Yahr_Stages_III_IV_and_V
Acesso em: 24 ago. 2021.

KALIA, L.V.; LANG, A.E. Parkinson disease. **The Lancet**., v. 386, n. 9996, p. 896-912, 2015. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)61393-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61393-3/fulltext) Acesso em: 10 nov. 2018.

KANG, U.J.; FANG, S. (Org.). Doença de Parkinson. In: LOUIS, E. D.; MAYER, S. A.; ROWLAND, L. P. **Tratado de Neurologia**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. p. 702-20.

KENDALL, E. *et al.* Recovery following stroke: the role of self-management education. **Soc. Sci. Med.**, Oxford, v. 64, n. 3, p. 735-746, 2007. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953606004801?via%3Dihub>
Acesso em: 26 out. 2019.

KIMBERLIN, C.L.; WINTERSTEIN, A.G. Validity and reliability of measurement instruments used in research. **Am J Health Syst Pharm**. v. 65, n. 23, p.2276-84, 2008. Disponível em: <https://academic.oup.com/ajhp/article/65/23/2276/5129506?login=true>
Acesso em: 25 abr. 2022

KUSTER, B.J.K. *et al.* Cuidados de enfermagem a usuários com Doença de Parkinson na atenção básica de saúde. **Rev Enferm UFSM**. v.4, n. 1, p. 10-18, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/9074/pdf>
Acesso em: 24 ago. 2021.

LANG, A.E. *et al.* Initiating pharmacotherapy in early Parkinson's disease. **Lancet Neurol.**, v. 19, n. 8, p. 643-44, 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1474442220302258?via%3Dihub>
Acesso em: 23 jan. 2021.

LEAL, R.G. *et al.* Proposal for Inclusion of New Terms for Submission to the ICNP. **Stud. Health Technol. Inform.**, v. 225, n. 1, p. 1072-73, 2016. Disponível em: <https://ebooks.iospress.nl/publication/43334> Acesso em: 28 abr. 2019.

LEANDRO, L.A.; TEIVE, H.A.G. Fatores associados ao desempenho funcional de idosos portadores da Doença de Parkinson. **Rev. Kairós Gerontologia**, v. 20, n. 2, p. 161-78, 2017. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2176-901X.2017v20i2p161-178/23920> Acesso em: 14 maio 2021

LENNAERTS-KATS, H. *et al.* **Richtlijn Verpleegkundige zorg bij de ziekte van Parkinson**. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden Communications B.V, 2015.

Disponível em:

www.parkinsonnet.nl/app/uploads/2019/11/11303_bk_verpleegkzorg_parkinson_12.pdf

Acesso em: 15 mar. 2019.

LENNAERTS, H. *et al.* A Guideline for Parkinson's Disease Nurse Specialists, with Recommendations for Clinical Practice. **J. Parkinsons Dis.** v. 7, n. 4, p. 749-54, 2017.

Disponível em: <https://content.iospress.com/articles/journal-of-parkinsons-disease/jpd171195>

Acesso em: 20 mar. 2018.

LESSIG, S. *et al.* Changes on brief cognitive instruments over time in Parkinson's disease. **Mov Disord.** v. 27, n. 9, p.1125-8, 2012. Disponível em:

<https://movementdisorders.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/mds.25070>

Acesso em: 28 abr. 2020.

LEWIS, S.J.; HEATON, K.W. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time, **Scand J Gastroenterol.**, v. 32, n. 9, p. 920-24, 1997. Disponível em:

file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/2019-11-15_BSF%20Reference%20Paper.pdf

Acesso em: 10 jul. 2022.

LIRA, A.L.B.C.; LOPES, M.V.O. Diagnóstico de enfermagem: estratégia educativa fundamentada na aprendizagem baseada em problemas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 1-8, 2011 Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/7Cfx9Wj5K6drCSsNyf7VJG/?format=pdf&lang=pt>

Acesso em: 27 jun. 2020.

LITVAN, I. *et al.* Diagnostic criteria for mild cognitive impairment in Parkinson's disease: Movement Disorder Society task force guidelines. **Mov Disord.**, v. 27, n. 3, p. 349-56, 2012.

Disponível em: <https://movementdisorders.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/mds.24893>

Acesso em: 26 out. 2019.

LIU, K. *et al.* Clinical profile of Parkinson's disease in the Gumei community of Minhang district, Shanghai. **Clinics**, v. 69, n. 7, p. 457-63, 2014. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/clin/a/Wh6J6b8YdL968xNg3LH3zdK/?format=pdf&lang=en>

Acesso em: 18 maio 2021

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Nursing Research: Methods and Critical Appraisal for Evidence-Based Practice**. 10th ed. Amsterdam: Elsevier, 2021. 576 p.

LORIG, K.R.; HOLMAN, H.R. Self-Management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. Stanford University School of Medicine. **Ann. Behav. Med.**, Palo Alto, v. 26, n. 1, p. 1-7, 2003. Disponível em:

<https://academic.oup.com/abm/article/26/1/1/4630312?login=false> Acesso em: 12 dez. 2020

LOURENÇO, R.A. *et al.* Consenso brasileiro de fragilidade em idosos: conceitos, epidemiologia e instrumentos de avaliação. **Geriatr Gerontol Aging.**, v. 12, n. 2, p. 121-35, 2018. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/v12n2a10.pdf> Acesso em: 27 ago. 2021

LYNN, J.M. Determination and quantification of content validity. **Nurs. Res.**, v. 35, n. 6, p. 382-5, 1986. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3640358/>
Acesso em: 30 mar. 2022

MACIEL, G.M.C. *et al.* Avaliação da fragilidade no idoso pelo enfermeiro: Revisão integrativa. **Rev Enferm Cent-Oeste Min.**, v. 6, n. 3, p. 2430-38, 2016.
Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1010>
Acesso em: 27 ago. 2021

MACLEOD, A.D. *et al.* Development and validation of prognostic survival models in newly diagnosed Parkinson's disease. **Mov Disord.**, v. 33, n. 1, p. 108-16, 2018.
Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28976022/> Acesso em: 11 fev. 2022

MAIA, L.C. *et al.* Robust older adults in primary care: Factors associated with successful aging. **Rev Saúde Pública**, v. 54, n. 35, p. 1-11, 2020.
Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/KTTSqyQ8rr9SYfR3R338h3v/?lang=en>
Acesso em: 23 abr. 2021

MALAK, A.L.S.B. *et al.* Symptoms of depression in patients with mild cognitive impairment in Parkinson's disease. **Dement Neuropsychol**, v. 11, n. 2, p. 145-53, 2017.
Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dn/a/8P57Ryq7ZdWp7DcDDLyTfpM/?lang=en>
Acesso em: 14 out. 2021

MANZANARES, M.C.G. *et al.* Enfermedad de Parkinson: abordaje enfermero desde atención primaria. **Gerokomos**, v. 29, n. 4, p. 171-77, 2018.
Disponível em: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000400171 Acesso em: 27 ago. 2021

MARINHO, F.; PASSOS, V.M.A.; FRANÇA, E.B. New century, new challenges: Changes in the burden of disease profile in Brazil, 1990-2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 25, n. 4, p.713-24, 2016. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/ress/a/3vPyRhR7XbGf6SGVfSfwDkf/?lang=pt>
Acesso em: 18 out. 2019

MARTINEZ, A.P.; AZEVEDO, G.R. Tradução, adaptação cultural e validação da Bristol Stool Form Scale para a população brasileira. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 1-7, 2012. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/vDBpwyTKNhBsLbzyYkPygFq/?lang=pt>
Acesso em: 10 jul. 2022.

MARTINS, G.A. Sobre Confiabilidade e validade. **Rev. Bras. Ges. Neg.**, v. 8, n. 20, p. 1-12, 2006. Disponível em: <http://www.spell.org.br/documentos/ver/6471/sobre-confiabilidade-e-validade/i/pt-br> Acesso em: 30 mar. 2022

MASSANO, J.; BHATIA, K.P. Clinical approach to Parkinson's disease: features, diagnosis, and principles of management. **Cold Spring Harb Perspect Med.**, v. 2, n. 6, p. 1-15, 2012. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3367535/pdf/cshperspectmed-PKD-a008870.pdf>
Acesso em: 14 ago. 2020.

MAZZARIN, C.M. *et al.* Effects of dance and of Tai Chi on functional mobility, balance, and agility in Parkinson disease. **Topics in Geriatric Rehabilitation**, v. 33, n. 4, p. 262-72, 2017. Disponível em:

<https://www.ingentaconnect.com/content/wk/tgr/2017/00000033/00000004/art00008>

Acesso em: 08 abr. 2021

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 385 p.

MELNYK, B.M.; FINEOUTOVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice**. 4th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, 2018. 823 p.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2011. 549 p. Disponível em: <http://www.conass.org.br/pdf/Rede> Acesso em: 22 nov 2018.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas de saúde na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2012. 512 p. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pub> Acesso em: 22 nov 2018.

MENDES, K.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Use of the bibliographic reference manager in the selection of primary studies in integrative reviews. **Texto e contexto enferm.**, v. 28, n. e20170204, p. 1-13, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tce/a/HZD4WwnbqL8t7YZpdWSjypj/?format=pdf&lang=en>

Acesso em: 22 fev. 2020

MIRANDA, G.M.D.; MENDES, ACG; SILVA, A.L.A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-19, 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbagg/a/MT7nmJPPRt9W8vndq&dpzDP/?format=pdf&lang=pt>

Acesso em: 25 mar 2018.

MITNITSKI, A.B.; MOGILNER, A.J.; ROCKWOOD, K. Accumulation of deficits as a proxy measure of aging. **Sci. World J.**, v. 8, n. 1, p. 323-36, 2001. Disponível em:

<https://www.hindawi.com/journals/tswj/2001/321027/> Acesso em: 24 jun. 2021

MOHER, D. *et al.* Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. **PLoS Med.**, v. 6, n. 7, p. 1-6, 2009. Disponível em:

<https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000097>

Acesso em: 24 ago. 2020.

MOKKINK, L. B. *et al.* The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: an international Delphi study. **Qual Life Res.**, v. 19, n. 4, p. 539-49, 2010. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2852520/> Acesso em: 16 abr. 2022.

MOORHEAD, S. *et al.* **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020. 608 p.

MONTGOMERY, R. M. **Fragilidade e Doença de Parkinson**. 2018. 114 p. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-07112018-092130/publico/RichardMurdochMontgomeryVersaoCorrigida.pdf> Acesso em: 08 mar. 2020

MORAES, E.M. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais**. Organização Pan-Americana de Saúde. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2012. 98 p. Disponível em: <https://apsredes.org/pdf/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf> Acesso em: 18 nov. 2019

MORAES, E.N.; MORAES, F.L. **Avaliação Multidimensional do Idoso**. 5. ed. Belo Horizonte: Folium, 2016. 248 p.

MORAES, E.N. *et al.* Clinical-Functional Vulnerability Index-20 (IVCF-20): Rapid recognition of frail older adults. **Rev. Saúde Públ.**, v. 50, n. 81, p. 1-9, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/HMMB75NZ93YFBzyysMWYgWG/?format=pdf&lang=en> Acesso em: 18 nov. 2019

MORAES, E.N. *et al.* A new proposal for the clinical-functional categorization of the elderly: Visual Scale of Frailty (VS-Frailty). **J Aging Res Clin Pract.**, v. 5, n. 1, p. 24-30, 2016. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/295398603_A_new_proposal_for_the_clinical-functional_categorization_of_the_elderly_Visual_Scale_of_Frailty_VS-Frailty
Acesso em: 13 out. 2021

MORAES, E.N. *et al.* Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20: proposta de classificação e hierarquização entre os idosos identificados como frágeis. **Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba**, v. 22, n. 1, p. 31-5, 2020. Disponível em:

<https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/43424/pdf>
Acesso em: 13 fev. 2021

MORAIS, H.C.C. *et al.* Estratégias de autocuidado apoiado para pacientes com acidente vascular cerebral: revisão integrativa. **Rev. Esc Enferm USP**, v. 49, n. 1, p. 136-43, 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reusp/a/DvDhJh7z3gpw7V3sGLVMpwk/?format=pdf&lang=pt>
Acesso em: 28 set. 2019

NAVARTA-SÁNCHEZ, M.V. *et al.* Evaluation of a psychoeducational intervention compared with education in people with Parkinson's disease and their informal caregivers: a quasi-experimental study. **J Adv Nurs**, v. 76, n. 10, p. 2719-32, 2020.

Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.14476>
Acesso em: 27 ago. 2021

OERTEL, W.; SCHULZ, J. B. Current and experimental treatments of Parkinson disease: A guide for neuroscientists. **J Neurochem.**, v. 139, n. Suppl 1, p. 325-37, 2016.

Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jnc.13750>
Acesso em: 10 nov. 2018.

OLIVEIRA, K.C.S.; ZANETTI, M.L. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um Serviço de Atenção Básica à Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 862-868, 2011. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reesp/a/ww4Vj9cYsBNwvM88377QPrF/?format=pdf&lang=pt>

Acesso em: 28 mar. 2021.

OLIVEIRA, R.V.; PEREIRA, J.S. O papel da ressonância magnética por difusão na doença de Parkinson e no diagnóstico diferencial com parkinsonismo atípico. **Radiol Bras.**, v. 50, n. 4, p. 250-57, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rb/a/dSGNrPCXPWmKtsT4NZsX38F/?lang=pt&format=pdf>

Acesso em: 12 nov. 2018.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guidelines for Who Guidelines.**

Geneva: OMS, 2003. 24 p. Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68925/EIP_GPE_EQC_2003_1.pdf?sequence=1 Acesso em: 05 dez. 2018.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Good health adds life to years:** global brief for World Health Day 2012. Geneva: OMS, 2012. 28 p. Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70853/1/WHO_DCO_WHD_2012.2_eng.pdf

Acesso em: 05 dez. 2018.

ONDER, G. *et al.* Accounting for frailty when treating chronic diseases. **Eur. J. Intern. Med.**, v. 56, p. 49-52, 2018. Disponível em: <https://www.ejinme.com/action/showPdf?pii=S0953-6205%2818%2930081-5>

Acesso em: 18 maio 2021

OPAS - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Cuidados innovadores para las condiciones crónicas:** organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas. Washington: OPAS, 2013. 105 p. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/CuidadosInnovadores-v5.pdf>

Acesso em: 05 dez. 2018.

ORTUÑO-LIZARÁN, I. *et al.* Phosphorylated α -synuclein in the retina is a biomarker of Parkinson's disease pathology severity. **Mov Disord.**, v. 33, n. 8, p. 1315-24, 2018.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6146055/>

Acesso em: 14 nov. 2019

PEARSON, A.; JORDAN, Z.; MUNN, Z. Translational science and evidence-based healthcare: a clarification and reconceptualization of how knowledge is generated and used in healthcare. **Nurs Res Pract.**, v. 2012, p. 1-6, 2012.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3306933/>

Acesso em: 18 set. 2021

PEBALL, M. *et al.* Prevalence and Associated Factors of Sarcopenia and Frailty in Parkinson's disease: A Cross-Sectional Study. **Gerontology**, v. 65, p. 216-28, 2019.

Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30199864/>

Acesso em: 18 maio 2021

PEREIRA, A. P. S. *et al.* Music Therapy and Dance as Gait Rehabilitation in Patients with Parkinson Disease: A Review of Evidence. **J Geriatr Psychiatry Neurol**, v. 32, n. 1, p. 49-56, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30558462/>
Acesso em: 23 out. 2021

PIMENTA, C.A.M. *et al.* **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. São Paulo: COREN-SP, 2017a. 50 p. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2010/01/Protocolo-web.pdf>
Acesso em: 26 nov. 2021

PIMENTA, C.A.M. *et al.* **Guia para a implementação de protocolos assistenciais de enfermagem**: integrando protocolos, prática baseada em evidência e classificações de enfermagem. São Paulo: COREN-SP, 2017b. 46 p. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2010/01/guia_implementacao_protocolos_assistenciais_enfermagem-integrando_protocolos_pratica_baseada_em_evidencia_classificacao_enfermagem.pdf
Acesso em: 26 nov. 2021

PINHEIRO, J. E. S.; BARBOSA, M. T. Doença de Parkinson e outros distúrbios do movimento em idosos. In: FREITAS, E. V. D.; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. p. 360-70.

POEWE, W.; MAHLKNECHT, P. Pharmacologic Treatment of Motor Symptoms Associated with Parkinson Disease. **Neurol Clin.**, v. 38, n. 2, p. 255-67, 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0733861919301124?via%3Dihub>
Acesso em: 17 nov. 2021.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. The Content Validity Index: Are You Sure You Know What's Being Reported? Critique and Recommendations. **Res Nurs Health.**, v. 29, n. 5, p. 489-97, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16977646/> Acesso em: 13 set. 2020

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. 670 p.

POSTUMA, R. B. *et al.* MDS clinical diagnostic criteria for Parkinson's disease. **Mov Disord.**, v. 30, n. 12, p. 1591-601, 2015. Disponível em: <https://movementdisorders.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/mds.26424>
Acesso em: 18 out. 2019

PRETZER-ABOFF, I., PRETTYMAN, A. Implementation of an Integrative Holistic Healthcare Model for People Living with Parkinson's disease. **The Gerontologist**. v. 55, n. Suppl 1, p. S146-53, 2015. Disponível em: https://academic.oup.com/gerontologist/article/55/Suppl_1/S146/560186?login=true
Acesso em: 18 maio 2021

PRZEDBORSKI, S. The two-century journey of Parkinson disease research. **Nat Rev Neurosci.**, v. 18, n. 4, p. 251-9, 2017. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/nrn.2017.25.pdf>
Acesso em: 12 abr. 2019

RADDER, D.L.M. *et al.* The cost-effectiveness of specialized nursing interventions for people with Parkinson's disease: the NICE-PD study protocol for a randomized controlled clinical trial. **Trials**, v. 21, n. 88, p. 2-11, 2020. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6961317/pdf/13063_2019_Article_3926.pdf
Acesso em: 27 ago. 2021

REIGADA, C. *et al.* Construção de uma escala de capacidade para cuidar em paliativos: processo de validação de conteúdo. **Rev. Port. de saúde pública.**, v. 33, n. 2, p. 170-78, 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902515000346>
Acesso em: 13 out. 2021

REKTOROVA, I. Current treatment of behavioral and cognitive symptoms of Parkinson's disease. **Parkinsonism Relat Disord.**, v. 59, p. 65-73, 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1353802019300872?via%3Dihub>
Acesso em: 28 set. 2019

RIBAS, C.G. *et al.* Effectiveness of exergaming in improving functional balance, fatigue and quality of life in Parkinson's disease: A pilot randomized controlled trial. **Parkinsonism Relat Disord.**, v. 38, p. 13-18, 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1353802017300391?via%3Dihub>
Acesso em: 25 mar. 2021

RIBEIRO, R. C. Diretrizes clínicas: como avaliar a qualidade? **Rev. Bras. Clin. Med.**, v. 8, n. 4, p. 350-355, 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n4/a012.pdf> Acesso em: 16 abr. 2022.

RIEDER, C.R. Canabidiol na doença de Parkinson. **Braz J Psychiatry**, v. 42, n. 2, p. 126-127, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/L5xkxf3vFG4dgcCFrmhf5Zz/?format=pdf&lang=en>
Acesso em: 27 ago. 2021

SALCEDO, A.Z. *et al.* Elementos clave en el proceso de convivencia con la enfermedad de Parkinson de pacientes y familiares cuidadores. **An. Sist Sanit Navar**, v. 37, n. 1, p. 69-80, 2014. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-122226> Acesso em: 25 jan 2018.

SALMOND, S.S. Evaluating the reliability and validity of measurement instruments. **Orthop Nurs.** v. 27, n. 1, p. 28-30, 2008. Disponível em: https://journals.lww.com/orthopaedicnursing/Citation/2008/01000/Evaluating_the_Reliability_and_Validity_of.7.aspx
Acesso em: 25 mar. 2019.

SAMPAIO, G. S. A. **Sintomas não motores na Doença de Parkinson: modelo de lesão intraestriatal por 6-OHDA em camundongo.** 2014. 63 p. Dissertação (Mestrado em Neurociências e Biologia Celular) - Universidade Federal do Pará, Belém, 2014. Disponível em: http://repositorio.ufpa.br/jspui/bitstream/2011/5379/1/Dissertacao_SintomasNaoMotores.pdf
Acesso em 02 out. 2020.

SANGUINETTI, D.C.M. *et al.* Qualidade de vida de pessoas com doença de Parkinson após o tratamento com realidade virtual não imersiva. **Acta Fisiatr**, v. 23, n.2, p.85-88, 2016. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatr/article/view/137623/133276>
Acesso em: 25 mar. 2019.

SANTOS, E.C.G. *et al.* Processo de Enfermagem de Wanda Horta - Retrato da obra e reflexões. **Temperamentvm**, v. 15, n. e12520, p. 1-12, 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/348306893_Processo_de_Enfermagem_de_Wanda_Horta_-_Retrato_da_obra_e_reflexoes_TEMPERAMENTVM_ISSN_1699-6011
Acesso em: 25 out. 2022

SAVICA, R.; BRADLEY, B.F.; MIELKE, M.M. When do a-Synucleinopathies start? An epidemiological timeline a review. **JAMA Neurol.**, v. 75, n.4, p.503-9, 2018. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/fullarticle/2672966>
Acesso em: 12 abr. 2019

SCARPARO, A.F. *et al.* Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. **Rev Rene**, v. 13, n. 1, p. 242-51, 2012. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3803/3000>
Acesso em: 25 abr. 2022

SCHENKER, M.; COSTA, D.H. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 24, n. 4, p. 1369-80, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/fjgYFRhV7s4Tgqvdf5LKBDj/?format=pdf&lang=pt>
Acesso em: 13 out. 2021

SHIN, J.Y.; HABERMANN, B. Nursing Research in Parkinson's disease from 2006 to 2015: A Systematic Review. **Clin Nurs Res.**, Newark, v. 26, n. 2, p. 142-56, 2017. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1054773816634912?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori.rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed
Acesso em: 12 nov. 2018.

SHUKLA, A. W.; OKUM, M. S. Surgical treatment of Parkinson's disease: patients, targets, devices, and approaches. **Neurotherapeutics**, v. 11, n. 1, p. 47-59, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24198187/> Acesso em: 12 nov. 2018.

SILVA, N.C.M.; OLIVEIRA, A.R.S.; CARVALHO, E.C. Conhecimento produzido sobre os resultados da "Nursing Outcomes Classification - NOC": revisão integrativa. **Rev Gaucha Enferm.**, v. 36, n. 4, p. 104-11, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/56FwSrLyqsdcsftyDftdgJf/?format=pdf&lang=pt>
Acesso em: 12 abr. 2019

SILVA, M.B. *et al.* Aplicabilidade clínica dos resultados de enfermagem na evolução de pacientes ortopédicos com mobilidade física prejudicada. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 51-8, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/mn9HD4NcJBBHX47VVQhyn6s/?format=pdf&lang=pt>
Acesso em: 25 abr. 2019.

SILVA, R.B. *et al.* The effect of physical exercise on frail older persons: a systematic review. **J Frailty Aging**, v. 6, n. 2, p. 91-6, 2017. Disponível em: <https://www.jfrailtyaging.com/all-issues.html?article=524> Acesso em: 18 maio 2021

SILVA, A.B.G. *et al.* Doença de Parkinson: revisão de literatura. **Braz. J. Dev.**, v. 7, n. 4, p. 41877-98, 2021.
Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/29678/23399>
Acesso em: 13 out. 2021

SILVA, F. *et al.* Avaliação do risco de quedas entre pessoas com doença de Parkinson. **Esc Anna Nery**, v. 26, n. e20210131, p. 1-9, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/zPD58zvnhyDTYtF6d3JxZdc/?format=pdf&lang=pt>
Acesso em: 06 jun. 2022

SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. O cuidado de Enfermagem e o cateter de Hickman: a busca de evidências. **Acta Paul Enferm.**, v. 18, n. 3, p. 276-84, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/KBW9WsfzTKZh6DKgYSNDPYq/?format=pdf&lang=pt>
Acesso em: 12 nov. 2018

SMITH, N. *et al.* Frailty in Parkinson's Disease: A Systematic Review. **J Parkinsons Dis**, v. 9, n. 3, p. 517-24, 2019. Disponível em: <https://content.iospress.com/articles/journal-of-parkinsons-disease/jpd191604>
Acesso em: 18 maio 2021

SOARES, C.B. *et al.* Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 2, p. 335-45, 2014.
Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000200335&lng=en.
Acesso em: 12 nov. 2018.

SOUSA, A.S.J. *et al.* Consulta de enfermagem ao cliente hipertenso na estratégia saúde da família. **Rev enferm UERJ**, v. 23, n. 1, p. 102-7, 2015.
Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/15597/12363>
Acesso em: 12 abr. 2019

SOUSA, L.M.M. *et al.* Modelos de formulação da questão de investigação na prática baseada na evidência. **Rev Investig Enferm**, v. 23, n. 1, p. 31-9, 2018. Disponível em: <https://repositorio-cientifico.essatla.pt/bitstream/20.500.12253/1287/1/artigo31-39.pdf>
Acesso em: 25 mar. 2019.

SOUZA, C. F. M. *et al.* A Doença de Parkinson e o processo de envelhecimento motor: uma revisão de literatura. **Rev. Neurocienc. inpress**, v. 19, n. 4, p.718-723, 2011.
Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/8330/5864>
Acesso em: 05 abr. 2020.

SOUZA, M.A.H. *et al.* Perfil do estilo de vida de longevos. **Rev Bras Geriatr. Gerontol**, v. 19, n. 5, p.819-26, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/TH9LQWDVQPKMTjdCZKKrsNq/?format=pdf&lang=pt>
Acesso em: 16 set. 2019.

SOUZA, A.C.; ALEXANDRE, N.M.C.; GUIRARDELLO, E.B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 26, n. 3, p. 649-59, 2017.

Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v26n3/2237-9622-ess-26-03-00649.pdf>

Acesso em: 13 out. 2021

SPINDLER, A.M; TARSY, D. Initial pharmacologic treatment of Parkinson disease.

UpToDate, 2020. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/initial-pharmacologic-treatment-of-parkinson-disease?search=initialpharmacologic-treatment-of-parkinson%20disease&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3 Acesso em: 05 abr. 2020.

SPÍNOLA, A.W. P. **Delphos**: proposta tecnológica alternativa. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1984. 91 p.

STACCIARINI, T. S. G. **Adaptação e validação da escala para avaliar a capacidade de autocuidado Appraisal of Self Care Agency Scale - Revised para o Brasil**. 2012. 191 p Tese (Doutorado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012. Disponível em:

<https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-16012013-111537/pt-br.php> Acesso em: 28 out. 2020

STUDART, R. M. B. *et al.* Tecnologia de Enfermagem na prevenção da úlcera por pressão em pessoas com lesão medular. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 64, n. 3, p. 494-500, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/6ycPB8w4nYrb4SfyvYfy9fQ/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 25 mar. 2019.

SUÁREZ, D. R., FIGUEREDO, M. P. Los protocolos de actuación y la calidad de la atención de enfermería del paciente con enfermedad de Parkinson. **Revista de Enfermería Neurológica**, v. 18, n. 3, p. 133-39, 2019. Disponível em:

<https://revenferneuroenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/289/312>

Acesso em: 22 jun. 2021

SVEINBJORNSDOTTIR, S. The clinical symptoms of Parkinson's disease. **J. Neurochem. J**, v. 139, p. 318-324, 2016.

Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jnc.13691>

Acesso em: 16 set. 2019.

TAN, A. H. *et al.* Altered body composition, sarcopenia, frailty, and their clinico-biological correlates, in Parkinson's disease. **Parkinsonism Relat Disord.**, v. 56, n. 3, p. 58-64, 2018. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1353802018302797?via%3Dihub>

Acesso em: 18 maio 2021

TASTAN, S. Evidence for the existing American Nursing Association - recognized standardized nursing terminologies: a systematic review. **Int J Nurs Stud.**, v. 51, n. 8, p. 1160-70, 2014. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748913003817?via%3Dihub>

Acesso em: 12 abr. 2019

TEIVE, H. A. G. Etiopatogenia da Doença de Parkinson. **Rev. Neurocienc.**, v.13, n.4, p.201-14, 2005.

Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/8794/6328>
Acesso em: 16 set. 2019.

TEIVE, H. A. G.; MUNHOZ, R. P.; LEES, A. J. Parkinson's disease - 200 years: the outstanding contribution of "Old Hubert". **Arq. Neuro. Psiquiatr.**, v. 75, n. 3, p. 192-94, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/anp/a/wXM6HZ3XrPXnkZ9hjz4yVCR/?format=pdf&lang=en>
Acesso em: 16 set. 2019.

TEIXEIRA, L. A. **Protocolo de consulta de enfermagem em saúde mental para o adolescente**. 2018. 187 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2018. Disponível em:

<http://www.uece.br/ppcclis/wp-content/uploads/sites/55/2019/12/LIANEA.pdf>
Acesso em: 14 mar. 2020

TYSNES, O. B.; STORSTEIN, A. Epidemiology of Parkinson's disease. **J Neural Transm**, v. 124, n. 8, p. 901-05, 2017

Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00702-017-1686-y>
Acesso em: 12 nov. 2018.

TOSIN, M. H. S. *et al.* Mapeamento dos termos da linguagem de enfermagem na doença de Parkinson. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. 3, p. 411-18, 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/re USP/a/MhCKnzcnggHFVtHWGLXNLMq/?lang=pt&format=pdf>
Acesso em: 27 ago. 2021

TOSIN, M. H. S. *et al.* Diagnósticos de enfermagem sobre capacidade funcional na doença de Parkinson: mapeamento cruzado. **Online Braz J Nurs.**, v. 14, n. 4, p. 489-98, 2015.

Disponível em: https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5115/html_937
Acesso em: 27 ago. 2021

TOSIN, M. H. S. **Subconjunto terminológico da CIPE para pacientes com doença de Parkinson em reabilitação**. 2016. 193 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2016. Disponível em:

<https://app.uff.br/riuff/bitstream/handle/1/1775/Michelle%20Hyczy%20de%20Siqueira%20Tosin.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Acesso em: 03 jan. 2018.

TOSIN, M.H.S. *et al.* Nursing interventions for rehabilitation in Parkinson's disease: cross mapping of terms. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 24, n. e2728, p. 1-8, 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/hKJQpHgcdkRDv3wkrG36Bnv/?format=pdf&lang=pt>
Acesso em: 27 ago. 2021

TOSIN, M.H.S. *et al.* Nursing and Parkinson's disease: A Scoping Review of Worldwide Studies. **Clin Nurs Res.**, v. 31, n. 2, p. 230-38. 2022.

Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34486425/>
Acesso em: 14 jun. 2022

URSI, E. S.; GALVÃO, C. M. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 124-131, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/7hS3VgZvTs49LNX9dd85VVb/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 12 nov. 2018.

VAN DER MARCK, M. A. *et al.* Effectiveness of multidisciplinary care for Parkinson's disease: a randomized, controlled trial. **Mov. Disord.**, v. 28, n. 5, p. 605-11, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23165981/> Acesso em: 16 set. 2019.

VERSCHUUR, C. V. *et al.* Randomized delayed-start trial of levodopa in Parkinson's disease. **N Engl J Med.**, v. 380, n. 4, p. 315-24, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30673543/> Acesso em: 16 set. 2019.

VETRANO, D. L. *et al.* Sarcopenia in Parkinson disease: comparison of different criteria and association with disease severity. **J Am Med Dir Assoc.**, v. 19, n. 6, p. 523-27, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29396191/> Acesso em: 23 maio 2018

VIEIRA, T. W. *et al.* Métodos de validação de protocolos assistenciais de enfermagem: revisão integrativa. **Rev Bras Enferm**, v. 73, Suppl 5, p. 1-10, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/J6N8kqf8QQDq6t9PpDPCcnP/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 15 abr. 2022

ZHAO, N. *et al.* Quality of life in Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis of comparative studies. **CNS Neurosci Ther**, v. 27, n. 3, p. 270-79, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33372386/> Acesso em: 22 jun. 2021

WAGNER, E. H. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? **Effect Clin Pract.**, v. 1, n. 1, p. 2-4, 1998. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10345255/> Acesso em: 12 abr. 2019

WAGNER, E. H. *et al.* Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. **J. Qual. Improv.**, v. 27, n. 2, p. 63-80, 2001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11221012/> Acesso em: 12 abr. 2019

WARD, K. M.; CITROME, L. Antipsychotic-related movement disorders: drug-induced Parkinsonism vs. tardive dyskinesia - key differences in pathophysiology and clinical management. **Neurol Ther.**, v. 7, n. 2, p. 233-48, 2018. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6283785/pdf/40120_2018_Article_105.pdf Acesso em: 12 nov. 2018.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço.** Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 84 P. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf> Acesso em: 12 nov. 2021

WESTLAND, H. *et al.* Self-management support in routine primary care by nurses. **Br. J. Health Psychol.**, v. 23, n. 1, p. 88-107, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28952179/> Acesso em: 16 dez. 2019

WILLIS, A. W. *et al.* Geographic and ethnic variation in Parkinson Disease: A population-based study of US medicare beneficiaries. **NeuroEpidemiology**, v. 34, n.3, p. 143-51, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20090375/> Acesso em: 12 nov. 2018.

YAMAGUCHI, B.; FERREIRA, M. P.; ISRAEL, V. L. Aquatic physiotherapy and Parkinson's disease: effects on functional motor skills. **Adv. Parkinsons dis.**, v. 9, n. 1, p. 1-12, 2020. Disponível em: <https://www.scirp.org/journal/paperinformation.aspx?paperid=98947> Acesso em: 25 mar. 2021.



APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS BIBLIOGRÁFICOS

Instrumento de coleta de dados bibliográficos (revisão integrativa):	
1. Dados de identificação do artigo:	
1.1 Título do artigo: ----- ----- ---	
1.2 Autores: ----- ----- ---	
1.3 Periódico: ----- ----- Ano: ----- Volume: ----- Número: ----- Páginas: -----	
1.4 Base de dados: ----- ----- ---	
1.5 Idioma: ----- ----- ---	
1.6 País do estudo: ----- ----- ----	
2. Objetivos do estudo: ----- ----- ----- -----	
3. Tipo de estudo/ Metodologia:	
<ul style="list-style-type: none"> • Estudos com dados primários () Estudo descritivo () Estudo metodológico () Estudo caso controle ou coorte () Ensaio clínico randomizada () Estudo quase experimental () Abordagem quantitativa () Abordagem qualitativa 	<ul style="list-style-type: none"> • Estudos secundários () Revisão sistemática com metanálise () Revisão sistemática () Revisão integrativa () Outras. Especificar: _____ () O autor não define claramente o delineamento do estudo.

4. Identificação da população e amostra do estudo:

5. Descritores do estudo:

6. Resultados:

7. Local de realização do estudo (APS, ILPI, ambulatório, hospital, outro):

8. Etapa do Processo de Enfermagem contemplada:

9. Sistema de Linguagem Padronizado de enfermagem utilizado:

10. Referencial teórico:

11. Conclusões / Limitações / Recomendações:

APÊNDICE B - PROTOCOLO DE CONSULTA ENFERMAGEM PARA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO APOIADO (VERSÃO FINAL)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA O AUTOCUIDADO APOIADO DE PESSOAS COM DOENÇA DE PARKINSON

Os autores do presente protocolo declaram para os devidos fins, não possuir conflitos de interesse, incluindo interesses financeiros específicos, relacionamentos e afiliações relevantes ao tema ou materiais expostos no presente instrumento. Declaramos ainda, não possuir conflitos de interesse potenciais ou atuais, de ordem pessoal ou institucional.



Programa de Pós Graduação em Enfermagem
Escola de Enfermagem da UFMG

Grupo de Pesquisas
Núcleo de Estudos e Pesquisas em
Cuidado e Desenvolvimento
Humano - NEPCDH

Belo Horizonte / MG

2022

Quadro - Visão geral do protocolo: Seções e tópicos	
Seções	Tópicos
1. Âmbito e finalidade	1.1 Contextualização
	1.2 Finalidade do protocolo
	1.3 A quem se destina
	1.4 Local
	1.5 Público-alvo
	1.6 Instruções gerais
	1.7 Fluxogramas para promoção do autocuidado apoiado
2. Referencial Teórico	2.1 Autocuidado Apoiado
	2.2 Processo de Enfermagem
3. Consulta de Enfermagem para promoção do autocuidado na Doença de Parkinson - instrumentos para suporte	3.1. Primeira etapa do Processo de Enfermagem - Histórico de Enfermagem
	3.2 Segunda etapa do Processo de Enfermagem - Diagnóstico de Enfermagem Definição dos diagnósticos de enfermagem de acordo com os domínios da Nanda I 2021-2023
	3.3 Terceira etapa do Processo de Enfermagem - Planejamento de Enfermagem Definição dos resultados esperados de acordo com a Classificação dos resultados de Enfermagem – NOC Definição das intervenções de enfermagem de acordo com a Classificação das Intervenções de Enfermagem - NIC
	3.4 Quarta etapa do Processo de Enfermagem - Implementação
	3.5 Quinta etapa do Processo de Enfermagem - Avaliação de enfermagem Resultados alcançados de acordo com a Classificação dos resultados de Enfermagem - NOC
	3.6 Autocuidado Apoiado - Avaliação
	3.7 Autocuidado Apoiado - Acordo
	3.8 Autocuidado Apoiado - Aconselhamento
	3.9 Autocuidado Apoiado - Assistência
	3.10 Autocuidado Apoiado - Acompanhamento
4. Referencias	
5. Apêndices	5.1 Instrumento - Histórico de Enfermagem
	5.2 Diagnósticos de enfermagem de acordo com as definições e classificações da NANDA - I: 2021 - 2023
	5.3 Plano Individualizado de cuidados - registro profissional no prontuário
	5.4 Plano Individualizado de autocuidado apoiado - pessoa com Parkinson / parceiro de cuidados
6. Anexos	6.1 Escala de Avaliação da Capacidade de Autocuidado (ASA-R)
	6.2 Escala de estadiamento motor de Hoehn e Yahr
	6.3 Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF-20)
	6.4 Avaliação da capacidade funcional: Escala de Lawton e Brody (AVD's instrumentais) e Escala de Katz (AVD's básicas)
	6.5 Avaliação cognitiva: Mini-exame do estado mental (MEEM)

1. ÂMBITO E FINALIDADE

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

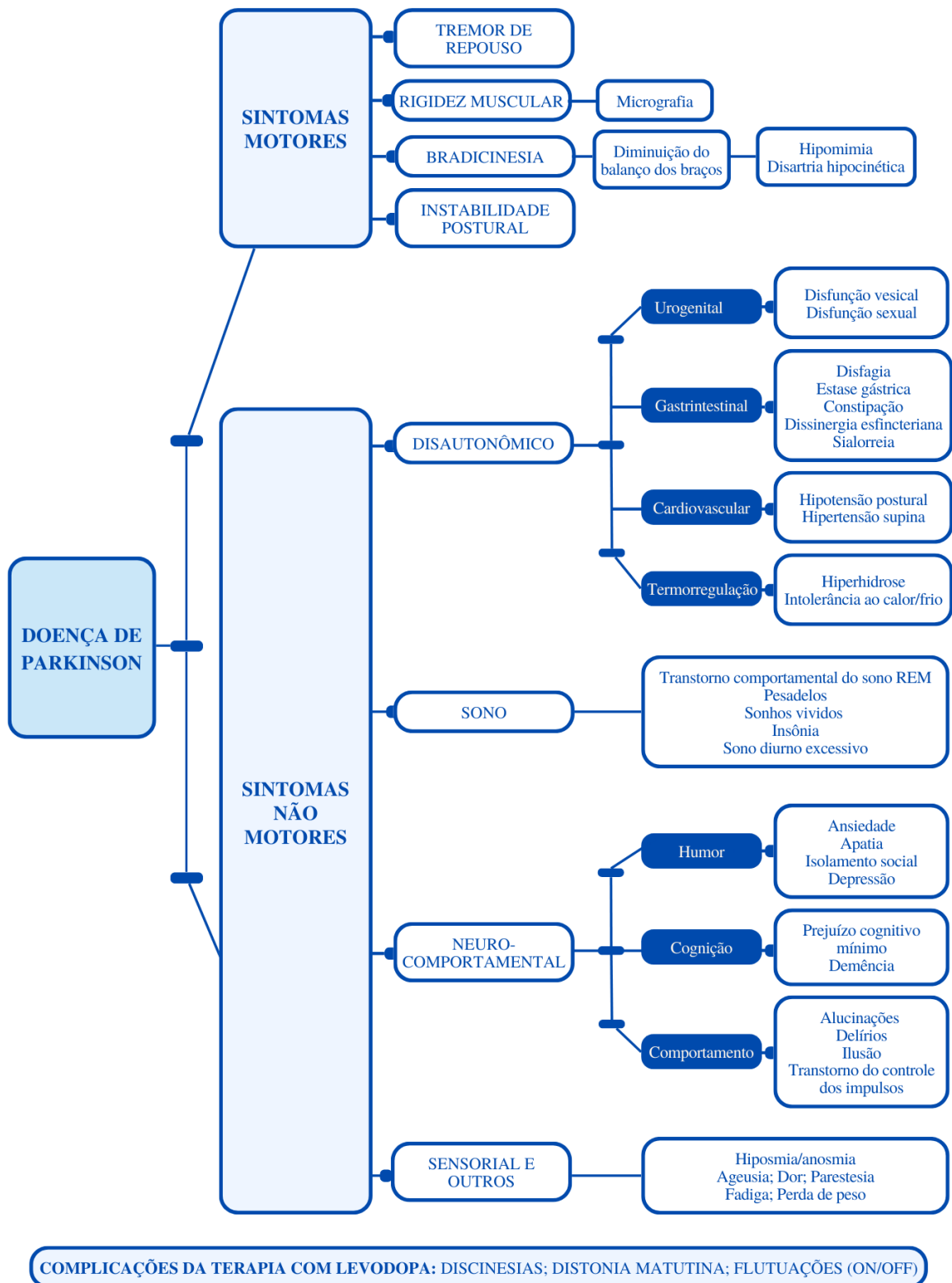
Dentre as doenças crônicas degenerativas e incapacitantes, destaca-se a doença de Parkinson (DP), por ser a segunda mais comum desse grupo na população idosa, ficando atrás somente da doença de Alzheimer (CABREIRA; MASSANO, 2019; CHOU, 2020). A doença acomete cerca de 1% da população mundial acima de 65 anos, com rápido crescimento e aumento substancial da sua prevalência nas últimas três décadas (CABREIRA; MASSANO, 2019; BLOEM, 2021), podendo alcançar mais de 8 milhões de pessoas em 2030 e a projeção é de 14,2 milhões de pessoas acometidas em 2040 (PINHEIRO; BARBOSA, 2018; DORSEY; BLOEM, 2018).

O Estudo de Fatores de Risco Global Burden of Disease Study de 2016 apontou que, entre os distúrbios neurológicos, a DP é considerada a que mais cresce em prevalência, incapacidades e mortes ao longo dos anos (DORSEY et al. 2018; RIEDER, 2020). É definida como uma patologia degenerativa e progressiva que acomete o sistema nervoso central, na qual ocorre a degeneração de neurônios situados na chamada substância negra, gerando diminuição da produção do neurotransmissor dopamina (KANG; FANG, 2018; HAYRES, 2019).

Classificada em estágios inicial, moderado e avançado, são observados um conjunto de sintomas motores (rigidez muscular, tremor de repouso, bradicinesia e instabilidade postural) e sintomas não motores (disfunções autonômicas, como hipotensão, constipação e disfunção vesical, do sono, cognitivas, neuropsiquiátricas, sensoriais, entre outros) (CABREIRA; MASSANO, 2019). A progressão da doença se difere entre os pacientes, podendo em fases avançadas afetar áreas cerebrais não dopaminérgicas como neurocortex e, conseqüentemente, ocasionar distúrbios cognitivos e demência, além da piora e da complicação de sintomas já existentes (CABREIRA; MASSANO, 2019; BLOEM; OKUN; KLEIN, 2021).

A doença de Parkinson possui uma apresentação clínica multifacetada, caracterizada por uma multidimensionalidade de sinais e sintomas motores e não motores, além de complicações da terapêutica medicamentosa com levodopa, como pode ser observado no organograma apresentado a seguir (figura 1).

Figura 1 - Organograma da classificação dos principais sinais e sintomas motores e não motores da doença de Parkinson e complicações da terapia com levodopa.



Fonte: adaptado de Tosin (2016)

Por conseguinte, a pessoa com doença de Parkinson pode apresentar vulnerabilidade física e social, uma vez que sua funcionalidade pode ser afetada (LEANDRO; TEIVE, 2017). Assim, realizar a avaliação funcional das pessoas com doença de Parkinson é primordial, para que se conheça o seu impacto e as reais necessidades de cuidado desses indivíduos. Assim como, realizar a avaliação da capacidade de autocuidado desses doentes e acompanhar a adesão as ações de autogestão da doença.

O diagnóstico da DP é feito clinicamente, sendo que testes auxiliares são reservados apenas para pessoas com uma apresentação atípica. Os critérios atuais definem a doença de Parkinson como a presença de bradicinesia combinada com tremor de repouso, rigidez ou ambos (BLOEM; OKUN; KLEIN, 2021).

Atualmente, nenhuma terapia pode retardar ou interromper a progressão da doença de Parkinson, mas informadas por novos insights sobre causas genéticas e mecanismos de morte neuronal, várias estratégias promissoras estão sendo testadas quanto ao potencial de modificação da doença. Os tratamentos para o controle dos sintomas da DP têm sido então um importante foco (PRZEDBORSKI, 2017; BLOEM; OKUN; KLEIN, 2021).

Nesse contexto as terapias incluem ações interdisciplinares não medicamentosas, o uso de medicamentos, principalmente levodopa e as intervenções neurocirúrgicas (destaque para a estimulação cerebral profunda - DBS), para as quais o sucesso depende da adesão terapêutica de todos os envolvidos no cuidado.

O objetivo principal do tratamento de pacientes com desordens crônicas incuráveis, como a doença de Parkinson, é a melhora ou manutenção de sua qualidade de vida, e para isso, a avaliação e acompanhamento sistemáticos dos indivíduos tornam-se fundamentais. Os objetivos e metas do tratamento variam de pessoa para pessoa, enfatizando a necessidade de uma gestão personalizada (BLOEM; OKUN; KLEIN, 2021).

A organização dos serviços de saúde e a assistência de enfermagem para a pessoa com doença de Parkinson precisam estar voltadas para um processo que auxilie o indivíduo a conviver melhor com sua condição crônica, reforce sua percepção de riscos à saúde e desenvolva habilidades para superar as dificuldades e limitações, mantendo a maior independência e autonomia possível e tornando-se corresponsável pelo seu cuidado (LENNAERTS et al., 2017).

Os resultados encontrados na revisão integrativa, realizada previamente para dar subsidio a construção dos instrumentos que compõem este protocolo, apontou que ao desenvolver o processo de Enfermagem na atenção as pessoas com doença de Parkinson é fundamental considerar a participação da família/parceiro de cuidados na relação de cuidado (KUSTER et al., 2014; PRETZER-

ABOFF, 2015; GALVÃO et al., 2016; TOSIN et al., 2016; HELLQVIS, 2021) e o estágio de evolução da doença (IWASA et al., 2021).

Diferenças claras nos cuidados de enfermagem foram observadas entre os estágios de Hoehn e Yahr (HY), sugerindo que os protocolos baseados em estágios em relação a natureza e a frequência das consultas de enfermagem podem ser úteis para garantir um cuidado consistente e eficaz as pessoas com Parkinson (IWASA et al., 2021).

Além disso, os estudos apontam a necessidade de inclusão do suporte familiar, com destaque para as fases mais avançadas da doença, quando o indivíduo sofre perdas cognitivas de forma mais acentuada, em que há maior perda da capacidade de autocuidado, e conseqüentemente aumento do isolamento social e necessidade de suporte no autocuidado.

Nesse sentido, a(o) enfermeira(o) que atua no cenário da atenção primária ou da atenção secundária (ambulatório de geriatria, de neurologia/distúrbios do movimento ou de reabilitação) tem papel fundamental na avaliação da capacidade e necessidades de autocuidado da pessoa com doença de Parkinson e implementação de intervenções que visem à promoção do autocuidado, retardo do declínio/manutenção da capacidade funcional e melhora da qualidade de vida.

1.2 FINALIDADE DO PROTOCOLO

Sistematizar a consulta de Enfermagem direcionada para a promoção do autocuidado da pessoa com doença de Parkinson, a partir do Processo de Enfermagem e do referencial teórico do autocuidado apoiado.

1.3 A QUEM SE DESTINA

Enfermeira(o).

1.4 LOCAL

Atenção Primária e Secundária a Saúde (Ambulatórios de especialidades e Centros de Reabilitação).

1.5 PÚBLICO ALVO

1.6 INSTRUÇÕES GERAIS

1. Realize a **primeira etapa** do Processo de Enfermagem - **Histórico de Enfermagem** (APÊNDICE A): anamnese e exame físico da pessoa com doença de Parkinson, atentando à presença de sinais e sintomas motores, não motores e complicações da terapêutica medicamentosa, capacidade de autocuidado, estágio da doença, condições associadas a vulnerabilidade clínico funcional (fragilidade), comprometimento funcional e cognitivo;

Aplique os instrumentos/escalas:

- Escala de capacidade de autocuidado (ANEXO 1)
- Escala de estadiamento motor de Hoehn e Yahr (ANEXO 2)
- Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional - IVCF-20 (ANEXO 3)
- Avaliação da funcionalidade: Escalas de Lawton e Brody e escala de Katz (ANEXO 4)
- Avaliação da cognição: Mini avaliação do estado mental (ANEXO 5) e “*Montreal Cognitive Assessment*” (MoCA). Esse último instrumento após autorização do uso e treinamento habilitando o profissional na sua utilização.

2. Realize a etapa da metodologia 5As do autocuidado apoiado: **Avaliação**;

3. Realize a **segunda etapa** do Processo de Enfermagem - **Diagnóstico de Enfermagem**: identifique os diagnósticos de enfermagem apropriados utilizando a taxonomia NANDA I (APÊNDICE B);

4. Realize a etapa da metodologia 5As do autocuidado apoiado: **Acordo**;

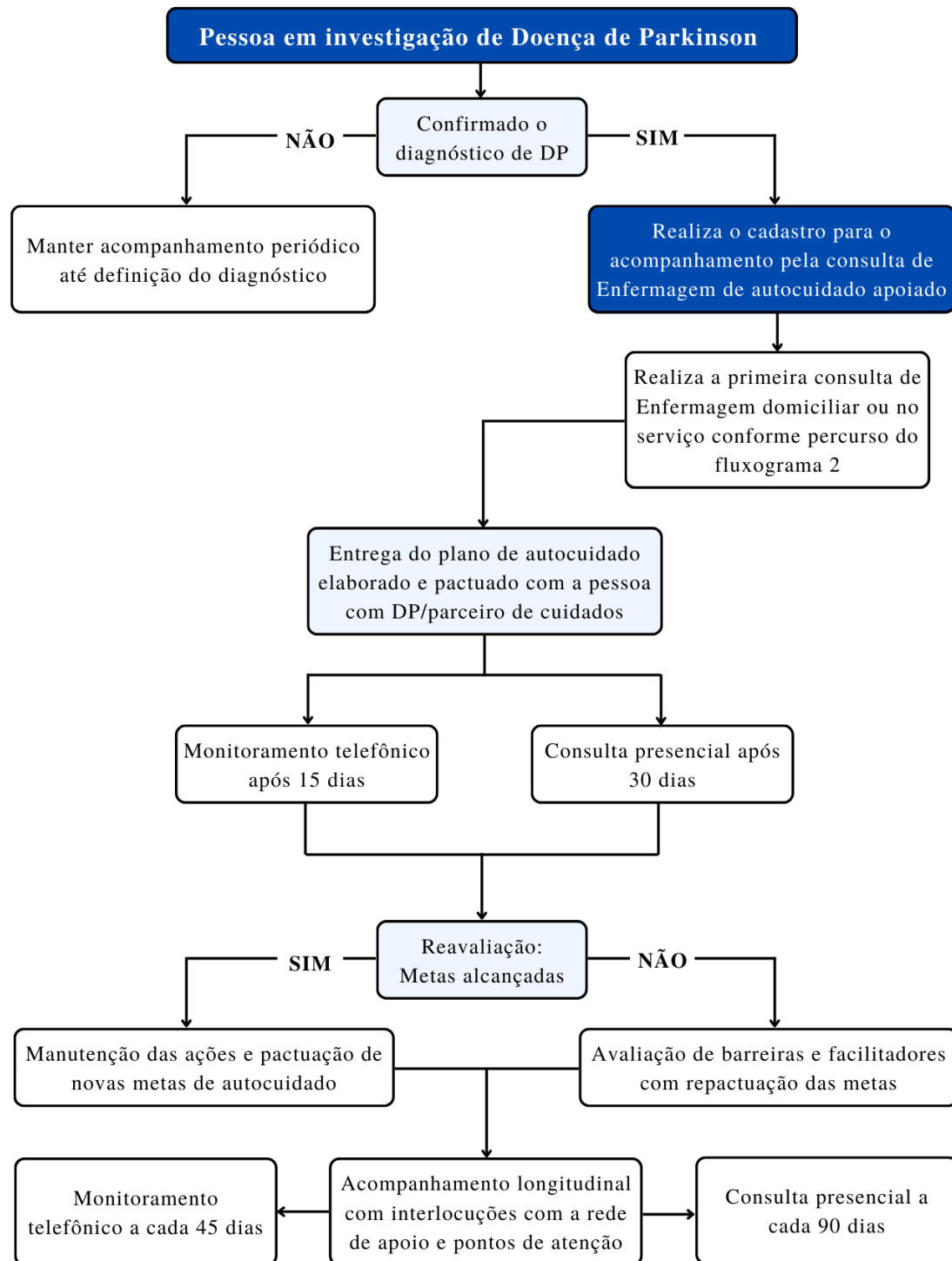
5. Realize a **terceira e quarta etapa** do Processo de Enfermagem - **Planejamento de Enfermagem e Implementação**:

- Selecione os resultados de enfermagem que se aplicam à pessoa com Parkinson no que tange a promoção do autocuidado de acordo com a Classificação dos Resultados de Enfermagem - NOC;
- Defina os indicadores e estabeleça as metas do resultado de acordo com o resultado NOC;

- Selecione as intervenções de enfermagem que se aplicam à pessoa com doença de Parkinson no que tange a promoção do autocuidado de acordo com a Classificação das Intervenções de Enfermagem - NIC;
 - Defina as atividades a serem executadas de acordo com a intervenção NIC.
6. Realize as etapas da metodologia 5As do autocuidado apoiado: **Aconselhamento e Assistência;**
 7. Realize a **quinta etapa** do Processo de Enfermagem - Avaliação de Enfermagem.
 8. Realize por fim a etapa da metodologia 5As do autocuidado apoiado: **Acompanhamento;**
 6. Desenvolva o plano individualizado de cuidados (registro profissional no prontuário de cuidados) e o plano individualizado de autocuidado apoiado (a ser entregue para a pessoa com doença de Parkinson / parceiro de cuidados).
 7. Realize os devidos registros, conforme sistema/rotina da instituição de saúde.
 8. Reavalie a pessoa com doença de Parkinson inicialmente por monitoramento telefônico após 15 dias e presencialmente após 30 dias e longitudinalmente a cada 3 meses (45 dias monitoramento telefônico e 90 dias consulta presencial), verificando a necessidade de manutenção, inserção ou remoção de diagnósticos, intervenções e resultados e repactuação das metas de autocuidado.

1.7 FLUXOGRAMAS PARA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO APOIADO

Fluxograma 1 - Acompanhamento da pessoa com Parkinson para promoção do autocuidado apoiado



Fonte: elaborado pelos autores, 2022.

Fluxograma 2 - Percurso na consulta de Enfermagem para o autocuidado apoiado da pessoa com Parkinson
Acompanhamento pela consulta de Enfermagem para o autocuidado apoiado



Fonte: elaborado pelos autores, 2022.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 AUTOCUIDADO APOIADO

Autocuidado apoiado refere-se às estratégias utilizadas tendo como proposta preparar e empoderar as pessoas com condições crônicas para se autocuidarem e autogerenciarem sua saúde e a atenção à saúde prestada, enfatizando o seu papel central no controle da doença e no gerenciamento do seu próprio cuidado (MENDES, 2012; OPAS, 2013). Essa modalidade de construção de projeto terapêutico denominada de autocuidado apoiado é uma proposta do “*Chronic Care Model*” (CCM).

Entre os estudos selecionados na revisão integrativa que avaliaram a efetividade de intervenções no cuidado as pessoas com Parkinson, os estudos americanos (CONNOR et al., 2015; CONNOR et al., 2019; CONNOR et al., 2020) e o estudo espanhol (NAVARTA-SÁNCHEZ et al., 2020) utilizam elementos do “*Chronic Care Model*” (CCM), com destaque para a coordenação do atendimento ao paciente como um elemento-chave, papel nas propostas de cuidado apresentadas desempenhado pelo enfermeiro.

O CCM tornou-se uma referência internacional para melhorar o cuidado de pessoas com condições de longo prazo, no entanto, ainda tem sido pouco utilizado em intervenções para pacientes com DP (NAVARTA-SÁNCHEZ et al., 2020).

A diretriz holandesa de prática clínica direcionada ao gerenciamento do cuidado de enfermagem na DP, desenvolvida pela Sociedade Holandesa de Enfermeiros Especialistas na doença de Parkinson, aponta a metodologia do autocuidado apoiado como uma possibilidade de intervenção comportamental para apoiar o autocuidado na DP (LENNAERTS et al., 2017).

O autocuidado apoiado tornou-se conhecido como a metodologia dos 5 As que engloba cinco estratégias ou pilares que estão inter-relacionados e devem ser utilizadas para apoiar o indivíduo no processo de (re)construção de sua própria saúde e na construção colaborativa entre profissional, pessoa com doença crônica e familiares do plano de cuidados: avaliação; aconselhamento; acordo; assistência; acompanhamento (MENDES, 2012; CAVALCANTI; OLIVEIRA, 2012).

A metodologia dos 5As é projetada para ajudar os profissionais de saúde a adaptarem o cuidado de forma que o autogerenciamento seja parte integrante do cuidado de doentes crônicos. O profissional de saúde pergunta ao paciente sobre suas experiências e reflete isso em sua própria avaliação do curso da doença. O profissional de saúde pondera com o paciente qual

é a melhor abordagem e faz acordos sobre quem fará, o que fará e que tipo de assistência pode ser oferecida. Por fim, o profissional providencia a continuidade do suporte até o próximo contato com a pessoa com doença de Parkinson/companheiro de cuidado (LENNAERTS et al., 2017).

Figura 2 - A metodologia dos 5 As do Autocuidado Apoiado: estratégias e definições



Fonte: MENDES, 2012.

O autocuidado não pode e nem deve ser compreendido como sendo exclusivamente de responsabilidade do indivíduo e sua família, embora eles precisem compreender e aprender a desenvolver atividades que competem somente a esse raio de relação. O autocuidado também é responsabilidade do profissional e das instituições de saúde, pois, essa estratégia propõe o planejamento do cuidado a partir do diálogo envolvendo as necessidades do indivíduo em relação à doença crônica que ele vivencia (BRASIL, 2014a).

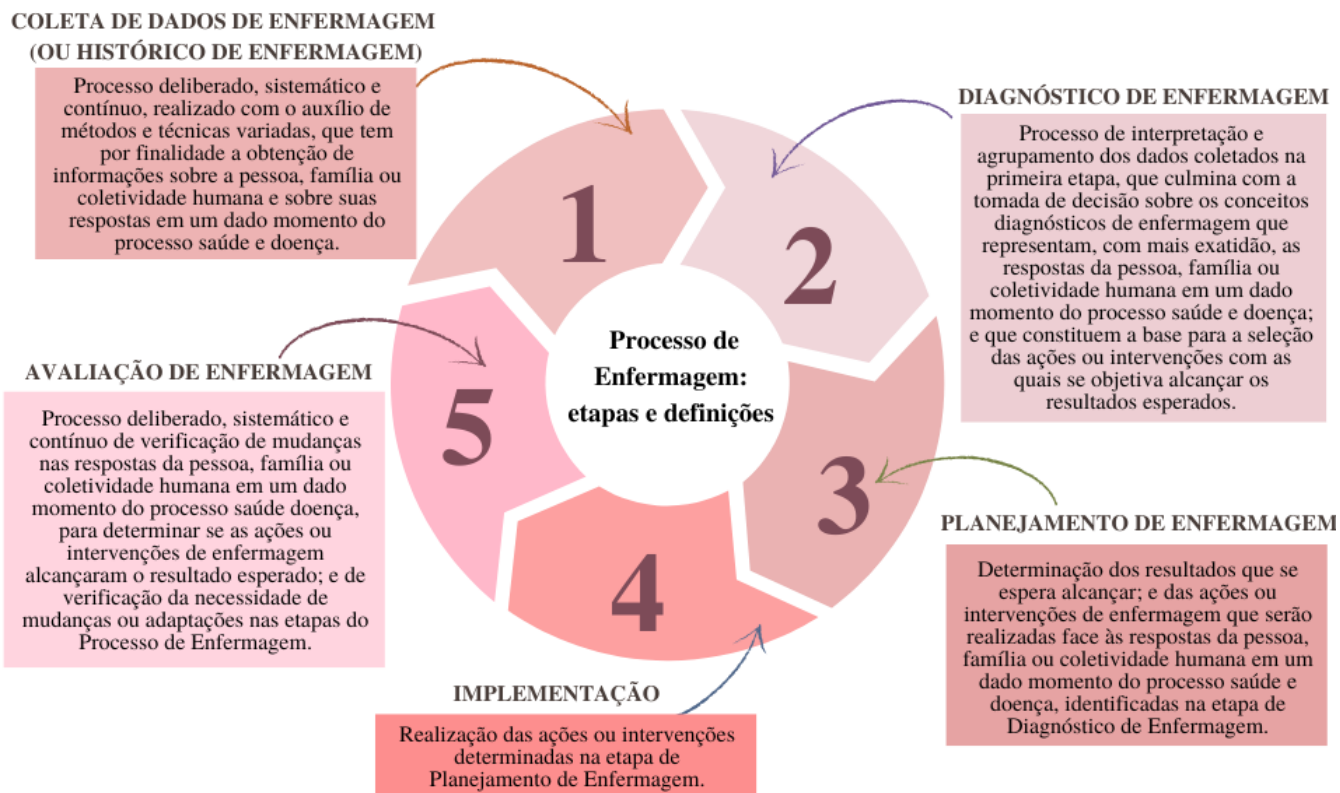
No âmbito das condições crônicas, a estratégia do autocuidado apoiado pode ser utilizada da suspeita até o diagnóstico da doença, e cursar por toda a vida do indivíduo doente, com intervenções em maior ou menor frequência, a depender do estado em que ele se encontra e do grau de comprometimento provocado pela doença e suas repercussões (BRASIL, 2014b; FERNANDES et al., 2017).

2.2 PROCESSO DE ENFERMAGEM

O Processo de Enfermagem (PE) pode ser definido como a aplicação prática de um instrumento metodológico que organiza a assistência aos pacientes e favorece o cuidado em relação à organização das condições necessárias para que o mesmo aconteça. Constitui-se em ações padronizadas e sequenciais que buscam o atendimento de modo integral ao sujeito, família e comunidade (SILVA et al., 2015; CAVALCANTE et al., 2015).

O PE foi regulamentado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) por meio das Resoluções nº 358/2009 e 429/2012. Se organiza em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes. Os componentes do PE ocorrem em grande parte de forma simultânea nos processos de raciocínio do enfermeiro (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Figura 3 - O Processo de Enfermagem: etapas e definições



Fonte: COFEN, 2009.

O Processo de Enfermagem é aplicado no encontro entre o profissional de Enfermagem e os indivíduos. A prática clínica do enfermeiro se dá nesse encontro e mediante a operacionalização do Processo de Enfermagem na Consulta de Enfermagem. O processo de

enfermagem costuma ser descrito como um processo em etapas, mas na realidade é um processo em que o profissional enfermeiro vai e volta entre essas cinco etapas (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

A execução do Processo de Enfermagem deve ser registrada formalmente, envolvendo: um resumo dos dados coletados sobre a pessoa; os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa; as ações ou intervenções de enfermagem planejadas e executadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados; e os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas.

Os elementos inerentes à aplicação das etapas do Processo de Enfermagem pressupõem a utilização de Sistemas de Linguagem Padronizados (SLP). Os SLP são termos ou expressões que representam conceitos relevantes para a Enfermagem, bem como são instrumentos importantes que auxiliam os profissionais a lidar com a crescente complexidade da profissão no que se refere à produção de conhecimento, ao raciocínio clínico e à prática clínica, pois oferecem estrutura para organizar diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem (CARVALHO; CRUZ; HERDMAN, 2013).

Entre os SLP destacam-se as taxonomias NANDA Internacional (NANDA-I), a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) e a Classificação Internacional das Intervenções de Enfermagem (NIC), que além de visibilidade atribuem confiabilidade e validade para os registros de Enfermagem. A articulação entre as três taxonomias permite, ainda, a padronização da linguagem (AZZOLIN et al., 2013).

Essas três terminologias se complementam e o uso de uma linguagem padronizada possibilita a documentação estruturada das ações de cuidado e uma comunicação clínica mais efetiva, garantindo a qualidade e a segurança da assistência ao paciente, assim como dos profissionais.

Na construção do protocolo de consulta de Enfermagem para o autocuidado apoiado de pessoas com doença de Parkinson buscou a interlocução do referencial teórico do autocuidado apoiado com o processo de Enfermagem e a utilização do Sistema de Linguagem Padronizada de Enfermagem Nanda I, NOC e NIC, conforme proposto no quadro a seguir.

Quadro 1 - Comparativo Etapas do autocuidado apoiado / Etapas do processo de Enfermagem / Linguagem de Linguagem Padronizada de Enfermagem (Nanda I, NOC e NIC)

Autocuidado Apoiado	Processo de Enfermagem	Sistema de Linguagem Padronizada de Enfermagem
Avaliação	Histórico de enfermagem	-----
-----	Diagnóstico de enfermagem	Diagnóstico de enfermagem Nanda I
Acordo	Planejamento de enfermagem	Resultado de enfermagem - NOC Intervenções de enfermagem - NIC
Aconselhamento Assistência	Implementação	-----
Acompanhamento	Avaliação de enfermagem	Resultado de enfermagem - NOC

Fonte: elaborado pelos autores, 2022.

3. CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO NA DOENÇA DE PARKINSON

INSTRUMENTOS PARA DAR SUPORTE AO PROCESSO DE ENFERMAGEM:

3.1. Primeira etapa do Processo de Enfermagem (Histórico de Enfermagem):

- 1) Faça em local tranquilo (consultório ou domicílio);
- 2) Explique que a entrevista com exame físico e aplicação das escalas/instrumentos dura em média 40 minutos;
- 3) Utilize o roteiro de histórico de enfermagem construído para promoção do autocuidado da pessoa com Parkinson (APÊNDICE A);
- 4) Aplique os instrumentos/escalas:

Ao se aplicar a metodologia do autocuidado apoiado as pessoas com doença de Parkinson, entende-se que a capacidade de autocuidado precisa ser avaliada e o desenvolvimento de competências e habilidades para gestão de cuidados deve evoluir gradativamente junto a pessoa doente de acordo com sua capacidade, estágio da doença e comprometimento cognitivo, sendo

importante que a família e/ou parceiros de cuidado, com participação dos profissionais de saúde estejam envolvidos de modo a oferecer o suporte necessário ao estabelecimento de responsabilidades para o manejo da doença.

Diante disso, foi estabelecido nesse protocolo a utilização dos instrumentos: Escala de Avaliação da Capacidade de Autocuidado Revisada; Escala de estadiamento motor de H&Y; avaliação da fragilidade pelo IVCF-20; avaliação da funcionalidade por meio das escalas de Lawton e Brody e de Katz; e avaliação cognitiva pelo Mini Exame do Estado Mental e de forma complementar a bateria cognitiva breve “Montreal Cognitive Assessment (MoCA)”.

- **Escala de avaliação da capacidade de autocuidado (ANEXO 1):**

Orientações acerca da aplicação da Escala de Avaliação da Capacidade de Autocuidado Revisada (ASAS-R): A escala é do tipo likert, contém 15 itens com cinco opções de resposta, sendo apenas uma a correta. O escore de pontuação das respostas é 1, quando a opção for discordo totalmente, 2, discordo, 3, não sei, 4, concordo, e 5, concordo totalmente. Das 15 questões, quatro se referem a aspectos negativos e a pontuação mínima é de 15 e a máxima de 75. Quando mais próximo chegar do escore de 75, mais a pessoa tem a capacidade de autocuidado operacionalizada (STACCIARINI, 2012).

- **Escala de estadiamento motor de Hoehn e Yahr (ANEXO 2):**

Orientações: foi proposta inicialmente em 1967, sendo utilizada amplamente como instrumento de avaliação da incapacidade dos indivíduos com DP e permite a classificação do estadiamento motor da DP (GOETZ et al., 2004). Sua forma original compreende cinco estágios de classificação para avaliar a gravidade da DP e abrange, essencialmente, medidas globais de sinais e sintomas que permitem classificar o indivíduo quanto ao nível de incapacidade. Os indivíduos classificados nos estágios de 1 e 2 apresentam incapacidade leve, no estágio 3 apresenta incapacidade moderada, enquanto os que estão nos estágios 4 e 5 apresentam incapacidade grave.

- **Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional - IVCF-20 (ANEXO 3):**

Orientações: Consiste em um instrumento de identificação da vulnerabilidade clínico funcional, de triagem interdisciplinar, que contempla aspectos multidimensionais da condição de saúde dos indivíduos de 60 anos ou mais. Foi idealizado considerando a base conceitual de fragilidade como uma síndrome multidimensional. O IVCF-20 é constituído por 20 itens distribuídos em 08 seções sobre diversos domínios da saúde e fatores relacionados à saúde (idade, autopercepção da saúde, atividades de vida diária, cognição, humor, mobilidade,

comunicação e comorbidades múltiplas: polipatologia, polifarmácia ou internação recente). Cada parte tem uma pontuação específica que, no total, perfaz um valor máximo de 40 pontos, identificando a condição clínico-funcional do idoso como robusto (0 a 6 pontos), em risco de fragilização (7 a 14 pontos) e idoso frágil (15 pontos ou mais) (MORAES et al., 2016).

- **Avaliação da funcionalidade** - Escalas de Lawton e Brody e de Katz (ANEXO 4):

Orientações: As AVD Instrumentais serão investigadas pela escala de Lawton e Brody. A dependência em AVD Instrumentais será classificada como parcial quando o idoso ainda é capaz de realizar algumas tarefas e classificada como dependência completa quando o idoso é dependente para todas as AVD Instrumentais. As AVD Básicas serão investigadas pelo índice de Katz. O comprometimento pode ser classificado em: Independência - realiza todas as atividades básicas de vida diária de forma independente; Semidependência - apresenta comprometimento de uma das funções influenciadas pela cultura e aprendizado (banhar-se e/ou vestir-se e/ou uso do banheiro); Dependência incompleta - apresenta comprometimento de uma das funções vegetativas (transferência e/ou continência), além de ser dependente para banhar-se, vestir-se e usar o banheiro; Dependência completa - apresenta comprometimento de todas as AVD, inclusive alimentar-se (MORAES et al., 2016).

- **Avaliação cognitiva** - Mini Exame do Estado Mental (ANEXO 5) e bateria cognitiva breve “Montreal Cognitive Assessment (MoCA)” de forma complementar para as pessoas que são suspeitas de apresentar comprometimento cognitivo:

Orientações: O Minimental é composto por 11 itens e pontuação máxima de 30 pontos. Os primeiros cinco itens do teste avaliam basicamente a memória e função executiva (atenção e concentração). A segunda metade avalia outras funções corticais (linguagem, gnosis, praxia, função executiva e função visuoespacial). Portanto é um teste capaz de rastrear todas as funções cognitivas, mas que, no entanto, não pode ser utilizado isoladamente para o diagnóstico das síndromes demenciais. Permite a quantificação do declínio cognitivo e sugere quais funções cognitivas estão comprometidas. Sugere-se como ponto de corte 18 pontos para analfabetos/baixa escolaridade e 26 pontos para 8 anos ou mais de escolaridade (MORAES et al., 2016).

O *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) é sugerido pela literatura como o teste de rastreio mais sensível para detecção de alterações cognitivas na DP, uma vez que avalia funções executivas as quais costumam estar predominantemente prejudicadas na DP (LESSING et al., 2012; CHOU et al., 2014).

O MoCA avalia diferentes domínios cognitivos: atenção e concentração, função executiva,

memória, linguagem, capacidade visuo-constructiva, raciocínio abstrato, cálculo, e orientação. O tempo de administração é de aproximadamente 10 minutos. A pontuação máxima possível é de 30 pontos; uma pontuação igual ou superior a 26 é considerada normal.

3.2 Segunda etapa do Processo de Enfermagem (Diagnóstico de Enfermagem):

Os enfermeiros diagnosticam problemas de saúde, estados de risco e disposição para a promoção da saúde. Cada diagnóstico de enfermagem tem um título e uma definição clara. Além disso, possuem “indicadores diagnósticos” que são informações usadas para diagnosticar e distinguir um diagnóstico do outro. Esses indicadores incluem características definidoras e fatores relacionados e de risco (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

A partir do histórico de enfermagem levante os diagnósticos de Enfermagem com base nos domínios apresentados pela Nanda I 2021-2023 (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021). O apêndice B apresenta os diagnósticos considerados mais relevantes para a promoção do autocuidado apoiado na Doença de Parkinson, caso considere necessário busque outros diagnósticos de enfermagem na Nanda I 2021-2023. Faça a priorização dos diagnósticos identificados, com participação da pessoa com Parkinson e seu parceiro de cuidados.

Diagnósticos de Enfermagem - Promoção do autocuidado apoiado na Doença de Parkinson	
Diagnósticos identificados a partir do histórico de Enfermagem	
Diagnósticos priorizados	Prioridade 1:
	Prioridade 2:
	Prioridade 3:

3.3. Terceira etapa do Processo de Enfermagem (Planejamento de Enfermagem):

Os diagnósticos de enfermagem devem ser usados para identificar os resultados de cuidado pretendidos e o planejamento das intervenções específicas da enfermagem de forma sequencial (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Um resultado de enfermagem de acordo com a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) refere-se a um estado, comportamento ou percepção mensurável, medidos ao longo de um continuo em resposta intervenções de enfermagem. Há necessidade de identificação dos resultados antes da determinação das intervenções (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Ao mensurar o resultado antes da intervenção, o enfermeiro estabelece um escore total basal para o resultado selecionado e pode então avaliar o resultado depois que uma intervenção é implementada. Isso permite acompanhar mudanças ocorridas ou não no estado do paciente ao longo do tempo (MOORHEAD et al., 2020).

Selecione o resultado esperado de acordo com a Classificação dos Resultados de Enfermagem (Nursing Outcomes Classification - NOC) definindo os indicadores e as metas a serem alcançadas (MOORHEAD et al., 2020).

Planejamento de Enfermagem	
Diagnósticos priorizados	Resultado esperado de acordo com a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)
Prioridade 1:	Resultado:
	Classificação da meta do resultado: manter em ____ aumentar para ____
	Indicadores selecionados:
Prioridade 2:	Resultado:
	Classificação da meta do resultado: manter em ____ aumentar para ____
	Indicadores selecionados:
Prioridade 3:	Resultado:
	Classificação da meta do resultado: manter em ____ aumentar para ____
	Indicadores selecionados:

3.4 Quarta etapa do Processo de Enfermagem (Implementação):

Uma intervenção, conforme definido na Classificação Internacional das Intervenções de Enfermagem (NIC) é definida como qualquer tratamento baseado em conhecimento e julgamento clínico que o enfermeiro realiza para melhorar os resultados de paciente. Usando conhecimentos de enfermagem, os enfermeiros realizam intervenções independentes e interdisciplinares (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Ao selecionar um resultado para um diagnóstico priorizado selecione em seguida as intervenções de Enfermagem mais apropriadas a alcançar esse resultado, assim consulte na Classificação Internacional das Intervenções de Enfermagem (Nursing Interventions Classification - NIC) as atividades a serem desenvolvidas (BUTCHER et al., 2020).

Implementação de Enfermagem	
Diagnósticos priorizados	Intervenções de enfermagem com as atividades selecionadas de acordo com a Classificação Internacional das Intervenções de Enfermagem (NIC)
Prioridade 1:	Intervenção selecionada:
	Atividades:
Prioridade 2:	Intervenção selecionada:
	Atividades:
Prioridade 3:	Intervenção selecionada:
	Atividades:
Encaminhamentos e interlocuções com a rede de apoio e pontos de atenção	

3.5 Quinta etapa do Processo de Enfermagem (Avaliação de enfermagem):

A reavaliação consiste na verificação da instituição de medidas de autocuidado pelo doente/parceiro de cuidado, bem como a necessidade de manter ou incluir novas intervenções.

A reavaliação deve ocorrer a cada etapa do processo, bem como assim que seja implementado o plano de cuidados (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

EVOLUÇÃO:

INSTRUMENTOS PARA PROMOVER O AUTOCUIDADO APOIADO:

3.6. Avaliação:

A avaliação consiste no entendimento das crenças e valores, dos conhecimentos e dos comportamentos dos indivíduos.

Entendimento das **crenças e valores** da pessoa com Parkinson e seu companheiro de cuidados:

Que mudanças a doença trouxe na sua vida e nas suas relações? (Essa pergunta deverá ser respondida isoladamente pela pessoa com Parkinson e pelo parceiro do cuidado).

O que você pensa sobre o tratamento que você está recebendo, tanto medicamentoso, como não medicamentoso?

Quais são os seus objetivos de vida, os seus projetos de futuro, ou seja, o que é importante para você e como você quer estar no dia de amanhã?

Entendimento dos **conhecimentos** da pessoa com Parkinson e seu companheiro de cuidados:

O que você sabe sobre a sua doença? O que você gostaria de saber? Quais cuidados você precisa ter para conviver melhor com o Parkinson?

Entendimento dos comportamentos da pessoa com Parkinson e seu companheiro de cuidados:	
Pense nos comportamentos que você precisa assumir para alcançar seus objetivos de vida e melhorar o controle da Doença de Parkinson, mesmo que neste momento você não queira realizá-los. Depois, dê uma nota de 0 a 10 para o quanto você está interessado (motivado) em assumir este comportamento neste momento, sendo 0, nem um pouco interessado, e 10, totalmente interessado.	
Comportamento necessário	Interesse (0 a 10)

Fonte: adaptado de Cavalcanti; Oliveira (2012).

Agora, oriente a pessoa com Parkinson/parceiro de cuidados a escolher um ou dois comportamentos que são muito necessários para ele (prioritários) e com alto grau de interesse em assumir neste momento e assinale na lista.

3.7. Aconselhamento:

Aconselhamento corresponde na transmissão de informações específicas sobre os riscos e os benefícios das mudanças por meio da educação em saúde e do treinamento de habilidades.

Devido à complexidade do DP, é importante que o paciente esteja bem informado para que faça escolhas informadas e estabeleça prioridades. O enfermeiro pode conseguir isso, entre outras coisas, estimulando a autorreflexão do paciente, aumentando a capacidade de resolução de problemas e de autogestão (LENNAERTS et al., 2017).

Identificar o comportamento atual do indivíduo com Parkinson em relação a alimentação, à atividade física, padrão de sono, intestinal e miccional, ao manejo do estresse e ansiedade, adesão ao tratamento medicamentoso e terapias não farmacológicas, entre outros comportamentos podem ajudá-lo a avaliar áreas onde é preciso mudar e assim fazer o aconselhamento.

Os diários são uma ótima maneira da pessoa com Parkinson e seu parceiro de cuidados reconhecer e acompanhar seu comportamento tanto no início do processo como na evolução do mesmo (CAVALCANTI; OLIVEIRA, 2012).

Podem ser utilizados diário alimentar; diário de atividades físicas, de lazer e relaxamento;

diário do sono; diário motor; diário miccional; diário do padrão intestinal; diário de rotina; diário de comportamento; entre outros.

Segue algumas propostas de diários:

2.1 Diário Alimentar

Diário Alimentar	1	2	3	4	5	6	7
Dia da semana	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Dia do mês							
Café da manhã							
Horário							
Alimentos consumidos							
Lanche da manhã							
Horário							
Alimentos consumidos							
Almoço							
Horário							
Alimentos consumidos							
Lanche da tarde							
Horário							
Alimentos consumidos							
Jantar							
Horário							
Alimentos consumidos							
Faz uso de Levodopa:							
Sim/não							
Horário							

2.4 Diário do Sono

Diário do Sono	1	2	3	4	5	6	7
Dia da semana	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Dia do mês							
Ontem fui deitar às --- h							
Consegui dormir às --- h							
Acordei --- vezes durante a noite							
Hoje acordei às --- h							
Saí da cama as --- h							
Devo ter dormido umas --- h							
O sono foi agitado ou tive sonhos vividos: Sim/não							
Hoje acordei: 1 - Péssimo 2 - Mal 3 - Mais ou menos 4 - Bem 5 - Muito bem							
Meu sono foi: 1 - Péssimo 2 - Ruim 3 - Mais ou menos 4 - Bom 5 - Muito bom							
Hoje acordei: 1 - Péssimo 2 - Mal 3 - Mais ou menos 4 - Bem 5 - Muito bem							
Ontem durante o dia eu: Não cochilei ou Cochilei --- vezes Durante --- minutos							

2.5 Diário miccional

Diário Miccional	Dia da semana:			Dia do mês:		
	Horário	Ingestão de líquido: tipo e quantidade	Volume urinado	Necessidade urgente de urinar: Sim/não Leve/moderada/intensa	Houve perda de urina antes de chegar ao banheiro: Sim/não	Houve perda de urina ao tossir, espirar ou fazer força Sim/não

2.6 Diário do funcionamento intestinal

Diário do padrão intestinal	1	2	3	4	5	6	7
Dia da semana	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Dia do mês							
Ingestão de líquido: Tipo e quantidade							
Ingestão de fibras ou alimentos laxativos: Tipo e quantidade							
Evacuação: sim /não Número de vezes Horário							
Houve esforço na evacuação: sim /não							
Sensação de esvaziamento incompleto: sim /não							
Consistência das fezes: utilizar escala de Bristol							

A Escala de Bristol para Consistência de Fezes é usada na descrição de fezes. É descritiva e visual, e consta de sete tipos de fezes, sendo composta por imagens e suas respectivas definições.



Fonte: Escala de Bristol para Consistência de Fezes -EBCF (Bristol Stool Form Scale). Heaton; Lewis (1997). Adaptada e validada no Brasil por Martinez; Azevedo (2012).

3.8 Acordo:

O acordo consiste na etapa de **pactuação de metas** com os indivíduos a partir das necessidades apontadas por eles.

Com o apoio da equipe de saúde, faça a Pactuação e o seu plano de ação. Descreva o que você fará, quanto, quantas vezes no dia ou na semana, onde/quando e como. Seja bastante específico e realista. Depois de elaborar o plano, de uma nota de confiança de 0 a 10 onde 0 significa estar pouco ou nada confiante e 10 significa estar muito confiante.

Para isso pense no seu dia a dia, nas adaptações que você precisa fazer na sua rotina, no esforço gasto, no custo e na necessidade de apoio de outras pessoas.

Defina as metas com o paciente/parceiro de cuidados (específicas, mensuráveis, aceitáveis, relevantes e com prazo determinado). Defina o papel do parceiro de cuidados ou de outros cuidadores para atingir as metas.

Pactuação	
Data:	
Comportamento (atividade de autocuidado):	
O que você fará Quanto Quantas vezes (dia/semana) Quando/Onde Como	
Grau de confiança (0 a 10):	
Comportamento (atividade de autocuidado):	
O que você fará Quanto Quantas vezes (dia/semana) Quando/Onde Como	
Grau de confiança (0 a 10):	

Fonte: adaptado de Cavalcanti et al. (2012).

3.9 Assistência

Assistência compreende em ajudar o indivíduo a identificar barreiras a serem superadas para atingir as metas pactuadas, renegociar as metas e rever o plano estabelecido de autocuidado.

Certifique-se de que o plano não seja muito abrangente ou muito (pouco) ambicioso (é importante ser capaz de alcançar o sucesso). Nomear e celebrar as mudanças bem sucedidas é importante para a motivação e eficácia do paciente e para manter o sucesso alcançado. Se as metas estabelecidas não forem (totalmente) bem sucedidas, é importante discutir a presença de sentimentos negativos (especialmente culpa e fracasso) da pessoa com Parkinson. É importante reforçar as ações positivas e comprometer novamente o paciente com os objetivos. Se houver pouca motivação, discuta as razões. Descreva uma divisão clara de tarefas e responsabilidades entre paciente, parceiro de cuidados, enfermeiro e prestadores de cuidados. Dê orientações de cuidados claras, tanto oralmente como por escrito, e por fim discuta a intervenção com o paciente e ajuste-a a sua rotina tanto quanto possível (LENNAERTS et al., 2017).

Coloque o plano de autocuidado em prática e registre o que aconteceu no instrumento Monitoramento Semanal. Faça as observações sobre o que ajudou ou atrapalhou, para reconhecer os principais problemas encontrados no período e o que pode ser feito diferente para que alcance os resultados esperados.

MONITORAMENTO		
	Observações	
	O que ajudou na mudança do comportamento ou adoção de ações de autocuidado	O que atrapalhou na mudança do comportamento ou adoção de ações de autocuidado
Semana 1:		
Semana 2:		
Semana 3:		
Semana 4:		
O que pode ser feito de forma diferente para alcançar os resultados esperados:		

3.10 Acompanhamento

O acompanhamento fundamenta-se no monitoramento referente à elaboração e à execução das metas pactuadas mutuamente. Deve ser registrada a forma de avaliação de forma a permitir que a pessoa com Parkinson/parceiro de cuidados possa ver se está alcançando suas metas e o que fazer se os objetivos não estiverem sendo alcançados.

O monitoramento pode ser feito por telefone ou presencialmente (visita domiciliar ou na unidade de saúde).

ACOMPANHAMENTO		
Meta pactuada	Resultado pactuado	Resultado alcançado
Meta 1:		
Meta 2:		
Meta 3:		
Repactuação das metas e resultados		
Meta repactuada	Resultado esperado	
Meta 1:		
Meta 2:		
Meta 3:		

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. A. *et al.* **Processo de Enfermagem na prática clínica: estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.** 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 320 p.

AZZOLIN, K. *et al.* Effectiveness of nursing interventions in heart failure patients in home care using NANDA-I, NIC and NOC. **Applied Nurs. Res.**, v. 26, n. 4, p. 239-44, 2013.

Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189713000773?via%3Dihub>

Acesso em: 25 abr. 2019.

BLOEM, B.R.; OKUN, M.S.; KLEIN, C. Parkinson's disease. **The Lancet.** v. 397; n. 10291, p. 2284-2303, 2021. Disponível em:

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00218-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00218-X/fulltext)

Acesso em: 18 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 162 p. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab3_5.pdf Acesso em: 15 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 483**, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. 2014b.

Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html

Acesso em: 15 dez. 2017.

BUTCHER, H. K. *et al.* **NIC - Classificação das Intervenções de Enfermagem.** 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020. 440 p.

CABREIRA, V.; MASSANO, J. Doença de Parkinson; Revisão clínica e atualização. **Acta Med Port**, v. 32, n. 10, p. 661-70, 2019.

Disponível em: [file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/11978-48378-1-PB%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/11978-48378-1-PB%20(3).pdf)

Acesso em: 18 fev. 2021.

CARVALHO, E.C.; CRUZ, D.A.L.M.; HERDMAN, T.H. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 66, n. esp., p. 134-41, 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/9yTVg5G8wkFftpGjYpwTxM/?format=pdf&lang=pt>

Acesso em: 08 abr. 2019.

CAVALCANTI, A. M.; OLIVEIRA, A. C. L. (Org.). **Autocuidado Apoiado: manual do profissional de saúde.** Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, 2012.

Disponível em:

<http://balcao.saude.ms.gov.br/horde/telessaude/apresentacao/2014/autocuidado-apoiado.pdf>

Acesso em: 14 mar. 2018

CAVALCANTE, A.M.R.Z. *et al.* Nursing diagnoses and interventions for a child after cardiac surgery in an intensive care unit. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 68, n 1, p. 155-160, 2015.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/PLHFB7rLgqDcBssQMr4Mf4k/?format=pdf&lang=en>

Acesso em: 14 ago. 2020.

CHOU, K.L. *et al.* Abnormal MoCA and normal range MMSE scores in Parkinson disease without dementia: cognitive and neurochemical correlates. **Parkinsonism Relat Disord.** v. 20, n. 10, p. 1076- 80, 2014. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4180768/>

Acesso em: 23 jun. 2022

CHOU, K.L. Diagnosis and differential diagnosis of Parkinson disease. **UpToDate**, 2020.

Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-and-differential-diagnosis-of-parkinson-disease> Acesso em: 24 abr. 2021.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 358/2009**, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: COFEN, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html

Acesso em: 25 set. 2018.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN-429/2012**, de 8 de junho de 2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. Brasília: COFEN, 2012. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4292012_9263.html Acesso em: 25 set. 2018.

CONNOR, K. *et al.* Study protocol of “CHAPS”: a randomized controlled trial protocol of Care Coordination for Health Promotion and Activities in Parkinson’s disease to improve the quality of care for individuals with Parkinson’s disease. **BMC Neurol.** v. 15, n. 258, p. 1-13, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4681014/>

Acesso em: 24 ago. 2021.

CONNOR, K.I. *et al.* Randomized trial of care management to improve Parkinson disease care quality. **Neurology.** v. 92, n. 16, p. 1831-42, 2019. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6550506/>

Acesso em: 24 ago. 2021.

CONNOR, K.I. *et al.* Quality and extent of implementation of a nurse-led care management intervention: care coordination for health promotion and activities in Parkinson’s disease (CHAPS). **BMC Health Serv Res.** v. 20, n. 732, p. 1-17, 2020. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7418202/>

Acesso em: 24 ago. 2021.

DORSEY, E.R.; BLOEM, B.R. The Parkinson pandemic - A call to action. **JAMA neurol.**, v. 75, n. 1, p. 9-10, 2018. Disponível em:

<https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/fullarticle/2661302>

Acesso em: 15 jun. 2021.

DORSEY, E.R. *et al.* Global, regional, and national burden of Parkinson’s disease, 1990-2016: a systematic analysis for the global burden of disease study 2016. **Lancet Neurol.**, v.

17, n. 11, p. 939-53, 2018. Disponível em:

[https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422\(18\)30295-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422(18)30295-3/fulltext)

Acesso em: 11 dez. 2020

FERNANDES, L.T.B. *et al.* Autocuidado apoiado a crianças e adolescentes com doenças crônicas e suas famílias. **Rev. Bras. Enferm**, v. 70, n. 6, p.1389-400, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/XKcV6sB5bfMpqY4qhD4hg5h/?lang=pt&format=pdf>

Acesso em: 26 fev. 2019.

FUNNELL, M.M. *et al.* National Standards for Diabetes Self-Management Education.

Diabetes Care, New York, v. 32, Sup 1, p. S87-S94, 2009. Disponível em:

https://diabetesjournals.org/care/article/32/Supplement_1/S87/25051/National-Standards-for-Diabetes-Self-Management

Acesso em: 26 fev. 2019.

GALVÃO, T.L.A. *et al.* Assistência à pessoa com Parkinson no âmbito da estratégia de saúde da família. **Rev Fund Care Online**, v. 8, n. 4, p. 5101-07, 2016. Disponível em:

http://www.seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/4448/pdf_1

Acesso em: 24 ago. 2021.

GOETZ, C.G. *et al.* Movement Disorder Society Task Force report on the Hoehn and Yahr staging scale: status and recommendations. **Mov Disord.**, New York, v. 19, n. 9, p. 1020-8, 2004. Disponível em:

<https://movementdisorders.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/mds.20213>

Acesso em: 25 ago. 2021

HAYES, M.T. Parkinson's Disease and Parkinsonism. **Am. J. Med. Stud.**, v. 132, n. 7, p. 802-807, 2019. Disponível em: <https://www.amjmed.com/action/showPdf?pii=S0002-9343%2819%2930235-9>

Acesso em: 18 ago. 2021.

HELLQVIS, C. Promoting Self-Care in Nursing Encounters with Persons Affected by LongTerm Conditions - A Proposed Model to Guide Clinical Care. **Int J Environ.** v. 18, n. 5, p. 1- 15, 2021. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/5/2223/htm>

Acesso em: 24 ago. 2021.

HERDMAN, T. H., KAMITSURU, S., LOPES, C. T. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificações 2021-2023.** 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2021. 568 p.

IWASA, Y.; SAITO, I.; SUZUKI, M. Differences in Home Health Nursing Care for Patients with Parkinson's disease by Stage of Progress: Patients in Hoehn and Yahr Stages III, IV, and V. **Hindawi**, v. 2021, n. 5, p. 1-10, 2021. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/349528644_Differences_in_Home_Health_Nursing_Care_for_Patients_with_Parkinson's_Disease_by_Stage_of_Progress_Patients_in_Hoehn_and_Yahr_Stages_III_IV_and_V

Acesso em: 24 ago. 2021.

KANG, U.J.; FANG, S. (Org.). Doença de Parkinson. In: LOUIS, E. D.; MAYER, S. A.; ROWLAND, L. P. **Tratado de Neurologia.** 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. p. 702-20.

KUSTER, B.J.K. *et al.* Cuidados de enfermagem a usuários com Doença de Parkinson na atenção básica de saúde. **Rev Enferm UFSM**. v.4, n. 1, p. 10-18, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/9074/pdf>
Acesso em: 24 ago. 2021.

LEANDRO, L.A.; TEIVE, H.A.G. Fatores associados ao desempenho funcional de idosos portadores da Doença de Parkinson. **Rev. Kairós Gerontologia**, v. 20, n. 2, p. 161-78, 2017. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2176-901X.2017v20i2p161-178/23920> Acesso em: 14 maio 2021

LENNAERTS, H. *et al.* A Guideline for Parkinson's Disease Nurse Specialists, with Recommendations for Clinical Practice. **J. Parkinsons Dis.** v. 7, n. 4, p. 749-54, 2017. Disponível em: <https://content.iospress.com/articles/journal-of-parkinsons-disease/jpd171195>
Acesso em: 20 mar. 2018.

LESSIG, S. *et al.* Changes on brief cognitive instruments over time in Parkinson's disease. **Mov Disord.** v. 27, n. 9, p.1125-8, 2012. Disponível em: <https://movementdisorders.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/mds.25070>
Acesso em: 28 abr. 2020.

LORIG, K.R.; HOLMAN, H.R. Self-Management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. Stanford University School of Medicine. **Ann. Behav. Med.**, Palo Alto, v. 26, n. 1, p. 1-7, 2003. Disponível em: <https://academic.oup.com/abm/article/26/1/1/4630312?login=false> Acesso em: 12 dez. 2020

MARTINEZ, A.P.; AZEVEDO, G.R. Tradução, adaptação cultural e validação da Bristol Stool Form Scale para a população brasileira. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 1-7, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/vDBpwytKNhBsLbzyYkPygFq/?lang=pt>
Acesso em: 10 jul. 2022.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas de saúde na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2012. 512 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pub> Acesso em: 22 nov 2018.

MOORHEAD, S. *et al.* **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC).** 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020. 608 p.

MORAES, E.N.; MORAES, F.L. **Avaliação Multidimensional do Idoso.** 5. ed. Belo Horizonte: Folium, 2016. 248 p.

NAVARTA-SÁNCHEZ, M.V. *et al.* Evaluation of a psychoeducational intervention compared with education in people with Parkinson's disease and their informal caregivers: a quasi-experimental study. **J Adv Nurs.** v. 76, n. 10, p. 2719-32, 2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.14476>
Acesso em: 27 ago. 2021

OPAS - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Cuidados innovadores para las condiciones crónicas**: organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas. Washington: OPAS, 2013. 105 p. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/CuidadosInnovadores-v5.pdf> Acesso em: 05 dez. 2018.

PINHEIRO, J. E. S.; BARBOSA, M. T. Doença de Parkinson e outros distúrbios do movimento em idosos. In: FREITAS, E. V. D.; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. p. 360-70.

PRETZER-ABOFF, I., PRETTYMAN, A. Implementation of an Integrative Holistic Healthcare Model for People Living with Parkinson's disease. **The Gerontologist**. v. 55, n. Suppl 1, p. S146-53, 2015. Disponível em: https://academic.oup.com/gerontologist/article/55/Suppl_1/S146/560186?login=true Acesso em: 18 maio 2021

PRZEDBORSKI, S. The two-century journey of Parkinson disease research. **Nat Rev Neurosci.**, v. 18, n. 4, p. 251-9, 2017. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/nrn.2017.25.pdf> Acesso em: 12 abr. 2019

RIEDER, C.R. Canabidiol na doença de Parkinson. **Braz J Psychiatry**, v. 42, n. 2, p. 126-127, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/L5xkxf3vFG4dgcCFrmhf5Zz/?format=pdf&lang=en> Acesso em: 27 ago. 2021

SILVA, M.B. *et al.* Aplicabilidade clínica dos resultados de enfermagem na evolução de pacientes ortopédicos com mobilidade física prejudicada. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 51-8, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/mn9HD4NcJBBHX47VVQhyn6s/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 25 abr. 2019.

STACCIARINI, T. S. G. **Adaptação e validação da escala para avaliar a capacidade de autocuidado Appraisal of Self Care Agency Scale - Revised para o Brasil**. 2012. 191 p Tese (Doutorado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-16012013-111537/pt-br.php> Acesso em: 28 out. 2020

TOSIN, M. H. S. **Subconjunto terminológico da CIPE para pacientes com doença de Parkinson em reabilitação**. 2016. 193 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2016. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/handle/1/1775/Michelle%20Hyczy%20de%20Siqueira%20Tosin.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 03 jan. 2018.

TOSIN, M.H.S. *et al.* Nursing interventions for rehabilitation in Parkinson's disease: cross mapping of terms. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 24, n. e2728, p. 1-8, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/hKJQpHgcdkRDv3wkrG36Bnv/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 27 ago. 2021

APÊNDICE A - Instrumento Histórico de Enfermagem

IDENTIFICAÇÃO			
Nome:			
Data de nascimento:		Idade:	
Gênero: <input type="checkbox"/> Homem <input type="checkbox"/> Mulher			
Cor/raça: <input type="checkbox"/> preto <input type="checkbox"/> pardo <input type="checkbox"/> branco <input type="checkbox"/> amarelo <input type="checkbox"/> indígena			
Escolaridade: <input type="checkbox"/> sem instrução ou menos de um ano <input type="checkbox"/> 1 a 4 anos <input type="checkbox"/> 5 a 9 anos <input type="checkbox"/> 10 a 12 anos <input type="checkbox"/> 13 anos ou mais			
Condição civil: <input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> outro			
Religião: <input type="checkbox"/> católico <input type="checkbox"/> evangélico <input type="checkbox"/> espírita <input type="checkbox"/> candomblé/umbanda <input type="checkbox"/> outra			
Profissão/ocupação:			
Aposentadoria: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		Tipo de aposentadoria:	
Endereço:			
Condições da moradia:		Condições de acessibilidade:	
Familiar responsável/cuidador:		Com quem reside:	
ENTREVISTA / EXAME FÍSICO			
1. CONDIÇÕES GERAIS			
P.A. (posição supinação) mmHg		P.A. (posição em pé) mmHg	
OBS: aguardar 3 minutos entre as medidas da PA			
Apresentou sintomas de hipotensão ortostática: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			
F.C. (posição supinação): bpm		F.C. (posição em pé): bpm	
FR: mrpm		Tax: °C	
Glicemia capilar: mg/dl <input type="checkbox"/> jejum <input type="checkbox"/> ao acaso			
Peso:	Altura:		IMC:
Classificação: <input type="checkbox"/> baixo peso < 22 kg/m ² <input type="checkbox"/> adequado ≥ 22 e ≤ 27 kg/m ² <input type="checkbox"/> sobrepeso > 27 kg/m ²			
Circunferência de panturrilha:		Velocidade da marcha:	
<input type="checkbox"/> Adequada ≥ 31 cm		<input type="checkbox"/> Adequada (≥ 0,8m/s)	
<input type="checkbox"/> Perda de massa muscular < 31cm		<input type="checkbox"/> Alterada (< 0,8m/s)	
Comorbidades: <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Demência <input type="checkbox"/> Doença cardíaca <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Outras Citar: _____			
Hábitos sociais: <input type="checkbox"/> tabaco <input type="checkbox"/> álcool <input type="checkbox"/> drogas ilícitas <input type="checkbox"/> outras _____			
Histórico de internações:			
Antecedentes clínicos pessoais/familiares:			
Cirurgias:			
Data (ano) do diagnóstico médico da Doença de Parkinson:			
Data (ano) do início dos sintomas motores:			
Local de acompanhamento: <input type="checkbox"/> Rede pública <input type="checkbox"/> Rede privada <input type="checkbox"/> Atenção Primária a Saúde - APS <input type="checkbox"/> Ambulatório de especialidade: <input type="checkbox"/> Neurologia/Distúrbios do movimento <input type="checkbox"/> Geriatria <input type="checkbox"/> Centro de Reabilitação <input type="checkbox"/> Outro _____			

2. APLICAÇÃO DAS ESCALAS PADRONIZADAS	
2.1 Capacidade de autocuidado (ASAS-R): pontuação _____	
2.2 Estágio de incapacidade de Hoehn & Yahr: <input type="checkbox"/> Leve (grau 0 a 2) <input type="checkbox"/> Moderado (grau 3) <input type="checkbox"/> Grave (grau 4 e 5)	
2.3 Resultado do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional: <input type="checkbox"/> Robusto - 0 a 6 pontos <input type="checkbox"/> Risco de fragilização - 7 a 14 pontos <input type="checkbox"/> Frágil - 15 pontos ou mais	
2.4 Avaliação da funcionalidade global: Atividades de Vida Diária Básicas (escala de Katz): <input type="checkbox"/> Independência <input type="checkbox"/> Semidependência <input type="checkbox"/> Dependência incompleta <input type="checkbox"/> Dependência completa Atividades de Vida Diária Instrumentais (escala de Lawton e Brody adaptada): <input type="checkbox"/> Independência <input type="checkbox"/> Semidependência <input type="checkbox"/> Dependente completa	
2.5 Avaliação Cognitiva: Mini Mental - pontuação _____ Domínios em que pontuou: _____ MoCA - pontuação _____ Domínios em que pontuou: _____	
3. AVALIAÇÃO DE SINTOMAS MOTORES, NÃO MOTORES E COMPLICAÇÕES	
Sintomas motores (MDS-UPDRS parte II e III - adaptado):	
Tremor de repouso: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tremor postural ou de ação nas mãos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Rigidez: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Bradicinesia/hipocinesia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Instabilidade postural (alteração da marcha e equilíbrio): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Comprometimento para girar no leito: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Congelamento (freezing): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Propulsão / festinação: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Escrita (micrografia): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Expressão facial alterada: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Fala/discurso (menor inteligibilidade): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Cortar alimentos e manipular utensílios alterado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Mastigação alterada: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Deglutição alterada: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Uso de prótese dentária: <input type="checkbox"/> adaptada <input type="checkbox"/> mal adaptada	Sialorréia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Sintomas não motores (MDS-UPDRS parte I - adaptado):	
Distúrbio cognitivo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Lentidão mental <input type="checkbox"/> desordem de atenção dividida (tarefas duplas) <input type="checkbox"/> desordem na atenção focada (concentração) <input type="checkbox"/> comprometimento da memória (relembrar fatos) <input type="checkbox"/> comprometimento da memória

	(processamento de novas informações) Distúrbios executivos: () autocontrole e autocorreção perturbados () problemas com planejamento e organização () redução das habilidades de resolução de problemas () julgamento prejudicado
Distúrbio do humor: () Sim () Não	Ideação ou tentativa de suicídio () Sim () Não
Distúrbio do sono: () Sim () Não	() problemas para adormecer () insônia () distúrbio de comportamento do sono REM () sonhos vívidos () hipersonolência () sonolência diurna
Alucinações e delírios: () Sim () Não	Agitação () Sim () Não
Ansiedade: () Sim () Não	Controle de impulso reduzido () Sim () Não
Apatia: () Sim () Não	Fadiga () Sim () Não
Síndrome das pernas inquietas: () Sim () Não	
Hipotensão Ortostática: () Sim () Não	Sintomática () Sim () Não
Distúrbio urinário: () Sim () Não	Eliminação urinária: () espontânea () retenção () incontinência Frequência: diurna _____ noturna _____ Características: () disúria () oligúria () anúria () poliúria () hematúria () urgência urinária () perda aos esforços () perda involuntária () Outros Homem: HPB () Sim () Não Mulher: Prolapso uterino () Sim () Não
Distúrbio gastrointestinal: () Sim () Não	Eliminação intestinal: () constipação () diarreia () incontinência () ostomia Intervalo/número de evacuações por semana _____ Histórico de fecaloma: () Sim () Não Uso de laxantes: () Sim () Não Necessidade de extração manual de fezes: () Sim () Não Sensação de esvaziamento incompleto: () Sim () Não Complicações de constipação (hemorróidas ou fissura anal): () Sim () Não Alimentação: () apetite diminuído () apetite aumentado () perda de peso () aumento de peso () náusea () vômito Hidratação oral: () adequada () inadequada Volume ingerido por dia (média): _____

Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> aguda <input type="checkbox"/> crônica Característica: Local: Intensidade: Gatilho:
Dormência, formigamento, sensação de ardor ou câimbras: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Complicações da terapia (MDS-UPDRS parte IV - adaptado):		
Flutuações on/of <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Discinesia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	São dolorosas <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	São incapacitantes <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Distonia matutina <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Distonia dolorosa do período "off" <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
4. TERAPÊUTICA		
Medicamentosa		
Medicamentos de uso contínuo (nome/dosagem/horário):		
Gestão de medicamentos / adesão:	Precisa de ajuda para tomar os medicamentos <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	Consegue organizar os horários da alimentação com os horários de tomar a Levodopa <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	Apresenta efeitos indesejáveis ou desconfortos ao usar algum medicamento <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	Deixa de tomar os medicamentos por se sentir melhor, se sentir pior ou por algum outro motivo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	Esquece de tomar os medicamentos <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	Aumenta ou diminui a dose da medicação sem comunicar ao médico <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	Tem compreensão sobre os efeitos dos medicamentos <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	Tem dificuldade de acesso aos medicamentos <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Não medicamentosa		
Realiza acompanhamento com: <input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional <input type="checkbox"/> Nutrição <input type="checkbox"/> Fonoaudiologia <input type="checkbox"/> Serviço social <input type="checkbox"/> Psicologia <input type="checkbox"/> Psiquiatria		
Realiza: <input type="checkbox"/> acupuntura <input type="checkbox"/> terapias holísticas <input type="checkbox"/> outro tipo de terapia		
5. PERCEPÇÃO/COMUNICAÇÃO		
Visão: <input type="checkbox"/> perda total da visão <input type="checkbox"/> déficit visual <input type="checkbox"/> utilização de óculos/lentes <input type="checkbox"/> sem alteração		
História de cirurgia de catarata: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Audição: <input type="checkbox"/> perda total da audição <input type="checkbox"/> presença de déficit auditivo <input type="checkbox"/> utilização de aparelho auditivo <input type="checkbox"/> sem alteração		
Paladar: <input type="checkbox"/> ausente <input type="checkbox"/> diminuído <input type="checkbox"/> sem alteração		
Olfato: <input type="checkbox"/> ausente <input type="checkbox"/> diminuído <input type="checkbox"/> sem alteração		
Tátil: <input type="checkbox"/> sensibilidade tátil diminuída <input type="checkbox"/> sem alteração		

<input type="checkbox"/> Formigamento e dormência <input type="checkbox"/> alteração nas sensações de frio/calor	
Comunicação verbal: <input type="checkbox"/> dificuldade de comunicação verbal <input type="checkbox"/> mudanças no tom da voz <input type="checkbox"/> mudanças no ritmo da fala <input type="checkbox"/> afonia <input type="checkbox"/> disartria <input type="checkbox"/> disfasia <input type="checkbox"/> afasia <input type="checkbox"/> outra alteração	
6. INTEGRIDADE CUTÂNEO-MUCOSA	
Mucosas: <input type="checkbox"/> hidratadas <input type="checkbox"/> desidratadas	Turgidez da pele: <input type="checkbox"/> preservada <input type="checkbox"/> diminuída
Pele <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> cianose <input type="checkbox"/> icterícia <input type="checkbox"/> palidez <input type="checkbox"/> sudorética <input type="checkbox"/> pele oleosa <input type="checkbox"/> pele seca <input type="checkbox"/> pele hiperemiada <input type="checkbox"/> prurido <input type="checkbox"/> petéquias <input type="checkbox"/> equimoses <input type="checkbox"/> hematomas <input type="checkbox"/> escoriações <input type="checkbox"/> dermatite seborreica <input type="checkbox"/> presença de lesão por pressão. Local (is)----- Estágio <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> não mensurável Tipo de cobertura-----	
7. SEXUALIDADE	
Disfunção sexual: <input type="checkbox"/> Hipossexualidade <input type="checkbox"/> Hipersexualidade <input type="checkbox"/> Transtorno de excitação (ereção / lubrificação) <input type="checkbox"/> Transtorno no orgasmo	
Percepção em relação à sua sexualidade:	
8. LAZER / ATIVIDADE FÍSICA / ESPIRITUALIDADE	
Participa de atividade de lazer/recreação: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual(is):
Realiza atividade física: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual(is): Frequência:
Frequenta templo religioso: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Valores e crenças:	
9. AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO SOCIOFAMILIAR	
Moradia: <input type="checkbox"/> mora só <input type="checkbox"/> institucionalizado <input type="checkbox"/> com pessoas da família. Quantas/quem: <input type="checkbox"/> outros. Quantos/quem:	
Presença de um responsável pelo cuidado (cuidador): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quem: Sobrecarga do cuidador (avaliação subjetiva): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Escala de sobrecarga de Zarit (1983): Pontuação _____ Classificação _____	
Participa de grupo comunitário (ex. grupo de pessoas idosas, igrejas...). Qual(is)	
Participa de associação de Parkinson: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
10. AVALIAÇÃO AMBIENTAL	
Risco de queda: Fatores ambientais ----- Fatores pessoais -----	
Antecedentes de quedas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Quantas? Ocorrência de fraturas?
Medo de quedas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Poderá ser utilizada a escala: Falls Efficacy Scale - International (FES-I). (CAMARGOS, 2007)	
Presença de instalações adaptadas à facilitar a mobilidade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual(is):	
Presença de instalações adaptadas à evitar acidentes: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual(is):	

APÊNDICE B

Diagnósticos de enfermagem de acordo com as definições e classificações da NANDA - I: 2021 - 2023		
DOMÍNIO	CLASSE	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
Domínio 1. Promoção da saúde	Classe 1 Percepção da saúde	Engajamento diminuído em atividades de recreação
		Estilo de vida sedentário
		Disposição para letramento em saúde melhorado
	Classe 2 Controle da saúde	Autogestão ineficaz da saúde
		Disposição para autogestão da saúde melhorada
		Comportamento da saúde propenso a risco
		Comportamentos ineficazes de manutenção da saúde
		Comportamentos ineficazes de manutenção do lar
		Risco de comportamentos ineficazes de manutenção do lar
		Disposição para comportamentos melhorados de manutenção do lar
		Disposição para engajamento em exercícios melhorado
		Proteção ineficaz
		Síndrome do idoso frágil
		Risco de síndrome do idoso frágil
Risco de tentativa de fuga		
Domínio 2. Nutrição	Classe 1 - ingestão	Deglutição prejudicada
		Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais
		Disposição para nutrição melhorada
		Obesidade
		Sobrepeso
	Risco de sobrepeso	
	Classe 2 - digestão	Não contém diagnósticos
	Classe 3 - absorção	Não contém diagnósticos
Classe 4 - metabolismo	Risco de glicemia instável	
Classe 5 - hidratação	Volume de líquidos deficiente	
	Risco de volume de líquidos deficiente	
Domínio 3.	Classe 1 - função urinária	Eliminação urinária prejudicada
		Incontinência urinária de esforço
		Incontinência urinária de urgência
		Risco de incontinência urinária de urgência

Eliminação e troca		Incontinência urinária mista
		Incontinência urinária associada a incapacidade
		Retenção urinária
		Risco de retenção urinária
	Classe 2 - função gastrointestinal	Constipação
		Risco de constipação
		Constipação funcional crônica
		Continência intestinal prejudicada
	Classe 3 - função tegumentar	Motilidade gastrointestinal disfuncional
		Não contém diagnósticos
Classe 4 - função respiratória	Não contém diagnósticos	
Domínio 4. Atividade/repouso	Classe 1 - sono/repouso	Insônia
		Distúrbio no padrão do sono
		Disposição para sono melhorado
	Classe 2 - atividade/exercício	Capacidade de transferência prejudicada
		Deambulação prejudicada
		Levantar-se prejudicado
		Mobilidade física prejudicada
		Mobilidade no leito prejudicada
		Sentar-se prejudicado
		Tolerância a atividade diminuída
	Classe 3 - equilíbrio de energia	Fadiga
		Perambulação
	Classe 4 - respostas cardiovasculares/pulmonares	Não contém diagnóstico em potencial aplicado a pessoa com Parkinson
	Classe 5 - autocuidado	Déficit no autocuidado para alimentação
		Déficit no autocuidado para banho
		Déficit no autocuidado para higiene íntima
		Déficit no autocuidado para vestir-se
		Disposição para autocuidado melhorado
		Autonegligência
	Domínio 5. Percepção/cognição	Classe 1 - atenção
Classe 2 - orientação		Não contém diagnósticos
Classe 3 - sensação /percepção		Não contém diagnósticos
Classe 4 - cognição		Confusão aguda
		Risco de confusão aguda
	Confusão crônica	
		Conhecimento deficiente

		Disposição para conhecimento melhorado
		Controle de impulso ineficaz
		Controle emocional lábil
		Memória prejudicada
		Distúrbio no processo de pensamento
	Classe 5 - comunicação	Comunicação verbal prejudicada
		Disposição para comunicação melhorada
Domínio 6. Autopercepção	Classe 1 - autoconceito	Desesperança
		Disposição para esperança melhorada
	Classe 2 - autoestima	Baixa autoestima crônica
		Risco de baixa autoestima crônica
		Baixa autoestima situacional
		Risco de baixa autoestima situacional
	Classe 3 - imagem corporal	Distúrbio na imagem corporal
Domínio 7. Papéis e relacionamentos	Classe 1 - papéis do cuidador	Tensão do papel de cuidador
		Risco de tensão do papel de cuidador
	Classe 2 - relações familiares	Processos familiares disfuncionais
		Processos familiares interrompidos
		Disposição para processos familiares melhorados
		Risco de vínculo prejudicado
	Classe 3 - desempenho de papéis	Interação social prejudicada
		Relacionamento ineficaz
		Risco de relacionamento ineficaz
		Disposição para relacionamento melhorado
Domínio 8. Sexualidade	Classe 1 - identidade sexual	Não contém diagnósticos
	Classe 2 - função sexual	Disfunção sexual
		Padrão de sexualidade ineficaz
	Classe 3 - reprodução	Não contém diagnóstico em potencial para ser aplicado a pessoa com Parkinson
	Domínio 9. Enfrentamento /tolerância ao estresse	Classe 1 - respostas pós-trauma
Risco de síndrome do estresse por mudança		
Classe 2 - respostas de enfrentamento		Ansiedade
		Ansiedade relacionada a morte
		Enfrentamento ineficaz
		Disposição para enfrentamento melhorado
		Enfrentamento familiar comprometido
	Enfrentamento familiar	

		incapacitado
		Disposição para enfrentamento familiar melhorado
		Sobrecarga de estresse
		Medo
		Negação ineficaz
		Planejamento de atividade ineficaz
		Risco de planejamento de atividade ineficaz
		Sentimento de impotência
		Risco de sentimento de impotência
		Regulação do humor prejudicada
		Resiliência prejudicada
		Risco de resiliência prejudicada
		Disposição para resiliência melhorada
	Tristeza crônica	
	Classe 3 - estresse neurocomportamental	Não contém diagnóstico em potencial para ser aplicado a pessoa com Parkinson
Domínio 10. Princípios da vida	Classe 1 - valores	Não contém diagnósticos
	Classe 2 - crenças	Disposição para bem-estar espiritual melhorado
	Classe 3 - coerência entre valores/crenças/atos	Conflito de decisão
		Religiosidade prejudicada
		Risco para religiosidade prejudicada
		Disposição para religiosidade melhorada
		Sofrimento espiritual
		Risco de sofrimento espiritual
		Sofrimento moral
		Disposição para tomada de decisão melhorada
Domínio 11. Segurança /proteção	Classe 1 - infecção	Risco de infecção
	Classe 2 - lesão física	Risco de aspiração
		Dentição prejudicada
		Integridade da pele prejudicada
		Risco de integridade da pele prejudicada
		Risco de lesão
		Lesão por pressão no adulto
		Risco de lesão por pressão no adulto
		Risco de quedas no adulto
	Classe 3 - violência	Risco de violência direcionada a outros
		Risco de violência direcionada a si mesmo

	Classe 4 - riscos ambientais	Risco de envenenamento
	Classe 5 - processos defensivos	Não contém diagnóstico em potencial aplicado a pessoa com Parkinson
	Classe 6 - termorregulação	Hipotermia
		Risco de hipotermia
Termorregulação ineficaz		
Domínio 12. Conforto	Classe 1 - conforto físico	Risco de termorregulação ineficaz
		Conforto prejudicado
		Disposição para conforto melhorado
		Dor aguda
		Dor crônica
	Classe 2 - conforto ambiental	Náusea
		Conforto prejudicado
	Classe 3 - conforto social	Disposição para conforto melhorado
		Conforto prejudicado
		Disposição para conforto melhorado
		Isolamento social
	Domínio 13. Crescimento/ Desenvolvimento	Risco de solidão
		Classe 1 - crescimento
Classe 2 - desenvolvimento	Não contém diagnóstico em potencial para ser aplicado a pessoa com Parkinson	

A lista de diagnósticos foi construída a partir da versão da NANDA-I 2021 - 2023 e experiência clínica dos pesquisadores, no intuito de facilitar o levantamento dos diagnósticos. Não tem como objetivo limitar a utilização de outros diagnósticos que sejam pertinentes e que não estejam listados.

APÊNDICE C - Plano Individualizado de cuidados - registro profissional no prontuário

O plano individualizado de cuidados é composto por três partes.

A primeira refere-se aos dados de identificação da pessoa com doença de Parkinson e seu parceiro de cuidados.

A segunda parte do instrumento refere-se aos diagnósticos e às intervenções de enfermagem propostas no momento da avaliação inicial.

A terceira parte do instrumento refere-se aos resultados esperados, alcançados e proposta de reavaliação da pessoa com doença de Parkinson.

Não esquecer de assinar e datar.

PLANO INDIVIDUALIZADO DE CUIDADOS (instrumento para ser anexado ao prontuário do paciente)		
1. Dados de identificação:		
Nome:		
Sexo:	DN:	Idade:
Parceiro de cuidados:		
2. Diagnósticos e intervenções de enfermagem		
Diagnósticos de enfermagem priorizados	Intervenções de enfermagem a serem implementadas	
3. Resultados esperados, resultados alcançados e reavaliação		
Diagnóstico de enfermagem priorizados	Resultados esperados	Resultados alcançados
Reavaliação: _____ meses		Data do retorno: _____

Data: ____ / ____ / ____ Assinatura/carimbo do enfermeiro

APÊNDICE D - Plano Individualizado de autocuidado apoiado - pessoa com doença de Parkinson / parceiro de cuidados

O plano individualizado de autocuidado apoiado deve ser elaborado em linguagem de fácil compreensão e entregue a pessoa com doença de Parkinson/parceiro de cuidados. As atividades precisam ficar claras e com linguagem simples, evitando termos técnicos ou de difícil compreensão.

PLANO INDIVIDUALIZADO DE AUTOCUIDADO APOIADO	
Dados de identificação	
Nome:	DN:
Parceiro de cuidados:	
Enfermeira(o) de referência:	Contato:
Comportamento (atividade/ação de autocuidado acordada):	
Atividade/ação	O que você deverá fazer:
	Quantas vezes (dia/semana):
	Quando/Onde:
	Como deverá fazer:
Resultados esperados, resultados alcançados e repactuação	
Resultados esperados (meta a ser alcançada)	Resultados alcançados (observações):
Reavaliação: _____ meses	Data do seu retorno para nova pactuação: _____

Assinatura e carimbo do Enfermeiro responsável

ANEXOS

ANEXO 1 - Escala de Avaliação da Capacidade de Autocuidado (ASAS-R):

Marque a melhor resposta para cada uma das afirmações abaixo, seguindo a escala.

Por exemplo: você concorda com a pergunta número 1? Se sim, você dirá ou assinalará com um x no espaço concordo ou concordo totalmente. A diferença entre concordo e concordo totalmente é que a resposta “**concordo totalmente**” dá uma ideia de **sempre** e a “**concordo**”, dá uma ideia de **na maioria das vezes**.

Exemplo: geralmente durmo o suficiente para me sentir descansado.

Resposta: se você é uma pessoa que sempre dorme o suficiente para se sentir descansada, você vai dizer/assinalar “concordo totalmente” com essa frase. Agora, se você, na maioria das vezes, dorme o suficiente para se sentir descansada, você vai dizer/assinalar “concordo”.

Esse exemplo vale para as opções de respostas “discordo totalmente” e “discordo”

Item	Discordo totalmente	Discordo	Não sei	Concordo	Concordo totalmente
1. A medida que a minha vida muda, eu faço as alterações necessárias para manter saudável.	1	2	3	4	5
2. Se a minha capacidade para movimentar está diminuída, procuro uma maneira para resolver essa dificuldade.	1	2	3	4	5
3. Quando necessário, eu estabeleço novas prioridades nas minhas decisões para manter saudável.	1	2	3	4	5
4. Eu frequentemente sinto falta de disposição (ânimo) para me cuidar como eu sei que deveria.	1	2	3	4	5
5. Eu procuro as melhores maneiras para me cuidar.	1	2	3	4	5
6. Quando necessário, eu consigo tempo para me cuidar.	1	2	3	4	5
7. Se eu tomo um novo medicamento, eu obtenho informações sobre os seus efeitos colaterais, para melhor cuidar de mim	1	2	3	4	5
8. No passado, eu mudei algum dos meus velhos hábitos (costumes) para melhorar a minha saúde.	1	2	3	4	5
9. Eu rotineiramente tomo decisões para garantir a minha segurança e de minha família.	1	2	3	4	5
10. Eu regularmente avalio se as coisas que eu faço estão dando certo para me manter saudável.	1	2	3	4	5
11. No meu dia a dia, eu raramente dedico tempo para cuidar da minha saúde.	1	2	3	4	5
12. Eu sou capaz de obter as informações de que preciso quando a minha saúde está ameaçada.	1	2	3	4	5
13. Eu peço ajuda quando não sou capaz de cuidar de mim.	1	2	3	4	5
14. Eu raramente tenho tempo para mim	1	2	3	4	5
15. Eu nem sempre sou capaz de cuidar de mim da maneira que eu gostaria	1	2	3	4	5

ANEXO 2 - Escala de Estadiamento de Hoehn e Yahr:

Escala de Estadiamento de Hoehn e Yahr	
Estágio 0	Assintomático
Estágio 1	Doença unilateral.
Estágio 2	Doença bilateral sem comprometer o equilíbrio.
Estágio 3	Doença bilateral de leve a moderada; alguma instabilidade postural; fisicamente independente.
Estágio 4	Incapacidade grave; ainda capaz de andar e ficar ereto sem ajuda.
Estágio 5	Confinado à cama ou cadeira de rodas a não ser que receba ajuda.

Fonte: Hoehn; Yahr, 1967

Os indivíduos classificados nos estágios de 1 e 2 apresentam incapacidade leve, no estágio 3 apresenta incapacidade moderada, enquanto os que estão nos estágios 4 e 5 apresentam incapacidade grave.

ANEXO 3 - Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF-20):

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL - 20					
MARCADORES DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL				Pontuação	
<ul style="list-style-type: none"> Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com o idoso. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador. 					
IDADE		1. Qual é a sua idade?	60 a 74 anos	0	
			75 a 84 anos	1	
			≥ 85 anos	3	
AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE		2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:	Excelente, muito boa ou boa	0	
			Regular ou ruim	1	
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	AVD Instrumental <i>Respostas positivas valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as três atividades de vida diária.</i>	3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?			Máximo 4 pts
		() Sim	4		
		() Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde	0		
		4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa?			
		() Sim	4		
		() Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde	0		
	AVD Básica <i>Resposta positiva vale 6 pontos.</i>	5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve?			
		() Sim	4		
		() Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde	0		
		6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho?			
		() Sim	6		
		() Não	0		
			Sim	Não	
COGNIÇÃO		7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?	1	0	
		8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses?	1	0	
		9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?	2	0	
HUMOR		10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?	2	0	
		11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas?	2	0	
MOBILIDADE	Alcance, preensão e pinça	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro?	1	0	
		13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos?	1	0	
	Capacidade aeróbica e /ou muscular	14. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? • Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês (); • IMC menor que 22 kg/m ² (); • Circunferência da panturrilha < 31 cm (); • Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos ().	2	0	
	Marcha	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?	2	0	
		16. Você teve duas ou mais quedas no último ano?	2	0	
	Continência esfinteriana	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?	2	0	
COMUNICAÇÃO		18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? • É permitido o uso de óculos ou lentes de contato	2	0	
		19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? • É permitido o uso de aparelhos de audição	2	0	
COMORBIDADES MÚLTIPLAS		20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? • Cinco ou mais doenças crônicas; • Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia; • Internação recente, nos últimos 6 meses.	4	0	
Pontuação Final				40 pontos	

ANEXO 4 - AVALIAÇÃO FUNCIONAL

ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA INSTRUMENTAIS (AVD's instrumentais)

Escala de Lawton e Brody

Atividade de vida diária	Sem ajuda	Com ajuda parcial	Incapaz
Você é capaz de preparar as suas refeições?			
Você é capaz de tomar os seus remédios na dose certa e horário correto?			
Você é capaz de fazer compras?			
Você é capaz de controlar o seu dinheiro ou finanças?			
Você é capaz de usar o telefone?			
Você é capaz arrumar a sua casa ou fazer pequenos trabalhos domésticos?			
Você é capaz de lavar e passar a sua roupa?			
Você é capaz de sair de casa sozinho para lugares mais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamento especial?			

ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA BÁSICAS (AVD's básicas: AUTO-CUIDADO)

Escala de Katz

	INDEPENDÊNCIA	DEPENDÊNCIA
TOMAR BANHO (Leito, chuveiro ou banheira)	Requer ajuda somente para lavar uma única parte do corpo (como as costas ou membro deficiente) ou toma banho sozinho	Requer ajuda para lavar mais de uma parte do corpo ou para entrar ou sair da banheira, ou não toma banho sozinho
VESTIR-SE	Pega as roupas nos armários e gavetas, veste-as, coloca órteses ou próteses, manuseia fechos. Exclui-se o ato de amarrar sapatos.	Veste-se apenas parcialmente ou não se veste sozinho
USO DO VASO SANITÁRIO	Vai ao vaso sanitário, senta-se e levanta-se do vaso; ajeita as roupas, faz a higiene íntima (pode usar comadre ou similar somente à noite e pode ou não estar usando suportes mecânicos)	Usa comadre ou similar, controlado por terceiros, ou recebe ajuda para ir até o vaso sanitário e usá-lo.
TRANSFERÊNCIA	Deita-se e sai da cama sozinho, senta e se levanta da cadeira sozinho (pode estar usando objeto de apoio)	Requer ajuda para deitar-se na cama ou sentar na cadeira, ou para levantar-se; não faz uma ou mais transferências
CONTINÊNCIA	Micção e evacuação inteiramente autocontrolados	Incontinência parcial ou total para micção ou evacuação; controle parcial ou total por enemas e/ou cateteres; uso de urinóis ou comadre controlado por terceiros. Acidentes "ocasionais"
ALIMENTAR-SE	Leva a comida do prato (ou de seu equivalente) à boca. O corte prévio da carne e o preparo do alimento, como passar manteiga no pão, são excluídos da avaliação	Requer ajuda para levar a comida do prato (ou de seu equivalente) à boca; não come nada ou recebe alimentação parenteral

Nota: independência significa a realização dos atos citados sem supervisão, orientação ou assistência pessoal ativa, exceto nos casos especificamente descritos abaixo. Esta avaliação é baseada no real desempenho e não na habilidade. Um paciente que se recusa a executar uma função é considerado como não a tendo executado, mesmo que se julgue ser ele capaz.

ANEXO 5 - AVALIAÇÃO COGNITIVA

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

ESCOLARIDADE (anos/escola): _____

Mini-Mental de Folstein (1975), adaptado por Brucki <i>et al</i> (2003)		DATA (score)		
Orientação Temporal (05 pontos) <i>Dê um ponto para cada item</i>	Ano			
	Mês			
	Dia do mês			
	Dia da semana			
	Semestre/Hora aproximada			
Orientação Espacial (05 pontos) <i>Dê um ponto para cada item</i>	Estado			
	Cidade			
	Bairro ou nome de rua próxima			
	Local geral: que local é este aqui (apontando ao redor num sentido mais amplo: hospital, casa de repouso, própria casa)			
Registro (3 pontos)	Andar ou local específico: em que local nós estamos (consultório, dormitório, sala, apontando para o chão)			
	Repetir: GELO, LEÃO e PLANTA CARRO, VASO e TIJOLO			
Atenção e Cálculo (5 pontos) Dê 1 ponto para cada acerto. Considere a tarefa com melhor aproveitamento.	Subtrair $100 - 7 = 93 - 7 = 86 - 7 = 79 - 7 = 72 - 7 = 65$			
	Soletrar inversamente a palavra MUNDO=ODNUM			
Memória de Evocação (3 pontos)	Quais os três objetos perguntados anteriormente?			
Nomear dois objetos (2 pontos)	Relógio e caneta			
Repetir (1 ponto)	“NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ”			
Comando de estágios (3 pontos) Dê 1 ponto para cada ação correta)	“Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão”			
Escrever uma frase completa (1 ponto)	“Escreva alguma frase que tenha começo, meio e fim”			
Ler e executar (1 ponto)	FECHE SEUS OLHOS			
Copiar diagrama (1 ponto)	Copiar dois pentágonos com interseção			
PONTUAÇÃO FINAL (score = 0 a 30 pontos)				

APÊNDICE C - CARTA CONVITE PARA JUÍZES

Belo Horizonte/MG,

Prezado(a)

Respeitosamente, eu, Alcimar Marcelo do Couto, doutorando em enfermagem pela Escola de Enfermagem da UFMG, sob orientação da Professora Dra. Sonia Maria Soares, gostaríamos de convidá-lo(a) para participar como juiz especialista do processo de validação do protocolo de consulta de enfermagem, produto de tese de doutorado **“Construção e validação de conteúdo de protocolo de Consulta de Enfermagem na doença de Parkinson: um enfoque no autocuidado apoiado”**.

O objetivo deste estudo é desenvolver e validar um protocolo para consulta de enfermagem às pessoas com Doença de Parkinson, baseado no modelo conceitual do autocuidado apoiado e nas etapas do Processo de Enfermagem e Sistemas de Linguagens Padronizadas de Enfermagem NANDA-I, NIC e NOC. O protocolo em desenvolvimento tem como proposta nortear as ações do enfermeiro durante a consulta de enfermagem no contexto interdisciplinar de atenção à saúde das pessoas com Parkinson no âmbito da atenção primária e secundária de saúde.

Na fase de validação do conteúdo do protocolo estamos convidando **enfermeiros** que atuam no ensino, na pesquisa ou na assistência em doença de Parkinson, distúrbios do movimento, reabilitação/neurologia ou gerontologia. Acreditamos que a sua experiência ajudará a validar a ferramenta. Caso aceite participar, você deverá inicialmente preencher o formulário do “*google forms*” de caracterização dos especialistas, por meio do link abaixo (onde encontra-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). Portanto, poderá aceitar formalmente a participação nessa pesquisa por meio deste link.

Link para formulário e termo de consentimento:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeEvkP8umuc5Djv44qI7DCDGV179cAjk3Ah3L6XOTCjZPmKPw/viewform?usp=sf_link

Para a etapa de validação do conteúdo do protocolo serão adotados os seguintes critérios de inclusão e seleção:

Critérios de inclusão: ser enfermeiro e atuar no ensino, na pesquisa ou na assistência em doença de Parkinson, distúrbios do movimento, reabilitação/neurologia ou gerontologia.

Cr terios de sele o: Apresentar escore maior ou igual a 5 pontos nos cr terios adaptados com base no sistema de pontua o proposto por fehring (1987). Os cr terios utilizados encontram-se no formul rio do “*google forms*” de caracteriza o dos especialistas.

Agradecemos antecipadamente por sua valiosa participa o e contribui o!

Alcimar Marcelo do Couto - doutorando em Enfermagem

amarcelocouto@gmail.com

Sonia Maria Soares - orientadora

Programa de P s-gradua o em Enfermagem da UFMG

Carta Convite ao Especialista que preencheu os cr terios de sele o para a etapa de valida o de conte do

Considerando sua expertise nas  reas da doen a de Parkinson, dist rbios do movimento, reabilita o/neurologia ou gerontologia/sa de do idoso e o fato de ter **preenchido os cr terios de inclus o e sele o** no estudo, voc  est  sendo convidado a participar voluntariamente do estudo “**Constru o e valida o de conte do de protocolo de consulta de enfermagem na doen a de Parkinson: um enfoque no autocuidado apoiado**”.

Nesta rodada do painel Delphi, estabeleceremos a validade de conte do, e voc  ser  solicitado a fornecer sua avalia o sobre o conjunto de itens listados que comp em a primeira vers o do protocolo. A sua colabora o ser  no sentido de verificar se o conte do do mesmo est  adequado para o atendimento da popula o com Parkinson.

Voc  precisar  de aproximadamente 40 minutos para preencher o question rio de valida o. Trata-se de um instrumento de f cil preenchimento na plataforma Google Forms®, por m extenso. A op o pelo “*google forms*” tem o intuito de facilitar o preenchimento dos dados.

As instru es detalhadas seguem em anexo juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Poder  aceitar formalmente a participa o nessa pesquisa por meio do link do “*google forms*” OU atrav s da assinatura digital do documento enviado em anexo.

Primeiramente gostar amos que fizesse a leitura do documento em anexo “**Vers o 1 - Protocolo de Consulta de Enfermagem para promo o do autocuidado apoiado na Doen a de Parkinson**”. Em seguida a leitura do documento em anexo “**Instru es ao especialista**”. E

por fim fazer o preenchimento do formulário de avaliação em formato de formulário do “*google forms*” cujo link de acesso segue abaixo.

Link para formulário e termo de consentimento:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdfY9qxCGMM8o9ePpMstQNRZGUOeU8P50Ubkrq6NCVlkgrm_w/viewform?usp=sf_link

Gostaríamos de contar com sua colaboração preenchendo o formulário de validação em um prazo de **10 dias (até 26/06/2022)**, para que possamos dar continuidade ao estudo.

Por se tratar de resultado de tese que ainda será defendida, pedimos que não divulgue o protocolo (parcial e/ou totalmente). Agradecemos antecipadamente por sua valiosa atenção e contribuição, e nos colocamos à disposição para qualquer esclarecimento.

Alcimar Marcelo do Couto - doutorando em Enfermagem

amarcelocouto@gmail.com

Sonia Maria Soares - orientadora

Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFMG

APÊNDICE D - FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS ESPECIALISTAS

Formulário para identificação e caracterização dos juízes especialistas - “Google forms”
1. Nome: (Apenas para possíveis contatos posteriores, o seu nome não será divulgado)
2. Idade:
3. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Prefere não responder
4. País onde atua profissionalmente: <input type="checkbox"/> Brasil <input type="checkbox"/> Outro
5. Se preencheu outros, favor citar o país:
6. Estado onde atua profissionalmente:
7. Cidade onde atua profissionalmente:
8. Titulação: <input type="checkbox"/> Especialista <input type="checkbox"/> Mestre <input type="checkbox"/> Doutor <input type="checkbox"/> Pós-doutor
9. Tempo de formação profissional (em anos):
10. Você possui experiência clínica nas áreas específicas (Doença de Parkinson, distúrbios do movimento, reabilitação/neurologia ou saúde do idoso): <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
11. Se respondeu sim no item anterior. Você possui experiência clínica em qual das áreas específicas? <input type="checkbox"/> Doença de Parkinson / Distúrbios do movimento <input type="checkbox"/> Reabilitação/neurologia <input type="checkbox"/> Gerontologia / saúde do idoso
12. Se respondeu sim no item: possui experiência clínica nas áreas específicas. Quantos anos?
13. Você possui experiência no ensino / projeto de extensão nas áreas específicas (Doença de Parkinson, distúrbios do movimento, reabilitação/neurologia ou gerontologia) ou no ensino da Sistematização da Assistência de Enfermagem: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
14. Se respondeu sim no item anterior. Você possui experiência no ensino/projeto de extensão em qual das áreas específicas? <input type="checkbox"/> Doença de Parkinson / Distúrbios do movimento <input type="checkbox"/> Reabilitação/neurologia <input type="checkbox"/> Gerontologia / saúde do idoso <input type="checkbox"/> Sistematização da Assistência de Enfermagem
15. Se respondeu sim no item: possui experiência no ensino / projeto de extensão nas áreas específicas. Quantos anos?
16. Você possui experiência em pesquisa nas áreas específicas (Doença de Parkinson, distúrbios do movimento, reabilitação/neurologia ou gerontologia) ou na Sistematização da Assistência de Enfermagem: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
17. Se respondeu sim no item anterior. Você possui experiência em pesquisa em qual das áreas específicas? <input type="checkbox"/> Doença de Parkinson / Distúrbios do movimento <input type="checkbox"/> Reabilitação/neurologia <input type="checkbox"/> Gerontologia / saúde do idoso <input type="checkbox"/> Sistematização da Assistência de Enfermagem
18. Se respondeu sim no item: possui experiência em pesquisa nas áreas específicas. Quantos anos?
19. Você participa(ou) de grupo de pesquisa nas áreas específicas (Doença de Parkinson, distúrbios do movimento, reabilitação/neurologia ou saúde do idoso/gerontologia) ou na Sistematização da Assistência de Enfermagem: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
20. Se respondeu sim no item anterior. Você participa(ou) de grupo de pesquisa em qual das áreas específicas? <input type="checkbox"/> Doença de Parkinson / Distúrbios do movimento <input type="checkbox"/> Reabilitação/neurologia <input type="checkbox"/> Gerontologia / saúde do idoso <input type="checkbox"/> Sistematização da Assistência de Enfermagem

21. Se respondeu sim no item: participa(ou) de grupo de pesquisa nas áreas específicas. Quantos anos?
22. Você possui experiência em validação de instrumentos na área da saúde ? () sim () não
23. Você possui experiência em validação de instrumentos nas áreas específicas (Doença de Parkinson, distúrbios do movimento, reabilitação/neurologia ou gerontologia) ou na Sistematização da Assistência de Enfermagem? () sim () não

Obrigado pela sua contribuição na Tese “**Construção e validação de conteúdo de protocolo de Consulta de Enfermagem na doença de Parkinson: um enfoque no autocuidado apoiado**”. Caso tenha atendido os critérios de inclusão e seleção de juízes especialistas, nos próximos dias você irá receber por e-mail um novo formulário “*google forms*”, juntamente com a versão 1 do protocolo de consulta de enfermagem para sua validação de conteúdo. Contamos com sua participação.

APÊNDICE E - CARTA DE INSTRUÇÕES AOS ESPECIALISTAS PARA PARTICIPAÇÃO NO PAINEL DELPHI: PRIMEIRA RODADA

Instruções aos Especialistas:

As informações do protocolo de consulta de Enfermagem para promoção do autocuidado apoiado na doença de Parkinson estão organizadas em seções que vão de I a V e cada seção está organizada em tópicos, seguidas das opções “concordo totalmente”, “concordo parcialmente” “não concordo nem discordo” “discordo parcialmente” e “discordo totalmente” para que, possa clicar. Ao final de cada tópico, foi reservado um espaço para sugestões e justificativas que **deve ser utilizado** caso tenha preenchido **discordo totalmente** ou **discordo parcialmente**.

Para a validação de conteúdo, estabeleceremos o grau de concordância entre os especialistas sobre o conteúdo de cada um dos componentes da versão do protocolo. Para estabelecê-lo, você deve escolher uma das cinco opções de resposta descritas:

1. **Concordo totalmente** que este item é relevante para compor o conteúdo do protocolo e está bem relatado.
2. **Concordo parcialmente** que este item é relevante para compor o conteúdo do protocolo e está bem relatado.
3. **Não concordo nem discordo** que este item é relevante para compor o conteúdo do protocolo e está bem relatado.
4. **Discordo parcialmente** que este item é relevante para compor o conteúdo do protocolo e está bem relatado.
5. **Discordo totalmente** que este item é relevante para compor o conteúdo do protocolo e está bem relatado.

Se você respondeu 4 ou 5, por favor, justifique sua resposta na seção de comentários e sugestões. Quaisquer outros comentários que você desejar fazer serão bem-vindos.

Agradecemos muito pela sua contribuição.

APÊNDICE F - FORMULÁRIO DE VALIDAÇÃO DO PROTOCOLO PELOS ESPECIALISTAS

Protocolo de Consulta de Enfermagem para promoção do autocuidado apoiado na doença de Parkinson (Versão 1) - Formulário de avaliação "Google forms"						
Tópico a ser avaliado	1. Concordo totalmente	2. Concordo parcialmente	3. Não concordo nem discordo	4. Discordo parcialmente	5. Discordo totalmente	Comentários e Sugestões de alteração
Título do protocolo. Este item é relevante para compor o conteúdo do protocolo e está bem relatado.						
Parte I: Âmbito e finalidade						
1.1 Contextualização. Este item é relevante para compor o conteúdo do protocolo e está bem relatado.						
1.2 Finalidade do protocolo. Este item é relevante para compor o conteúdo do protocolo e está bem relatado.						
1.3 A quem se destina. Este item é relevante para compor o conteúdo do protocolo e está bem relatado.						
1.4 Local. Este item é relevante para compor o conteúdo do protocolo e está bem relatado.						
1.5 Público-alvo. Este item é relevante para compor o conteúdo do protocolo e está bem relatado.						
1.6 Instruções gerais. Este item é relevante para compor o conteúdo do protocolo e está bem relatado.						

Tópico a ser avaliado	1. Concordo totalmente	2. Concordo parcialmente	3. Não concordo nem discordo	4. Discordo parcialmente	5. Discordo totalmente	Comentários e Sugestões de alteração
1.7 Fluxograma de acompanhamento da pessoa com Parkinson. Este item é relevante para compor o conteúdo do protocolo e está bem relatado.						
Parte II: Referencial Teórico						
2.1 Autocuidado Apoiado. Este item é relevante para compor o conteúdo do protocolo e está bem relatado.						
2.2 Processo de Enfermagem. Este item é relevante para compor o conteúdo do protocolo e está bem relatado.						
Parte III: Consulta de Enfermagem para promoção do autocuidado na Doença de Parkinson						
3.1 Primeira etapa do Processo de Enfermagem - Histórico de Enfermagem. Este item é relevante para compor o conteúdo do protocolo e está bem relatado.						
3.2 Segunda etapa do Processo de Enfermagem - Diagnóstico de Enfermagem. Este item é relevante para compor o conteúdo do protocolo e está bem relatado.						
3.3 Terceira etapa do Processo de Enfermagem - Planejamento de Enfermagem. Este item é relevante para compor o conteúdo do protocolo e está bem relatado.						

Tópico a ser avaliado	1. Concordo totalmente	2. Concordo parcialmente	3. Não concordo nem discordo	4. Discordo parcialmente	5. Discordo totalmente	Comentários e Sugestões de alteração
3.4 Quarta etapa do Processo de Enfermagem - Implementação. Este item é relevante para compor o conteúdo do protocolo e está bem relatado.						
3.5 Quinta etapa do Processo de Enfermagem - Avaliação de enfermagem. Este item é relevante para compor o conteúdo do protocolo e está bem relatado.						
3.6 Autocuidado Apoiado - Avaliação. Este item é relevante para compor o conteúdo do protocolo e está bem relatado.						
3.7 Autocuidado Apoiado - Acordo. Este item é relevante para compor o conteúdo do protocolo e está bem relatado.						
3.8 Autocuidado Apoiado - Aconselhamento. Este item é relevante para compor o conteúdo do protocolo e está bem relatado.						
3.9 Autocuidado Apoiado - Assistência. Este item é relevante para compor o conteúdo do protocolo e está bem relatado.						
3.10 Autocuidado Apoiado - Acompanhamento. Este item é relevante para compor o conteúdo do protocolo e está bem relatado.						
Parte IV: Apêndices						
4.1 Instrumento Histórico de Enfermagem						

Tópico a ser avaliado	1. Concordo totalmente	2. Concordo parcialmente	3. Não concordo nem discordo	4. Discordo parcialmente	5. Discordo totalmente	Comentários e Sugestões de alteração
4.1.1 Identificação. Este item é relevante para compor o conteúdo do protocolo e está bem relatado.						
4.1.2 Entrevista / exame físico - Condições Gerais. Este item é relevante para compor o conteúdo do protocolo e está bem relatado.						
4.1.3 Aplicação das escalas padronizadas. Este item é relevante para compor o conteúdo do protocolo e está bem relatado.						
4.1.4 Avaliação de sintomas motores, não motores e complicações - Sintomas motores. Este item é relevante para compor o conteúdo do protocolo e está bem relatado.						
4.1.5 Avaliação de sintomas motores, não motores e complicações - Sintomas não motores. Este item é relevante para compor o conteúdo do protocolo e está bem relatado.						
4.1.6 Avaliação de sintomas motores, não motores e complicações - Complicações da terapia. Este item é relevante para compor o conteúdo do protocolo e está bem relatado.						
4.1.7 Terapêutica Medicamentosa. Este item é relevante para compor o conteúdo do protocolo e está bem relatado.						

Tópico a ser avaliado	1. Concordo totalmente	2. Concordo parcialmente	3. Não concordo nem discordo	4. Discordo parcialmente	5. Discordo totalmente	Comentários e Sugestões de alteração
4.1.8 Terapêutica Não Medicamentosa. Este item é relevante para compor o conteúdo do protocolo e está bem relatado.						
4.1.9 Percepção/comunicação. Este item é relevante para compor o conteúdo do protocolo e está bem relatado.						
4.1.10 Integridade cutâneo-mucosa. Este item é relevante para compor o conteúdo do protocolo e está bem relatado.						
4.1.11 Sexualidade. Este item é relevante para compor o conteúdo do protocolo e está bem relatado.						
4.1.12 Lazer / atividade física / espiritualidade. Este item é relevante para compor o conteúdo do protocolo e está bem relatado.						
4.1.13 Avaliação da situação socio familiar. Este item é relevante para compor o conteúdo do protocolo e está bem relatado.						
4.1.14 Avaliação ambiental. Este item é relevante para compor o conteúdo do protocolo e está bem relatado.						
4.2 Diagnósticos de enfermagem de acordo com as definições e classificações da NANDA - I: 2021 - 2023. Este item é relevante para compor o conteúdo do protocolo e está bem relatado.						

Tópico a ser avaliado	1. Concordo totalmente	2. Concordo parcialmente	3. Não concordo nem discordo	4. Discordo parcialmente	5. Discordo totalmente	Comentários e Sugestões de alteração
4.3 Plano Individualizado de cuidados - registro profissional no prontuário. Este item é relevante para compor o conteúdo do protocolo e está bem relatado.						
4.4 Plano Individualizado de autocuidado apoiado - pessoa com Parkinson / parceiro de cuidados. Este item é relevante para compor o conteúdo do protocolo e está bem relatado.						
Parte V: Anexos						
Escala de Avaliação da Capacidade de Autocuidado (ASAS-R). Este item é relevante para compor o conteúdo do protocolo e está bem relatado.						
Escala de Estadiamento de Hoehn & Yahr Modificada. Este item é relevante para compor o conteúdo do protocolo e está bem relatado.						
Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF-20). Este item é relevante para compor o conteúdo do protocolo e está bem relatado.						
Escala de Katz (AVD's básica). Este item é relevante para compor o conteúdo do protocolo e está bem relatado.						
Escala de Lawton e Brody (AVD's instrumentais). Este item é relevante para compor o conteúdo do protocolo e está bem relatado.						

Tópico a ser avaliado	1. Concordo totalmente	2. Concordo parcialmente	3. Não concordo nem discordo	4. Discordo parcialmente	5. Discordo totalmente	Comentários e Sugestões de alteração
Avaliação cognitiva: Mini-exame do estado mental (MEEM). Este item é relevante para compor o conteúdo do protocolo e está bem relatado.						

APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO: PESQUISA METODOLÓGICA (JUIZES ESPECIALISTAS)

(Atendendo à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde)

Convidamos o(a) senhor(a) _____ a participar da pesquisa intitulada “**Efeito de intervenções de enfermagem na perspectiva do autocuidado apoiado em idosos com Doença de Parkinson: Ensaio Clínico Randomizado**” que tem como objetivo nesta etapa - **Construir instrumentos para a consulta de enfermagem aos idosos com Doença de Parkinson fundamentados no autocuidado apoiado; Realizar a validação de conteúdo dos instrumentos estabelecidos para nortear as ações dos profissionais enfermeiros no autocuidado apoiado aos idosos com Doença de Parkinson** - sob responsabilidade dos pesquisadores Alcimar Marcelo do Couto e Sônia Maria Soares.

Antes de obter seu consentimento, é importante que todas as informações a seguir sejam lidas com atenção e que todas as suas dúvidas sejam esclarecidas. Desde já agradecemos sua disponibilidade.

Resumo do projeto

Dentre as Doenças crônicas não transmissíveis com significativo impacto mundial encontra-se a Doença de Parkinson, uma afecção degenerativa do sistema nervoso central em crescente ascensão, altos custos sociais e econômicos, tornando-se, na atualidade, um grande desafio para os sistemas de saúde. Assim este estudo tem como objetivo geral avaliar o efeito de intervenções de enfermagem, na perspectiva do autocuidado apoiado, na funcionalidade e qualidade de vida de idosos com Doença de Parkinson e no manejo e controle da doença com adesão a ações de autocuidado.

Participação no estudo

O (a) Sr (a) não terá qualquer tipo de despesa para participar da pesquisa e não receberá remuneração por sua participação. O (a) Sr (a) poderá recusar-se a participar do estudo, em qualquer momento, sem quaisquer prejuízos. Caso lhe ocorra algum dano, haverá compensação material de suas despesas, se julgar necessário e em acordo com a resolução 466/2012.

Procedimentos

Caso concorde em participar do estudo, o (a) Sr (a) participará realizando a avaliação de instrumentos para a consulta de enfermagem, fundamentados no autocuidado apoiado, no sentido de verificar se o conteúdo do mesmo está adequado para o atendimento da população idosa com Doença de Parkinson. O tempo a ser dispensado será de aproximadamente 30 minutos, pois trata-se de um instrumento de fácil preenchimento na plataforma Google Forms®, porém extenso. As informações estão organizadas em seções, seguidas das opções “recomendo” e “não recomendo” para que, possa clicar. Ao final de cada seção, foi reservado um espaço para sugestões e justificativas que pode ser utilizado caso julgue necessário acrescentar.

Confidencialidade

Os dados coletados com a realização deste estudo serão utilizados apenas para fins científicos. Todas as informações obtidas serão tratadas com o máximo respeito. Haverá sigilo absoluto de nome e quaisquer outras informações que possam levar à identificação pessoal durante todo o processo de construção e divulgação do trabalho.

Riscos e desconfortos

Os riscos decorrentes da sua participação como especialista são mínimos, possivelmente relacionados ao tempo que será disponibilizado para analisar e opinar acerca da temática, ou por desconforto ou constrangimento na emissão de opinião em algum item, que será minimizado com a garantia do direito de recusar-se a responder às perguntas que ocasionem constrangimentos de qualquer natureza e o direito de se retirar do estudo a qualquer momento.

Benefícios

Quanto aos benefícios resultantes deste estudo, espera-se que a divulgação de seus resultados favoreça discussões e aprimoramento da atuação do enfermeiro na promoção do autocuidado de pacientes com Doença de Parkinson. A pesquisa poderá contribuir com o aprimoramento da assistência através do uso das práticas baseadas na melhor evidência e diminuir na variação de informações e condutas oferecidas pelos profissionais de saúde, na prestação de um cuidado mais integral aos pacientes com Doença de Parkinson.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo o senhor(a): recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa.

Caso o senhor(a) tenha mais dúvidas ou necessite maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços/telefones abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da UFMG, cujo endereço/telefone consta deste documento.

Consentimento

Declaro para os devidos fins que me considero satisfeito com as explicações dos pesquisadores e concordo em participar como voluntário (a) deste estudo.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida, assinada e entregue ao senhor(a). Além da assinatura nos campos específicos pelo pesquisador e pelo senhor(a), solicitamos que sejam rubricadas todas as folhas deste documento. Isto deve ser feito por ambos (pelo pesquisador e pelo senhor(a), como participante ou responsável pelo participante da pesquisa) de tal forma a garantir o acesso ao documento completo.

Eu,.....(nome por extenso do participante de pesquisa) declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pela Prof^a Dra. Sonia Maria Soares.

Data:.....

Assinatura do participante da pesquisa

Eu,.....(nome do pesquisador ou do membro da equipe que aplicou o TCLE), declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra nominado.

Data:.....

Assinatura do pesquisador

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com os pesquisadores, conforme o endereço abaixo:

Pesquisadores: Prof. Dra. Sonia Maria Soares, Escola de Enfermagem da UFMG, Av. Alfredo Balena, 190, sala 219, Santa Efigênia, Belo Horizonte - MG, CEP 30130-100, Tel. (31)

3409-9855. Email: smsoares.bhz@terra.com.br

Alcimar Marcelo do Couto, Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas da UFMG, Instituto Jenny Andrade de Faria, Avenida Álvaro Celso, 110, sala 122, Santa Efigênia, Belo Horizonte - MG, CEP 30130-100, Tel. (31) 99638-4620. Email: alcimar.couto@bol.com.br

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o COEP - UFMG - Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG, no endereço: Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005, Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG – Brasil. CEP: 31270 - 901, Tel: 34094592, E- mail: coep@prpq.ufmg.br



Anexos



ANEXO 1 – MODELO DE PLANO DE CUIDADOS DO SERVIÇO DE GERIATRIA



Universidade Federal de Minas Gerais
Hospital das Clínicas da UFMG
Núcleo de Geriatria e Gerontologia da UFMG
Instituto Jenny de Andrade Faria de Atenção à Saúde do Idoso



PLANO DE CUIDADOS PERSONALIZADO DO IDOSO

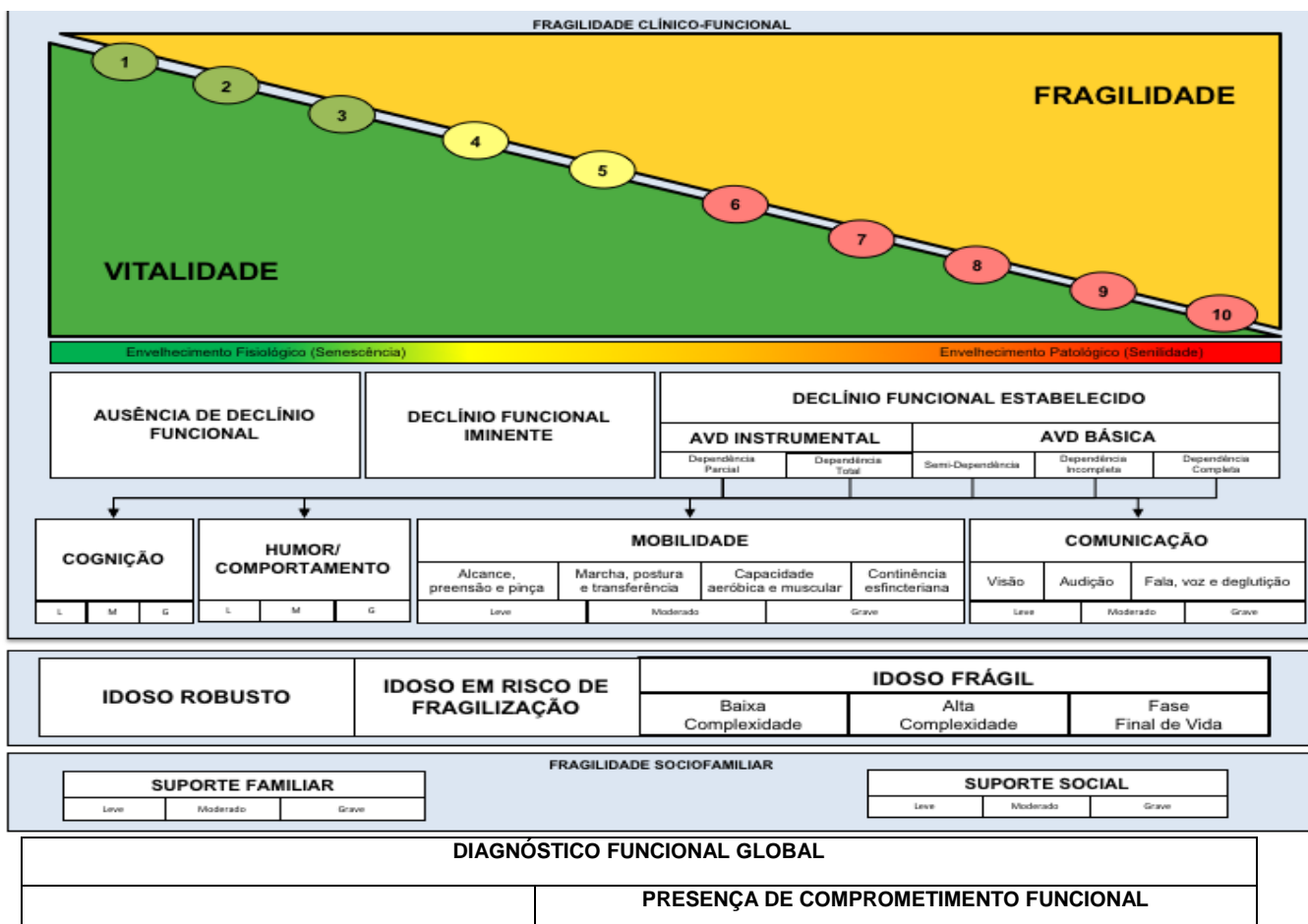


Nome:
Idade:
Escolaridade:
Endereço:
Centro de Saúde/Regional:
Data da consulta:

Sexo:
Data de Nascimento:
Cuidador:
Telefone:

DIAGNÓSTICO FUNCIONAL GLOBAL

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO FUNCIONAL-20 (www.ivcf20.com.br)																																								
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
BAIXA Vulnerabilidade Clínico-Funcional (0 a 6 pontos)						MODERADA Vulnerabilidade Clínico-Funcional (7 a 14 pontos)						ALTA Vulnerabilidade Clínico-Funcional (≥15 pontos)																												
Idade	Auto-Percepção da Saúde	AVD Instrumental	AVD Básica	Cognição	Humor	Mobilidade				Comunicação		Comorbidade Múltipla																												
						MMSS	Sarcopenia (Nutrição)	Marcha (Quedas)	Continência Esfincteriana	Visão	Audição	Polipatologia (≥ 5 doenças)	Polifarmácia (≥ 5 drogas/dia)	Internação Recente (≤ 6 meses)																										



FUNÇÕES		NÃO	SIM								
FUNCIONALIDADE GLOBAL	AVD Instrumental		Dependência parcial		Dependência completa						
	AVD Básica		Semi-Dependência		Dependência Incompleta	Dependência Completa					
SISTEMAS FUNCIONAIS PRINCIPAIS	COGNIÇÃO		Comprometimento Cognitivo Leve	Incapacidade Cognitiva							
	HUMOR/COMPORTAMENTO			Demência	Depressão	Delirium	Doença Mental				
	MOBILIDADE	Alcance / Preensão / Pinça									
		Postura/ Marcha/ Transferência			Instabilidade Postural	Imobilidade I II III IV V					
		Capacidade Aeróbica/Muscular			Vel.Marcha(4m):						
		Continência Urinária			Transitória Permanente Urgência Esforço Transbordamento Mista Funcional						
		Continência Fecal									
	COMUNICAÇÃO	Visão									
		Audição									
		Fala, voz e deglutição									
Sistemas Fisiológicos Principais		Saúde Bucal									
		Nutrição									
		Sono									
INTERAÇÃO FAMILIAR E SOCIAL		Lazer									
		Suporte Familiar			Leve	Moderado	Grave				
		Suporte Social			Leve	Moderado	Grave				
		Segurança Ambiental									
Escala Analógica-Visual de Fragilidade		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Classificação Clínico-Funcional do Idoso		Robusto	Risco de Fragilização	Frágil	Alta Complexidade	Baixa Complexidade	Fase Final de Vida				

DIAGNÓSTICO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE

1. Condições Crônicas de Saúde Incapacidades + Doenças + Fatores de Risco + Sintomas Inespecíficos + Passado

Mórbido

Funcionalidade:

Cognição:

Humor/comportamento:

Mobilidade:

Comunicação:

Comorbidades:

2. Condições Agudas de Saúde

3. Saúde Bucal

4. Nutrição

5. Sono

6. Crenças, preocupações, medos e expectativas do paciente sobre sua saúde

7. Lazer

8. Suporte Familiar

9. Suporte Social

10. Segurança Ambiental

COMPONENTES DA FRAGILIDADE SOCIOFAMILIAR		Sim	Não	
SUPORTE FAMILIAR	1. Morar sozinho.	2	0	
	2. Residente em ILPI.	4	0	
	3. Presença de companheiro ou cônjuge.	0	2	
	4. Viuvez recente, no último ano.	2	0	
	5. Você recebe visitas de familiares ou amigos com regularidade?	0	2	
	6. Presença de familiares ou amigos com disponibilidade para atendê-lo, em caso de necessidade <u>ou</u> presença de cuidador, familiar ou profissional, qualificado para a prestação do cuidado necessário.	0	6	
	7. Responsável pelo cuidado de pessoas dependentes na sua casa.	2	0	
		20		
SUPORTE SOCIAL	1. Analfabetismo.	2	0	
	2. Beneficiário do Benefício de Prestação Continuada (BPC).	4	0	
	3. Moradia própria.	0	2	
	4. Moradia em boas condições de organização e higiene.	0	4	
	5. Acesso à renda própria ou de familiares próximos suficiente para garantir a própria subsistência.	0	6	
	6. Relato de participação em alguma atividade extradomiliar ou comunitária ou rede social, como trabalho, família, igreja, grupo de convivência, etc.	0	2	
		20		
CRITÉRIO DE GRAVIDADE				
SUPORTE FAMILIAR <ul style="list-style-type: none"> • Ausente: 0 • Insuficiência de suporte familiar LEVE: 1 a 4 pontos • Insuficiência de suporte familiar MODERADA: 5 a 9 pontos • Insuficiência de suporte familiar GRAVE: \geq 10 pontos 		SUPORTE SOCIAL <ul style="list-style-type: none"> • Ausente: 0 • Insuficiência de suporte social LEVE: 1 a 4 pontos • Insuficiência de suporte social MODERADA: 5 a 9 pontos • Insuficiência de suporte social GRAVE: \geq 10 pontos 		

ESTIMATIVAS DE RISCO			
Função renal estimada (eTFG)	CKD-EPI: ____ ml/min		
	MDRD: ____ ml/min		
	Cockcroft-Gault: ____ ml/min		
IMC	kg/m ²		
Circunferência da panturrilha	cm		
Risco de Doença Cardiovascular Aterosclerótica em 10 anos	ASCVD (2013)	Risco de Doença Arterial Coronariana (Framingham)	Risco de AVC (Framingham)
FRAX (Fracture Risk Assessment) FRAX Brasil: www.shef.ac.uk/FRAX	Fratura maior* (%) / 10 anos		Fratura de quadril (%) / 10 anos

SUGESTÃO DE INTERVENÇÕES

PROPEDÊUTICA COMPLEMENTAR

AÇÕES CURATIVAS E/OU PALIATIVAS

Metas terapêuticas:

- **Prioridade 1** Intervenções capazes de reduzir o declínio funcional + Intervenções capazes de confortar o paciente e/ou família
- **Prioridade 2:** Intervenções curativas ou capazes de modificar a história natural das doenças, reduzindo o risco de declínio funcional
- **Prioridade 3:** Intervenções preventivas e direcionadas a fatores de risco

Justificativas para as mudanças

Marcar a(as) intervenção(ões) mais importantes para este paciente e sua família:	
Suspensão de intervenções diagnósticas e/ou terapêuticas inadequadas, com ênfase na desprescrição segura de medicamentos inapropriados	
Definição de metas terapêuticas individualizadas e compartilhadas com idoso e sua família, respeitando o estrato clínico-funcional do paciente	
Tratamento adequado de condições subdiagnósticas e subtratadas.	
Reabilitação	
Prevenção secundária, quando a expectativa de vida for suficientemente longa para o benefício esperado e não houver contraindicações para as intervenções medicamentosas, dietéticas ou mudanças do estilo de vida	
Prevenção primária, somente quando o idoso for robusto e a relação custo-benefício-risco for bastante satisfatória, devido a escassez de estudos de intervenção em idosos muito idosos e, principalmente, em idosos frágeis	

INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS

Tratamento Farmacológico Atual:

Medicamento / Nome comercial	Horário de administração e Intervalo	Via de uso	Dose / Quantidade	Orientações

Tratamento Farmacológico Proposto:

Medicamento / Nome comercial	Horário de administração e Intervalo	Via de uso	Dose / Quantidade	Orientações

Tratamento Não-Farmacológico Proposto

INTERVENÇÕES REABILITADORAS

O paciente apresenta potencial de reabilitação nas seguintes áreas:

()Reabilitação Cognitivo-Comportamental ()Reabilitação Física ()Reabilitação Sócio-Familiar ()Adaptação Ambiental

A reabilitação deverá ser feita por:

()Fisioterapia ()Terapia ocupacional ()Fonoaudiologia ()Psicologia ()Enfermagem ()Serviço social ()Odontologia
()Farmácia ()Nutrição

AÇÕES PREVENTIVAS/PROMOCIONAIS

ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS		SIM	NÃO	Observações	
DOENÇA CARDIOVASCULAR	Há indicação de anti-agregante plaquetário?				
	Há indicação de estatina?				
	Ultrassom abdominal para diagnóstico de aneurisma de aorta abdominal?				
IMUNIZAÇÃO	Anti-Influenza				
	Anti-Pneumocócica				
	Dupla Tipo Adulto				
	Anti-Amarílica				
	Anti-Zoster				
RASTREAMENTO DE CÂNCER	Cólon-retal	PSOF (3 amostras independentes)			
		Colonoscopia			
		Outros:			
	Mama (mamografia)				
	Colo de útero (Papanicolau)				
	Próstata (PSA)				
OSTEOPOROSE / FRATURA DE FRAGILIDADE	Há indicação para solicitação de densitometria óssea?				
	Há indicação de suplementação de vitamina D ₃ ?				
	Há indicação de suplementação de cálcio?				
	Há indicação para tratamento farmacológico da osteoporose?				
ACONSELHAMENTO <i>(Mudança de estilo de vida)</i>	Aconselhamento para ATIVIDADE FÍSICA				
	Aconselhamento para prevenção de QUEDAS				
	Aconselhamento para prevenção ou tratamento do TABAGISMO				
	Aconselhamento para prevenção ou tratamento do ALCOOLISMO				
	Aconselhamento nutricional para OBESIDADE/DISLIPIDEMIA				

IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE CUIDADOS PERSONALIZADO (PCP)

	SIM	NÃO	Justificativa
O paciente deverá ser encaminhado para GERIATRIA DE REFERÊNCIA?			
VIA SISREG			
Marcação imediata na GR do HC-UFMG			

O paciente deverá ser encaminhado para outras ESPECIALIDADES MÉDICAS?			
O paciente deverá ser acompanhado pelo NASF/REABILITAÇÃO?			
O paciente deverá ser avaliado pela SAÚDE BUCAL?			
O paciente deverá ser acompanhado pela ASSISTÊNCIA SOCIAL/SUAS?			
O paciente apresenta critérios para INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS?			

EQUIPE GERIÁTRICO-GERONTOLÓGICA RESPONSÁVEL PELO CASO

Médico:

Enfermeiro:

Contato:

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG

INSTITUTO JENNY DE ANDRADE FARIA: Alameda Álvaro Celso, 117 – Santa Efigênia

Fone: 3222-2227 / 3409-9038

E-mail: centromaisvidahc@gmail.com

Site: www.hc.ufmg.br/geriatria

ANEXO 2 - ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO FUNCIONAL (IVCF-20):

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL - 20					
MARCADORES DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL			Pontuação		
<ul style="list-style-type: none"> Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com o idoso. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador. 					
IDADE	21. Qual é a sua idade?	60 a 74 anos	0		
		75 a 84 anos	1		
		≥ 85 anos	3		
AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE	22. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:	Excelente, muito boa ou boa	0		
		Regular ou ruim	1		
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	AVD Instrumental Respostas positivas valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as três atividades de vida diária.	23. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? () Sim	4	Máximo 4 pts	
		() Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde	0		
		24. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? () Sim	4		
		() Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde	0		
		25. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve? () Sim	4		
		() Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde	0		
	AVD Básica Resposta positiva vale 6 pontos.	26. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho? () Sim	6		
		() Não	0		
			Sim		Não
COGNIÇÃO	27. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?	1	0		
	28. Este esquecimento está piorando nos últimos meses?	1	0		
	29. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?	2	0		
HUMOR	30. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?	2	0		
	31. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas?	2	0		
MOBILIDADE	Alcance, preensão e pinça	32. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro?	1	0	
		33. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos?	1	0	
	Capacidade aeróbica e /ou muscular	34. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none"> Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês () ; IMC menor que 22 kg/m² () ; Circunferência da panturrilha < 31 cm () ; Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos () . 	2	0	
		Marcha	35. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?	2	0
	36. Você teve duas ou mais quedas no último ano?		2	0	
Continência esfinteriana	37. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?	2	0		
	COMUNICAÇÃO	38. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? <ul style="list-style-type: none"> É permitido o uso de óculos ou lentes de contato 	2	0	
39. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? <ul style="list-style-type: none"> É permitido o uso de aparelhos de audição 		2	0		
COMORBIDADES MÚLTIPLAS	40. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none"> Cinco ou mais doenças crônicas; Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia; Interação recente, nos últimos 6 meses. 	4	0		
Pontuação Final			40 pontos		

ANEXO 3 - ESCALA DE ESTADIAMENTO DE HOEHN E YAHR (HY):

Escala de Estadiamento de Hoehn e Yahr	
Estágio 1	Doença unilateral.
Estágio 2	Doença bilateral sem comprometer o equilíbrio.
Estágio 3	Doença bilateral de leve a moderada; alguma instabilidade postural; fisicamente independente.
Estágio 4	Incapacidade grave; ainda capaz de andar e ficar ereto sem ajuda.
Estágio 5	Confinado à cama ou cadeira de rodas a não ser que receba ajuda.

Fonte: Hoehn; Yahr, 1967

Os indivíduos classificados nos estágios de 1 e 2 apresentam incapacidade leve, no estágio 3 apresenta incapacidade moderada, enquanto os que estão nos estágios 4 e 5 apresentam incapacidade grave.

ANEXO 4 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Efeito de intervenções de enfermagem na perspectiva do autocuidado apoiado em idosos com Doença de Parkinson: Ensaio Clínico Randomizado

Pesquisador: Sônia Maria Soares

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 27403019.0.0000.5149

Instituição Proponente: Universidade Federal de Minas Gerais

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.294.594

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa e quantitativa, da grande área de Ciências da Saúde envolvendo idosos com doença de Parkinson. A doença de Parkinson é uma afecção degenerativa do sistema nervoso central, com significativas taxas de morbimortalidade, alto custo social e econômico, que devido as suas características, demanda além do tratamento medicamentoso a adoção de ações de autocuidado. A pesquisadora e o pesquisador avaliam que há uma lacuna de estudos sobre a efetividade das intervenções de enfermagem, consulta de enfermagem e ou monitoramento eletrônico, voltadas para o cuidado e reabilitação das pessoas com Doença de Parkinson. O estudo se orienta pela seguinte pergunta: Uma intervenção, composta pela Consulta de Enfermagem aliada ao monitoramento telefônico, com aporte teórico no autocuidado apoiado, pode influenciar positivamente na adesão a ações de autocuidado e no manejo da Doença de Parkinson? Sua hipótese afirma: O estudo de intervenção está estruturado com as hipóteses a seguir:• Hipótese nula (H0): O sujeito que participará do grupo experimental não apresentará diferença significativa na adesão a ações de autocuidado, na funcionalidade e qualidade de vida quando comparado ao sujeito do grupo controle. • Hipótese alternativa (H1): O sujeito que participará do grupo experimental apresentará diferença significativa na adesão a ações de autocuidado, na funcionalidade e qualidade de vida quando comparado ao sujeito do grupo controle. Os critérios para inclusão no estudo ter 50 anos ou mais, com diagnóstico confirmado de Doença de Parkinson, cadastrados no Centro de Referência à Saúde do Idoso de

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.294.594

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_correcoes_para_CEP.pdf	16/08/2020 11:42:51	Sônia Maria Soares	Aceito
Outros	Carta_resposta_CEP_novoparecer.pdf	16/08/2020 11:40:57	Sônia Maria Soares	Aceito
Outros	ParecerCamaraTecnicaDepartamental.pdf	17/12/2019 10:09:24	Sônia Maria Soares	Aceito
Outros	ParecerGEPHCAlcimar.pdf	17/12/2019 10:07:05	Sônia Maria Soares	Aceito
Orçamento	Projeto_de_pesquisa_orcamento.pdf	17/07/2019 17:17:15	Sônia Maria Soares	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_Anuencia_servico_neurologia.pdf	17/07/2019 17:09:05	Sônia Maria Soares	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_Anuencia_Ambulatorio_de_Geriatria.pdf	17/07/2019 17:04:00	Sônia Maria Soares	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_plataforma_Brasil_digitalizada.pdf	17/07/2019 17:00:45	Sônia Maria Soares	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 23 de Setembro de 2020

Assinado por:

Crissia Carem Paiva Fontainha
(Coordenador(a))