

Rafaela Baptista

**CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS IDOSOS COM DOENÇA DE
PARKINSON**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Angela Maria Alvarez

Florianópolis

2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Baptista, Rafaela

Condições de saúde dos idosos com doença de Parkinson /
Rafaela Baptista ; orientadora, Angela Maria Alvarez -
Florianópolis, SC, 2015.

119 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. I. Alvarez, Angela Maria . II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem. III. Título.

RAFAELA BAPTISTA

**CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS IDOSOS COM DOENÇA
DE PARKINSON**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

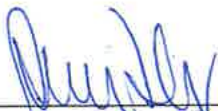
MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 20 de fevereiro de 2015, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, Cuidado em Saúde e Enfermagem.



Dr.^a Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

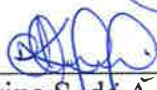
Banca Examinadora:



Dr.^a Angela Maria Alvarez
Presidente



Dr.^a Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva
Membro (titular)



Dr.^a Karina S. de A. Hammerschmidt
Membro (Titular)



Dr.^a Jordelina Schier
Membro (Titular)

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a **Deus**, pelo privilégio de viver com fé, alegria e saúde. Agradeço a Deus por sempre ter me sustentado, proporcionando ânimo e inspiração para seguir em frente.

Aos meus pais, **Beatriz e Sidney**, que sempre me apoiaram e me incentivaram a crescer profissionalmente e pessoalmente. Porque, sem esse alicerce, nada teria sido possível. Amo vocês.

À minha irmã, **Anna Claudia**, por escutar minhas inquietações, me animar e me incentivar a prosseguir. Te amo.

À minha orientadora, **Professora Dra. Angela Maria Alvavez**, por acreditar nos meus objetivos, pelo acolhimento e cuidado; e por todos os ensinamentos compartilhados ao longo deste período.

À professora **Silvia Nassar**, pelos ensinamentos e apoio nas análises estatísticas.

À **APASC** (Associação Parkinson Santa Catarina) pelo apoio e confiança.

Aos **Idosos**, que me receberam e se dispuseram a colaborar com esta pesquisa.

Ao **GESPI** (Grupo de Estudos sobre o Cuidado da Saúde Integral de Pessoas Idosas) pelo convívio e aprendizado. Em especial às amigas **Simony Nunes e Rafaela Valcarengui**, pelo auxílio, força, incentivo e amizade neste período.

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa e de corte transversal, com análise descritiva e exploratória dos dados, que foi realizada com 50 pessoas idosas com doença de Parkinson integrantes da Associação Parkinson Santa Catarina. Teve como objetivo: conhecer as condições de saúde em relação ao grau de comprometimento causado pela doença, a capacidade funcional, ao estado cognitivo e ao risco de quedas em idosos com doença de Parkinson desse grupo. A coleta de dados foi realizada em agosto e setembro de 2014, sendo iniciada somente após aprovação do projeto no comitê de ética em pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Santa Catarina. Na coleta de dados foram realizados os seguintes passos: agendamento da visita para coleta de dados no domicílio por meio de contato telefônico; apresentação do pesquisador/coletador de dados; explicado os objetivos da pesquisa ao sujeito de pesquisa; explicado o TCLE para cada sujeito e para o familiar/cuidador presente no momento da visita para posteriormente ser assinado. Na seqüência foi aplicado o questionário sociodemográfico que continha variáveis que permitiram identificar: sexo, idade, nível de escolaridade e estado civil. No que diz respeito à doença de Parkinson foi aplicado um questionário sobre o histórico de saúde perguntando o tempo de diagnóstico, as comorbidades e as medicações utilizadas; aplicado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) para verificar o estado cognitivo; aplicada a escala de Hoehn e Yahr para verificar o grau de incapacidade causado pela doença; aplicada a medida de independência funcional (MIF) para verificar a capacidade funcional; aplicado o questionário para o risco de quedas para verificar o risco de quedas. Entre os idosos investigados, a média de idade foi de 71,6 anos sendo predominantemente casados, do sexo feminino, onde maior parte tinha o ensino fundamental. Entre os níveis de incapacidade provocados pela doença de Parkinson, identificou-se que 50% dos idosos apresentou comprometimento leve, 32% comprometimento moderado e 18% comprometimento grave causado pela doença de Parkinson. Os resultados demonstraram que 34% dos idosos apresentaram déficit cognitivo atestado pelo MEEM, sendo que 17 deles apresentaram déficit cognitivo leve e apenas 01 idoso apresentou comprometimento moderado. Observou-se que todos os pacientes com incapacidade grave apresentaram risco de quedas, já os pacientes com incapacidade leve obtiveram risco de quedas em 76% dos casos. Referente ao grau de independência medido pela Medida de Independência Funcional constatou-se que 58% apresentaram

independência completa ou modificada, 32% dependência modificada em até 25% das tarefas, e apenas 10% da amostra apresentou dependência modificada em até 50% das tarefas. Das patologias referidas pelos idosos, as que mais apareceram foram: em primeiro lugar a hipertensão presente em 42% dos casos. Depois, a depressão e a incontinência urinária foram na seqüência os dois diagnósticos mais referidos pelos idosos, representando consecutivamente, 40% dos casos para cada patologia. Referente ao uso de fármacos encontrou-se o seguinte parâmetro: 50% utilizavam de um a cinco medicamentos, 38% faziam uso de seis a 10 medicamentos e apenas 12% da amostra usavam mais de 10 tipos de medicamentos. Na avaliação das drogas usadas para o controle e manutenção da doença de Parkinson, encontrou-se a seguinte realidade: dos 50 participantes da pesquisa, 42% utilizavam um único fármaco, 34% usavam duas drogas antiparkinsoniana distintas e apenas 24% dos pacientes faziam uso de três medicamentos ou mais para a doença de Parkinson. A droga antiparkinsoniana que mais apareceu foi o medicamento que associa a levodopa + cloridrato de benserazida, que estava presente em 96% dos casos. E a segunda droga mais comum entre os idosos foi o pramipexol, em 42% dos casos. Concluiu-se que a doença de Parkinson por ser uma doença neurodegenerativa apresenta comprometimento não somente físico, mas também cognitivo. Constatou-se que a amostra deste estudo apresenta graus mais leves de comprometimento causados pela doença de Parkinson, menos déficit cognitivo medido pelo Mini Exame do Estado Mental e menor dependência segundo a medida de independência funcional, o que foi associado ao fato de serem idosos fisicamente e socialmente ativos; engajados em atividade extra domicílio, como por exemplo, as atividades socioeducativas, de apoio e fisicomotoras oferecidas e estimuladas pela Associação Parkinson Santa Catarina.

Palavras -Chave: Idoso; doença de Parkinson, enfermagem, avaliação geriátrica.

ABSTRACT

It is a quantitative cross-sectional research, which has descriptive and exploratory data analysis on which 50 elderly having Parkinson's disease, members of the "Associação Parkinson Santa Catarina", participated. Its aim is to know their health condition considering the harm level caused by the disease, their functional capacity, the cognitive state and the risk of falls that the Parkinson's disease elderly group takes. The data was collected in August and September of 2014, starting only after the project approval on the ethics committee of human researches at the Universidade Federal de Santa Catarina. During the data collection some steps were made: phone calls were made to schedule a visit at their place in order to collect data; the researcher/data collector introduced herself; the objective of the research was explained to the researched person; the statement of Informed Consent (IC) was explained for each patient and for his or her family/patient companion at the moment of the visit, so that it could be signed after. Then a sociodemographic questionnaire having questions that would help identifying the gender, age, school level and civil state was applied. About the Parkinson disease, it was applied a questionnaire about the patient's health historic, asking the diagnosis length, comorbidities and the medicines taken; it was applied the Mini Mental State Examination (MMSE) in order to verify their cognitive state, it was also applied the Hoehn and Yahr scale in order to verify the incapacity degree caused by the disease, then it was applied the Functional Independency Measure scale (MIF) in order to verify their functional capacity, finally it was applied a questionnaire to verify their risk of falls. The elderly researched were about 71,6 years old, most of them were married, female and had finished the middle school level. Among the incapacity levels induced by the Parkinson disease, it was possible to identify that 50% of the elderly have shown mild harm, 32% have shown moderated harm and 18% have shown serious harm caused by the Parkinson disease. According to the MMSE results, 34% of the elderly have gotten cognitive deficits. Among them, 17 have shown mild cognitive deficits and only 01 elderly has shown moderated harm. It was possible to notice that all the serious incapacity patients showed risks of fall; meanwhile the mild incapacity patients showed risks of falling on 76% of the cases. According to the Functional Independency Measure, 58% of the elderly have shown complete or modified independency, 32% have shown modified independency on about 25% of their tasks, and only 10% of them have shown modified dependency on about 50% of their tasks.

Among the diseases mentioned by the elderly, the most common was: hypertension, on 42% of the cases. Then, depression and urinary incontinence were also common, about 40% of the cases for each disease. About the usage of medicine, 50% would take from one to five kinds of medicine, 38% would take from six to ten kinds of medicine and only 12% would take more than 10 kinds of medicine. On the evaluation of the medications taken to control and care the Parkinson disease, among the 50 participants of the research, 42% would take only one medicine, 34% would take two different antiparkinsonian medicines and only 24% of the patients would take three or more medicines to treat the Parkinson disease. The antiparkinsonian medication most seen is the levodopa+benserazide hydrochloride one, seen on 96% of the cases. The second most common medication used by the elderly was the pramipexole, on 42% of the cases. Concluding, the Parkinson disease, for being a neurodegenerative disease, brings not only physical problems, but also cognitive problems. It was possible to see that this research shows mild levels of complications caused by the Parkinson disease, less cognitive deficits measured by the Mini Mental State Examination, and less dependence according to the functional independency measure, which was associated to the fact of being physically and socially active elderly, who are in extra activities, like the socio-educational activities, or the support and physical motor activities offered and encouraged by the “Associação Parkinson Santa Catarina”, for example.

Key Words: Elderly, Parkinson disease, nursing, Geriatric Evaluation.

RESUMEN

Esta investigación tiene como objetivo conocer las condiciones de salud en relación al grado de deterioro causado por la enfermedad de Parkinson en 50 ancianos integrantes de la Asociación Parkinson Santa Catarina. Se trata de un estudio cuantitativo y de corte transversal con análisis descriptivo y exploratorio de datos que tiene como propósito conocer la capacidad funcional al estado cognitivo y al riesgo de caídas en ancianos con enfermedad de Parkinson del mencionado grupo. La recolección de datos se ha realizado entre agosto y septiembre de 2014 tras la aprobación del proyecto en el Comité de Ética en investigación con seres humanos de la Universidade Federal de Santa Catarina. La metodología utilizada fue la siguiente: (i) contacto telefónico para agendar una cita; (ii) presentación del investigador; (iii) explicación de los objetivos de la investigación a los participantes y del TCLE para la familia/cuidador presente en el momento de la visita para que fuera firmado posteriormente; (iv) aplicación de un cuestionario sociodemográfico que permite identificar sexo, edad, nivel de educación y estado civil; (v) aplicación de un cuestionario para identificar el histórico de salud incluyendo el tiempo de diagnóstico, comorbilidades y medicamentos utilizados; (vi) aplicación del Mini Examen Mental (MEEM) para verificar el estado cognitivo; (vii) aplicación de la escala de Hoenh y Yahr para verificar el grado de incapacidad causado por la enfermedad; (viii) aplicación de la medida de independencia funcional (MIF) para verificar la capacidad funcional; (ix) aplicación de un cuestionario para verificar el riesgo de caídas. Entre los ancianos investigados la edad media ha sido de 71,6 años, predominantemente casados, del sexo femenino y con nivel de educación básico. Entre los niveles de incapacidad provocados por la enfermedad de Parkinson se ha identificado un 50% de ancianos que ha presentado deterioro leve, un 32% deterioro medio y un 18% deterioro grave. Los resultados han demostrado que el 34% de los ancianos presentaron déficit cognitivo atestado por el MEEM, y de este total 17 de ellos han presentado déficit cognitivo leve y solamente 1 anciano ha presentado deterioro medio. Se ha observado que todos los pacientes con incapacidad grave presentaron riesgo de caídas, ya los pacientes con incapacidad leve obtuvieron riesgo de caídas en un 76% de los casos. Referente al grado de independencia con base en la Medida de Independencia Funcional se constató que un 58% presentaron independencia completa o modificada, un 32% de dependencia modificada en hasta un 25% de las tareas, y solamente un 10% de muestra presentó dependencia modificada en hasta un 50% de

las tareas. De las patologías referidas por los ancianos, las que más han surgido son: en primer lugar la hipertensión presente en un 42% de los casos, seguido de la depresión e incontinencia urinaria representando un 40% de los casos para cada patología. Referente al uso de medicamento se ha encontrado el siguiente parámetro: un 50% utilizan de uno a cinco medicamentos, un 38% utilizan de seis a diez medicamentos y solamente un 12% de la muestra utilizan más de diez tipos de medicamentos. En la evaluación de las drogas utilizadas para el control y mantenimiento de la enfermedad de Parkinson se ha encontrado la siguiente realidad: de los 50 participantes de la investigación, un 42% utiliza un único medicamento, un 34% utiliza dos medicamentos antiparkinsonianos distintos y solamente un 24% de los pacientes utilizan tres o más medicamentos. El medicamento antiparkinsoniano más utilizado es el que asocia la levodopa + clorhidrato de benserazida que estaba presente en un 96% de los casos. El segundo medicamento más común utilizado por los ancianos es el pramipexol en un 42% de los casos. Se concluyó que el Parkinson por ser una enfermedad neurodegenerativa presenta deterioro no solamente físico, sino también cognitivo. Se constató que la muestra de este estudio presenta grados más leves de deterioro causados por la enfermedad de Parkinson, menos déficit cognitivo medido por el Mini Examen de Estado Mental y menor dependencia según la medida de independencia funcional, que fue asociado al hecho de que son ancianos físicamente y socialmente activos; involucrados en actividad fuera del hogar, como por ejemplo, actividades socioeducativas, de apoyo y físicas ofrecidas y estimuladas por la Asociación Parkinson Santa Catarina.

Palabras clave: anciano; enfermedad de Parkinson, enfermería, evaluación geriátrica.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

MANUSCRITO 1

Figura 1 - Distribuição por sexo.....	58
Figura 2 - Estado Civil dos Idosos com doença de Parkinson.....	58
Figura 3 – Nível de Escolaridade dos Idosos com Doença de Parkinson	59
Figura 4 – Tempo de diagnóstico de Idosos com doença de Parkinson	59

MANUSCRITO 2

Figura 1 – Tempo de diagnóstico de pessoas idosas com doença de Parkinson.....	77
Figura 2 – Comprometimento causado pela doença de Parkinson medido através da escala de Hoehn e Yahr.	78
Figura 3 – Número de comorbidades referidas pelas pessoas idosas com doença de Parkinson.....	78
Figura 4 – Comorbidades que foram referidas pelas pessoas idosas com doença de Parkinson com mais frequência.....	79
Figura 5 – Número de medicamentos utilizados pelas pessoas idosas com doença de Parkinson.....	80
Figura 6 – Medicamentos utilizados com maior frequência pelas pessoas idosas com doença de Parkinson.....	80
Figura 7 – Medida de Independência Funcional de pessoas idosas com doença de Parkinson.....	81

LISTA DE TABELAS

MANUSCRITO 1

Tabela 1 - Faixa Etária dos idosos com doença de Parkinson.....	58
Tabela 2 - Nível de Incapacidade de Hoehn e Yahr	60
Tabela 3 - Déficit Cognitivo em idosos com doença de Parkinson	61

MANUSCRITO 2

Tabela 1 – Dimensões de Independência Funcional <i>versus</i> Faixa Etária	82
Tabela 2 – Dimensões de Independência Funcional <i>versus</i> escala de Hoehn e Yahr	82

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Associação Brasil Parkinson
APASC	Associação Parkinson Santa Catarina
AVD	Atividades da Vida Diária
DAC	Doenças do Aparelho Circulatório
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DP	Doença de Parkinson
GESPI	Grupo de Estudos sobre Cuidado à Saúde de Pessoas Idosas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEEM	Miniexame do Estado Mental
MIF	Medida da Independência Funcional
NETI	Núcleo de Estudos da Terceira Idade
NUCRON	Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condições Crônicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PPV	Palidotomia Pósterio-Ventral
REM	<i>Rapid Eye Movement</i> – Movimentos Oculares Rápidos
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TVL	Talamotomia Ventro-Lateral
UDESC	Universidade Estadual de Santa Catarina
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNISUL	Universidade do Sul de Santa Catarina

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
2 OBJETIVOS	27
2.1 OBJETIVO GERAL	27
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA	29
3.1 A DOENÇA DE PARKINSON	29
3.2 GRAU DE COMPROMETIMENTO CAUSADO PELA DOENÇA DE PARKINSON	32
3.3 CAPACIDADE FUNCIONAL DO IDOSO COM DOENÇA DE PARKINSON	34
3.4 A FUNÇÃO COGNITIVA NO INDIVÍDUO COM DOENÇA DE PARKINSON	36
3.5 AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS NOS INDIVÍDUOS COM DOENÇA DE PARKINSON	38
4 METODOLOGIA	41
4.1 TIPO DE ESTUDO	41
4.2 LOCAL DA PESQUISA	41
4.3 AMOSTRA	43
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	43
4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	43
4.6 VARIÁVEIS	44
4.6.1 Variáveis sociodemográficas	44
4.6.2 Variáveis referentes à doença de Parkinson	44
4.7 COLETA DE DADOS	46
4.8 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	47
4.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	48
5 RESULTADOS.....	51
5.1 MANUSCRITO 1: CONDIÇÃO DE SAÚDE DE IDOSOS COM DOENÇA DE PARKINSON	51
5.2 MANUSCRITO 2: CAPACIDADE FUNCIONAL DE PESSOAS IDOSAS COM DOENÇA DE PARKINSON	71
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	93
REFERÊNCIAS	95

APENDICE A - AUTORIZAÇÃO PARA DESENVOLVER PESQUISA EM PACIENTES DA ASSOCIAÇÃO PARKINSON DE SANTA CATARINA (APASC).....	103
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	105
APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E REFERENTE A DOENÇA DE PARKINSON.....	109
ANEXO A - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL.....	111
ANEXO B - ESCALA DE ESTÁGIO DE INCAPACIDADE DE HOENH E YAHR	113
ANEXO C - MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF)	115
ANEXO D - QUESTIONÁRIO PARA O RISCO DE QUEDAS..	117

1 INTRODUÇÃO

Nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, a tendência das últimas décadas tem sido a diminuição das populações com características mais jovens e o aumento do contingente de adultos e idosos. O que explica essa transição populacional são mudanças nas taxas de natalidade e de mortalidade, que ocorrem devido a avanços sociais que possibilitaram melhores condições de vida da população em geral. Essas melhorias estão relacionadas principalmente ao saneamento básico, alimentação, acesso aos cuidados de saúde, condições habitacionais e acesso à educação; juntamente a essa transformação tem-se o desenvolvimento científico e tecnológico da medicina, que atualmente disponibiliza recursos para realização de diagnósticos mais precoces, de modo a prevenir doenças, curar e tratar agravos crônicos e agudos. Dessa maneira, as taxas de mortalidade caem e conseqüentemente aumenta a expectativa de vida da população. (BRASIL, 2006b)

A rápida transição demográfica observada no Brasil da metade do século passado em diante se evidencia pelos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que realizou o Censo Demográfico de 2010 e no qual os idosos eram representados por 10,79% da população total do Brasil. Esse mesmo instituto estima que em 2020 esse percentual possa atingir 13%, e, em 2050, 20% da população deverá ser de pessoas idosas, o que significa que, em meados deste século o número de idosos será, provavelmente, superior ao de jovens abaixo de 15 anos. A Região Sul já supera a média nacional em representação de idosos na população, pois, segundo o Censo Demográfico de 2010, 12% da população é composta por pessoas com 60 anos ou mais. (IBGE, 2010)

Diante disso, a sociedade necessita se estruturar para enfrentar essa realidade, uma vez que o processo de envelhecimento está cada vez mais presente, sendo necessários planejamento e acomodações, principalmente quando se remete ao sistema de saúde, que deve estar estruturado e funcionando para atender a essa demanda, além dos profissionais de saúde, que precisam estar capacitados para prestar um serviço de qualidade a essa população. Por outro lado as famílias também estão se reestruturando, pois, na sua grande maioria, têm pelo menos um membro idoso, o que exige delas alguma forma de organização (CAMARANO; KANSO, 2011).

Políticas sociais e de saúde foram pensadas em nosso país, pois uma demanda aumentada por atenção à saúde das pessoas idosas já é

uma realidade tangível. O Ministério da Saúde vem desenvolvendo estratégias para melhorar a atenção à pessoa idosa. O Pacto pela Saúde 2006, publicado pela Portaria/GM n. 399 em 22 de fevereiro de 2006, está dividido em três dimensões: pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Uma das prioridades pactuadas no Pacto pela Vida foi a saúde do idoso, implantando algumas diretrizes como: promoção do envelhecimento ativo e saudável, atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa, implantação de serviços de atenção domiciliar, formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa, divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, apoio e incentivo ao desenvolvimento de estudos e pesquisas na área do idoso (BRASIL, 2006c).

Mesmo que o envelhecimento humano possa ser considerado algo natural, fisiológico, que deve ser comemorado pela sociedade e desfrutado pelas pessoas, é também motivo de preocupação com o surgimento das questões patológicas próprias do envelhecimento. Ou seja, em muitos casos o processo de envelhecimento está ligado ao aparecimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), as quais podem contribuir para o aumento do risco de dependência física, emocional e social, gerando prejuízos severos na qualidade de vida do idoso. (BRASIL, 2006b)

Em 2008, as DCNTs corresponderam a 63% dos óbitos no mundo. Aproximadamente 80% das mortes por DCNTs acontecem em países de baixa e média renda. As DCNTs responsáveis pela maioria dos óbitos são: doenças do aparelho circulatório (DACs), câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas. Já no Brasil as DCNTs correspondem a 72% das causas de morte, representando um problema de saúde de grande magnitude. Em 2007, a taxa de mortalidade por DCNTs no Brasil foi de 540 óbitos por 100 mil habitantes, porém observou-se uma redução de 20% nessa taxa na última década. (BRASIL, 2011)

Dentre as doenças crônicas não transmissíveis pode-se citar a doença de Parkinson, a qual é uma doença neurodegenerativa e progressiva e apresenta prevalência crescente com o envelhecimento, ou seja, aos 60 anos a prevalência é de 1% e sobe para 4% na população acima de 80 anos. É conceituada como a segunda doença neurodegenerativa progressiva crônica mais comum no mundo, e caracterizada pela perda de neurônios dopaminérgicos das regiões cerebrais nigrostriatais (MENESES; TEIVE, 2003).

As manifestações motoras clássicas da DP são tremor de repouso, rigidez muscular, acinesia e modificações de postura e equilíbrio. Na

maioria das vezes, os sintomas começam de modo unilateral e, com a evolução da doença, adicionam-se manifestações contralaterais. É uma doença com envolvimento predominantemente motor e, em alguns casos, pode levar a uma incapacidade física significativa. O avanço da doença desencadeia aumento das limitações para desenvolver as atividades da vida diária (AVDs), tornando o indivíduo mais dependente (CAROD-ARTAL; VARGAS; MARTINEZ-MARTIN, 2007). Porém, além das manifestações motoras existem os sinais e sintomas não motores, entre eles pode-se citar o estado depressivo, que vem sendo cada vez estudado pelos pesquisadores. Segundo Nakabayashi et al. (2008) as taxas de prevalência de depressão nos pacientes com Doença de Parkinson variaram de um estudo para o outro, mas de um modo geral as taxas foram bem elevadas em estudo realizados pelo grupo. Isso mostra uma relação entre a Doença de Parkinson e o desenvolvimento da depressão. E enfatiza a importância do olhar para essa temática quando assistimos um indivíduo com essa patologia. Outro estudo realizou comparação entre um grupo de pacientes geriátricos não parkinsonianos com um grupo de idosos parkinsonianos e evidenciou, através da aplicação da Escala de Depressão de Hamilton e do Inventário de Depressão de Beck, que os pacientes com Doença de Parkinson têm frequência e intensidade de depressão maior que os pacientes sem a doença. A depressão foi encontrada em 42% dos pacientes com DP e 10% nos pacientes geriátricos sem DP. (VEIGA et al., 2009)

Conforme Navarro-Peternella e Marcon (2012) o impacto da descoberta da doença crônica gera inúmeras reações e expectativas, revelando uma diversidade de sentimentos e comportamentos, uma vez que o indivíduo descobre ter uma doença incurável e que o acompanhará em suas relações e no seu cotidiano. Por isso, o gerenciamento de doenças crônicas em meio a condições desfavoráveis constitui-se em um dos desafios do envelhecimento humano. Entretanto, estudos que envolvam a enfermagem em situações de doenças crônico-degenerativas se traduzem em manutenção da qualidade de vida e melhora da assistência a esses pacientes.

Diante disso, pode-se citar a Associação Parkinson Santa Catarina (APASC), como um tipo de organização de apoio a esses indivíduos e as suas famílias. A APASC foi criada legalmente em 2004, é uma associação cível sem fins lucrativos, e juntamente com a Universidade Federal de Santa Catarina desenvolve diversas atividades na área multiprofissional, envolvendo profissionais da enfermagem, educação física, fisioterapia, serviço social, fonoaudiologia, medicina,

entre outros, com intuito de proporcionar melhora no cotidiano desses indivíduos, buscando inseri-los na sociedade. (APASC, 2014)

O que me moveu a realizar esse trabalho foi toda a minha trajetória desde a graduação, onde já fui bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) no Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condições Crônicas (NUCRON-UFSC) e depois participei como bolsista de extensão do Grupo de Ajuda Mútua a Pessoas com doença de Parkinson e seus familiares. Essa aproximação com as doenças crônicas e a vivência com a pessoa idosa me fizeram refletir sobre qual a real condição de saúde desses pacientes, pois sabe-se que para prestar um cuidado de enfermagem de excelência necessita-se conhecer minuciosamente o cliente, conhecer suas fragilidades e potencialidades, para torná-lo o mais independente possível.

Fica evidente que a doença de Parkinson, como uma patologia que atinge principalmente pessoas idosas, vem sendo diagnosticada cada vez mais, tanto no Brasil como no mundo. Portanto há necessidade de cuidados específicos a pessoas com doença de Parkinson, já que a doença incapacita o indivíduo fisicamente, emocionalmente e socialmente. Apesar das diversas incapacidades causadas pela doença, sempre remete-se ao âmbito físiomotor, sendo elas as características mais marcantes da DP, e que se traduzem em necessidades de autocuidado e em diferentes níveis de exigências de cuidados prestados por outra pessoa.

Desse modo, destaca-se o papel do familiar cuidador, que está presente diariamente na rotina do indivíduo com doença de Parkinson. Segundo Navarro-Peternella e Marcon (2010) a família tem importante papel no enfrentamento das dificuldades impostas pela doença, na manutenção da independência do indivíduo e na motivação e estimulação do indivíduo com Parkinson.

No contexto geral, a família é quase sempre a encarregada pelo cuidado voluntário da pessoa idosa com alguma dependência no domicílio. Esse arranjo constitui a rede de apoio informal; e faz parceria com as redes de apoio formal, como, por exemplo, os serviços de saúde. Ressalta-se que a responsabilidade de oferecer cuidado ao idoso, pode gerar impactos significativos na qualidade de vida desses cuidadores. (ANJOS; BOERY; PEREIRA. 20014). Diante da importância do papel da família como cuidadora, é essencial que o enfermeiro atente para a atenção à saúde desse familiar cuidador, e não somente foque no indivíduo idoso.

Segundo estudo realizado por Navarro-Peternella e Marcon (2009), seis dos dez indivíduos estudados relataram demora no diagnóstico da doença, detectando que ainda existe falta de informação quanto à doença de Parkinson tanto por parte do profissional quanto por parte da comunidade, mostrando-se necessária a instrumentalização dos profissionais da área da saúde em relação a essa temática. Diante disso, fica evidente a importância de novos estudos.

Para que o enfermeiro realize uma assistência de enfermagem de qualidade ao paciente com DP, ele necessita conhecer de forma ampla e adequada o processo biopsicossocial e patológico da doença presente nesse indivíduo a ser cuidado. Por isso, conhecer as condições de saúde desse idoso em relação grau de incapacidade causado pela doença, à capacidade funcional, estado cognitivo e risco de quedas vem ao encontro do cuidado de enfermagem, da prevenção da instalação de incapacidades e possibilita o estímulo às suas capacidades para manter-se mais independente possível no desenvolvimento de suas atividades e obtenção de uma melhor qualidade de vida.

Diante do exposto, uma questão foi levantada: Quais são as condições de saúde dos idosos com Doença de Parkinson no âmbito da APASC em relação ao grau de incapacidade causado pela doença, à capacidade funcional, estado cognitivo e risco de quedas?

Considerando a importância de melhorar a assistência de enfermagem e a carência de estudos que abordem concomitantemente doença de Parkinson e a Enfermagem, esse trabalho visou desenvolver uma pesquisa com pessoas idosas com doença de Parkinson. Assim, os objetivos a seguir foram propostos para o desenvolvimento dessa pesquisa.

2 OBJETIVOS

Apresenta-se aqui o objetivo geral da pesquisa e em seguida a sua subdivisão em objetivos específicos:

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar as condições de saúde em relação ao grau de comprometimento causado pela doença, à capacidade funcional, estado cognitivo e risco de quedas em idosos com doença de Parkinson integrantes da APASC.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar o perfil sociodemográfico dos idosos com doença de Parkinson integrantes da APASC;
- ✓ Verificar o grau de comprometimento causado pela doença, através da aplicação da Escala de Hoehn e Yahr, dos idosos com doença de Parkinson integrantes da APASC;
- ✓ Verificar as condições de capacidade funcional, através da aplicação da escala de Medida da Independência Funcional (MIF), dos idosos com doença de Parkinson integrantes da APASC;
- ✓ Verificar as condições do estado cognitivo, através da aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), dos idosos com doença de Parkinson integrantes da APASC;
- ✓ Verificar as condições de risco de quedas, através da aplicação do Questionário para o Risco de Quedas, dos idosos com doença de Parkinson integrantes da APASC.

3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

Para compor este capítulo e conhecer a produção científica no âmbito de avaliação das condições de saúde do indivíduo com doença de Parkinson; foi feita uma busca nas seguintes bases de dados: Pubmed, Medline, Lilacs e na biblioteca virtual Scielo, sendo o objetivo da busca conhecer a produção científica sobre avaliação multidimensional de idosos com doença de Parkinson. Os critérios de inclusão foram: todos os anos de publicação do tema; estudos nos idiomas inglês, português e espanhol; estudos com indivíduos idosos de 60 anos ou mais. Como descritores utilizou-se: doença de Parkinson, idoso e avaliação geriátrica. Na primeira etapa foram encontrados 523 artigos; após confrontados com o objetivo da busca, 457 foram excluídos, restando somente 66 manuscritos que compuseram essa revisão de literatura. A análise dos textos selecionados evidenciou áreas de maior relevância no estudo da doença de Parkinson relacionadas ao envelhecimento e à avaliação multidimensional, conforme apresentado neste capítulo.

3.1 A DOENÇA DE PARKINSON

A doença de Parkinson (DP) foi descrita em 1817 por James Parkinson, um médico inglês, que relatou o quadro clínico de seis indivíduos com sintomas que ele chamou de “paralisia agitante”. Mas, em meados do século XIX, o francês Jean Martin Charcot complementou a descrição do colega, dizendo que os pacientes apresentavam dificuldade para execução de atos motores, devido a rigidez muscular, ao que chamou de “bradicinesia”. No Brasil a primeira descrição da doença foi feita em 1900 por Dias Martins, médico paulista, que descreveu os sintomas da doença em um trabalhador rural da região de Piracicaba/São Paulo.

Hornikiewicz et al. (1960) descreveram a deficiência de dopamina no corpo estriado do cérebro de parkinsonianos e comprovaram a utilidade da levodopa no tratamento (MENESES; TEIVE, 2003). A doença de Parkinson é um distúrbio neurológico progressivo, que é caracterizado pela degeneração das células da camada ventral da parte compacta da substância nigra e do *locus coeruleus*. A identificação dos corpos de Lewy, que são inclusões eosinofílicas intracitoplasmáticas constituídas por várias estruturas proteicas, em neurônios remanescentes na parte compacta da substância nigra, é uma maneira de caracterizar a doença. As manifestações clínicas começam a

aparecer quando cerca de 60% dos neurônios dessa região são perdidos e quando há diminuição de 80% da dopamina no estriado.

Segundo a OMS, cerca de quatro milhões de pessoas em todo mundo sofrem da doença de Parkinson. No Brasil, estimativas da Associação Brasil Parkinson (ABP) mostram que cerca de 200 mil pessoas tenham a doença e que, ano a ano, vinte novos casos serão diagnosticados para cada 100.000 pessoas, sem distinção de sexo. Acomete, preferencialmente, pessoas com idade superior a 50 anos, porém a prevalência e incidência tendem a aumentar com o avançar da idade. Há estudos que referem que aos 60 anos a prevalência da doença de Parkinson é de 1% e esse valor sobe para 4% na população acima de 80 anos. A etiologia da doença é desconhecida, mas as investigações têm se concentrado em fatores genéticos, toxinas ambientais, estresse oxidativo e anormalidades mitocondriais (COSTA, 2006).

Os principais sinais da doença são: tremor de repouso, rigidez muscular, bradicinesia, postura flexionada para frente, alteração dos reflexos posturais e bloqueio motor. O tremor de repouso é o primeiro sinal reconhecido em cerca de 70% dos casos, geralmente o acometimento é unilateral, e com o passar do tempo as manifestações se tornam contralaterais. O tremor tende a piorar com o estresse e a desaparecer durante o sono. (YARNALL; ARCHIBALD; BURN, 2012).

Quando fala-se em DP sempre remete-se aos sinais e sintomas motores, visto que a doença é predominantemente motora, mas nos últimos anos tem-se dado maior visibilidade aos sinais e sintomas não motores nas investigações científicas realizadas. A seguir listamos os principais sinais e sintomas não motores: alterações neuropsiquiátricas (depressão, ansiedade, psicose e demência); transtornos do sono (insônia, sonolência excessiva diurna, parassonias, apneia obstrutiva do sono, síndrome das pernas inquietas, movimento periódico dos membros, transtorno comportamental do sono REM); disautonomias (sialorreia, hipotensão ortostática, disfunção gastrointestinal, disfunção urinária, disfunção sexual, distúrbios da termoregulação, distúrbios respiratórios); sintomas sensoriais (dor, parestesias, hiposmia); dentre outros menos frequentes (CHAUDHURI et al., 2009).

Na revisão de literatura realizada por Reijnders et al. (2008), que teve como objetivo calcular a prevalência de transtornos depressivos na doença de Parkinson, os autores detectaram entre os 36 artigos analisados que a média de prevalência de transtornos depressivos em pacientes com doença de Parkinson foi de 35%, o que mostra um índice elevado de depressão na doença de Parkinson. O estudo que comparou

idosos com DP e idosos sem a doença mostrou uma diferença significativa da presença de depressão nesses dois grupos, evidenciando que os pacientes com doença de Parkinson têm maior prevalência para os transtornos depressivos. A depressão foi encontrada em 42% dos pacientes com DP e 10% nos pacientes geriátricos sem DP. (VEIGA et al., 2009)

O diagnóstico da doença de Parkinson é clínico; e baseado na identificação dos sinais e sintomas que compõem esse quadro clínico, ou seja, na identificação de dois dos três sinais motores: tremor, rigidez e bradicinesia. Os exames laboratoriais e a tomografia computadorizada cerebral são úteis para descartar outras doenças (ROWLAND, 2011).

Quanto ao tratamento medicamentoso, ainda não existem drogas capazes de interromper o curso da doença nem de evitá-la; as existentes visam ao controle dos sinais e sintomas com o objetivo de manter o portador com autonomia, independência funcional e equilíbrio psicológico, o que se obtém com a reposição de dopamina estriatal. A administração de levodopa é a terapia medicamentosa mais recomendada no controle satisfatório dos sintomas. Em longo prazo surgem limitações ao emprego da levodopa, sendo necessário associar outros medicamentos para potencializar o efeito ou para combater os efeitos colaterais (YARNALL; ARCHIBALD; BURN, 2012).

Referente ao tratamento cirúrgico, indica-se a palidotomia póstero-ventral (PPV) nos casos de bradicinesia, flutuações decorrentes do uso de levodopa e ocorrências de discinesias. Já para casos de predomínio de rigidez e tremor aconselha-se realizar a talamotomia ventro-lateral (TVL). Os protocolos que analisam a melhora dos pacientes parkinsonianos submetidos ao tratamento cirúrgico, indicam melhora na função motora após a intervenção (PINTO, 2002). Segundo Pinto (2002) conclui-se que a cirurgia é capaz de melhorar a independência dos indivíduos nas tarefas da vida diária, especialmente dentro dos seis meses após o procedimento cirúrgico.

Porém atualmente grandes avanços foram conquistados na área da cirurgia neurológica voltada para pacientes com doença de Parkinson. Os procedimentos ablativos do sistema nervoso central se tornaram mais seguros, através do desenvolvimento de métodos de estimulação elétrica intraoperatória, avaliação da impedância tecidual e a introdução de radiofrequência para a indução de lesões. Atualmente utilizam-se eletrodos de estimulação cerebral com pequenos contatos de platina-irídio e miniaturas de geradores de corrente elétrica passíveis de implante. (JONKER et al., 2013)

Segundo Gonçalves, Alvarez e Arruda (2007), os medicamentos e a cirurgia não são os únicos recursos para auxiliar no combate a doença de Parkinson, outros cuidados são necessários, como, por exemplo: o cuidado de enfermagem, de educação física, de fisioterapia, de fonoaudiologia, entre outros, que podem ser desenvolvidos individualmente ou em grupo e são importantes para a restituição da capacidade funcional, do bem-estar e da qualidade de vida. Em estudo realizado pelas autoras, tanto as pessoas com Parkinson como os profissionais de saúde, relataram o quanto é fundamental um programa de tratamento extensivo multidisciplinar. Além do auxílio familiar, a convivência em grupo de ajuda mútua permite enfrentar a doença e se sentirem inseridos socialmente, formando uma rede de suporte social. (GONÇALVES; ALVAREZ; ARRUDA, 2007)

O grupo de ajuda mútua (GAM) é um tipo de tecnologia cuidativo-educacional; é uma estratégia de cuidado grupal, onde pessoas estão envolvidas por experienciar situações de vida semelhantes. O GAM funciona como suporte social para esses indivíduos; onde eles são aceitos, apoiados e cuidados em seus problemas, mas ao mesmo tempo conseguem construir uma relação equiparada; pois com o passar do tempo transformam-se em ajudadores, o que aumenta o senso de autoestima. (NIETSCHÉ; TEIXEIRA; MEDEIROS, 2014)

Ainda abordando o tratamento não medicamentoso, Côrte e Neto (2009) descrevem estudo sobre a musicoterapia na doença de Parkinson. Esse estudo buscou reafirmar o valor do tratamento musicoterápico coadjuvante à medicação alopática e outras terapias. Constatou-se que a música auxiliou a soltar a voz e a liberar os movimentos de cabeça e pescoço; e tem sido um caminho para minimizar os efeitos incômodos decorrentes da DP, motores e não motores. (CÔRTE; NETO, 2009)

Diante disso, percebe-se a importância do trabalho multidisciplinar; com destaque para a enfermagem; que busca alternativas e caminhos dentro da sua metodologia de trabalho para desenvolver uma assistência direcionada a esses pacientes, com a finalidade de torná-los o mais independentes possível através da estimulação do autocuidado e também proporcionando melhor qualidade de vida a esses indivíduos.

3.2 GRAU DE COMPROMETIMENTO CAUSADO PELA DOENÇA DE PARKINSON

As manifestações motoras clássicas da DP são tremor de repouso, rigidez muscular, acinesia e modificações na postura e no equilíbrio. Na

grande maioria dos casos os sintomas iniciam unilateralmente e, com o tempo e o avançar da doença, adicionam-se manifestações contralaterais. Em alguns casos com o passar dos anos a doença pode evoluir para uma incapacidade física bastante significativa (MENESES; TEIVE, 2003). Diante disso, é importante avaliar o estágio de incapacidade do indivíduo para planejar o cuidado de maneira direcionada as suas necessidades.

A Escala de Hoehn e Yah foi desenvolvida em 1967, com intuito de medir o grau de incapacidade causado pela doença de Parkinson, de acordo com os sinais e sintomas apresentados, e mais recentemente há uma versão modificada. Ela é aplicada pelo pesquisador a partir da observação do quadro clínico em oito estágios: 0 (zero) para nenhum sinal da doença; 1 para doença unilateral; 1,5 para desenvolvimento unilateral e axial; 2 para doença bilateral, sem comprometimento do equilíbrio; 2,5 para doença bilateral com comprometimento leve do equilíbrio; 3 para doença bilateral com de leve a moderado comprometimento do equilíbrio; 4 para incapacidade grave, mas capaz de ficar em pé e andar sem a ajuda; e 5 para o indivíduo preso a cadeira de rodas ou ao leito, necessitando de ajuda completa (HOEHN; YAHR, 1967).

Goulart e Pereira (2005) realizaram um estudo de revisão bibliográfica para analisar o uso de escalas que avaliam a doença de Parkinson, sendo o objetivo do estudo caracterizar as principais escalas usadas para avaliação da DP e discutir sua aplicabilidade para a prática. Apesar de ser um estudo voltado para fisioterapia, ele avaliou a confiabilidade das escalas existentes. Foram avaliadas as seguintes escalas encontradas na literatura: a escala de Hoehn e Yahr; a escala Unificada de Avaliação da DP (UPDRS); a escala de Webster de avaliação da DP; a escala de Sydney; a Escala de Incapacidade da Northwestern University (NUDS); os questionários da DP (PDQ-39) e de Qualidade de Vida na DP (PDQL); e a Escala de Atividade de Parkinson (PAS). Dos 36 artigos analisados na revisão de literatura, 18 deles utilizaram a Escala de Hoehn e Yahr, defendendo-a por ser uma escala prática e de fácil utilização; e por classificar o estado geral do indivíduo com Parkinson. Por isso, neste estudo optou-se por aplicar a escala de Hoehn e Yahr para avaliar o grau de comprometimento causado pela doença de Parkinson. (GOULART; PEREIRA, 2005)

Navarro-Paternella e Marcon (2012) utilizaram a Escala de Hoehn e Yahr para medir uma das variáveis do seu estudo, que envolvia qualidade de vida em indivíduos com doença de Parkinson e sua relação com tempo de evolução e gravidade da doença, sendo assim, utilizaram

a escala de Hoehn e Yahr para obter o grau de incapacidade causado pela doença no indivíduo com doença de Parkinson. Porém, os pesquisadores optaram por agrupar os estágios em três níveis de comprometimento, definidos como: acometimento leve (0-2,0), moderado (2,5-3,0) e grave (4,0-5,0), sendo que essa é uma opção que fica a critério dos pesquisadores levando em consideração os objetivos a serem alcançados; isso mostra que podem-se adaptar os níveis de estágio conforme o delineamento do estudo. Neste estudo de Navarro-Paternella e Marcon (2012), dos 40 sujeitos que participaram do estudo, 22,5% apresentaram comprometimento leve, 70%, moderado e 7,5%, grave.

A pesquisa de Rodrigues et al. (2014), intitulada “Avaliação do Sistema Percentual em Idosos Saudáveis e em Idosos com doença de Parkinson”, revelou que os 18 pacientes com doença de Parkinson apresentaram estadiamento da doença de 1,5 a 3, ou seja, o acometimento detectado foi de leve a moderado.

Schestatsky et al. (2006) realizaram pesquisa que comparou a qualidade de vida de pessoas com doença de Parkinson e seus cuidadores e a média do grau de comprometimento causado pela doença, medida pela escala de Hoehn e Yahr, foi de 2,55; o que indica que os indivíduos desse estudo apresentaram uma média de comprometimento moderado.

Todos os estudos citados nesta revisão analisaram pessoas com doença de Parkinson em nível ambulatorial e domiciliar, nenhuma dessas pesquisas foi realizada com pessoas institucionalizadas ou hospitalizadas, o que leva a compreender o fato de o comprometimento causado pela doença de Parkinson estar entre leve e moderado, ou seja, eram indivíduos menos comprometidos e mais independentes.

3.3 CAPACIDADE FUNCIONAL DO IDOSO COM DOENÇA DE PARKINSON

Segundo Rosa et al. (2003) não se caracteriza saúde pela presença ou ausência de doença, mas sim pelo grau de manutenção da capacidade funcional.

Explica-se a capacidade funcional como sendo a capacidade do indivíduo em desenvolver determinadas atividades de vida diária, como, por exemplo: alimentar-se, tomar banho, usar o toalete, vestir-se, deambular, deitar-se e levantar-se. (SOUZA et al., 2005)

Os instrumentos que são utilizados para avaliar a capacidade funcional são aqueles que medem itens da assistência do indivíduo em

aspectos quantitativos, e fornecem informações sobre a qualidade e as condições funcionais do avaliado. (BENVEGNU, 2008)

A medida de independência funcional (MIF) é um instrumento de avaliação da incapacidade de pacientes com restrições funcionais de origem variada. Ele foi desenvolvido na América do Norte nos anos de 1980, tendo como objetivo principal avaliar de forma quantitativa a carga de cuidados demandada por uma pessoa para realização de uma série de tarefas motoras e cognitivas de vida diária. Entre as atividades estão os autocuidados, transferências, locomoção, controle esfinteriano, comunicação e cognição social, que inclui memória, interação social e resolução de problemas. Cada uma dessas atividades recebe uma pontuação que parte de 1 (dependência total) a 7 (independência completa), assim a pontuação total varia de 18 a 126. O instrumento tem dois domínios, o motor e o cognitivo. No Brasil o instrumento foi traduzido para língua portuguesa em 2000, e foram realizados testes de reprodutibilidade e confiabilidade, que mostraram bons resultados. Ele não é um instrumento autoaplicado, portanto necessita de um profissional treinado para aplicá-lo (RIBERTO et al., 2004). A MIF é um dos instrumentos mais amplos para mensurar a capacidade funcional. É um instrumento recente, preciso e universal para avaliar as funções superiores, sendo um indicador de base da importância da incapacidade (PUTTEN et al., 1999).

Leandro (2011) realizou uma pesquisa que teve como objetivo conhecer o nível de desempenho funcional entre idosos com doença de Parkinson e correlacioná-lo com a escala de estadiamento de Hoehn & Yahr e tempo de evolução clínica. O desempenho funcional foi avaliado através da escala Medida de Independência Funcional (MIF) e essa foi a variável predominante sobre as outras do estudo. A escolha por essa escala foi devido à sua confiabilidade na avaliação do desempenho funcional de pessoas com doença de Parkinson. Esse estudo mostra que o desempenho funcional do idoso com doença de Parkinson está correlacionado com outros fatores, concluindo-se que os portadores mais idosos, com maior tempo de doença e um valor de estadiamento mais elevado apresentam uma pior capacidade funcional. (LEANDRO, 2011)

Ricci, Kubota e Cordeiro (2005) observaram a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar, e verificaram o grau de concordância entre as medidas obtidas a partir da percepção do cuidador e da observação direta do profissional da saúde analisando o desempenho das atividades de vida diária de idosos em um programa de assistência domiciliária através da aplicação do instrumento MIF. Os

resultados mostraram concordância excelente entre todas as dimensões avaliadas pela MIF. Sendo assim, concluiu-se, que quando utilizado um instrumento de validade e confiabilidade como a MIF, a reprodutibilidade das medidas encontradas é grande, mesmo para diferentes formas de observação (RICCI; KUBOTA; CORDEIRO, 2005). Diante do parecer favorável ao instrumento, que foi utilizado por diversos estudos presentes nesta revisão de literatura, esta pesquisa também o utilizará. Ainda ressalta-se que na pesquisa realizada por Ricci, Kubota e Cordeiro (2005) os idosos apresentaram dependência na maior parte das tarefas exigidas no instrumento, o que foi evidenciado pelo fato de as médias das categorias não ultrapassarem o nível 4, o que significa apresentar dependência modificada em até 25% das tarefas; o estudo ainda destaca que os idosos com dependência para realizar sete ou mais atividades da vida diária têm três vezes mais risco de morte, quando comparados com os indivíduos independentes. Por isso a importância de conhecer o nível de capacidade funcional dos idosos com doença de Parkinson para promover ações para torná-los mais independentes e saudáveis. (RICCI; KUBOTA; CORDEIRO, 2005)

Orcioli-Silva et al. (2014) realizaram um estudo intitulado “Efeitos de um programa de exercícios multimodal na capacidade funcional de pacientes com doença de Parkinson considerando a gravidade da doença e o sexo”, no qual detectaram que, quanto mais avançado o grau de incapacidade causado pela doença de Parkinson, maior era o grau de dependência medido pela escala MIF. E também apontaram melhora na capacidade funcional de pessoas com doença de Parkinson após terem sofrido intervenções do programa de exercícios físicos. Dessa maneira, nota-se que determinadas intervenções podem qualificar a realização das atividades de vida diária de pacientes com doença de Parkinson.

3.4 A FUNÇÃO COGNITIVA NO INDIVÍDUO COM DOENÇA DE PARKINSON

Outro aspecto que compromete a independência de pessoas com doença de Parkinson é a deficiência cognitiva; isso pode ser sinalizado por indivíduo que perde o interesse por acontecimentos do cotidiano e das coisas familiares ou pessoais, que apresentam diminuição de iniciativa, representando um estágio depressivo da doença de Parkinson, além de também surgirem sinais de demência. (ANDRADE; FERRAZ, 1996)

Segundo Ferro et al. (2005) o déficit cognitivo é descrito com maior frequência nos estágios iniciais da doença de Parkinson, ou seja, na fase pré-sintomática, quando as alterações motoras ainda não estão evidentes.

Segundo Valldeoriola, Nobbe e Tolosa (1997) a lentidão de raciocínio, a lentidão para processar informações e o prejuízo da memória de curto prazo, ou seja, o armazenamento de informações por minutos ou horas, estão comprometidos nos indivíduos com doença de Parkinson que tenham deficiência cognitiva. Por isso, torna-se de extrema relevância avaliar esses pacientes quanto a esse aspecto.

O Miniexame do Estado Mental (MEEM) é o teste mais utilizado para avaliar a função cognitiva, pode ser aplicado em cerca de dez minutos medindo funções incluindo aritmética, memória e orientação; e foi desenvolvido por Folstein et al. (1975).

Brucki et al. (2003) fizeram uma avaliação do uso de MEEM em 433 indivíduos saudáveis sem queixa de memória e concluíram que sua aplicabilidade para ambientes hospitalares, ambulatorial e para estudos populacionais é boa, porém ressaltam, como em outras pesquisas citadas pelos autores, que a variável escolaridade é o principal fator que influencia o desempenho dos indivíduos no teste (BRUCKI et al., 2003).

Dessa forma, pesquisadores defendem que, para a realidade brasileira, que o resultado da pontuação do Miniexame do Estado Mental depende do nível de escolaridade, portanto, ao aplicar o teste é importante verificar quantos anos de estudos foram completados pelo indivíduo. A pontuação máxima a ser atingida é 30. Ao aplicar o Miniexame do Estado Mental, esperam-se os seguintes resultados com base no nível de escolaridade: de um à três anos de escolaridade o escore deve ser > 23, de quatro à sete anos de escolaridade o escore deve ser > 24, e os indivíduos com mais de sete anos de escolaridade o escore deve ser > 28 no teste cognitivo (BRASIL, 2006a). Detectada a presença de déficit cognitivo, esse comprometimento cognitivo pode ser classificado em leve, moderado e grave, conforme Maia et al. 2006, sendo assim, do ponto de corte até 15 pontos é considerado comprometimento leve; de 15 a 10 pontos considera-se comprometimento moderado, e <10 considera-se comprometimento grave.

O MEEM deve ser utilizado como instrumento de rastreamento, não substituindo uma avaliação mais detalhada, pois, apesar de avaliar vários domínios, como orientação espacial temporal, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho, não serve como teste diagnóstico, mas sim

para indicar as funções que necessitam de melhores investigações. É um dos poucos testes validados e adaptados para a população brasileira (BRASIL, 2006a).

Em média, o MEEM tem sensibilidade de 83% para detecção de déficit cognitivo. Tem como vantagem a facilidade e rapidez de aplicação, e como desvantagem, a baixa sensibilidade para detecção de comprometimento cognitivo leve. Além disso, a escolaridade e a cultura são outros fatores limitantes comumente observados na aplicação do teste (MACHADO, 2006).

Segundo Macedo et al. (2012) a maior alteração cognitiva foi encontrada nos domínios locomoção e cognição social. Nesse estudo detectaram que as idosas apresentavam maior déficit cognitivo que os homens, o que pode ser explicado pela longevidade da mulher quando comparada ao sexo masculino. Tedrus et al. (2009), em estudo anterior, já traziam essa realidade de maior incidência de déficit cognitivo entre as mulheres. Macedo et al. (2012) ressalta que a independência é uma condição que pode ser alterada com ações de prevenção e reabilitação, retardando complicações que podem levar à morte.

Chen et al. (2014) compararam a disfunção cognitiva entre pessoas com doença de Parkinson e pessoas saudáveis, porém os testes estatísticos não comprovaram correlação entre as variáveis.

Nombela et al. (2014) realizaram um estudo com pessoas com doença de Parkinson, logo após o diagnóstico da doença, e através de exames de imagens (ressonância magnética) detectaram que há modificações em regiões específicas do cérebro destes indivíduos, fato o qual reflete a presença de alteração cognitiva, portanto a pesquisa conclui que mesmo em estágios iniciais da doença de Parkinson o paciente já pode apresentar mudanças no estado cognitivo.

Caixeta e Vieira (2008) realizaram uma revisão de literatura intitulada “Demência na doença de Parkinson” e concluíram que nos pacientes com doença de Parkinson a chance de desenvolver demência é seis vezes maior que na população em geral, e que quando o parkinsoniano tem mais de 85 anos essa chance aumenta 65%.

Diante das evidências científicas na área da doença de Parkinson, fica clara a importância de investigar alterações cognitivas nesses indivíduos, já que complicações podem ser evitadas através de ações de prevenção e reabilitação, inclusive sob o olhar da enfermagem.

3.5 AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS NOS INDIVÍDUOS COM DOENÇA DE PARKINSON

Na doença de Parkinson grande parte dos sinais são motores, causando em muitos casos comprometimento de locomoção e equilíbrio, devido a alterações na marcha, instabilidade e alterações de postura, por isso podemos elencar esse paciente como indivíduo com risco eminente de quedas. Lim et al. (2005) reforça que as alterações fisiopatológicas características da doença de Parkinson, a qual é uma doença crônica, progressiva e marcada pela degeneração de neurônios dopaminérgicos, levam à presença de distúrbios motores frequentes como: tremor, rigidez, bradicinesia, *freezing*¹ e festinação², portanto dificuldades no equilíbrio são comuns em sujeitos com essa enfermidade; o que acentua o risco de quedas.

Por isso, avaliar o paciente com doença de Parkinson quanto a esse aspecto repercute em reduzir a ocorrência de quedas, melhorar o cuidado multiprofissional, criar um ambiente seguro e promover a educação do paciente, familiar, cuidador e profissionais. Muitos fatores podem ser modificáveis e necessitam de intervenções de enfermagem específicas. A avaliação da queda envolve ainda aspectos biológicos, físico-funcionais, cognitivos e psicossociais. Os dados devem ser relacionados ao contexto e mecanismo das quedas, às condições clínicas do indivíduo e à medicação em uso. (CAIXETA, 2006)

Aproximadamente 28-35% das pessoas maiores de 65 anos caem por ano, incrementando-se para 32-42% em idosos acima dos 70 anos que moram na comunidade. No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, 30% dos idosos caem uma vez por ano (BRASIL, 2006a). O trabalho elaborado pela Associação Médica Brasileira chegou ao consenso de que a definição de quedas varia conforme o autor, mas o conceito mais abrangente seria “queda é o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais comprometendo a estabilidade”. (BUKSMAN et al., 2008)

Neste estudo utilizaremos o questionário para o risco de quedas, que é um instrumento composto por questões referentes a quedas anteriores, uso de medicações, *deficits* sensoriais, estado mental e marcha. (SCHIAVETO, 2008)

Valcarenghi et al. (2011) utilizaram no seu estudo a aplicação do questionário para o risco de quedas, e alcançaram bons êxitos na sua utilização, pois o questionário identificou o risco real dos sujeitos do estudo referente ao risco de quedas e propiciou cruzar essa informação

¹ Freezing: parada súbita da marcha sem motivo aparente.

² Festinação: aceleração repentina da marcha com inclinação para frente.

com as outras variáveis do estudo. Dos 30 idosos que participaram da pesquisa de Valcarengui et al. (2011), 43% apresentaram quedas no último ano. A concentração de ocorrência de quedas foi na faixa etária entre 70 e 79 anos e o sexo feminino apresentou maior frequência de quedas, ou seja, do número total de idosos que sofreram quedas, 84% eram mulheres (VALCARENGHI et al., 2011). Poucos estudos abordando o questionário para o risco de quedas foram encontrados na revisão de literatura, porém como ele aborda perguntas pertinentes à presente pesquisa, ele foi utilizado neste estudo.

Christofoletti et al. (2006), no estudo intitulado “Risco de quedas em idosos com doença de Parkinson e demência de Alzheimer: um estudo transversal”, concluíram que a função cognitiva influencia diretamente no risco de queda, até mais que o comprometimento motor, já que detectaram que os idosos com doença de Alzheimer tiveram maior risco de quedas que os idosos com doença de Parkinson, ou seja, os idosos com comprometimento cognitivo mais acentuado, tiveram mais risco de quedas.

Lindholm et al. (2014), em seu estudo, objetivaram avaliar os fatores associados ao medo de cair em idosos com doença de Parkinson; e os três fatores mais relatados pelos idosos foram: a dificuldade na locomoção, necessitar de ajuda para realizar as atividades da vida diária e a fadiga, ou seja, esses são fatores que geram insegurança no indivíduo e levam ao medo de cair.

Sendo a queda possível de ser evitada com medidas de ambiência e educativas, o enfermeiro tem o papel fundamental na diminuição desse risco e prevenção de problemas de maior gravidade que possam contribuir negativamente na qualidade de vida da pessoa com doença de Parkinson.

4 METODOLOGIA

Este capítulo descreve o desenho metodológico do estudo ao explicar as seguintes etapas: tipo do estudo, contexto da pesquisa, descrição da população, amostra, critérios de inclusão e exclusão, variáveis do estudo, coleta de dados, organização e análise dos dados, considerações éticas observadas para realização do estudo.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo é de abordagem quantitativa e de corte transversal, com análise descritiva e exploratória dos dados. Esse tipo de investigação permite avaliar a situação de saúde de uma população ou comunidade com base na avaliação individual do estado de saúde de cada um dos membros do grupo num determinado momento, permitindo gerar indicadores globais de saúde para o grupo investigado (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2003). A pesquisa é caracterizada como transversal quando as variáveis são identificadas num ponto do tempo e as relações entre elas são determinadas. (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011)

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no domicílio da pessoa idosa com DP, o que permitiu maior comodidade ao idoso; e também comportou ao pesquisador avaliá-lo no seu contexto domiciliar, fazendo observações pertinentes ao estudo. A busca das pessoas idosas com DP foi feita a partir do cadastrado da Associação Parkinson de Santa Catarina (APASC) e das listas de frequências das atividades oferecidas pela associação. Optou-se fazer a busca desses sujeitos através da associação, visto que esse é um local onde há congregação e concentração de pessoas com doença de Parkinson e pela APASC ser um local de referência neste assunto. A APASC se constituiu legalmente em 2004, como associação civil, sem fins lucrativos, e tem por objetivo:

- a) congregar as pessoas portadoras da Doença de Parkinson e pessoas interessadas em propiciar-lhes apoio e assistência;
- b) desenvolver e apoiar ações, coletar e divulgar informações sobre pesquisas terapêuticas, os métodos e meios materiais para melhorar a qualidade de vida dos portadores, bem como de seus familiares e cuidadores;

- c) divulgar e informar a opinião pública e os meios de comunicação sobre a Doença de Parkinson e seus sintomas;
- d) colaborar e manter contatos com órgãos públicos e privados dedicados à saúde, com vistas a defender os interesses de seus associados.

A APASC contabilizava 130 associados cadastrados na sessão Florianópolis, e a contagem foi atualizada para esta pesquisa. Dentre os associados havia pessoas com doença de Parkinson e também familiares e cuidadores, e o número de pessoas com doença de Parkinson era de 108. Destes, 63 eram homens e 45 eram mulheres, a maior parte estava composta pelo sexo masculino, representando 58,3% dos associados. Entre eles, apenas 19 indivíduos tinham idade ≤ 59 anos. Já as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos somavam 89 indivíduos. Desse modo, ao serem contatados para participarem da pesquisa, identificou-se que: 25 associados tinham o número telefônico inexistente e não foi possível nenhuma outra forma de contato, sete indivíduos haviam falecido em anos anteriores, um associado havia mudado do Estado de Santa Catarina, cinco pessoas não aceitaram participar; restando, então, uma população de 51 indivíduos. Porém participaram do estudo 50 pessoas com idade igual ou superior a 60 anos com diagnóstico de doença de Parkinson e que relataram serem integrantes da APASC, porque, através dos critérios de exclusão, um indivíduo foi excluído, pois não sabia ler nem escrever.

A APASC desenvolve diversas atividades para integração das pessoas com DP, seus familiares e profissionais da equipe multidisciplinar. Os indivíduos chegam até a associação para participar, pois são informados sobre o trabalho da associação através dos meios de comunicação, da divulgação nos projetos de extensão oferecidos pelas universidades, além da divulgação nos serviços de saúde e também da divulgação feita nos eventos promovidos pela APASC. Algumas dessas atividades são desenvolvidas em parcerias com as instituições de ensino da região. Pode-se citar a parceria entre a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), com a intervenção direta do Departamento de Enfermagem e o apoio do Núcleo de Estudos da Terceira Idade (NETI), que elaboraram e implementaram desde 2003 o projeto de extensão “Grupo de apoio aos portadores da doença de Parkinson e seus familiares”, que é uma atividade oferecida para os associados e aberta à comunidade. Este grupo realiza reuniões quinzenais com intuito de, por meio da ajuda mútua e da solidariedade, compartilhar vivências entre pessoas com DP, seus cuidadores, familiares e profissionais da saúde. Dessa maneira, buscam a aquisição de informações e compartilhamento

de experiências para se fortalecerem diante da condição de saúde e estabelecer formas de enfrentamento. O grupo proporciona atividades socioeducativas e recreativas. Na UFSC, além do Departamento de Enfermagem, há também a atuação dos cursos de educação física, fonoaudiologia e da farmácia, que estão envolvidos em diversos projetos de extensão, assim oferecem atividades específicas a essa população. Ainda existe parceria com a Faculdade Estácio de Sá, Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL) e a Universidade Estadual de Santa Catarina (UDESC), que oferecem os serviços de fisioterapia direcionados às pessoas com doença de Parkinson.

4.3 AMOSTRA

Participaram do estudo 50 pessoas com idade igual ou superior a 60 anos com diagnóstico de doença de Parkinson e que relataram serem associados à APASC. Quando todos os N elementos do estudo sejam igual ou menor que 80 elementos, recomenda-se constituir a amostra com o N elementos total, ou seja, aconselha-se realizar uma pesquisa quantitativa por censo, por isso neste estudo a população total, que é 50 indivíduos, constituiu também a amostra. (NASSAR, 2013)

As pessoas com DP que aceitaram participar assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); caso o participante não conseguisse grafar seu nome pelo sintoma característico da doença de Parkinson (micrografia), com comprometimento de sua participação na pesquisa, a autorização era solicitada ao seu cuidador/familiar, que assinava o TCLE.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídas no estudo pessoas com idade igual ou superior a 60 anos que relataram apresentar diagnóstico prévio de doença de Parkinson; e que eram integrantes da APASC.

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foi eleito que se excluíssem os idosos que referissem ou que o responsável relatasse apresentar, além da doença de Parkinson, outras doenças incapacitantes fisicamente, como: doenças neurológicas com sequelas físicas, entre outras patologias que causam incapacidades físicas. Também idosos que não tivessem capacidade de se comunicar de nenhuma maneira ou não soubessem ler e escrever. Obedecendo a

esses critérios, apenas um idoso foi excluído pelo fato de não saber ler e escrever.

4.6 VARIÁVEIS

As variáveis do estudo foram descritas como variáveis sociodemográficas e variáveis referentes à doença de Parkinson. As variáveis nos estudos quantitativos são os valores que assumem determinadas características dentro de uma pesquisa e podem ser classificadas em qualitativas ou quantitativas (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

4.6.1 Variáveis sociodemográficas

A seguir são descritas as variáveis sociodemográficas que foram utilizadas neste estudo, podendo ser classificadas em qualitativas ou quantitativas. Não foram exigidos documentos como fonte de informação, considerando-se os dados referidos pelo sujeito da pesquisa.

- α) **idade:** Número de anos já completados, de acordo com a data de nascimento relatada pelo sujeito de pesquisa, ou seja, segundo informações colhidas, foi considerada a idade em anos e contabilizados os meses (FERREIRA, 1999). O escore será considerado variável quantitativa contínua.
- β) **sexo:** Classificado como masculino e feminino (FERREIRA, 1999). O escore foi considerado variável qualitativa nominal.
- γ) **escolaridade:** Grau de escolaridade alcançada em ensino regular e formal. Classificada como: analfabeto, ensino fundamental, ensino médio e ensino superior. (FERREIRA, 1999). O escore foi considerado variável qualitativa ordinal.
- δ) **estado civil:** Estado conjugal, podendo ser classificado como: solteiro, casado, viúvo e divorciado (FERREIRA, 1999). O escore foi considerado variável qualitativa nominal.

4.6.2 Variáveis referentes à doença de Parkinson

A seguir faz-se a descrição das variáveis referentes à doença de Parkinson que foram utilizadas neste estudo, podendo ser classificadas em qualitativas ou quantitativas.

- α) **tempo de diagnóstico:** Valor numérico em anos e meses referente ao tempo cronológico em que o paciente tem a doença

de Parkinson. O escore foi considerado variável quantitativa contínua.

- β) **comorbidades:** Outras doenças/patologias de que os indivíduos participantes do estudo já obtiveram diagnóstico confirmado (FERREIRA, 1999). O escore foi considerado variável qualitativa nominal.
- χ) **medicações utilizadas:** Medicamentos de uso regular e contínuo. O escore foi considerado variável qualitativa nominal.
- δ) **Capacidade funcional:** Capacidade do indivíduo em desenvolver atividades de vida diária, como por exemplo: alimentar-se, tomar banho, usar toalete, vestir-se, deambular, deitar-se e levantar-se. Foi utilizado o instrumento Medida de Independência Funcional (MIF), que recebe escore de 1 (dependência total) a 7 (independência completa), assim o escore total varia de 18 a 126. O instrumento tem dois domínios, o motor e o cognitivo (SOUZA et al., 2005). O escore foi considerado Variável quantitativa discreta.
- ε) **risco de quedas:** Risco de ocorrer um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais comprometendo a estabilidade. Foi utilizado o instrumento questionário para o risco de quedas composto por questões referentes a quedas anteriores, uso de medicações, déficits sensoriais, estado mental e marcha. Para cada pergunta do questionário em que a resposta que contém o asterisco for positiva, a pontuação é um, sendo assim, o máximo do escore é 10 e o mínimo é zero. Dessa maneira, avalia-se que o escore total igual ou maior que 3 indica risco de quedas (BUKSMAN et al., 2008). O escore foi considerado variável quantitativa discreta.
- φ) **Grau de incapacidade causado pela doença:** Medido de acordo com os sinais e sintomas apresentados para designar o estágio de incapacidade que a doença provoca. Neste estudo foi utilizado o instrumento escala de estágio de incapacidade de Hoehn e Yahr, ela é aplicada pelo pesquisador a partir da observação do quadro clínico em oito estágios: 0 (zero) para nenhum sinal da doença; 1 para doença unilateral; 1,5 para desenvolvimento unilateral e axial; 2 para doença bilateral, sem comprometimento do equilíbrio; 2,5 para doença bilateral com comprometimento leve do equilíbrio; 3 para doença bilateral

com de leve a moderado comprometimento do equilíbrio; 4 para incapacidade grave, mas capaz de ficar em pé e andar sem a ajuda; e 5 para o indivíduo preso a cadeira de rodas ou ao leito, necessitando de ajuda completa (HOEHN; YAHR, 1967). O escore foi considerado variável quantitativa discreta.

- γ) **Estado cognitivo:** Conjunto de domínios de algumas funções, como: orientação espacial e temporal, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho. Foi utilizado o instrumento Miniexame do Estado Mental (MEEM) para avaliar esta variável. Ele é o teste mais utilizado para avaliar a função cognitiva, pode ser aplicado em cerca de dez minutos, medindo funções incluindo aritmética, memória e orientação. Foi desenvolvido por Folstein et al. (1975). Deve ser utilizado como instrumento de rastreamento, não substituindo uma avaliação mais detalhada, pois não serve como teste diagnóstico, mas sim para indicar as funções que necessitam de melhores investigações. É um dos poucos testes validados e adaptados para a população brasileira. Segundo Brasil (2006a), consideram-se alterações no estado cognitivo os seguintes parâmetros: os idosos que tenham de um a três anos de escolaridade que apresentarem escore < 23, idosos que tenham de quatro a sete anos de escolaridade que apresentarem escore < 24, e idosos com mais de sete anos de escolaridade que apresentarem escore < 28 no teste cognitivo (BRASIL, 2006a). O comprometimento cognitivo foi classificado em leve, moderado e grave, conforme Maia et al. 2006, sendo assim, do ponto de corte até 15 pontos foi considerado comprometimento leve; de 15 a 10 pontos considerou-se comprometimento moderado e <10 considerou-se comprometimento grave. O escore foi considerado variável quantitativa contínua.

4.7 COLETA DE DADOS

O levantamento da população do estudo foi realizado através do banco de cadastro da APASC/Florianópolis, com a finalidade de encontrar os associados com idade igual ou superior a 60 anos. Foi construído um quadro com os dados de todos os associados com idade igual ou superior a 60 anos, e esta foi considerada a população do estudo. Considerando o N elementos da população e a perda amostral, fizeram parte da amostra todos os N elementos da população, que foi de

50 pessoas idosas com doença de Parkinson. A coleta de dados foi iniciada somente após aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, e realizou-se em agosto e setembro de 2014. Fez-se contato telefônico com essas pessoas, explicando os objetivos da pesquisa e com a proposta de uma visita no domicílio para apresentação mais detalhada do estudo. Nesta visita foi explicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para o sujeito da pesquisa e para o responsável presente no momento da visita (APÊNDICE B). Depois de esclarecidas todas as dúvidas e assinado o TCLE, o pesquisador aplicava o questionário socioeconômico e os instrumentos que faziam parte do estudo.

Para que fosse possível estimar a duração das visitas e apurar possíveis dúvidas e falhas no questionário e na aplicação dos instrumentos, realizou-se um treinamento, ministrado pelas professoras doutoras do Grupo de Estudos sobre Cuidado à Saúde de Pessoas Idosas (GESPI).

As visitas, que duraram aproximadamente uma hora, foram efetuadas da maneira a seguir. Passo 1) Agendamento da visita para coleta de dados no domicílio por meio de contato telefônico. Passo 2) Apresentação do pesquisador/coletador de dados e explicação dos objetivos da pesquisa ao sujeito de pesquisa. Passo 3) Explicar o TCLE para o sujeito e para o responsável presente no momento da visita (APÊNDICE B). Passo 4) Assinar o TCLE. Passo 5) Aplicar o questionário sociodemográfico, que contém variáveis que permitem identificar: sexo, idade, nível de escolaridade e estado civil. No que diz respeito à doença de Parkinson, foi aplicado um questionário perguntando o tempo de diagnóstico, comorbidades e medicações utilizadas (APÊNDICE C). Passo 6) Aplicar o Miniexame do Estado Mental (MEEM) para verificar o estado cognitivo (ANEXO A). Passo 7) Aplicar a escala de Hoehn e Yahr para verificar o grau de incapacidade causado pela doença (ANEXO B). Passo 8) Aplicar a medida de independência funcional (MIF) para verificar a capacidade funcional (ANEXO C). Passo 10) Aplicar o questionário para o risco de quedas para verificar o risco de quedas (ANEXO D). Cada *kit* de pesquisa continha todos os documentos, questionários e escalas do presente estudo, também havia um espaço para as anotações que o pesquisador julgasse necessárias durante a coleta de dados.

4.8 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram introduzidos em um banco de dados criado pela pesquisadora, utilizando o programa Excel® da Microsoft®; e analisados por meio da ferramenta computacional *on-line* SestatNet® (NASSAR et al. 2013). Foi realizada análise descritiva dos dados, portanto foram utilizadas frequências relativas e absolutas, podendo ser a descrição univariada ou bivariada. As variáveis qualitativas foram descritivas, e as variáveis quantitativas foram avaliadas usando média, mediana e desvio padrão. Utilizaram-se testes de hipóteses para a análise inferencial, tais como: teste qui-quadrado, teste de Exato de Fisher, teste de correlação e teste de médias (ANOVA de Kruskal-Wallis). O nível de significância foi considerado 0,05 (5%). Os resultados foram organizados em gráficos e tabelas. (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011)

4.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde dispõe sobre a realização de pesquisas com seres humanos levando em consideração os aspectos éticos, legais e morais, incorporando os quatro princípios bioéticos, que são: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. Esta pesquisa respeitou esses preceitos.

O responsável legal pela APASC assinou um termo de ciência sobre a realização da pesquisa envolvendo associados da instituição, conforme carta de autorização (APÊNDICE A). Dessa maneira, os pesquisadores juntamente com a instituição responsável APASC se responsabilizaram em propiciar assistência imediata, bem como assistência integral ao participante do estudo no que se refere a complicações e danos decorrentes da pesquisa, conforme os termos do item II.3 da Resolução 466/2012. Conforme o item V.7, o participante tem direito a indenização por parte do pesquisador e da instituição envolvida, caso vier a sofrer qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa.

A coleta de dados somente foi iniciada após parecer positivo do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e conhecimento da direção geral da APASC/Florianópolis e teve a aprovação conforme Parecer número 26676614.5.0000, no dia 21/07/2014. .

Após orientação dos participantes acerca dos objetivos da pesquisa, eles recebiam o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) em duas cópias para assinar, sendo que uma ficava com o pesquisador e outra assinada pelo pesquisador ficava com o participante

do estudo; caso o participante não conseguisse grafar seu nome, pelo sintoma característico da doença de Parkinson (micrografia), com comprometimento de sua participação na pesquisa, a autorização era solicitada ao seu familiar/cuidador, que assinava o TCLE. Foi respeitada a autonomia do participante e preservado o direito de desistência em qualquer etapa da pesquisa, sem prejuízo algum para o mesmo.

Em nenhum momento foi ou serão divulgados ou identificados os nomes dos participantes, nem expostos dados da pesquisa de maneira que seja possível identificar os sujeitos, sempre garantindo total sigilo e privacidade.

5 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa são apresentados no formato de manuscritos, conforme instituído pela Instrução Normativa 10/PEN/2011 do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Nesta dissertação apresentamos dois manuscritos: **Manuscrito 1:** Condições de saúde de idosos com doença de Parkinson; **Manuscrito 2:** Capacidade funcional de pessoas idosas com doença de Parkinson.

5.1 MANUSCRITO 1: CONDIÇÃO DE SAÚDE DE IDOSOS COM DOENÇA DE PARKINSON

CONDIÇÃO DE SAÚDE DE IDOSOS COM DOENÇA DE PARKINSON

Rafaela Baptista
Angela Maria Alvarez

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa e de corte transversal, com análise descritiva e exploratória dos dados. Os sujeitos da pesquisa foram idosos com doença de Parkinson integrantes da Associação Parkinson Santa Catarina. Os objetivos deste estudo foram: identificar o perfil sociodemográfico dos idosos com doença de Parkinson integrantes dessa associação; e conhecer e identificar as condições de saúde desses idosos em relação ao estágio da doença, cognição e risco de quedas. A coleta de dados ocorreu nos meses de agosto e setembro de 2014, no domicílio e tendo como participantes 50 idosos. Para a caracterização da amostra foi utilizado um questionário sociodemográfico que contém variáveis que permitem identificar idade, sexo, nível de escolaridade, estado civil, tempo de diagnóstico, comorbidades e medicamentos utilizados de forma contínua. Aplicou-se também o Miniexame do Estado Mental, a Escala de incapacidade de Hoehn e Yahr e o Questionário para Risco de Quedas. Entre os idosos investigados, a média de idade foi de 71,6 anos, sendo predominantemente casados, do sexo feminino, onde a maior parte tinha o ensino fundamental. Entre os níveis de incapacidade provocados pela doença de Parkinson, identificou-se que 50% dos idosos apresentaram comprometimento leve, 32%, comprometimento moderado e 18%, comprometimento grave pela doença de Parkinson. Os resultados

demonstraram que 34% dos idosos apresentaram déficit cognitivo atestado pelo Miniexame do Estado Mental, e 17 deles apresentaram déficit cognitivo leve e apenas um idoso apresentou comprometimento moderado. Observou-se que todos os pacientes com incapacidade grave apresentaram risco de quedas, já os pacientes com incapacidade leve obtiveram risco de quedas em 76% dos casos. Concluiu-se pela importância de conhecer as condições de saúde dos idosos com doença de Parkinson para que se possa desenvolver uma assistência de enfermagem de qualidade.

Palavras -Chave: Idoso; doença de Parkinson, enfermagem.

RESUMEN

Se trata de un estudio cuantitativo y de corte transversal con análisis descriptivo y exploratorio de datos. Los participantes de la investigación son ancianos con enfermedad de Parkinson integrantes de la Asociación Parkinson Santa Catarina. Los objetivos de este estudio son: identificar el perfil sociodemográfico de los ancianos con enfermedad de Parkinson integrantes de esta asociación; conocer e identificar las condiciones de salud de los ancianos con relación a la etapa de la enfermedad, cognición y riesgo de caídas. La recolección de datos ha ocurrido entre los meses de agosto y septiembre de 2014 en la residencia de los 50 ancianos participantes. Para la caracterización de la muestra se ha utilizado un cuestionario sociodemográfico que contiene variables que permiten identificar edad, sexo, nivel de educación, estado civil, tiempo de diagnóstico, comorbilidades y medicamentos utilizados de forma regular. Se aplicó también el Mini Examen de Estado Mental, la Escala de incapacidad de Hoehn y Yahr y el cuestionario para riesgo de caídas. La media de edad de los ancianos es de 71,6 años, predominantemente casados, del sexo femenino y con nivel de educación básico. Entre los niveles de incapacidad provocados por la enfermedad de Parkinson se ha identificado que un 50% de los ancianos han presentado deterioro leve, un 32% deterioro medio y un 18% deterioro grave. Los resultados han demostrado que un 34% de los ancianos presentan déficit cognitivo atestado por el Mini Examen de Estado Mental, siendo que 17 de ellos presentan déficit cognitivo leve y solamente 01 anciano presenta deterioro medio. Se ha observado que todos los pacientes con incapacidad grave presentan riesgos de caídas, ya los pacientes con incapacidad leve obtuvieron riesgo de caídas en un 76% de los casos. Se concluye la importancia de conocer las condiciones de salud de los

ancianos con enfermedad de Parkinson para que se pueda desarrollar una asistencia de enfermería de calidad.

Palabras clave: anciano; enfermedad de Parkinson, enfermería.

ABSTRACT

It is a quantitative cross-sectional research, which has descriptive and exploratory data analysis. The subjects of the research were elderly who have the Parkinson disease and are part of the “Associação Parkinson de Santa Catarina”. The aims of this study were: to identify the sociodemographic profile of the Parkinson patients who are part of this group, to know and identify the health conditions of these people under their disease level, their cognition and their fall risks. The data collection happened in August and September, in 2014; 50 elderly participated, and the data was collect at their houses. It was used a demographic questionnaire to characterize them, this questionnaire helped to identify their age, gender, scholar level, civil state, diagnosis length, comorbidities and medications continuously taken. It was also applied the Mini Mental State Examination, the Hoehn and Yahr Incapability Scale, and the Questionnaire for Fall Risks. Among these elderly, their average age was 71,6 years old, and most of them are married, female, and had completed the middle school. Among the incapacity levels caused by the Parkinson disease, 50% of the elderly has shown mild harm, 32% moderated harm, and 18% serious harm caused by the Parkinson disease. According to the Mini Mental State of Examination, the results show that 34% of the elderly have shown cognitive deficits; among these, 17 of them have shown mild cognitive deficits and only 01 elderly has shown moderated harm. It was possible to realize that all the patients that have serious harm had risks of fall, and the patients that have mild incapacity had risks of fall on 76% of the cases. It was concluded the importance of knowing the health conditions of the elderly that have the Parkinson disease in order to develop a quality nursing assistance.

Key Words: Elderly, Parkinson disease, nursing.

INTRODUÇÃO

Estamos acompanhando no Brasil, nas últimas décadas, a transição demográfica, a qual destaca-se pelo aumento do número de idosos e a queda nas taxas de natalidade. Anteriormente esse fato era mais evidente nos países desenvolvidos, hoje é uma realidade nos países em desenvolvimento. Segundo dados do IBGE no censo de 2010 os idosos eram representados por 10,79% da população total do Brasil, e em 2020 estima-se que esse percentual possa atingir 13%, e em 2050 até 20% da população deverá ser idosa, o que significa que, em 2050, o número de idosos será, provavelmente, superior ao de jovens abaixo de 15 anos. A Região Sul já supera a média nacional no censo de 2010, pois na região 12% da população é composta por pessoas com 60 anos ou mais. (IBGE, 2010)

Porém, diante do aumento da expectativa de vida e do envelhecimento populacional, há um paradoxo, pois, à medida que o indivíduo envelhece, ocorre a diminuição da capacidade funcional, da cognição e da independência de um modo geral. Em alguns casos existe a presença de doenças crônicas não transmissíveis concomitantemente com o envelhecimento, o que acentua as complicações no cotidiano do idoso.

Dentre as doenças crônicas não transmissíveis pode-se citar a doença de Parkinson, a qual é uma doença neurodegenerativa e progressiva e apresenta prevalência crescente com o envelhecimento, ou seja, aos 60 anos a prevalência é de 1% e sobe para 4% na população acima de 80 anos. (YARNALL; ARCHIBALD; BURN, 2012)

Os principais sinais e sintomas motores da doença de Parkinson são: tremor de repouso, rigidez muscular, bradicinesia, postura flexionada para frente, alteração de reflexos posturais e bloqueio motor. (ROWLAND, 2011). Fatores esses que interferem diretamente no risco de quedas. Aproximadamente 28-35% das pessoas maiores de 65 anos caem por ano, incrementando-se para 32-42% em idosos acima dos 70 anos que moram na comunidade. No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, 30% dos idosos caem uma vez por ano (BRASIL, 2006a).

Segundo Christofoletti, et al. (2006), a função cognitiva influencia grandemente o risco de quedas, até mais que o comprometimento motor, pois, em pesquisa realizada pelo autor, detectou-se que idosos com Doença de Alzheimer tiveram maior risco de quedas do que idosos com Doença de Parkinson (DP), ou seja, idosos com maior comprometimento cognitivo tiveram mais risco para quedas do que aqueles que apresentavam pior condição física.

Devido a isso, a presença de déficit cognitivo na doença de Parkinson afeta diretamente a independência do indivíduo, essa situação pode ser sinalizada por indivíduo que perde o interesse por acontecimentos do cotidiano e das coisas familiares ou pessoais, que apresentam diminuição de iniciativa, representando um estágio depressivo da doença de Parkinson, além de também surgirem sinais de demência. (ROWLAND, 2011).

Como a doença de Parkinson é uma doença crônica e progressiva, os sinais e sintomas tendem a progredir com o tempo de evolução do diagnóstico, por isso, em alguns casos, com o avançar da doença as funções do indivíduo tornam-se cada vez mais comprometidas, o que o deixa mais dependente e com maior necessidade de cuidado. Há escalas que medem o nível de comprometimento com o avançar da doença, neste estudo utilizou-se a escala de Hoehn e Yahr, o que permite maior visibilidade das condições gerais da pessoa com Parkinson para que se possa intervir da melhor maneira possível, buscando alcançar bons resultados na assistência.

Conhecer as condições de saúde e as características de idosos com doença de Parkinson é essencial para que o enfermeiro possa prestar uma assistência de enfermagem de qualidade, voltada para as reais necessidades deste indivíduo. Desse modo, torna-se possível construir um plano de cuidado específico para o idoso com doença de Parkinson, pautado nas suas fragilidades, permitindo capacitá-lo para que se torne o mais independente possível nas suas atividades da vida diária. Dessa forma, os objetivos deste estudo são: identificar o perfil sociodemográfico dos idosos com doença de Parkinson cadastrados na APASC; e conhecer e identificar as condições de saúde em relação ao estágio da doença, cognição e risco de quedas desses idosos.

MÉTODO

Este estudo é de abordagem quantitativa e de corte transversal, com análise descritiva e exploratória dos dados. A pesquisa foi realizada no domicílio da pessoa idosa com DP, com a busca dessas pessoas feita a partir do cadastro da Associação Parkinson Santa Catarina (APASC) e das listas de frequências das atividades oferecidas pela associação. A APASC se constituiu legalmente em 2004, como associação civil, sem fins lucrativos, e tem por objetivo: congregar pessoas portadoras da doença de Parkinson e pessoas interessadas; desenvolver e apoiar ações, coletar e divulgar informações pesquisas sobre os avanços do tratamentos, bem como os métodos e meios

materiais para melhorar a qualidade de vida desses pacientes e seus familiares, divulgar e informar a opinião pública e os meios de comunicação sobre a doença de Parkinson, colaborar e manter contatos com órgãos públicos e privados responsáveis pela oferta de serviços de saúde, com vistas a defender os interesses de seus associados.

Para localizar os participantes deste estudo recorreu-se ao cadastro da associação e neste foram identificadas 89 pessoas com 60 anos ou mais. Ao serem contactadas para participarem da pesquisa, apurou-se que: 25 associados tinham o número telefônico inexistente e não foi possível nenhuma outra forma de contato, sete indivíduos haviam falecido em anos anteriores, um associado havia mudado do Estado de Santa Catarina e cinco pessoas não aceitaram participar, restando, então, uma população de 51 indivíduos. Desse modo, participaram do estudo 50 pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com diagnóstico de doença de Parkinson e que relataram serem associados à APASC, visto que um indivíduo foi excluído por não saber ler e escrever. Quando todos os N elementos do estudo sejam igual ou menor que 80 elementos, recomenda-se constituir a amostra com o N elementos total, ou seja, aconselha-se realizar uma pesquisa quantitativa por censo, por isso neste estudo a população total, que é 50 indivíduos, constituiu também a amostra (NASSAR et al., 2013).

Foi eleito que se excluíssem os idosos que referissem ou que o responsável relatasse apresentar, além da doença de Parkinson, outras doenças incapacitantes fisicamente, como: doenças neurológicas com sequelas físicas, entre outras patologias que causam incapacidades físicas. Também idosos que não tivessem capacidade de se comunicar de nenhuma maneira ou não soubessem ler e escrever. Obedecendo a esses critérios, apenas um idoso foi excluído pelo fato de não saber ler e escrever.

Para a coleta de dados foram realizados os contatos telefônicos com os sujeitos, explicados os objetivos da pesquisa e proposta uma visita no domicílio para apresentação mais detalhada do estudo. Nesta visita foi explicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para o sujeito da pesquisa e para o familiar/cuidador responsável presente no momento. Pois a presente pesquisa cumpriu a Resolução do CNS N. 466/2012 e as resoluções complementares. Teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC (CEPSH/UFSC) conforme Parecer número 26676614.5.0000, no dia 21/07/2014.

Sendo assim, após a concordância da participação e assinatura do TCLE, iniciava-se a coleta de dados. A coleta foi realizada nos meses de

agosto e setembro de 2014, seguindo os passos: Passo 1) Aplicado o questionário sociodemográfico que contém variáveis que permitem identificar: sexo, idade, nível de escolaridade e estado civil. No que diz respeito à doença de Parkinson, foi aplicado um questionário sobre o histórico de saúde perguntando o tempo de diagnóstico, comorbidades e medicações utilizadas de modo contínuo. Passo 2) Aplicado o MEEM para verificar presença ou ausência de déficit cognitivo. Passo 3) Aplicada a escala de estágio de incapacidade de Hoenh e Yahr para verificar o estágio de incapacidade causada pela doença. Passo 4) Aplicado o questionário para o risco de quedas para verificar a presença ou não de risco de quedas.

Os dados da coleta foram digitados e armazenados no programa Excel® da Microsoft®. As análises descritivas e exploratórias foram realizadas por meio da ferramenta computacional *on-line* SestatNet® (NASSAR et al., 2013); utilizando-se como testes estatísticos o teste de Exato de Fisher e o teste Qui-Quadrado foram avaliadas associações entre as variáveis e o nível de significância considerado foi $p < 0,05$.

RESULTADOS

Entre os participantes 84%, encontravam-se na faixa etária de 60 a 79 anos. Enquanto que apenas 16% representavam os idosos acima de 80 anos. Dos idosos entre 60-69 anos e 70-79 anos a distribuição apresentou a mesma frequência absoluta e relativa, ou seja, 21 indivíduos e 42% da amostra total, conforme descrito na Tabela 1.

A Figura 1 mostra os dados referentes ao sexo dos participantes. Nesta distribuição a porcentagem de mulheres é superior á dos homens idosos, representando 52% da população total. A média de idade dos 50 sujeitos foi de 71,6 anos; a mediana, de 71; e o desvio padrão, de 7,49. Os idosos do sexo masculino tiveram a idade variando entre 61 e 85 e as mulheres, entre 60 e 88 anos.

Figura 1 - Distribuição por sexo

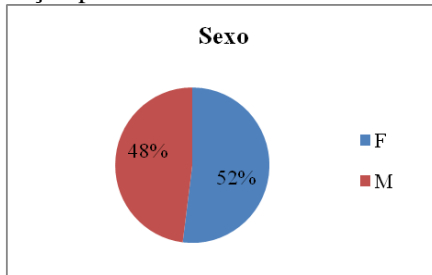


Tabela 1 - Faixa Etária dos idosos com doença de Parkinson

Faixa Etária	Frequência Absoluta N	Frequência Relativa %
60 – 69 anos	21	42
70 – 79 anos	21	42
80 – 89 anos	8	16
Total	50	100

Fonte: Coleta de dados.

Quanto ao estado civil, havia maior número de idosos casados, representando 68% da amostra total, destes, 21 eram do sexo masculino e 13 eram do sexo feminino. Entre os solteiros apresentaram-se apenas indivíduos do sexo feminino. Referente ao nível de escolaridade, 54% apresentaram ensino fundamental, sendo 14 mulheres e 13 homens. Afirmaram ter ensino superior 26% dos indivíduos participantes da pesquisa, nove deles eram homens e cinco eram mulheres, como pode ser observado nas Figuras 2 e 3.

Figura 2 - Estado Civil dos Idosos com doença de Parkinson

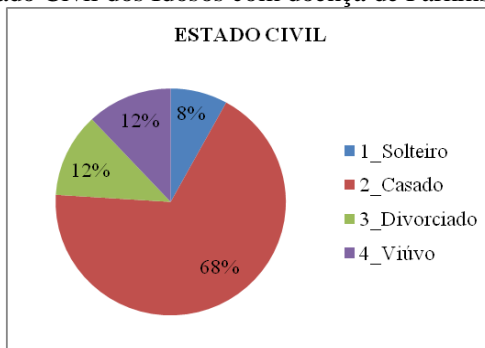
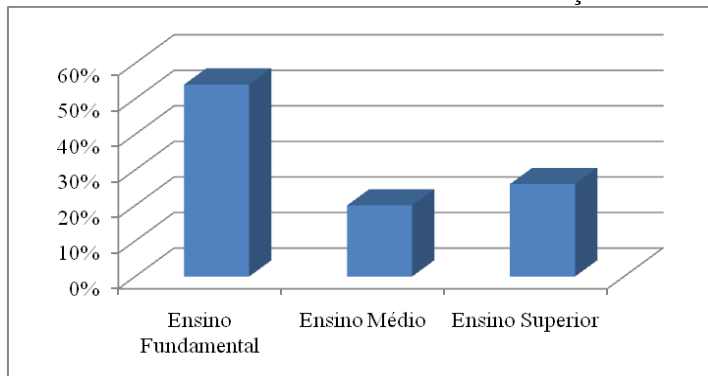
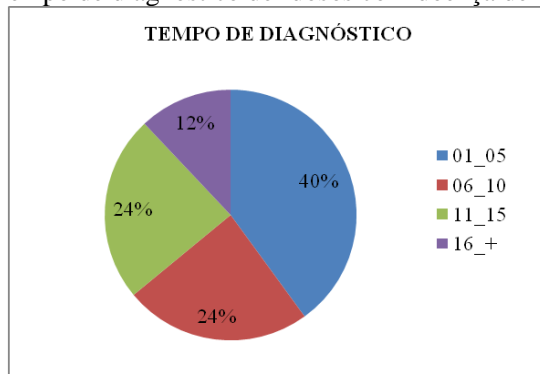


Figura 3 – Nível de Escolaridade dos Idosos com Doença de Parkinson



A Figura 4 estampa a quantidade de anos de diagnóstico da doença de Parkinson. A maior parte dos indivíduos que participaram da pesquisa convivia com a doença de 1 a 5 anos, somando 40% da amostra, a média de idade desse grupo foi 66,6 anos, com mediana de 65 e desvio padrão de 6,17. As faixas de 6 a 10 anos e de 11 a 15 anos de diagnóstico obtiveram a mesma expressividade, de 24%. O grupo de 6 a 10 anos de diagnóstico apresentou a média de idade de 71,8 anos, mediana de 73,5 e desvio padrão de 6,04. O grupo de 11 a 15 anos de diagnóstico apresentou a média de idade de 75,4 anos, mediana de 74,5 e desvio padrão 7,4. Já os pacientes com 16 ou mais anos de convívio com o Parkinson representaram apenas 12% da amostra e a média de idade nesse grupo foi 75,4 anos, com mediana de 75,5 e desvio padrão de 7,26.

Figura 4 – Tempo de diagnóstico de Idosos com doença de Parkinson



Foi avaliado o risco de quedas nos idosos com doença de Parkinson, através da aplicação do Questionário para o Risco de Quedas. Analisou-se a relação desta variável, ou seja, possuir ou não risco de quedas, com idade e nível de incapacidade de Hoehn e Yahr. Utilizou-se o teste de Exato de Fisher para avaliar as variáveis risco de quedas e idade, não sendo encontrada significância estatística ($p=0,79$) entre as mesmas.

O teste de hipótese entre as variáveis risco de quedas e nível de incapacidade de Hoehn e Yahr não foi possível realizar, porque algumas das frequências esperadas eram menores que 5. Porém observa-se que todos os idosos com incapacidade grave apresentaram risco de quedas, já os com incapacidade leve obtiveram risco de quedas em 76% dos casos. Essa análise descritiva sugere que para esta população o risco de quedas aumenta com o agravamento do nível de incapacidade causado pela doença.

A Tabela 2 apresenta os níveis de incapacidade de HOENH e YAHR causados pela doença de Parkinson, por sexo, faixa etária e tempo de diagnóstico.

Tabela 2 - Nível de Incapacidade de Hoehn e Yahr

Variável	Grupos	Nível de incapacidade						Frequência Total
		Leve		Moderado		Grave		
		Fre q	Perc.	Fre q	Perc.	Fre q	Perc.	
Sexo	Feminino	14	53,85 %	7	26,92 %	5	19,23 %	26
	Masculino	11	45,83 %	9	37,50 %	4	16,67 %	24
Idade	60 - 69	15	71,43 %	5	23,81 %	1	4,76 %	21
	70 - 79	8	38,09 %	9	42,86 %	4	19,05 %	21
	80 - 88	2	25,00 %	2	25,00 %	4	50,00 %	8
Tempo de diagnóstico (anos)	1 - 5	13	65,00 %	6	30,00 %	1	5,00 %	20
	6 - 10	7	58,33 %	3	25,00 %	2	16,67 %	12
	11 - 15	4	33,33 %	4	33,34 %	4	33,33 %	12
	16 ou mais	1	16,67 %	3	50,00 %	2	33,33 %	6

Dos idosos com idade entre 80 e 88 anos, metade deles apresentou incapacidade grave. Já, para os idosos entre 60 e 69 anos,

apenas 4,76% obtiveram escore para esse nível de incapacidade. Entre os indivíduos de 70 a 79 anos a maior parte deles apresentou comprometimento moderado, representando 42,8% dos idosos nessa faixa etária. Da amostra total de idosos teve-se metade com comprometimento leve, 32% com incapacidade moderada e apenas 18% com incapacidade grave.

Não se percebeu diferença entre os níveis de incapacidade quando comparados homens e mulheres, ou seja, os dois grupos apresentaram mais ou menos o mesmo número de indivíduos com incapacidade leve, moderada e grave.

Quando se dividiu o tempo de diagnóstico em dois grupos: 1 a 9 anos de diagnóstico e com 10 ou mais anos de convívio com a doença, se observou que 88% dos indivíduos com comprometimento grave eram do grupo que tinha a doença de Parkinson por 10 anos ou mais. E, dos idosos com comprometimento leve, 76% tinham o diagnóstico de 1 a 9 anos.

A Tabela 3 descreve a ausência ou presença de déficit cognitivo por sexo, faixa etária e tempo de diagnóstico.

Tabela 3 - Déficit Cognitivo em idosos com doença de Parkinson

Variável	Grupos	Déficit Cognitivo				Frequência Total
		Não		Sim		
		Freq.	Perc.	Freq.	Perc.	
Sexo	Feminino	19	73,08%	7	26,92%	26
	Masculino	14	58,33%	10	41,67%	24
Idade	60 – 69	15	71,43%	6	28,57%	21
	70 – 79	15	71,43%	6	28,57%	21
	80 – 88	3	37,50%	5	62,50%	8
Tempo de diagnóstico (anos)	1 – 5	17	85,00%	3	15,00%	20
	6 – 10	7	58,33%	5	41,67%	12
	11 – 15	6	50,00%	6	50,00%	12
	16 ou mais	3	50,00%	3	50,00%	6

Os homens apresentaram maior tendência para déficit cognitivo que as mulheres, ou seja, entre o sexo feminino 26,92%, já entre o sexo masculino o percentual foi de 41,67%. Os idosos com idade entre 80 e 88 anos foram os que apresentaram maior percentual para déficit cognitivo, nesta faixa etária 62,5% dos idosos obtiveram escore para déficit cognitivo. Já os idosos que conviviam com a doença de Parkinson havia 5 anos ou menos foram os que apresentaram o menor percentual para déficit cognitivo, apenas 15% desses idosos.

Analisou-se a relação entre as seguintes variáveis: déficit cognitivo e faixa etária. Foi aplicado o Teste de Exato de Fisher, onde $p > 0,05$; dessa forma, não houve significância estatística entre as variáveis.

O Teste Qui-Quadrado foi aplicado para avaliar a relação entre as variáveis déficit cognitivo e tempo de diagnóstico. Foi encontrado $p = 0,08$; desse modo, não foi encontrada significância estatística entre as variáveis analisadas.

A presença de déficit cognitivo foi avaliada segundo MAIA et al. (2006), em comprometimento leve, comprometimento moderado e comprometimento grave. Neste estudo, dos 17 idosos que apresentaram déficit cognitivo 16 foram classificados com déficit cognitivo de comprometimento leve e apenas um indivíduo apresentou déficit cognitivo de comprometimento moderado; o grau de comprometimento grave para déficit cognitivo não apareceu neste grupo de idosos.

DISCUSSÃO

A identificação do perfil de idosos com doença de Parkinson e o estudo dos níveis de incapacidade causados pela doença, do estado cognitivo e risco de quedas que essa população apresenta constitui um importante avanço para as práticas de saúde e enfermagem, posto que possibilita a melhora nas intervenções de enfermagem e a formulação de políticas de saúde voltadas a essa população.

A maior parte da amostra deste estudo está formada por pessoas do sexo feminino, 52% dos casos, o que corrobora com o estudo de Silva (2013), onde a amostra foi composta por 69% de mulheres. Porém há alguns estudos que relatam amostras com maior número de homens para a doença (LANA et al, 2007; NAVARRO-PETERNELA; MARCON, 2009). O motivo de este estudo apresentar maior número de mulheres pode ser explicado pelo fato de que, segundo estimativas, os homens vivem 7,6 anos a menos, quando comparados com as mulheres. A cada três mortes de pessoas adultas duas são de homens. Estudos comprovam que os homens são mais vulneráveis a doenças crônicas e graves, devido a procurarem menos os serviços de saúde de atenção primária, ou seja, somente buscam recursos quando o problema de saúde já está instalado, isso faz com que eles vivam menos tempo e tenham menor chance de conviver com uma doença longa e progressiva como a doença de Parkinson. Diante de problemas como esse, o Ministério da Saúde em 2009 implementou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, que está alinhada à Política Nacional de Atenção

Básica, com intuito de fortalecer as ações e serviços, visando estimular o autocuidado, a promoção e prevenção de agravos à população masculina (BRASIL, 2008).

Este estudo tem como sujeitos pessoas idosas com doença de Parkinson, ou seja, pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Apesar de a doença de Parkinson aparecer em indivíduos jovens, a sua maior incidência é em pessoas idosas, sendo a prevalência de 1 a 3% (NAVARRO-PATERNELLA; MARCON, 2012). Buscando traçar um perfil de idosos com DP optou-se por trabalhar apenas com sujeitos com 60 anos ou mais. Existem outros estudos que corroboram com a média de idade encontrada na presente pesquisa, que foi 71,6 anos e desvio padrão de 7,49. No estudo realizado por Lana et al. (2007) havia participantes a partir de 40 anos, porém a média de idade foi de 64,65 anos, e no estudo de Silva (2013) a média de idade foi 70,61 anos. O que mostra que o perfil demográfico de pessoas com doença de Parkinson é de maioria de idosos.

De acordo com o estudo sobre qualidade de vida de pessoas com doença de Parkinson realizado por Fillipin et al. (2014), a maior parte delas era casada ou viúva e tinha formação no ensino fundamental e ensino médio, o que corrobora com o presente estudo, onde 54% tiveram formação no ensino fundamental, e a maior parte dos idosos era casada, representando 64% da amostra total. Apesar de todos os participantes do estudo serem alfabetizados, nota-se que há predominância da baixa escolaridade, porque poucos deles completaram o ensino superior. No que se refere ao arranjo familiar, pode-se dizer que grande parte deles convivia em meio à família e contava com o apoio do cônjuge.

Em relação ao nível de incapacidade, o teste estatístico realizado neste estudo não mostrou relação desta variável com a idade, o que concorda com os demais achados desta pesquisa, visto que há indivíduos mais jovens em estado avançado da doença, como também há outros mais idosos, acima de 80 anos, ainda em estágio inicial da patologia. Provavelmente por isso não exista relação do risco de quedas com a idade. As análises descritivas mostraram que todos os idosos com comprometimento grave pela escala de Hoehn e Yahr apresentaram risco de quedas, já os idosos com comprometimento leve apresentaram risco de quedas em menor frequência. Há estudos que relatam que existem patologias que causam alterações fisiopatológicas características, as quais se tornam responsáveis por quedas, principalmente na população idosa. As alterações neurodegenerativas que são causadas pela doença de Parkinson, por exemplo, geram

degeneração de neurônios dopaminérgicos da substância nigra, por isso o indivíduo apresenta distúrbios motores frequentes, como: tremores, rigidez muscular, bradicinesia e dificuldades de equilíbrio. Isso confirma que os sinais da patologia contribuem para que ocorram quedas ou para que haja risco de quedas nesses idosos. (CHRISTOFOLETTI et al., 2006; BRUSSE et al., 2005; LIM et al., 2005). Um estudo, que avaliou os fatores associados ao medo de cair em idosos com doença de Parkinson, detectou que dificuldades de locomoção, necessidade de ajuda para realizar as atividades da vida diária e fadiga foram os fatores que mais estavam associados ao medo de cair, sendo esses sinais conseqüentes da doença de Parkinson e do envelhecimento, pode-se constatar que idosos com essa patologia apresentam risco para quedas e convivem com o medo de cair, portanto é primordial que os profissionais da saúde atentem para essa temática, criando planejamento para minimizar esses riscos potenciais (LINDHOLM et al., 2014).

Em concordância com outros estudos esta pesquisa também teve a maior parte de seus sujeitos nos estágios leve e moderado da escala de Hoehn e Yahr (FILIPPIN et al. 2014). Os outros estudos também pesquisaram pessoas em torno da média de idade de 71,6 anos, que viviam em seus domicílios, estando ligados a associações, programas de saúde coletiva, programas ambulatoriais, entre outras atividades, porém nenhum deles trazia a realidade de idosos hospitalizados, ou seja, todos os estudos estavam avaliando idosos que viviam em realidades semelhantes (SOUZA; BARRETOS; SANTOS, 2010). Provavelmente por esse motivo estivessem em sua maioria no estágio inicial e moderado da doença de Parkinson, no qual há sinais da doença unilateral ou bilateral, com comprometimento do equilíbrio em nível inicial, contudo ainda viviam de forma independente, realizando suas atividades da vida diária mesmo que de modo mais lento.

A afirmação de que 88% dos idosos com nível de incapacidade grave têm o diagnóstico da doença por 10 anos ou mais significa dizer, que nesta população, quanto maior o tempo de convívio com a doença de Parkinson, maior a probabilidade de manifestação dos sinais e sintomas desta patologia. Porém não se podem esquecer os casos que foram investigados onde idosos com menos de cinco anos de diagnóstico já apresentavam sintomatologia grave da doença, enquanto que outros com mais de 10 anos ainda tinham sinais e sintomas iniciais, esse fato também foi relatado no estudo de Takeuti et al. (2011), que evidenciou a variabilidade da velocidade de progressão da doença de

Parkinson nos seus pacientes, e isso certifica que esta patologia diversifica-se de indivíduo para indivíduo.

Referente à função cognitiva, alguns estudos apontam que pelo menos 50% dos pacientes com doença de Parkinson, mesmo sem diagnóstico de demência, apresentam alguma alteração cognitivo comportamental, como por exemplo: déficit de memória, apatia, disfunções executivas e sintomas depressivos ou de um modo geral o desempenho cognitivo prejudicado (CAIXETA; VIEIRA, 2008). No presente estudo 34% dos idosos apresentaram déficit cognitivo atestado pelo MEEM, 17 deles apresentaram déficit cognitivo leve e apenas um idoso apresentou comprometimento moderado. Esses resultados corroboram com o fato de que a doença de Parkinson está associada ao comprometimento cognitivo e não somente aos sintomas motores.

Em estudo recente publicado por NOMBELA et al. (2014), revelou-se através de exames de imagens (ressonância magnética) que, logo após o diagnóstico da doença de Parkinson, os indivíduos já apresentam alterações cognitivas, evidenciadas por modificações em regiões cerebrais específicas. O que comprova que a doença de Parkinson está associada a degenerações neurocerebrais, que levam não apenas a sintomas motores, mas também a alterações cognitivas.

Apesar do teste estatístico não comprovar a relação entre déficit cognitivo e faixa etária, a análise descritiva das frequências relativas e absolutas apontaram que os idosos na faixa etária mais avançada, ou seja, de 80 a 88 anos, foram os que mais apresentaram déficit cognitivo. O que corrobora com a revisão de literatura realizada por Caixeta e Vieira (2008), na qual foi relatado que os pacientes com doença de Parkinson têm incidência de demência seis vezes maior que a população em geral, e que a partir dos 85 anos o portador da doença de Parkinson apresentará demência em 65% dos casos. Desse modo, afirma que com o aumento da idade a probabilidade de desenvolver algum tipo de demência torna-se maior.

No presente estudo não se encontrou relação estatística entre déficit cognitivo e tempo de diagnóstico, porém há estudos que fazem essa relação. Tedrus et al. (2009) corrobora com os achados da nossa pesquisa, pois no estudo que realizou com idosos com doença de Parkinson não evidenciou relação estatística entre as variáveis alteração cognitiva e tempo de diagnóstico.

Neste estudo 41,6% dos homens apresentaram déficit cognitivo, já entre as mulheres a percentagem foi de 26,9%, o que contraria outros casos presentes na literatura. Segundo pesquisa realizada por Bennemann (2009), que verificou a associação entre o estado nutricional

e a capacidade cognitiva de idosos do Município de Maringá, detectou-se que entre os idosos com déficit cognitivo 72,9% eram do sexo feminino. O que corrobora com Santos et. al. (2009), que teve como objetivo investigar a prevalência de atividades físicas e de lazer entre um grupo de idosos com idade entre 70 e 75 anos, e se essas atividades podem exercer influência sobre a cognição; eles relataram que as mulheres (81,2%) referenciaram maiores problemas com a memória que os homens (73,8%). Lembrando que essas duas pesquisas não avaliaram idosos com doença de Parkinson, somente idosos em geral. Porém Tedrus et al. (2009) pesquisou alterações cognitivas em pessoas idosas com doença de Parkinson e relatou encontrar maior perda cognitiva entre as mulheres. No nosso estudo foi avaliada a possibilidade de os homens serem mais idosos que as mulheres, ou de terem a doença por mais tempo ou em estágio mais avançado do Parkinson, e por isso ter sido encontrada essa diferença de déficit cognitivo entre os sexos. Todavia, nas análises descritivas não foram encontrados esses resultados, tanto homens como mulheres apresentam escores aproximados para incapacidade causada pela doença, média de idade e média de tempo de diagnóstico semelhantes, portanto não se sabe por que houve essa diferença entre homens e mulheres.

CONCLUSÃO

Como a doença de Parkinson é uma doença neurodegenerativa com maior prevalência em pessoas idosas, é de extrema importância investigar o perfil desses idosos, mesmo que não se possam generalizar essas informações para uma população. Todavia, pode-se ter como base para realizar comparações com outros estudos.

No que diz respeito ao risco de quedas, pode-se relatar que é algo comum à população idosa e acentua-se quando está relacionado com a doença de Parkinson, pois a mesma causa alterações motoras e cognitivas que podem contribuir ainda mais para os casos de quedas. Já a alteração cognitiva que pode estar presente desde o início do diagnóstico da doença de Parkinson, e evoluir com o avançar da mesma, também é uma problemática a ser atentamente avaliada. Pois o déficit cognitivo traz consequências que geram maior dependência do idoso com doença de Parkinson, o que evolui para maiores demandas de cuidado, não somente da enfermagem, mas também da família.

Ao direcionar o foco para a enfermagem, que é uma profissão que se preocupa com o cuidado do ser humano, manutenção da independência e melhora da qualidade de vida, o profissional deve

desenvolver um planejamento de enfermagem pautado nessas avaliações, tanto para risco de quedas como para a presença de diferentes graus de déficit cognitivo, com intuito de auxiliar o idoso com doença de Parkinson a ser o mais independente possível nas suas atividades diárias e a ter qualidade de vida, mesmo convivendo com uma doença crônica não transmissível.

É importante ressaltar o papel do familiar cuidador, que como membro familiar desenvolve o cuidado no domicílio, e dessa maneira faz parte da rede de suporte social do idoso com doença de Parkinson. Porém esse não é um papel fácil de ser desempenhado e com o passar do tempo pode gerar sobrecarga e impactos significativos na qualidade de vida do cuidador, portanto este também se torna um cliente da enfermagem, que necessita ser cuidado para poder cuidar com saúde e qualidade.

Concluiu-se que, mesmo planejando o cuidado para o idoso com doença de Parkinson, cada indivíduo tem a sua particularidade, pois, através dos resultados encontrados nesta pesquisa, possibilitou-se observar que há pessoas em faixa etária e tempo de diagnósticos diferentes, que se encontram em distintos estágios de comprometimento da doença, por isso cada indivíduo é sempre particular, é sempre único.

REFERÊNCIAS

BENNEMANN, Rose Mari. **Associação do estado nutricional com capacidade cognitiva, sexo e idade em idosos residentes na cidade de Maringá/PR**. 2009. Tese (Doutorado em Nutrição) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6133/tde-05082009-104342/>>. Acesso em: 26 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa. Brasília (DF): 2006. (Cadernos de Atenção Básica, 19).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e diretrizes, Brasília, 2008.

BRUSSE, K.J. et al. Testing functional performance in people with Parkinson disease. **Physical Therapy**, 2005; 134-141.

CAIXETA, L.; VIEIRA, R. T.. Demência na doença de Parkinson. *Rev. Bras. Psiquiatr.* São Paulo, v.30, n.4, dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462008000400013&script=sci_arttext>. Acesso em: 02 dez. 2014.

CHRISTOFOLETTI, G et al. Risco de quedas em idosos com doença de Parkinson e demência de Alzheimer: um estudo transversal. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, v. 10, n. 4, Dec. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552006000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 nov. 2014.

CHRISTOFOLETTI, G. et al. Efeito de uma intervenção cognitivo-motora sobre os sintomas depressivos de pacientes com doença de Parkinson. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 2, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852012000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 nov. 2014.

FELIPPE, Lilian Assunção et al. Funções executivas, atividades da vida diária e habilidade motora de idosos com doenças neurodegenerativas. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 1, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852014000100039&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 7 dez. 2014.

FILIPPIN, Nadiesca Taisa et al. Qualidade de vida de sujeitos com doença de Parkinson e seus cuidadores. **Fisioter. mov.**, Curitiba, v. 27, n. 1, Mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502014000100057&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 dez. 2014.

GALHARDO, Mônica Maria de Azevedo Mello Carvalho; AMARAL, Ana Karênina de Freitas Jordão do; VIEIRA, Ana Cláudia de Carvalho. Caracterização dos distúrbios cognitivos na Doença de Parkinson. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 11, supl. 2, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462009000600015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 dez. 2014.

GONZÁLEZ, G.A.; GÓMEZ, L.G., **La experiencia de ser cuidadora de un anciano con enfermedad crónica**, Aquichán vol.11 n.2 Bogotá May/Aug. 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2010/projecao.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2013.

LANA, RC et al. Percepção da qualidade de vida de indivíduos com doença de parkinson através do PDQ-39. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, v. 11, n. 5, Oct. 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-3552007000500011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 dez. 2014.

LIM, LIIK et al. Measuring gait and gait-related activities in Parkinson's patients own home environment: a reliability, responsiveness and feasibility study. **Parkinsonism Relat Disord**. 2005.

LINDHOLM, B.; HAGELL, P; HANSSON, O.; NILSSON, M.H.. Factors associated with fear of falling in people with Parkinson's disease. **BMC Neurol**. 2014. Disponível em:

<<http://www.biomedcentral.com/1471-2377/14/19>>. Acesso em: 22 nov. 2014.

MAIA, A. L. G. et al. Aplicação da versão brasileira da escala de avaliação clínica da demência (Clinical Dementia Rating - CDR) em amostras de pacientes com demência. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v.64, n.2b, jun. 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2006000300025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jan. 2015.

NASSAR, Silvia M. et al. **SEstatNet - Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web**. Disponível em:

<<http://www.sestat.net>>. Acesso em: 18 nov. 2013.

NAVARRO-PETERNELLA, Fabiana Magalhães; MARCON, Sonia Silva. Descobrimo a doença de Parkinson: impacto para o parkinsoniano e seu familiar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 1, n. 62, p. 25-31, jan.-fev. 2009.

NAVARRO-PETERNELLA, Fabiana Magalhães; MARCON, Sonia Silva. Qualidade de vida de indivíduos com Parkinson e sua relação com

tempo de evolução e gravidade da doença. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol.20, n.2, p.34-41 maio/ abr. 2012.

NOMBELA, C. et. al. Genetic impact on cognition and brain function in newly diagnosed Parkinson's disease: ICICLE-PD study. **Brain**, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25080285>>. Acesso em: 27 out. 2014.

ROWLAND, L. P. Merrit. **Tratado de neurologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 12^a ed. 2011, p.768-83.

SILVA, Edmara Cristina. **Impacto do equilíbrio na qualidade de vida de indivíduos parkinsonianos graus I ao III da cidade de Formiga-Mg**. 2013. 74 f. TCC (Graduação) - Curso de Fisioterapia, Centro Universitário de Formiga – UNIFOR -MG, Formiga, 2013.

SOUZA, A.D; BARRETO, M.M; SANTOS, S.M.S. Avaliação da atividade funcional e qualidade de vida em mulheres com Doença de Parkinson. **Revista Saúde e Pesquisa**, Londrina-PR, v. 3, n.2, mai-ago, 167-172. 2010.

TEDRUS, Gloria Maria Almeida Souza et al. Dementia and mild cognitive impairment in patients with Parkinson's disease. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v.67, n.2b, Junho, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2009000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 out. 2014.

YARNALL, A.; ARCHIBALD, N.; BURN, D. Doença de Parkinson. *Medicina*, Volume 40, Issue 10, outubro de 2012.

5.2 MANUSCRITO 2: CAPACIDADE FUNCIONAL DE PESSOAS IDOSAS COM DOENÇA DE PARKINSON

CAPACIDADE FUNCIONAL DE PESSOAS IDOSAS COM DOENÇA DE PARKINSON

Rafaela Baptista
Ângela Maria Alvarez

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa e de corte transversal, com análise descritiva e exploratória dos dados. Os sujeitos da pesquisa foram idosos com doença de Parkinson integrantes da Associação Parkinson Santa Catarina. Os objetivos deste estudo foram: identificar o perfil sociodemográfico dos idosos com doença de Parkinson integrantes da APASC; conhecer e identificar a capacidade funcional e o grau de comprometimento causado pela doença de Parkinson nesses indivíduos. A coleta de dados ocorreu nos meses de agosto e setembro de 2014, no domicílio, e tendo como participantes 50 idosos. Para a caracterização da amostra foi utilizado um questionário sociodemográfico que contém variáveis que permitem identificar idade, sexo, nível de escolaridade, estado civil, tempo de diagnóstico, comorbidades e medicamentos utilizados de forma contínua. Aplicaram-se também a Escala de incapacidade de Hoehn e Yahr e a Medida de Independência Funcional. Entre os idosos investigados, a média de idade foi de 71,6 anos, sendo predominantemente casados, do sexo feminino, onde a maior parte tinha o ensino fundamental. Entre os níveis de incapacidade provocados pela doença de Parkinson, identificou-se que 50% dos idosos apresentaram comprometimento leve, 32%, comprometimento moderado, e 18%, comprometimento grave pela doença de Parkinson. Referente ao grau de independência medido pela Medida de Independência Funcional, constatou-se que 58% apresentaram independência completa ou modificada, 32%, dependência modificada em até 25% das tarefas, e apenas 10% da amostra apresentou dependência modificada em até 50% das tarefas. Os resultados demonstraram que, quanto maior o grau de comprometimento causado pela doença de Parkinson, mais prejudicada a capacidade funcional do idoso. Concluiu-se pela importância de conhecer a relação entre o grau de comprometimento causado pela doença de Parkinson e a

capacidade funcional dos idosos para qualificar a assistência, direcionando ações de enfermagem às especificidades dessas pessoas idosas.

Palavras -Chave: Idoso; doença de Parkinson, avaliação geriátrica

RESUMEN

Se trata de un estudio cuantitativo y de corte transversal con análisis descriptivo y exploratorio de datos. Los participantes de la investigación son ancianos con enfermedad de Parkinson integrantes de la Asociación Parkinson Santa Catarina. Los objetivos de este estudio son: identificar el perfil sociodemográfico de los ancianos con enfermedad de Parkinson integrantes de esta asociación; conocer e identificar la capacidad funcional y el grado de deterioro causado por la enfermedad de Parkinson. La recolección de datos ha ocurrido entre los meses de agosto y septiembre de 2014 en la residencia de los 50 ancianos participantes. Para la caracterización de la muestra se ha utilizado un cuestionario sociodemográfico que contiene variables que permite identificar edad, sexo, nivel de educación, estado civil, tiempo de diagnóstico, comorbilidades y medicamentos utilizados de forma regular. Se aplicó también la Escala de incapacidad de Hoehn y Yahr y la Medida de Independencia Funcional. Entre los ancianos investigados la media de edad es de 71,6 años, predominantemente casados, del sexo femenino y con nivel de educación básico. Entre los niveles de incapacidad provocados por la enfermedad de Parkinson se ha identificado que en 50% de los ancianos han presentado deterioro leve, un 32% deterioro medio y un 18% deterioro grave. Referente al grado de independencia con base en la Medida de Independencia Funcional se constató que un 58% presentaron independencia completa o modificada, un 32% de dependencia modificada en hasta un 25% de las tareas, y solamente un 10% de la muestra presentaron dependencia modificada en hasta un 50% de las tareas. Los resultados han demostrado que cuanto mayor el grado de deterioro causado por la enfermedad de Parkinson más perjudicada la capacidad funcional del anciano. Se concluye la importancia de conocer la relación entre el grado de deterioro causado por la enfermedad de Parkinson y la capacidad funcional de los ancianos para calificar la asistencia direccionando acciones de enfermería a las especificidades de cada paciente.

Palabras clave: anciano, enfermedad de Parkinson, evaluación geriátrica

ABSTRACT

It is a quantitative cross-sectional research, which has descriptive and exploratory data analysis. The subjects of the research were elderly who have the Parkinson disease and are part of the “Associação Parkinson de Santa Catarina”. The aims of this study were: to identify the sociodemographic profile of the Parkinson patients who are part of this group; to know and identify their functional capacity and their level of harm caused by the Parkinson disease. The data collection happened in August and September, in 2014, 50 elderly participated, and the data was collect at their houses. It was used a demographic questionnaire to characterize them, this questionnaire helps to identify their age, gender, scholar level, civil state, diagnosis length, comorbidities and medications continuously taken. It was also applied the Hoehn and Yahr Incapability Scale and the Functional Independency Measure scale. Among these elderly, their average age was 71,6 years old, and most of them were married, female, and had completed the middle school. Among the incapacity levels caused by the Parkinson disease, 50% of the elderly have shown mild harm, 32% have shown moderated harm, and 18% have shown serious harm by the Parkinson disease. Through the Functional Independency Measure, it was observed that 58% of them have shown complete or modified independency, 32% have shown modified dependency on about 25% of their tasks, and only 10% of them have shown modified dependency on about 50% of their tasks. The results showed that the elderly functional capacity gets more harmed depending on how large the level of harm caused by the Parkinson disease is. It is possible to conclude how important it is to know the relation between the level of harm caused by the Parkinson disease and the elderly functional capacity in order to improve the assistance directing nursing actions to the elderly needs.

Key words: Elderly, Parkinson disease, Geriatric Evaluation.

INTRODUÇÃO

Há alguns anos um dos temas mais debatidos na área da saúde é o envelhecimento populacional, que está ligado a mudanças nos indicadores de saúde, como: queda da mortalidade e da fecundidade e o aumento expressivo da expectativa de vida (BRASIL, 2006a). Segundo dados do IBGE, no censo de 2010, os idosos eram representados por 10,79% da população total do Brasil, em 2020 estima-se que esse percentual possa atingir 13% e em 2050, até 20% da população deverá ser idosa, o que significa que, em 2050 o número de idosos será, provavelmente, superior ao de jovens abaixo de 15 anos. (IBGE, 2010)

O envelhecimento pode ser entendido como algo natural; onde ocorre a diminuição progressiva da reserva funcional do indivíduo, o que chamamos de senescência, ou seja, é um processo natural. Porém sabe-se que com o envelhecimento há o surgimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), que são processos permanentes, que não têm cura, e tendem a ter maior expressão na idade mais avançada. Com frequência estão associados entre si, o que chamamos de comorbidades (BRASIL, 2006b). Cerca de 50% do número total de doenças é representado pelas DCNTs nos países em desenvolvimento, e no Brasil as DCNTs vêm se tornando prioridade de atenção nas políticas públicas de saúde (SCHMIDT et al., 2011).

Concomitantemente às condições de comorbidades surge o uso de um número elevado de medicamentos, a polifarmácia, identificada quando um único indivíduo tem indicação clínica de utilizar mais de uma droga para a mesma patologia, porém com princípios diferentes; e quando ocorre de o indivíduo fazer uso de diferentes medicamentos para distintos problemas de saúde. Esta já é uma realidade bastante comum, principalmente entre os idosos, no Brasil. (BRASIL, 2006a)

Entre as DCNTs degenerativas e comuns no idoso, pode-se citar a doença de Parkinson. Ela é conceituada como a segunda doença neurodegenerativa progressiva crônica mais comum no mundo, e caracterizada pela perda de neurônios dopaminérgicos das regiões cerebrais nigrostriatais. (SOUTO, 2009)

As DCNTs em algumas situações são doenças incapacitantes. No caso da doença de Parkinson, por suas características de causar tremor e lentidão de movimentos e até alterações cognitivas, pode levar a modificações funcionais no indivíduo, tornando-o mais dependente e com maior necessidade de cuidado. Portanto, realizar a avaliação funcional de idosos com doença de Parkinson é primordial para conhecer as reais necessidades de cuidado desses idosos, para posteriormente desenvolver tecnologias cuidativas e prestar uma assistência de enfermagem de excelência. É importante destacar que

toda investigação também colabora para que as ações de enfermagem possam propor melhorias nas condições de independência aos usuários dos serviços de saúde. Dessa forma, os objetivos deste estudo são: conhecer e identificar a capacidade funcional e o grau de comprometimento causado pela doença de Parkinson em idosos integrantes da Associação Parkinson Santa Catarina.

MÉTODOS

Este estudo é de abordagem quantitativa e de corte transversal, com análise descritiva e exploratória dos dados. A pesquisa foi realizada no domicílio da pessoa idosa com DP, com a busca dessas pessoas feita a partir do cadastro da Associação Parkinson Santa Catarina (APASC) e das listas de frequências das atividades oferecidas pela associação. A APASC se constituiu legalmente em 2004, como associação civil, sem fins lucrativos, e tem por objetivo: congregar pessoas portadoras da doença de Parkinson e pessoas interessadas; desenvolver e apoiar ações, coletar e divulgar informações pesquisas sobre os avanços do tratamentos, bem como os métodos e meios materiais para melhorar a qualidade de vida desses pacientes e seus familiares, divulgar e informar a opinião pública e os meios de comunicação sobre a doença de Parkinson, colaborar e manter contatos com órgãos públicos e privados responsáveis pela oferta de serviços de saúde, com vistas a defender os interesses de seus associados.

Para localizar os participantes deste estudo recorreu-se ao cadastro da associação e neste foram identificadas 89 pessoas com 60 anos ou mais. Ao serem contatadas para participarem da pesquisa, apurou-se que: 25 associados tinham o número telefônico inexistente e não foi possível nenhuma outra forma de contato, sete indivíduos haviam falecido em anos anteriores, um associado havia mudado do Estado de Santa Catarina e cinco pessoas não aceitaram participar, restando, então, uma população de 51 indivíduos. Desse modo, participaram do estudo 50 pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com diagnóstico de doença de Parkinson e que relataram serem associados à APASC, visto que um indivíduo foi excluído por não saber ler e escrever. Quando todos os N elementos do estudo sejam igual ou menor que 80 elementos, recomenda-se constituir a amostra com o N elementos total, ou seja, aconselha-se realizar uma pesquisa quantitativa por censo, por isso neste estudo a população total, que é 50 indivíduos, constituiu também a amostra (NASSAR et al., 2013).

Foi elegido que se excluíssem os idosos que referissem ou que o responsável relatasse apresentar, além da doença de Parkinson, outras doenças incapacitantes fisicamente, como: doenças neurológicas com sequelas físicas, entre outras patologias que causam incapacidades físicas. Também idosos que não tivessem capacidade de se comunicar de nenhuma maneira ou não soubessem ler e escrever. Obedecendo a esses critérios, apenas um idoso foi excluído pelo fato de não saber ler e escrever.

Para a coleta de dados foram realizados os contatos telefônicos com os sujeitos, explicados os objetivos da pesquisa e proposta uma visita no domicílio para apresentação mais detalhada do estudo. Nesta visita foi explicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para o sujeito da pesquisa e para o familiar/cuidador responsável presente no momento. Pois a presente pesquisa cumpriu a Resolução do CNS N. 466/2012 e as resoluções complementares. Teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC (CEPSH/UFSC) conforme Parecer número 26676614.5.0000, no dia 21/07/2014.

Sendo assim, após a concordância da participação e assinatura do TCLE, iniciava-se a coleta de dados. A coleta foi realizada nos meses de agosto e setembro de 2014, seguindo os passos: *Passo 1)* Aplicado o questionário sociodemográfico que contém variáveis que permitem identificar: sexo, idade, nível de escolaridade e estado civil. No que diz respeito à doença de Parkinson, foi aplicado um questionário perguntando o tempo de diagnóstico, comorbidades e medicações utilizadas de modo contínuo. *Passo 2)* Aplicada a escala de Medida de Independência Funcional (MIF) para verificar o grau de independência funcional. *Passo 3)* Aplicada a escala de estágio de incapacidade de Hoehn e Yahr para verificar o estágio de incapacidade causada pela doença.

Os dados da coleta foram digitados e armazenados no programa Excel® da Microsoft®. As análises descritivas e exploratórias foram realizadas por meio da ferramenta computacional *on-line* SestatNet® (NASSAR et al., 2013), utilizando-se os testes estatísticos teste Qui-Quadrado e ANOVA de Kruskal Wallis foram avaliadas associações entre as variáveis e o nível de significância considerado foi $p < 0,05$.

RESULTADOS

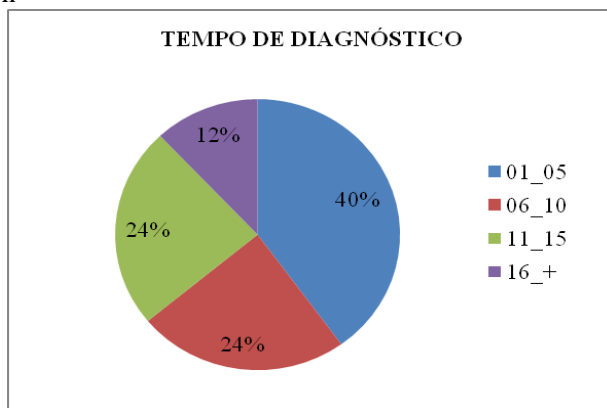
Dos 50 participantes do estudo a maior parte era do sexo feminino, representando 52% da população total. A média de idade dos sujeitos

foi de 71,6 anos, a mediana, de 71 e o desvio padrão, de 7,49. Os idosos do sexo masculino tiveram a idade variando entre 61 e 85 e as mulheres, entre 60 e 88 anos. A maior parte dos idosos encontrava-se na faixa etária de 60 a 79 anos, enquanto que apenas 16% eram idosos acima de 80 anos.

Quanto ao estado civil, havia 68% de indivíduos casados, destes, 21 eram do sexo masculino e 13 eram do sexo feminino. Entre os solteiros apresentaram-se apenas indivíduos do sexo feminino. Referente ao nível de escolaridade, a maioria dos idosos apresentou apenas o ensino fundamental, sendo 14 mulheres e 13 homens. Afirmaram ter ensino superior 26% dos indivíduos participantes da pesquisa, nove deles eram homens e cinco eram mulheres, conforme dados da Tabela 2.

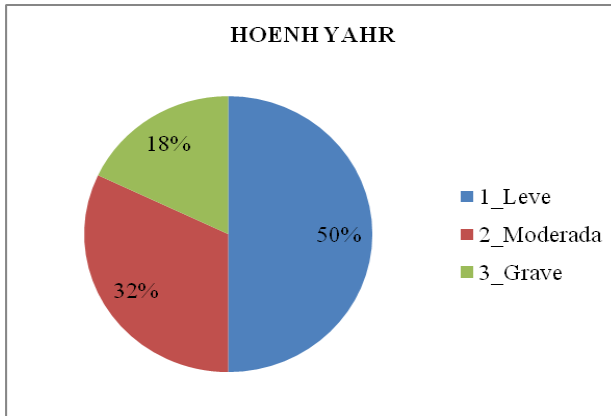
A Figura 1 ilustra a quantidade de anos de diagnóstico da doença de Parkinson, de 1 a 5 anos, de 6 a 10 anos, de 11 a 15 anos e pessoas que conviviam com a doença havia 16 anos ou mais. A maior parte dos indivíduos que participaram desta pesquisa convivia com a doença de 1 a 5 anos, somando 40% da amostra.

Figura 1 – Tempo de diagnóstico de pessoas idosas com doença de Parkinson



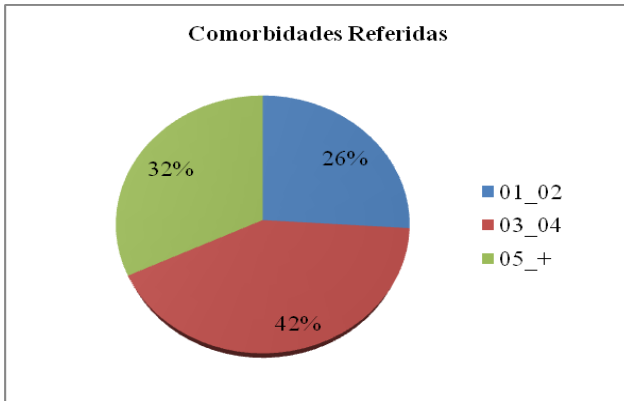
O nível de incapacidade causado pela doença, que foi medido pela escala de Hoehn e Yahr, detectou que 50% da amostra total tinham comprometimento leve causado pela doença de Parkinson, e somente 18% dos idosos participantes da pesquisa apresentaram comprometimento grave causado pela doença.

Figura 2 – Comprometimento causado pela doença de Parkinson medido através da escala de Hoehn e Yahr.



Na fase do envelhecimento, além da longevidade alcançada, surgem também multipatologias, que podem estar ou não presentes no cotidiano do idoso. Nesta pesquisa, 32% dos idosos referiram ter cinco ou mais patologias, 42% referiram ter de três a quatro comorbidades, enquanto que 26% referiram ter apenas uma doença além da doença de Parkinson.

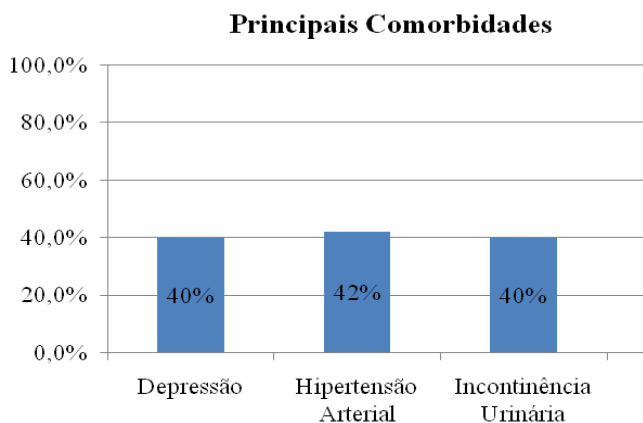
Figura 3 – Número de comorbidades referidas pelas pessoas idosas com doença de Parkinson



Das patologias referidas pelos idosos, as que mais apareceram foram: em primeiro lugar a hipertensão, presente em 42% dos casos.

Depois, a depressão e a incontinência urinária foram, na sequência, os dois diagnósticos mais referidos pelos idosos, representando 40% dos casos para cada patologia. Outras patologias foram citadas pelos idosos, mas muitas delas apareceram apenas em um indivíduo, são elas: Alzheimer, anemia, artrose, asma, insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio, diabetes, fibromialgia, glaucoma, hipercolesterolemia, hipotireoidismo, hiperplasia benigna, osteoporose, retinopatia, síndrome autoimune.

Figura 4 – Comorbidades que foram referidas pelas pessoas idosas com doença de Parkinson com mais frequência



Com as comorbidades, o uso de multifármacos é uma consequência, ou seja, em algumas ocasiões os idosos usam mais de um medicamento para um único problema de saúde com intuito de empregar os diferentes mecanismos de ação que os fármacos podem desenvolver no organismo. No presente estudo notou-se essa tendência, dos 22 idosos que utilizavam antidepressivos, havia cinco deles que utilizavam dois fármacos diferentes, dois que utilizavam três classes de fármacos distintas e um dos idosos recebia cinco medicamentos distintos para o controle do estado de humor. Os que utilizavam antihipertensivos totalizaram 21 idosos, porém desses sete faziam uso de duas classes distintas de fármacos. Da amostra total, encontrou-se o seguinte parâmetro: 50% utilizavam de um a cinco medicamentos, 38% faziam uso de seis a dez medicamentos e 12% da amostra usavam mais de dez tipos de medicamentos.

Figura 5 – Número de medicamentos utilizados pelas pessoas idosas com doença de Parkinson

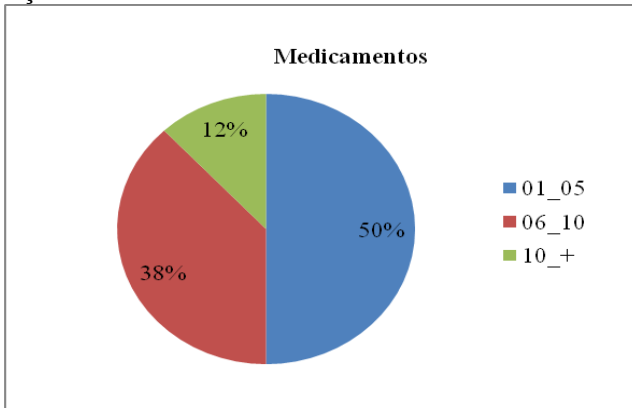
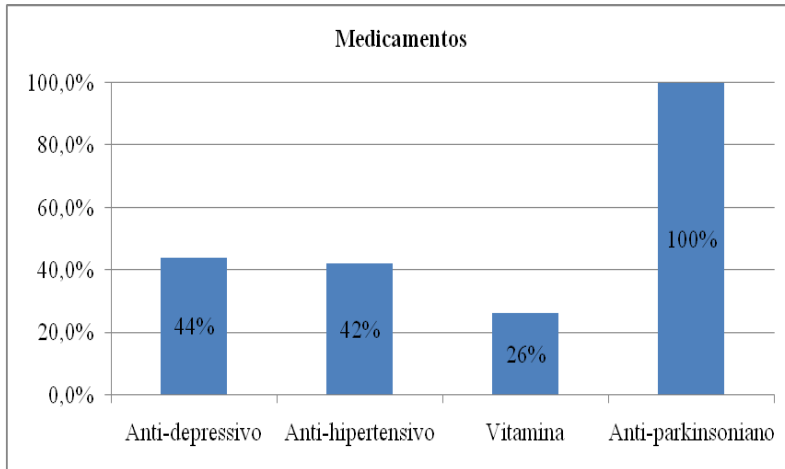


Figura 6 – Medicamentos utilizados com maior frequência pelas pessoas idosas com doença de Parkinson



Referente às drogas usadas para o controle e manutenção da doença de Parkinson, encontrou-se a seguinte realidade: dos 50 participantes da pesquisa, 42% utilizavam um único fármaco, 34% usavam duas drogas antiparkinsonianas distintas e apenas 24% dos indivíduos faziam uso de três medicamentos ou mais para a doença de Parkinson. A droga antiparkinsoniana que mais apareceu foi o medicamento que associa a levodopa + cloridrato de benserazida, que

estava presente em 96% dos casos. E a segunda droga mais comum entre os idosos foi o pramipexol, em 42% dos casos. Os demais medicamentos usados para controle e manutenção da doença de Parkinson pelos idosos do presente estudo foram: levodopa + cloridrato de benserazida HBS e dispersível, cloridrato de amantadina, pramipexol, entacapona, cloridrato de selegilina e cloridrato de biperideno.

Quando relacionou-se a variável número de drogas antiparkinsonianas com a variável tempo de diagnóstico da doença de Parkinson por meio do teste Qui-Quadrado, não se encontrou significância estatística entre elas, pois p valor é igual a 0,28. Porém, através da análise descritiva observa-se que 50% dos pacientes com um a nove anos de diagnóstico utilizavam apenas um fármaco antiparkinsoniano. Já aqueles com diagnóstico da doença por 10 anos ou mais, neste caso, o número de pacientes que utilizavam uma droga, duas drogas e três drogas ou mais, estes apresentaram a mesma frequência relativa de 33,33%.

A capacidade funcional dos idosos com doença de Parkinson foi avaliada pela Medida de Independência Funcional (MIF). Abaixo observa-se o grau de independência dos sujeitos deste estudo, 58% deles apresentaram independência completa ou modificada, 32% possuíam dependência modificada em até 25% das tarefas, e apenas 10% da amostra tinham dependência modificada em até 50% das tarefas. Nesta amostra não houve casos de dependência total.

Figura 7 – Medida de Independência Funcional de pessoas idosas com doença de Parkinson

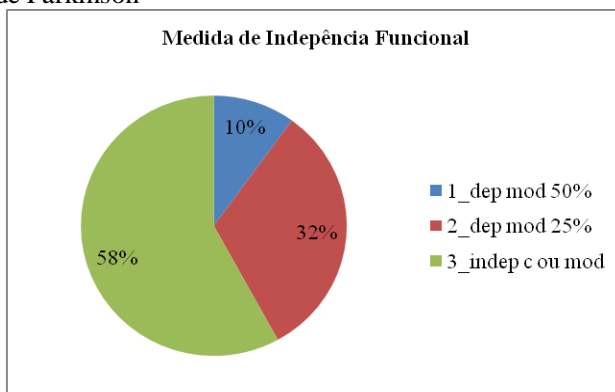


Tabela 1 – Dimensões de Independência Funcional *versus* Faixa Etária

Dimensões de Independência Funcional						
IDADE	A	B	C	D	E	F
60_69	5,77	6,13	6,08	5,83	6,12	6,00
70_79	5,26	5,75	5,38	5,21	5,55	5,48
80_88	3,55	4,01	3,95	3,81	3,94	3,84

A= Autocuidado. B= Controle de esfíncteres. C= Transferências.

D= Locomoção. E= Comunicação. F= Cognição Social.

Através da análise descritiva da Tabela 1, nota-se que com o avançar da idade os níveis de independência ficam mais comprometidos, ou seja, quanto mais idoso, mais dependente de cuidados torna-se o indivíduo. Entre os idosos de 60-69 anos e de 80-88 anos a dimensão mais comprometida foi o autocuidado. Já os idosos com 70-79 anos tiveram maior comprometimento na dimensão locomoção.

Tabela 2 – Dimensões de Independência Funcional *versus* escala de Hoehn e Yahr

Dimensões de Independência Funcional						
HOENH YAHR_G	A	B	C	D	E	F
1_Leve	5,98	6,18	6,16	5,98	6,08	6,25
2_Moderada	5,16	5,84	5,62	5,31	5,41	5,01
3_Grave	3,11	3,76	3,13	3,11	4,22	3,93

A= Autocuidado. B= Controle de esfíncteres. C= Transferências.

D= Locomoção. E= Comunicação. F= Cognição Social.

Avaliou-se a relação entre as variáveis, medida de independência funcional e nível de comprometimento causado pela doença de Parkinson, que foi medido pela escala de Hoehn e Yahr, ou seja, buscou-se avaliar se, quanto mais avançado o grau de comprometimento da doença de Parkinson, maior o grau de dependência do idoso. Aplicou-se o teste estatístico ANOVA de Kruskal-Wallis e foi encontrada forte significância estatística, onde $p = 0,0000069$. Para os idosos com comprometimento grave causado pela doença de Parkinson, as dimensões de independência funcional mais atingidas foram autocuidado e locomoção. Já os idosos com comprometimento leve e

moderado causado pela doença obtiveram pior desempenho na dimensão de autocuidado.

DISCUSSÃO

A investigação dos níveis de incapacidade causados pela doença de Parkinson, e do grau de independência que esses indivíduos apresentam, constitui um importante avanço para as práticas de saúde e enfermagem, visto que possibilita um olhar diferenciado para essa temática, o que propicia o desenvolvimento de tecnologias de cuidado em enfermagem específicas para esse público.

A maior parte da amostra deste estudo está formada por pessoas do sexo feminino, 52% dos casos, o que corrobora com o estudo de Silva (2013), onde a amostra foi composta por 69% de mulheres. Porém há muitos estudos que relatam amostras com maior número de homens para doença de Parkinson. Mascarenhas e Souza (2010) afirmam que a amostra foi composta por 75% de homens. O estudo de Sena et al. (2010) também defende a prevalência de homens acometidos pela doença de Parkinson. No Brasil a população idosa é de maioria feminina, ou seja, 62,4% são mulheres e estas demonstram maior longevidade que os homens (BRASIL, 2012), o que pode justificar a realidade desta amostra ser majoritariamente feminina.

Este estudo tem como sujeitos pessoas idosas com doença de Parkinson, ou seja, pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Buscou-se focar as investigações nesta faixa etária, visto que a maior incidência da doença de Parkinson é em pessoas idosas, sendo a prevalência de 1 a 3% nesta idade (ROWLAND, 2007). A média de idade encontrada na presente pesquisa foi 71,6 anos e desvio padrão de 7,49. No estudo realizado por Mascarenhas e Souza (2010), dos 24 indivíduos pesquisados, 70,4% eram idosos. Outros dois estudos corroboram com esta pesquisa em referência à média de idade. Segundo Stella et al. (2010) a média de idade entre os parkinsonianos foi 67 anos, e Navarro-Paternella e Marcon (2012) também encontraram uma média de 65,1 anos com desvio padrão de 9,9 anos.

De acordo com o estudo sobre avaliação funcional de indivíduos portadores de doença de Parkinson realizado por Mascarenhas e Souza (2010), 75% das pessoas com doença de Parkinson eram casadas e 54,2% tinham formação no ensino fundamental. Segundo estudo desenvolvido sobre qualidade de vida de pessoas com doença de Parkinson por Navarro-Paternella e Marcon (2012), 75% da amostra eram casados e 57,5% haviam frequentado o ensino fundamental. Dados

esses que corroboram com o presente estudo, onde 54% tinham formação no ensino fundamental, e a maior parte dos idosos era casada, representando 68% da amostra total. Apesar de todos os participantes do estudo serem alfabetizados, nota-se que há predominância da baixa escolaridade, porque poucos deles completaram o ensino superior, sendo essa percentagem de 26% e maioria homens. No que se refere ao arranjo familiar, pode-se dizer que grande parte deles convivia em meio à família e contava com o apoio do cônjuge.

Neste estudo o nível de comprometimento causado pela doença foi medido pela escala de Hoehn e Yahr, a qual tem intuito de medir a severidade da doença de Parkinson com base nos seus sinais e sintomas. Dos 50 idosos com doença de Parkinson, 50% apresentaram comprometimento leve, 32%, comprometimento moderado e apenas 18%, comprometimento grave. Segundo Silva (2013), as pessoas com doença de Parkinson que participaram do seu estudo apresentaram comprometimento de grau I a III, apontando uma média de 2,53, o que significa dizer que apresentavam os seguintes sinais da doença: doença unilateral com desenvolvimento unilateral e axial; ou doença bilateral, sem comprometimento do equilíbrio; ou doença bilateral com comprometimento leve do equilíbrio; ou doença bilateral com de leve a moderado comprometimento do equilíbrio. Navarro-Paternella e Marcon (2009), na pesquisa intitulada “Descobrimo a doença de Parkinson: impacto para parkisonianos e seus familiares”, detectaram que a maior parte dos sujeitos tinha comprometimento leve e moderado da doença de Parkinson. Dessa maneira, outros estudos corroboram com os resultados da presente pesquisa, esta realidade pode ser observada provavelmente pelas características das amostras estudadas, pois são pacientes ambulatoriais, que conviviam em meio à comunidade, desta forma, ainda estavam mais ativos e menos comprometidos fisicamente pela doença.

O envelhecimento é considerado um processo natural do ciclo de vida humano, porém é nessa fase da vida que as doenças crônicas não transmissíveis tendem a ter mais expressividade, e frequentemente estão associadas, dando origem às comorbidades. Este estudo avaliou a presença de comorbidades nos idosos com doença de Parkinson, 32% referiram ter cinco ou mais patologias, 42% relataram ter de três a quatro tipos de doenças distintas, e apenas 26% tinham, além da doença de Parkinson, mais uma patologia. Esses dados comprovam o que traz a literatura, ou seja, que realmente a multipatologia é algo bastante comum no idoso. Os três diagnósticos que mais apareceram nos idosos foram: em 42% dos casos, Hipertensão Arterial Sistêmica, e, na

sequência, com a mesma frequência relativa, a depressão e a incontinência urinária, com expressividade de 40%.

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI o conceito de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é

“uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e as alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais ou não-fatais”. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010)

A HAS é considerada um problema de saúde pública no Brasil e no mundo, é um dos mais significantes fatores de risco para doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renal crônica (BRASIL, 2006a). Entre os idosos a HAS é uma doença com alta prevalência, podendo acometer de 50% a 70% dos indivíduos nesta faixa etária. Fato que explica a alta incidência deste diagnóstico nos participantes deste estudo (BRASIL, 2006a).

Há muitos estudos que fazem associação da doença de Parkinson com a depressão. Segundo Nakabayashi et al. (2008) as taxas de prevalência de depressão nos pacientes com Doença de Parkinson variaram de um estudo para o outro, mas de um modo geral as taxas observadas foram bem elevadas. Isso mostra uma relação entre a Doença de Parkinson e o desenvolvimento da depressão. E enfatiza a importância do olhar dos profissionais de saúde para essa temática quando se assiste um indivíduo com essa patologia (NAKABAYASHI et al., 2008). Veiga et al. (2009) fizeram uma comparação entre um grupo de pacientes geriátricos não parkinsonianos com e um grupo de idosos com doença de Parkinson e evidenciaram, através da aplicação da Escala de Depressão de Hamilton e do Inventário de Depressão de Beck, que os pacientes com Doença de Parkinson têm frequência e intensidade de depressão maior que os pacientes sem a doença. A depressão foi encontrada em 42% dos pacientes com DP e 10% nos pacientes geriátricos sem DP (VEIGA et al., 2009). Esses resultados corroboram com a alta taxa de depressão encontrada na presente pesquisa.

A incontinência urinária (IU) também apresentou relevância entre os participantes desta pesquisa. Entre os idosos, em geral a IU tem prevalência aproximada de 10-15% entre pessoas do sexo masculino e de 20-35% entre as mulheres. Portanto, o presente estudo está acima da média nacional, já que 40% dos idosos relataram ter incontinência urinária. O uso de um número elevado de medicamentos e a presença de comorbidades tendem a aumentar a ocorrência de IU, o que pode explicar o fato de os idosos desta pesquisa apresentarem uma taxa maior de IU, já que esta amostra identificou um elevado percentual de comorbidades e uso de distintos medicamentos entre os idosos. Seguem-se algumas das complicações da IU: predispõe infecção do trato urinário e genital, provoca maceração e ruptura da pele, facilita a formação de úlceras por pressão e celulites; contribui para disfunção sexual e para a perda da função renal, afeta a qualidade do sono e predispõe à ocorrência de quedas (BRASIL, 2006a).

Concomitantemente com a presença das distintas comorbidades, surge a necessidade da prescrição de distintos medicamentos. “Polifarmácia” é o termo utilizado para conceituar a situação em que vários medicamentos são prescritos simultaneamente; e essa é uma prática clínica comum no que se refere aos idosos, principalmente em condições crônicas de saúde (BRASIL, 2006a). Fato este encontrado no presente estudo, visto que 50% da amostra utilizavam de um a cinco medicamentos, 38% usavam de seis a 10 medicamentos e 12% recebiam mais de 10 medicamentos distintos. Fazendo a análise descritiva desses dados, observa-se que metade dos idosos com doença de Parkinson utilizava seis ou mais medicamentos. As medicações mais utilizadas foram: em 44% dos casos, antidepressivos, em 42% dos casos, anti-hipertensivos e 26% dos idosos faziam uso de polivitamínicos. O maior uso de antidepressivo e anti-hipertensivo está relacionado à realidade de que as duas principais patologias referidas pelos idosos foram depressão e hipertensão arterial, por isso encontravam-se em tratamento terapêutico para as devidas comorbidades.

Referente ao uso de polivitamínicos, pode-se citar o estudo que teve como objetivo estimar a prevalência de ingestão inadequada de nutrientes na população idosa brasileira. Fisberg et al. (2013) detectaram elevadas prevalências de inadequação para os seguintes elementos: vitamina E, vitamina D, cálcio e magnésio nos idosos de ambos os sexos, chegando a uma prevalência próxima ou acima de 80%, entre outros micronutrientes que também estavam inadequados e foram listados no estudo. Dessa forma, justifica-se o uso elevado de polivitamínicos para reposição desses elementos que normalmente são

deficitários no organismo do idoso. Já o uso de medicamentos antiparkinsonianos foi pouco citado em outros estudos elaborados pela enfermagem, fisioterapia e educação física. Segundo Navarro-Paternella e Marcon (2012), 52,5% dos parkinsonianos faziam uso de Dopamina em conjunto com outra droga, enquanto que somente 12,5% utilizavam somente a dopamina, ou seja, a prevalência foi do uso combinado de medicações antiparkinsonianas. Na presente pesquisa 42% usavam apenas uma droga antiparkinsoniana, enquanto que a maior parte dos idosos com doença de Parkinson utilizava dois ou mais medicamentos, contabilizando 58% dos casos, o que faz concordância com os achados de Navarro-Paternella e Marcon (2012).

Neste estudo há a afirmação de que 58% dos idosos apresentaram independência completa ou modificada, 32%, dependência modificada em até 25% das tarefas e 10%, dependência modificada em até 50% das tarefas. Já, para Mascarenhas e Souza (2010), que utilizaram a escala de Barthel para medir o nível de capacidade funcional dos seus sujeitos, detectaram que o número de idosos com doença de Parkinson independentes foi menor, representando 33% da amostra, e os com dependência moderada foram a maioria, expressando 66,7% da amostra total. Porém Leandro (2011) corrobora com os resultados da presente pesquisa, pois em seu estudo a maior parte dos idosos com doença de Parkinson também apresentou independência completa ou modificada, quando aplicada a MIF. Esse fato pode ser explicado por ambos os estudos terem sido realizados com idosos atendidos a nível ambulatorial e participantes de atividades e eventos promovidos por uma associação sem fins lucrativos que congrega pessoas com doença de Parkinson, isso mostra que eram idosos mais engajados e ativos socialmente e fisicamente.

Em concordância com a presente pesquisa, Millán-Calenti et al. (2010) também encontrou associação entre a idade e a capacidade funcional. Na presente pesquisa os idosos da faixa etária 80-88 anos apresentaram maior grau de dependência detectado pela MIF quando comparados com os idosos mais jovens, da faixa etária de 60-79 anos.

Quando realizou-se o cruzamento estatístico entre as seguintes variáveis: nível de comprometimento causado pela doença de Parkinson e a capacidade funcional, encontrou-se forte significância estatística entre elas. Orcioli-Silva et al. (2014) avaliou o efeito do exercício físico na modificação da capacidade funcional, detectando bons resultados, porém concordou com o presente estudo citando que os idosos em grau mais avançado da doença tinham maior grau de dependência, e nesses

foi observada evolução de melhora mais significativa após a intervenção.

CONCLUSÃO

Nota-se a falta de outros estudos que abordem o sujeito com doença de Parkinson de uma maneira mais global sob o olhar da enfermagem, ou seja, investigando mais a fundo os aspectos que influenciam o cotidiano deste indivíduo e que também interfiram no planejamento das ações e implementação dos cuidados de enfermagem. Pois, somente conhecendo profundamente o sujeito, é que nós, enfermeiros, podemos realmente desenvolver uma assistência de qualidade e alcançar bons resultados.

Como a doença de Parkinson é uma doença neurodegenerativa e crônica, com maior prevalência em pacientes idosos, justifica-se o fato de esses pacientes apresentarem comorbidades e fazerem uso de polifármacos. Dessa forma, os profissionais de saúde devem estar atentos a essa nova necessidade de cuidado, para que o idoso tenha adesão ao tratamento e resultados eficazes. Nesse contexto, o enfermeiro pode aliar-se à rede de apoio informal do idoso, que são os familiares/cuidadores, pois o enfermeiro tem importante papel de orientador e educador desse público, já que eles são aliados da equipe de saúde no sucesso do tratamento do idoso.

No que diz respeito à capacidade funcional, detectou-se que pacientes com doença de Parkinson em estágios mais avançados apresentam mais dependência. Já que as dimensões de dependência funcional mais afetadas foram autocuidado e locomoção, ou seja, dimensões fortemente ligadas ao desempenho físico e à realização das tarefas da vida diária, que no estágio mais grave estão mais comprometidas. Dessa maneira, o enfermeiro precisa estar atento ao desenvolvimento dessas atividades, buscando intervir e tornar o idoso o mais independente possível. O enfermeiro deve esclarecer dúvidas do indivíduo e da sua família e cuidador, pois situações desvendadas encorajam tanto o idoso como seu familiar a possibilitar que a tarefa seja desenvolvida, mesmo que sob supervisão de algum responsável, o que torna o indivíduo mais independente e ativo. Isso foi concluído através deste estudo, quando se observou que idosos com doença de Parkinson, mesmo comprometidos física e cognitivamente, eram encorajados e estimulados a desenvolver atividades por meio dos trabalhos oferecidos pela Associação de Parkinson e seus colaboradores.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa. Brasília (DF): 2006a. (Cadernos de Atenção Básica, 19).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: 2006b. (Cadernos de Atenção Básica; 16)
- BRASIL, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Comunicados do IPEA. Tendências demográficas mostradas pela PNDA 2011. Brasília, DF, 2012. 28 p. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/121011_comunicadoipea157.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2014.
- FISBERG, Regina Mara et al . Ingestão inadequada de nutrientes na população de idosos do Brasil: Inquérito Nacional de Alimentação 2008-2009. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, supl. 1, fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000700008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 nov. 2014.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_opulacao/2010/projecao.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2013.
- LEANDRO, L.A. **Fatores associados ao desempenho funcional de idosos portadores da Doença de Parkinson**. 2011. 91 f. Dissertação [Mestrado em Medicina Interna e Ciências da Saúde] – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.
- MASCARENHAS, Claudio H.; SOUZA, Milene P.. Avaliação funcional de indivíduos portadores da doença de Parkinson. **Arq Ciênc Saúde**, Bahia, v. 4, n. 17, p.179-184, out. 2010. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-17-4/IDR 3.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2014.

MILLÁN-CALENTI, J.C.; TUBÍO, J.; PITA-FERNÁNDEZ, S.; GONZÁLEZABRALDES, I.; LORENZO, T.; FERNÁNDEZ-ARRUTY, T.; MASEDA, A. Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, 50, p. 306–310, 2010.

NASSAR, Silvia M. et al. **SEstatNet - Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web**. Disponível em: <<http://www.sestat.net>>. Florianópolis-SC, Brasil. Acesso em: 17 nov. 2013.

NAVARRO-PETERNELLA, Fabiana Magalhães; MARCON, Sonia Silva. Descobrimos a doença de Parkinson: impacto para o parkinsoniano e seu familiar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 1, n. 62, p. 25-31, jan.-fev. 2009.

NAVARRO-PETERNELLA, Fabiana Magalhães; MARCON, Sonia Silva. Qualidade de vida de indivíduos com Parkinson e sua relação com tempo de evolução e gravidade da doença. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol.20, n.2, p.34-41 maio/ abr. 2012.

NAKABAYASHI, T. I. K. et al. Prevalência de Depressão na Doença de Parkinson. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.6, n.35, p. 219-227, 2008. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-510322>>. Acesso em: 04 set. 2013.

ORCIOLI-SILVA, Diego et al . Effects of a multimodal exercise program on the functional capacity of Parkinson's disease patients considering disease severity and gender. **Motriz: rev. educ. fis.**, Rio Claro, v.20, n. 1, Mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-65742014000100100&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jan. 2015.

ROWLAND, L.P. **Tratado de neurologia**. 11.ed .Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

SENA, Edite Lago da Silva et al . Tecnologia cuidativa de ajuda mútua grupal para pessoas com Parkinson e suas famílias. **Texto contexto - enferm**. Florianópolis, v.19, n.1, mar. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-7072010000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 jan. 2015.

SCHMIDT, Maria Inês et al.. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**. London, p.61-74, maio. 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2014.

SILVA, Edmara Cristina. **Impacto do equilíbrio na qualidade de vida de indivíduos parkinsonianos graus I ao III da cidade de Formiga-Mg**. 2013. 74 f. TCC (Graduação) - Curso de Fisioterapia, Centro Universitário de Formiga – UNIFOR -MG, Formiga, 2013.

SOLDNER, F. et al. Parkinson's disease patient-derived induced pluripotent stem cells free of viral reprogramming factors. *Cell*. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2787236/?tool=pubmed>>. Acesso em: 03 jan. 2015.

SOUTO, M.O. **Era outono em Barcelona: o meu encontro com Mr. Parkinson**. Niterói, RJ: Editora Patheron, 2009.

STELLA, Florindo et al. Early impairment of cognitive functions in Parkinson's disease. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 65, n. 2b, Junho 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2007000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan. 2015.

VEIGA, B.A. et al. Depressão na doença de Parkinson: correlações clínico-epidemiológicas e comparação com um grupo controle de pacientes geriátricos não parkinsonianos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.31, n.1, p. 39-42, mar. 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 95, n. 1, supl. 1, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001700001&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 28 nov. 2014.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da realidade atual de envelhecimento populacional, nota-se a importância de direcionarmos políticas e intervenções de saúde e de enfermagem a essa parcela da população.

Mesmo a doença de Parkinson não sendo uma das principais patologias no idoso, ela é a segunda doença neurodegenerativa mais comum no mundo; e sua incidência é maior nas pessoas idosas do que nos indivíduos jovens, por isso essa temática deve chamar a atenção dos profissionais de saúde.

Com a conclusão deste trabalho, pode-se afirmar que os objetivos propostos foram alcançados, quando se identificou as condições de saúde de pessoas idosas com doença de Parkinson integrantes da APASC. Através do delineamento do perfil sociodemográfico desses indivíduos, transpareceu que a maior parte dos sujeitos deste estudo era do sexo feminino. Conclui-se então, que, de um modo geral, as atenções ainda são voltadas à saúde da mulher e culturalmente elas tendem a se cuidar mais, paradigma que deve ser transformado.

Por meio da verificação do comprometimento causado pela doença, medido através da Escala de Hoehn e Yahr, constatou-se que a maioria encontrava-se no estágio leve e moderado, o que significa dizer que pessoas com doença de Parkinson em nível ambulatorial e em atividade, das mais distintas e variadas possíveis, permanecem mais ativas, menos comprometidas e mais independentes. Deste mesmo modo ocorreu na verificação das condições de capacidade funcional através da aplicação da escala de Medida de Independência Funcional (MIF), onde a maioria apresentou o grau de independência completa ou modificada; o que pode ser refletido da mesma maneira que ocorreu com o grau de comprometimento causado pela doença. Esses achados contribuem com a enfermagem influenciando positivamente as ações dos enfermeiros, para que esses incentivem, apoiem e propiciem que seus clientes idosos com doença de Parkinson se envolvam em atividades extra domicílio e criem vínculos nesses grupos.

Portanto, desenvolver trabalhos em grupos, podendo ser multidisciplinares ou não, conseqüentemente fortalece a independência e a integração social da pessoa idosa com doença de Parkinson. Conclui-se, dessa maneira, a importância do trabalho prestado, desenvolvido e oferecido pela APASC e pelos seus multiprofissionais. Notou-se que, por estar integrado à Associação e participando ativamente das atividades oferecidas pela mesma, o idoso com doença

de Parkinson fortalece seus vínculos, sua independência, autonomia e autoestima.

As condições do estado cognitivo que foram verificadas através da aplicação do Miniexame do Estado Mental (MEEM), e as condições de risco de quedas que foram avaliadas através da aplicação do Questionário para o risco de quedas mostraram relação entre si, onde ressalta-se que, quanto mais prejudicado o estado cognitivo do indivíduo, mais dependente ele se torna, e conseqüentemente maior o risco de sofrer um episódio de queda. Concluiu-se que a queda é um evento bastante comum no cotidiano do idoso, e a enfermagem tem autonomia e responsabilidade para desenvolver ações voltadas para prevenção desses eventos e promover a independência desses indivíduos proporcionando melhor qualidade de vida.

O estudo mostrou que os idosos com doença de Parkinson apresentam comorbidades e estavam inseridos na dinâmica atual do uso de polifármacos. Diante contribuiu para reforça o papel do enfermeiro como educador e supervisor do cuidado frente a essa dinâmica. Sugere-se que o enfermeiro desenvolva ações de educação em saúde na temática das doenças crônicas e da polifarmácia, tanto voltadas para o idoso como para o seu familiar/cuidador, pois essas ações garantem a aderência ao tratamento e o sucesso ao final do processo. Detectou-se que investigar alguns fatores como: o grau de comprometimento causado pela doença, o estado cognitivo, a capacidade funcional e o risco de quedas, é essencial para sustentar o planejamento do cuidado em enfermagem a pessoas idosas com doença de Parkinson, pois, para prestar uma assistência de qualidade, o enfermeiro necessita conhecer a realidade do seu cliente.

Concluiu-se com este estudo que as pessoas idosas com doença de Parkinson têm suas particularidades, suas características próprias, o que deve tornar o cuidado a esses sujeitos algo individualizado.

Espera-se que tais resultados possam contribuir para se repensar a assistência de enfermagem a pessoas idosas com doença de Parkinson, com intuito de torná-las o mais independente possível para realização das suas atividades da vida diária, sempre estimulando a melhora na qualidade de vida.

Com este estudo espera-se contribuir com a atenção aos idosos no âmbito da APASC, o ensino da enfermagem gerontológica e a assistência aos idosos com doença de Parkinson junto aos serviços de saúde, seja no nível primário, secundário ou terciário. Em relação à pesquisa, o estudo contribuirá para melhor compreensão das condições de saúde e subsidiará novos estudos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M.Z. Elementos de metodologia epidemiológica. In: ROUQUAYROL, M.Z., ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p. 149-178.

ANDRADE, L.A.F; FERRAZ H.B. Quadro clínico. In: MENESES, M.S.; TEIVE, H.A.G. (Ed.). **Doença de Parkinson: aspectos clínicos e cirúrgicos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

ANJOS, K. F. dos; BOERY, R. N. Silva de O.; PEREIRA, R.. Qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes no domicílio. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 23, n. 3, p. 600-608, set. 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000300600&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 25 abr. 2015.

APASC. Associação Parkinson Santa Catarina. Institucional. Disponível em: <<http://www.parkinson-sc.com.br/index.php?id=2&fn=aW5zdGI0dWNpb25hbC5waHA%3D>> Acesso em: 10 nov. 2014.

BENNEMANN, Rose Mari. **Associação do estado nutricional com capacidade cognitiva, sexo e idade em idosos residentes na cidade de Maringá/PR**. 2009. Tese (Doutorado em Nutrição) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6133/tde-05082009-104342/>>. Acesso em: 26 nov. 2014.

BENVEGNU, A.B. Avaliação da medida de independência funcional de indivíduos com seqüelas de acidente vascular encefálico (AVE). **Revista Ciência e Saúde**, Porto Alegre, v.1, n.2, p.71-77, jul/dez. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa. Brasília (DF): 2006a. (Cadernos de Atenção Básica, 19).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prevenção clínica de doenças

cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. (Cadernos de Atenção Básica; 16)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília, 2006c. Disponível em: <<http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/volume1.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília, 2011. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/918_cartilha_dcnt.pdf>. Acesso em: 18 de fevereiro de 2014.

BRUCKI, S. M.D. et al . Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v.61, n. 3B, set. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2003000500014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 jan. 2015.

BUKSMAN, S et al. **Projeto Diretrizes, quedas em idosos:** prevenção. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2008.

CAIXETA, R. Instabilidade postural e quedas no idoso. In: HARGREAVES, L. H.H. **Geriatria**. Brasília: Editora Secretaria Especial de editoração e publicações do Senado Federal; 2006: p. 467 – 486.

CAIXETA, L; VIEIRA, R. T.. Demência na doença de Parkinson. Rev. Bras. Psiquiatr. São Paulo, v.30, n.4, dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462008000400013&script=sci_arttext>. Acesso em: 02 dez. 2014.

CAMARANO, A.A.; KANSO, S. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E.V. de.; PY, L. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3 ed. Rio de Janeiro: Ganabara Koogan, 2011, p.58-73.

CAROD-ARTAL, F. J.; VARGAS, A. P; MARTINEZ-MARTIN, P. Determinants of quality of life in brazilian patients with Parkinson Disease. **Movement Disorders**, v. 22, n. 10, p. 1408-1415, jul. 2007.

CHAUDHURI, K.R. et al. **Non – Motor Symptoms of Parkinson´s Disease**. Oxford, UK: Oxford University Press, 2009.

CHEN, J. et al. Cognitive dysfuctions associated with essential tremor and Parkinson's disease. **Zhonghua Yi Xue Za Zhi**. 2014 Aug 19; 94(31):2412-6.

CHRISTOFOLETTI, G et al. Risco de quedas em idosos com doença de Parkinson e demência de Alzheimer: um estudo transversal. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, v. 10, n. 4, Dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552006000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 nov. 2014.

CÔRTE, B.; NETO, P.L.. A musicoterapia na doença de Parkinson. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.14, n. 6, dez. 2009.

COSTA, A.L.R. **A representação social da doença de Parkinson e sua relação com a qualidade de vida dos associados da ASP – PE**. 2006. Dissertação [Mestrado em Serviço Social] - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2006.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio eletrônico**: século XXI. Rio de Janeiro: Nova Fronteira/Lexicon Informática, 1999.

FERRO, M. M. et al. Comparison of bilaterally 6-OHDA- and MPTP-lesioned rats as models of early phase of Parkinson's disease: Histological, neurochemical, motor and memory alterations. **Journal of Neuroscience Methods**, v. 148, p. 78-87, out. 2005.

FOLSTEIN, M.F. et al. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician". **Journal of Psychiatric Research**, v. 12, n. 3, p.189–198, 1975.

GONCALVES, L.H.T.; ALVAREZ, A.M.; ARRUDA, M.C.. Pacientes portadores de doença de Parkinson: significado de suas vivências. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, vol.20, n.1, jan./mar. 2007.

GOULART, F; PEREIRA, L.X. Uso de escalas para avaliação da doença de Parkinson em fisioterapia. **Revista Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 11, n.1, jan-abr. 2005.

HOEHN, M. M.; YAHR, M.D. Parkinsonism: onset, progression and mortality. **Neurology**, v. 17, p. 427-442, 1967.

HORNKIEWICZ, O.; ERINGER, H.; BIRK A. Mayer prokazují u parkinsonského syndromu nedostatek dopamine v centrálním nervovém systému a popisují ueninek L-DOPA, 1960.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_opulacao/2010/projecao.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2013.

JONKER, P.K. et al.. The added value of semimicroelectrode recording in deep brain stimulation of the subthalamic nucleus for Parkinson disease. **Neurosurg Focus**; 35(5): E3, Nov, 2013. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-24175863>>. Acesso em: 17 jan. 2015.

LAU, L.M.; BRETILER, M.M. Epidemiology of Parkinson's disease. **Lancet Neurol**. 2006; 525-35.

LEANDRO, L.A. **Fatores associados ao desempenho funcional de idosos portadores da Doença de Parkinson**. 2011. 91 f. dissertação [Mestrado em Medicina Interna e Ciências da Saúde] – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

LEVY, A.; JOAQUIM, F. **Doença de Parkinson: manual prático**. 2 ed. São Paulo: Lidel, 2003.

LIM, LIK et al. Measuring gait and gait-related activities in Parkinson's patients own home environment: a reliability, responsiveness and feasibility study. **Parkinsonism Relat Disord**. 2005.

LINDHOLM, B.; HAGELL, P; HANSSON, O.; NILSSON, M.H.. Factors associated with fear of falling in people with Parkinson's disease. **BMC Neurol**. 2014. Disponível em:

<<http://www.biomedcentral.com/1471-2377/14/19>>. Acesso em: dia mês. 2014.

MACEDO, A. M. L. et al . Avaliação funcional de idosos com déficit cognitivo. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 3, 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 jan. 2015.

MACHADO, J.C.B. Doença de Alzheimer. In: Freitas, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e gerontologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap.25, p. 260-280.

MAIA, A. L. G. et al. Aplicação da versão brasileira da escala de avaliação clínica da demência (Clinical Dementia Rating - CDR) em amostras de pacientes com demência. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v.64, n.2b, jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2006000300025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jan. 2015.

MENESES, M.S.; TEIVE, H.A.G. **Doença de Parkinson: aspectos clínicos e cirúrgicos**. Rio de Janeiro: Ganabara-Koogan, 2003.

NAKABAYASHI, T. I. K. et al. Prevalência de Depressão na Doença de Parkinson. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 6, n. 35, p. 219-227, 2008. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-510322>>. Acesso em: 4 set. 2013.

NASSAR, Silvia M. et al. **SEstatNet - Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web**. Disponível em: <<http://www.sestat.net>>. Acesso em: 17 nov. 2013.

NAVARRO-PETERNELLA, F. M.; MARCON, S. S.. Descobrimo a doença de Parkinson: impacto para o parkinsonsiano e seu familiar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 1, n. 62, p. 25-31, jan.-fev. 2009.

NAVARRO-PETERNELLA, F. M.; MARCON, S. S.. A convivência com a doença de Parkinson na perspectiva do parkinsoniano e seus familiares. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, set. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 06 abr. 2015.

NAVARRO-PATERNELLA, F.M.; MARCON, S.S. Qualidade de vida de indivíduos com Parkinson e sua relação com tempo de evolução e gravidade da doença. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol.20, n.2, p.34-41 maio/ abr. 2012.

NIETSCHKE, E. A.; TEIXEIRA, E.; MEDEIROS, H.P.. **Tecnologias cuidativo-educacionais**: uma possibilidade para o empoderamento do (a) enfermeiro (a). Moriá, 1 Ed., pag. 134-35. Porto Alegre/RS. 2014.

NOMBELA, C. et. al. Genetic impact on cognition and brain function in newly diagnosed Parkinson's disease: ICICLE-PD study. **Brain**, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25080285>>. Acesso em: 27 out. 2014.

ORCIOLI-SILVA, D. et al . Effects of a multimodal exercise program on the functional capacity of Parkinson's disease patients considering disease severity and gender. **Motriz: rev. educ. fis.**, Rio Claro, v.20, n. 1, Mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-65742014000100100&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jan. 2015.

PINHEIRO, J.E.S. Distúrbios do movimento: doença de Parkinson e não-Parkinson. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara-Koogan; 2006.

PINTO, R. A. S. R. et al . Avaliação das atividades da vida diária dos pacientes com doença de Parkinson submetidos a cirurgia estereotáxica. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v.60, n.2B, jun. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2002000300018&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 24 jan. 2015.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: Métodos, avaliação e utilização. Trad. de Ana Thorelli. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 163-199.

PUTTEN, J.M.F.V. et al. Measuring changing disability after inpatient rehabilitation: comparison of the responsiveness of the Barthel index

and the Functional Independence Measure. *Journal of neurology and psychiatry*, n. 66, p. 480-484,1999.

REIJNDERS J.S. et al. A systematic review of prevalence studies of depression in Parkinson's disease. **Mov Disord.** 2008 Jan 30;23(2):183-9. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17987654>>. Acesso em: 22 jan. 2015.

RIBERTO, M. et al. Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiátrica*, v.2, n. 11, p.72-76, 2004. Disponível em: <<http://www.unifra.br/professores/anabonini/Valida%C3%A7%C3%A3o%20Brasileira%20MIF.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2014

RICCI, N.A.; KUBOTA, M.T.; CORDEIRO, R.C. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.4, ago. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000400021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 jan. 2015.

RODRIGUES, A. V. et al.. Avaliação do Sistema Perceptual em Idosos Saudáveis e em Idosos com Doença de Parkinson. **Rev Neurocienc**, 2014; 22(2): 189-194.

ROSA, T. E. C. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 1, Fev. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 jan. 2015.

ROWLAND, L. P. Merrit. **Tratado de neurologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 12ª ed. 2011, p.768-83.

SCHESTATSKY, Pedro et al. Quality of life in a Brazilian sample of patients with Parkinson's disease and their caregivers. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 28, n. 3, Set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jan. 2015.

SCHIAVETO, F.V. **Avaliação do risco de quedas em idosos na comunidade**. 2008. 117f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

SOUZA, N.R. et al. Olhar sobre o cuidador de idosos dependentes. **Revista Saúde.com**, v. 1, p. 51-59, 2005. Disponível em: <<http://www.uesb.br/revista/rsc/v1/v1n1a7.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2015.

TEDRUS, Gloria Maria Almeida Souza et al. Dementia and mild cognitive impairment in patients with Parkinson's disease. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v.67, n.2b, Junho, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2009000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 out. 2014.

TEIVE, H.A.G. Doença de Parkinson: Conceitos Gerais. In: TEIVE, H.A.G. **Doença de Parkinson: Um Guia Prático para Pacientes e Familiares**. São Paulo: Lemos Editorial, 2000. cap.3. p.31-33.

VALCARENGHI, R. V. et al. Alterações na funcionalidade/cognição e depressão em idosos institucionalizados que sofreram quedas. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v.24, n.6, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000600017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jan. 2015.

VALLDEORIOLA, F.; NOBBE, F. A.; TOLOSA, E. Treatment of behavioural disturbances in Parkinson's disease. **Journal of Neural Transmission**, v.51, p.175-204, 1997.

VEIGA, B.A. et al. Depressão na doença de Parkinson: correlações clínico-epidemiológicas e comparação com um grupo controle de pacientes geriátricos não parkinsonianos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.31, n.1, p. 39-42, mar. 2009.

YARNALL, A.; ARCHIBALD, N.; BURN, D. Doença de Parkinson. *Medicina*, Volume 40, Issue 10, outubro de 2012.

**APENDICE A - AUTORIZAÇÃO PARA DESENVOLVER
PESQUISA EM PACIENTES DA ASSOCIAÇÃO PARKINSON
DE SANTA CATARINA (APASC)**

Florianópolis 10 de Maio de 2013.

Ilmo Sr. Dr. Álvaro José Romanha.

Presidente da Associação Parkinson de Santa Catarina (APASC)

Prezado Senhor,

A enfermeira, professora, doutora, **Ângela Maria Alvarez** docente do Curso de Graduação e Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e **Rafaela Baptista** enfermeira e mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSC, se propõem a desenvolver o projeto de pesquisa "**Condições de Saúde dos Idosos com Doença de Parkinson**", que tem como objetivo geral: avaliar as condições de saúde em relação ao estágio da doença, estado emocional, à funcionalidade, cognição e risco de quedas em idosos com Doença de Parkinson no âmbito da APASC. Para tanto a coleta de dados será realizada com idosos com doença de Parkinson associados ou participantes de atividades oferecidas por esta entidade após esclarecimentos e obtenção do TCLE. Será realizado agendamento para realização da coleta de dados no domicílio de cada idoso, nesse momento aplicando-se um questionário sociodemográfico, que contém variáveis que permitem identificar: idade, sexo, nível de escolaridade e estado civil, tempo de diagnóstico, comorbidades e medicações utilizadas. Outras cinco escalas serão aplicadas, são elas: escala de estágio de incapacidade de Hoehn e Yahr para verificar o estágio de incapacidade causada pela doença, escala de depressão geriátrica (EDG) para verificar o estado afetivo, medida de independência funcional (MIF) para verificar a funcionalidade, o mini exame do estado mental (MEEM) para avaliar o estado cognitivo e o questionário para o risco de quedas para verificar o risco de quedas. O tempo estimado para coleta de dados no domicílio será entorno de uma hora.

Certifica-se que a APASC tem conhecimento do conteúdo da Resolução do CNS número 466/2012 e suas complementares e compromete-se a cumpri-la durante o desenvolvimento desta pesquisa. Além disso, a instituição juntamente com os pesquisadores se responsabilizará em propiciar assistência imediata, bem como assistência integral aos participantes da pesquisa no que se refere às complicações e danos decorrentes da pesquisa, conforme os termos do item II.3. Outrossim,

assumimos o compromisso ético de somente iniciar a coleta de dados após a aprovação do projeto de pesquisa pela Comissão de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSC e com a concordância de cada participante registrado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, além de zelar e manter o respeito às questões éticas que envolvam a pesquisa com seres humanos, preservar seus direitos e proteger sua imagem.

Para tanto solicitamos a autorização para a realização da pesquisa junto às pessoas com DP cadastradas na APASC.

Desta forma, eu, Álvaro José Romanha, professor, doutor, presidente da APASC e portador da (DP), tenho conhecimento da presente pesquisa, de seus objetivos, benefícios e riscos, e autorizo a coleta junto às pessoas com DP cadastradas na APASC que aceitem participar do estudo.

Enfa. Ângela Maria Alvarez
Responsável pelo projeto

Álvaro José Romanha
Presidente da APASC

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

INDIVÍDUO COM DOENÇA DE PARKINSON OU RESPONSÁVEL

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado(a), pessoa com a doença de Parkinson, ou o responsável pelo Sr (a), _____ (o nome da respectiva pessoa com doença de Parkinson, quando não for ela quem esteja assinando o TCLE) fui informado(a) que está sendo realizada a pesquisa intitulada **Condições de saúde dos idosos com doença de Parkinson**, para avaliar as necessidades de saúde com o intuito de melhorar a assistência de enfermagem as pessoas com doença de Parkinson (DP). Mais detalhadamente o objetivo geral do estudo é o de avaliar as condições de saúde em relação ao estágio da doença, estado emocional, à funcionalidade, cognição e risco de quedas em idosos com doença de Parkinson no âmbito da Associação Parkinson Santa Catarina (APASC). Estou ciente que serão convidados à participar da pesquisa pessoas com 60 anos ou mais e com diagnóstico de doença de Parkinson associados da APASC ou que participam de atividades oferecidas pela associação. Tomei conhecimento de que a pesquisa será desenvolvida pelas pesquisadoras enfermeira, professora, doutora, **Ângela Maria Alvarez** docente do Curso de Graduação e Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e **Rafaela Baptista** enfermeira e mestrandia do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSC. Estou ciente de que a presente pesquisa cumpre a Resolução do CNS N. 466/2012 e as resoluções complementares e teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC (CEPSH/UFSC) conforme parecer No. 26676614.5.0000.0121, e que diante disso os pesquisadores juntamente com a instituição responsável APASC se responsabilizarão em propiciar assistência imediata, bem como assistência integral a mim, participante do estudo, no que se refere a complicações e danos decorrentes da pesquisa, conforme os termos do item II.3 desta resolução. Estou ciente que conforme o item V.7 terei direito a indenização por parte do pesquisador e da instituição envolvida, caso vier a sofrer qualquer tipo de dano resultante da minha participação na pesquisa. Estou ciente que serei beneficiado como participante da pesquisa por ter a oportunidade de ser avaliado individualmente e identificadas minhas capacidades e

incapacidades para receber uma assistência de enfermagem mais adequada as minhas necessidades.

A minha participação consistirá em receber o pesquisador por aproximadamente uma hora em meu domicílio, para que eu responda questionário sociodemográfico breve e questionamento como: tempo de diagnóstico, comorbidades e medicações utilizadas e permitir que o pesquisador aplique os cinco (5) instrumentos de avaliação, que são: Escala de Hoehn e Yahr; Mini Exame do Estado Mental (MEEM); Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage; Avaliação da Capacidade Funcional (MIF); Questionário para o risco de quedas, para identificar as minhas condições de saúde e avaliá-las.

Tenho a garantia dos pesquisadores de que todas as informações coletadas serão confidenciais e que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.

Também fui informado(a) que tenho o direito de não responder a qualquer pergunta sobre o tema, e em qualquer momento posso desistir de participar desta pesquisa, sem precisar justificar, sem prejuízo algum. Estou ciente de que posso falar o que realmente penso, sem que isso interfira no meu envolvimento nas atividades da APASC e no meu tratamento de saúde.

Enfim, tendo sido orientado (a) quanto ao título e objetivos do estudo, a coleta de dados, assim como esclarecimentos em relação aos meus direitos e benefícios, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação. Para qualquer esclarecimento, poderei a qualquer momento, procurar a Dr^a Angela Maria Alvarez ou a Enf. Rafaela Baptista no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina ou pelos telefones (48) 37219480 ou (48) 9959-2355, das 9 às 18 horas. Ou pelos emails angela.alvarez@ufsc.br e rafaela_tenbap@yahoo.com.br

Podendo também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC. Telefone: (48) 3721 9696 - email cep@reitoria.ufsc.br. Localizado em Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, Trindade, Florianópolis-SC.

O termo será impresso em duas vias assinadas e rubricadas pelo pesquisador, uma cópia ficará em poder do participante ou de seu representante legal, e outra em poder dos pesquisadores.

Florianópolis, _____ de _____ de 2014.

Assinatura do indivíduo com DP ou responsável: _____

Documento de Identidade do participante : _____

Pesquisadoras

Assinatura: _____

Angela Maria Alvarez

Documento de Identidade: 3443479 – SSP/SC

Assinatura: _____

Rafaela Baptista

Documento de Identidade: 4557558– SSP/SC

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E REFERENTE A DOENÇA DE PARKINSON

Nome completo: _____

Código de identificação: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

A) Sexo

1 () F 2 () M

B) Idade _____ anos Data de nasc.: ____/____/____

C) Nível de escolaridade

1) Ensino fundamental ()

2) Ensino Médio ()

3) Ensino superior ()

4) Ensino de pós graduação ()

D) Estado civil

1 Solteiro () 2 Casado () 3 Divorciado () 4 Viúvo ()

E) Tempo de diagnóstico _____ anos

F) Comorbidades (doenças com diagnóstico confirmado)

G) Medicções utilizadas

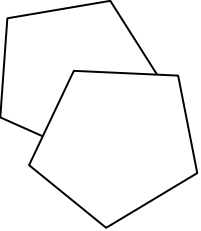
Nome do medicamento	Dose	Horários de administração	Via administrada

OBSERVAÇÕES _____

Observações referentes ao ambiente domiciliar do idoso

ANEXO A - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Orientação Temporal (0-5 pts)	Em que dia estamos?	Ano	1
		Semestre	1
		Mês	1
		Dia	1
		Dia da Semana	1
Orientação espacial (0 -5 pts)	Onde estamos?	Estado	1
		Cidade	1
		Bairro	1
		Rua	1
		Local	1
Repita as palavras	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dize-lás. Máximo de 5 repetições	Caneca	1
		Tijolo	1
		Tapete	1
Cálculo	O(a) Sr(a) faz cálculo?	Sim (vá para 4 a)	1
		Não (vá para 4b)	1
4 a. Cálculo (0 a 5 pts)	Se de R\$100,00fossem tirados R\$ 7,00 quanto restaria? E se tirarmos mais R\$ 7,00 (Total de 5 substrações)	93	1
		86	1
		79	1
		72	1
		65	1
4 b.	Soletre a palavra MUNDO de trás para a frente	O	1
		D	1
		N	1
		U	1
		M	1
Memorização	Repita as palavras que dize a pouco	Caneca	1
		Tijolo	1
		Tapete	1
Linguagem (0 a 2 pts)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los	Relógio	1
		Caneta	1
Linguagem (1 pt)	Repita a frase	Nem aqui, nem ali, nem lá.	1
Linguagem (0 a 3 pts)	Siga uma ordem de três estágios	Pegue o papel com a mão direita	1
		Dobre-o no meio	1
		Ponha o na mão	1
Linguagem	Escreva em um papel:	FECHE OS	1

(1pt)	“feche os olhos”. Peça ao idoso para que leia a ordem e a execute	OLHOS	
Linguagem (1pt)	Peça ao idoso para escrever uma frase completa	O jardim tem flores amarelas.	1
Linguagem (1pt)	Copie o desenho		1

Avaliação:

O resultado da pontuação do Mini Exame do Estado Mental depende do nível de escolaridade. O valor de 30 pontos é o máximo a ser atingido. Ao aplicar o mini exame do estado mental, espera-se os seguintes resultados com base no nível de escolaridade:

- ✓ Score ≥ 23 para idosos que tenham de um à três anos de escolaridade.
- ✓ Score ≥ 24 para idosos que tenham de quatro à sete anos de escolaridade
- ✓ Score ≥ 28 para idosos com mais de sete anos de escolaridade. (BRASIL, 2006).

Caso os valores estejam abaixo deste referencial, o sujeito será excluído da coleta de dados.

Ao aplicar o MEEM cada pergunta ou comando deve ser lido em voz alta, devagar e de maneira clara, pode-se repetir uma vez. Dada a resposta, no caso de acerto vá-se somando a pontuação e passa-se para questão seguinte. Para cada acerto e para cada tarefa cumprida corretamente soma-se um ponto.

ANEXO B - ESCALA DE ESTÁGIO DE INCAPACIDADE DE HOENH E YAHR

Observação do quadro clínico em oito estágios:

QUADRO CLÍNICO	PONTUAÇÃO	RESULTADO
nenhum sinal da doença	0	
doença unilateral	1	
desenvolvimento unilateral e axial	1,5	
doença bilateral, sem comprometimento do equilíbrio	2	
doença bilateral com comprometimento leve do equilíbrio	2,5	
doença bilateral de leve a moderado comprometimento do equilíbrio	3	
incapacidade grave, mas capaz de ficar em pé e andar sem a ajuda	4	
indivíduo preso a cadeira de rodas ou ao leito necessitando de ajuda completa	5	

A avaliação do estado clínico do indivíduo com doença de Parkinson em oito estágios será realizada pelo pesquisador/coletador. Será realizado o exame físico do idoso, o idoso deverá se levantar de uma cadeira e caminhar 6 passos em linha reta e sentar-se novamente. Durante esse momento o pesquisador fará as observações e traçará o quadro clínico do idoso e a sua pontuação na escala de estágio de incapacidade de HOENH e YAHR. Deverá ser feito um X na coluna onde está escrito RESULTADO.

AXIAL: está relacionado ao equilíbrio, marcha, fala e deglutição.

SINTOMAS CLÁSSICOS: tremor de repouso, rigidez muscular e bradicinesia.

ANEXO C - MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF)

O nível de independência funcional segundo a MIF é classificado da seguinte forma: Independência completa (7), Independência modificada (6), Supervisão ou preparação (5), Assistência com contato mínimo (4), Assistência moderada (3), Assistência máxima (2), Dependência total (1). A abordagem da escala é verbal, ou seja, o paciente deve responder questões referentes às suas atividades de vida diária. A MIF é composta por 18 itens, cada item tem pontuação máxima de sete (7), que é independência completa e a pontuação mínima de um (1), que é assistência total. Dessa forma a pontuação máxima total é 126 pontos, e a mínima total é 18 pontos. A MIF total pode ser dividida em quatro subescores, de acordo com a pontuação total obtida: a) 18 pontos: dependência completa (assistência total); b) 19 – 60 pontos: dependência modificada (assistência de até 50% da tarefa); c) 61 – 103 pontos: dependência modificada (assistência de até 25% da tarefa); d) 104 – 126 pontos: independência completa / modificada. (*Riberto M, Miyazaki MH, Filho DJ, Sakamoto H, Battistella LR. Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. Acta Fisiátrica 2001; 8(1): 45-52.*)

MIF Total	Funções Avaliadas		CATEGORIAS							
			Assistência Total - 1	Assistência máxima - 2	Assistência moderada - 3	Assistência mínima - 4	Supervisão ou estímulo-5	Independência modificada-6	Independência motora-7	RESULTADO
MIF Motor	Auto Cuidado	Alimentação								
		Higiene Pessoal: cuidado de apresentação e aparência								
		Banho: limpeza do corpo								
		Vestir-se acima da cintura								
		Vestir-se abaixo da cintura								
	Controle de Esfínteres	Uso de vaso sanitário								
		Controle da urina								
		Controle das fezes								
	Transferências	Leito/Cadeira Cadeira de rodas								
		Vaso sanitário								
		Chuveiro/banheira								
	Locomoção	Deambula normalmente								
		Subir escadas								
	MIF Cognitivo	Comunicação	Compreensão							
Expressão										
Cognição Social		Interação social								
		Resolução de problemas								
		Memória								

ANEXO D - QUESTIONÁRIO PARA O RISCO DE QUEDAS

Atribua um (01) ponto para cada item marcado com asterisco

Perguntas	Respostas	Avaliação
Quedas anteriores nos últimos 12 meses?	Não	
	Sim*	
Medicações (ver tabela página seguinte)	Nenhuma	
	Tranquilizantes/Sedativos*	
	Diuréticos*	
	Anti-hipertensivos* (além dos diuréticos)	
	Drogas antiparkinsonianas*	
	Antidepressivos*	
	Outras medicações	
Déficit sensorio	Nenhum	
	Visão prejudicada*	
	Audição prejudicada*	
	Membros* (amputação, AVC, neuropatia)	
Estado mental	Orientado	
	Confuso (conforme MEEM)*	
Marcha	Normal	
	Seguro com equipamento de ajuda para caminhar (bengala, andador, outros)	
	Inseguro com/sem equipamentos*	
	Incapaz	

MEDICAÇÕES (NOMES GENÉRICOS)

Tranquilizante/ Sedativos	Diuréticos	Anti-hipertensivos	Drogas antiparkinsonianas	Anti-depressivos
Bromazepam Buspirona	HCTZ Bumetanida Piretanida Furosemida Indapamida Manitol Amilorida Espironolactona Clortalidona Acetazolamida	Clonidina Rilmenedina Irbesartana Telmisartana Valsartana Doxazosina Felodipina Nifedipina Captopril Hidralazina Losartana Anlodipina Carvedilol	Biperideno Entacapona Levodopa Pergolida Pramipexol Selegilina Tolcapona Triexifenidilina	Amineptina Amitriptilina Citalopram Clomipramina Escitalopram Fluoxetina Fluvoxamina Imipramina Nefazodona Nortriptilina Paroxetina Sertralina Ventafaxina

Este questionário apresenta pontuação que varia entre zero a onze. Sendo que a pontuação igual ou superior a três indica que o idoso possui risco para queda. Para avaliar o estado mental utiliza-se a pontuação do MEEM com base no preconizado pelo caderno do ministério da saúde n.19. Esse questionário é de uso tanto nacional como internacional, devido a facilidade de aplicabilidade. (MEYER, et al. 2005)