

Assistência à pessoa com Parkinson no âmbito da estratégia de saúde da família

Assistance to the person with Parkinson carrier in the context of family health strategy

La asistencia a la persona con Parkinson dentro de la estrategia salud de la familia

Teresa de Lourdes Araújo Galvão¹; Kalyane Kelly Duarte de Oliveira²; Clécio André Alves da Silva Maia³; Francisco Arnoldo Nunes de Miranda⁴.

Como citar este artigo:

Galvão TLA; Oliveira KKD; Maia CAAS; et al. Assistência à pessoa com Parkinson no âmbito da estratégia de saúde da família. Rev Fund Care Online. 2016 out/dez; 8(4):5101-5107. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.5101-5107>

ABSTRACT

Objective: to analyze the conceptions that the bearer of the Parkinson Disease about the comprehensive care performed by nurses. **Method:** The research is descriptive and exploratory with a qualitative approach. Data collection was carried out through a semi-structured interview. Five patients with PD were interviewed receiving care in the Family Health Strategy (ESF) in the city of Acari/RN. **Results:** it was evident the need to implement actions to health DP carrier in individually and collectively in the city's ESFs, and carry out the work of nurses as responsible for health promotion and prevention in primary care providing comprehensive care based on the principle of integrality. **Conclusion:** it is concluded that there are not therapeutic plan execution directed to the health of DP carriers individually and collectively in the ESFs. Thus, the nurse's role is being responsible for health promotion and prevention in primary care is performed.

Descriptors: Parkinson Disease; Integrality in Health; Assistance; Nurse.

¹ Enfermeira pela Universidade Estadual do Rio Grande do Norte - UERN – Campus Caicó. E-mail: teresagalvao92@hotmail.com

² Enfermeira. Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Natal-RN, Brasil. E-mail: kkoliveira20102010@hotmail.com

³ Enfermeiro. Docente da Universidade Estadual do Rio Grande do Norte/UERN. Caicó-RN, Brasil. E-mail: clecioandre@gmail.com

⁴ Enfermeiro. Doutor. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Natal-RN, Brasil. E-mail: farnoldo@gmail.com

RESUMO

Objetivo: analisar as concepções que o portador da Doença de Parkinson (DP) detém sobre a assistência integral realizada pelo enfermeiro. **Método:** a investigação é descritivo-exploratória, com abordagem qualitativa. A coleta de informações realizou-se por meio de uma entrevista semiestruturada. Foram entrevistados cinco acometidos pela DP que recebem assistência na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Acari/RN. **Resultados:** evidenciou-se a necessidade da implementação de ações voltadas a sua saúde, em âmbito individual e coletivo nas ESF do município, e efetivar a atuação do enfermeiro como responsável pela promoção e prevenção à saúde na atenção primária prestando assistência integral baseada no princípio da integralidade. **Conclusão:** concluiu-se que não ocorre execução de plano terapêutico direcionado à saúde da pessoa com DP em âmbito individual e coletivo nas ESFs. Desta forma, deve-se efetivar a atuação do enfermeiro como responsável pela promoção e prevenção à saúde na atenção primária.

Descritores: Doença de Parkinson; Integralidade em Saúde; Assistência; Enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: analizar las concepciones que el portador de la Enfermedad de Parkinson tiene sobre la atención integral realizada por enfermeras. **Método:** la investigación es descriptiva y exploratoria con un enfoque cualitativo. Los datos se recogieron en octubre mediante entrevistas semi-estructuradas. Entrevistamos a cinco Pacientes con enfermedad de Parkinson que reciben atención en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) en la ciudad de Acari/RN. **Resultados:** se evidenció la necesidad de acciones para el soporte de la salud de los DP en forma individual y colectiva en las ESF de la ciudad, y llevar a cabo el trabajo de las enfermeras responsable de promoción de la salud y la prevención en la atención primaria de la atención integral basado en el principio de la integralidad. **Conclusión:** se concluye que no se da soporte al DP en la salud en el plan terapéutico en forma individual y colectiva en las ESF. De este modo, el papel de la enfermera es ser responsable de promoción de la salud y la prevención en la atención primaria.

Descriptor: Enfermedad de Parkinson; Integralidad en Salud; Asistencia; Enfermería.

INTRODUÇÃO

A Doença de Parkinson – DP – caracteriza-se como uma doença degenerativa, crônica e progressiva do sistema nervoso, que decorre principalmente da morte de neurônios produtores de dopamina na substância negra. Causa distúrbios motores, incluindo tremor de repouso, bradicinesia, acinesia e rigidez, disfunções posturais e cognitivas. Seu tratamento tem o objetivo unicamente de minimizar seus sintomas e retardar sua progressão¹.

A prevenção primária da DP não ocorre devido à ausência de marcadores biológicos ou fatores de risco identificáveis, à parte o envelhecimento ou transmissão genética em raras famílias. A prevenção secundária, uma vez que a DP tenha sido diagnosticada, busca reduzir a progressão, parar ou mesmo reverter a morte neuronal. Portanto, o tratamento da DP deve visar à redução da progressão da doença (neuroproteção) e ao controle dos sintomas (tratamento sintomático)²⁻³.

A assistência ao paciente de Parkinson deve ser direcionada principalmente a melhorar a sua qualidade de vida e evitar que este se distancie do convívio social. O esclarecimento sobre a doença, seus sintomas, evolução e tratamento possibilita a chance da aceitação e prosseguimento de sua vida sem alterações significativas nos seus hábitos².

Cabe aos profissionais de saúde amenizar o impacto da doença para o paciente e família por meio de atitudes humanitárias e esclarecedoras no momento de comunicar o diagnóstico. Além disso, no decorrer do tratamento, procurar dar suporte técnico de reabilitação e cuidado, apoio psicossocial e, sobretudo, contribuir para a manutenção de uma boa qualidade de vida para o parkinsoniano e sua família⁴.

É no âmbito da Estratégia Saúde da Família – ESF que comumente ocorre o primeiro contato da população como as equipes de saúde e estas devem estar preparadas para a identificação precoce dos problemas que acometem e fragilizam a população idosa, principalmente as limitações funcionais. Para esta detecção precoce, as equipes de saúde precisam utilizar instrumentos próprios para abordar as pessoas acometidas por múltiplas doenças crônicas e com algumas limitações da autonomia e independência⁵.

Um dos objetivos da enfermagem consiste em promover assistência contínua estimulando o autocuidado a pessoas com incapacidade parcial ou total, desenvolvidas a partir dos agravos da patologia existente, tornando-se impossibilitadas de realizarem suas atividades e funções básicas. O processo de execução da assistência dos serviços de saúde mostra tal importância no que confere direcionalidade às ações, respondendo, assim, o gestor pelas tomadas de decisões.

A atuação em ambientes complexos proporciona desafios aos gestores, com muitas limitações, desde orçamentárias à falta de mão de obra qualificada para atuação nos serviços de saúde. Esta dificuldade acentua-se nos municípios de pequeno porte, pois muitos deles não possuem sequer unidade base técnica que possibilite a diminuição dos fatores e desigualdades sociais, bem como garantia de cumprimento dos princípios doutrinários e operacionais do SUS⁶.

A Estratégia Saúde da Família continua sendo um segmento da saúde pública que concentra poucos investimentos financeiros, sofrendo com a escassez de recursos humanos qualificados. Assim, atua como importante ponto de apoio no desenvolvimento de ações em saúde, seja através das visitas domiciliares, seja em outras formas de atendimento realizadas na própria comunidade assistida⁶.

Portanto, existe a necessidade de conhecer o impacto da doença na vida e suas principais necessidades através do questionamento: Como se dá a assistência à pessoa acometida pela DP de maneira integral na prática do atendimento de enfermagem realizado na Estratégia de Saúde da Família? Deste questionamento, intenta-se encontrar subsídios para a implementação de estratégias de promoção à saúde, além da melhoria da atuação dos enfermeiros para que a assistência proporcione uma melhor qualidade de vida.

O presente estudo tem por objetivo: analisar as concepções que a pessoa com a Doença de Parkinson (DP) detém sobre a assistência integral realizada pelo enfermeiro.

MÉTODO

Trata-se de uma investigação de cunho descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, desenvolvido no município de Acari-RN. Coletou-se os dados no período de julho a agosto de 2014. Entrevistou-se todos os acometidos pela DP residentes no município que atenderam ao seguinte critério de inclusão: não apresentar comprometimento cognitivo ou qualquer outro fator que interferisse no entendimento das questões, assim totalizando cinco sujeitos.

Utilizou-se a técnica de entrevista com roteiro semiestruturado contendo perguntas fechadas e abertas. A coleta ocorreu individualmente nos domicílios dos entrevistados. Dentre os procedimentos estratégicos, adotou-se uma abordagem inicial explicando o objetivo da pesquisa, recrutando-o a participar da mesma, como também a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, posteriormente, sua assinatura, assegurando-lhes o respeito ao anonimato e à liberdade de recusa em participar da pesquisa. Sendo esta gravada em aparelho tipo mp4 e, posteriormente, transcrita para a realização da análise de dados.

Ocorreu a análise dos dados por meio da técnica da análise temática, que trabalha com o recorte do texto em unidades de registro e possibilita a classificação, associação de informações e elaboração de categorias temáticas, tomando como base os temas que emergiram dos relatos dos sujeitos e representaram unidades de significação capazes de denotar os valores de referência e os modelos de comportamento presentes nas narrativas.⁷

Para dar viabilidade e sentimento às falas dos participantes, o sigilo dos participantes foi garantido pela utilização de pseudônimos, representados através da letra "P".

O projeto foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, mediante o parecer consubstanciado nº. 644544 e CAAE nº 26615814.6.0000.5294.

RESULTADOS

A pesquisa ocorreu com 05 pessoas acometidas pela DP que não possuíam comprometimento cognitivo. A partir da análise das questões fechadas do roteiro da entrevista semiestruturada, pôde-se traçar o perfil dos participantes da pesquisa. Constatou-se que todos são do sexo feminino, estando na faixa etária entre 62 e 80 anos de idade.

Identificou-se que o tempo de diagnóstico da doença variou entre 5 meses e 5 anos e que todos os entrevistados faziam algum tipo de tratamento durante o período de entrevistas. Desta forma, elegeram-se categorias que contribuíram para análise dos dados coletados através da união das falas dos sujeitos, as quais foram: Assistência na Estratégia de saúde da Família ao Parkinson; Atendimento de Enfer-

magem ao Parkinson; Conhecimento sobre a doença; Convivência com a Doença de Parkinson.

Assistência na estratégia de saúde da família ao parkinson

A proposta do modelo de atenção do SUS através da Estratégia Saúde da Família (ESF) exige uma mudança no processo de trabalho da equipe de saúde, que deixa de focar apenas na atenção às condições agudas e passa a ter seu foco direcionado às condições crônicas, à promoção e manutenção da saúde⁹.

O processo de trabalho das ESF caracteriza-se pelo trabalho interdisciplinar e em equipe, em uma perspectiva de uma abordagem integral e resolutive, e pelo acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas visando à readequação do processo de trabalho¹⁰.

Entretanto, durante a entrevista, constatou-se a fragmentação da equipe, a assistência prestada nas ESFs era, predominantemente, aquela realizada pelo o médico e o Agente Comunitário de Saúde (ACS), além disso essa assistência restringe-se apenas à renovação e entrega da receita dos medicamentos utilizados pelo paciente.

Nunca fui no postinho para me consultar dessa doença sabe? eu só vou pegar a receita do remédio, aí quando eu vou a médica não faz a consulta, só a receita porque ela já sabe do problema que tenho, eu vou lá uma vez por mês só pegar a receita mesmo[...]e a enfermeira eu nunca falei com ela não, a agente sempre passa aqui, mas nunca pra falar sobre a doença não. (P3)

Diante dessas atitudes, identifica-se que a equipe de saúde não mantém um vínculo efetivo com a comunidade, dificultando a identificação das principais necessidades dos acometidos e, conseqüentemente, uma assistência integral aos próprios.

Sobre a articulação dos serviços de saúde, o desenvolvimento de uma atenção integral consegue-se quando o cuidado for organizado em rede, na qual cada serviço deve ser repensado como um componente fundamental da integralidade do cuidado¹¹.

A partir das falas dos sujeitos, pode-se identificar que a Atenção Básica do município realiza a referência do paciente para o serviço especializado, porém quando o indivíduo é contrarreferenciado não há continuidade de uma assistência integral.

Em 2012 eu fui para uma consulta médica porque há algum tempo já vinha apresentando alguns sintomas, sentia que o lado esquerdo do meu corpo parecia anestesiado, eu tenho dificuldade em movimentar apenas o lado esquerdo sabe? É como se ele fosse mais lento. Aí fui para o médico porque achava que era problema nos ossos, mas o médico me encaminhou para um neurologista. (P3)

Ao médico do postinho só faço mesmo é pedir a requisição do remédio, somente [...] ele nunca falou sobre a doença, eu disse a ele que estava sendo acompanhada por um neurologista aí ele ficou na dele, só fez passar o remédio pra mim. (P5)

O usuário atendido na rede primária, quando necessário, é “referenciado” (encaminhado) para uma unidade de maior complexidade a fim de receber o atendimento que necessita. Quando finalizado o atendimento dessa necessidade especializada, o mesmo deve ser “contrarreferenciado”, ou seja, o profissional deve encaminhar o usuário para a unidade de origem para realizar a continuidade do atendimento⁹.

Atendimento de enfermagem ao parkinson

Concorda-se que cabe ao profissional enfermeiro favorecer a integralidade da assistência em sua prática cotidiana. Conhecer as várias concepções de integralidade como um dos instrumentos para o desempenho das competências e habilidades do profissional, além de estimular toda a equipe para a adoção de tal prática. No leque de profissionais que integram a ESF, a enfermeira desempenha relevante papel na execução de ações que permeiam as esferas gerenciais, clínicas e educativas¹²⁻¹³.

Nos recortes de fala dos sujeitos, é possível identificar que os enfermeiros que realizam algum tipo assistência à saúde dos acometidos utilizam a visita domiciliar como estratégia para atuar e intervir em suas necessidades.

A médica do postinho sempre vem aqui, a enfermeira vem com ela, elas perguntam como eu estou e me dá a receita dos remédios. (P4)

A visita domiciliar pode contribuir para a mudança de comportamento e, portanto, promover a qualidade de vida através da prevenção de doenças e promoção da saúde, além de garantir atendimento holístico por parte dos profissionais, os quais, por isso, necessitam compreender os aspectos psicoafetivos sociais e biológicos da clientela assistida¹⁴.

Quando questionados sobre as orientações repassadas sobre a doença pelo enfermeiro durante a visita domiciliar, ocorrem relatos de que não recebem nenhum tipo de orientação apesar de necessitarem desta.

Eu gostaria assim que ela me falasse os sintomas específicos dessa doença né? Porque as vezes eu sinto muita dor nas costas aí fico na dúvida se é do Parkinson ou dos outros problemas de saúde que tenho, se ela tiver conhecimento sobre a doença acho que ela poderia me esclarecer me melhor né? (P3)

Gostaria até demais, queria demais que o médico ou a enfermeira conversassem comigo sobre isso, falassem

sobre esse ‘negoço’, queria que eles dessem umas dicas a mim. (P5)

Alguns entrevistados afirmam ainda que desconhecem a assistência de enfermagem, pois a mesma não é realizada.

A enfermeira nunca falou comigo não, sobre esse caso não, eu não sei nem se ela sabe que eu tenho esse problema. O agente de saúde nem passa lá em casa, se tem eu não tenho conhecimento não. (P5)

Com a enfermeira eu nunca me consultei não, só com o doutor. (P1)

A enfermeira eu nunca falei com ela não. (P3)

Reforça-se que a atuação do enfermeiro é de substancial relevância como educador, visto que o próprio possui uma formação que o capacita a compreender as particularidades de cada indivíduo e por assumir importante papel como membro essencial da equipe, e além da função de coordenar, pratica atividades como o cuidar, o gerenciar e o educar¹⁵.

Conhecimento sobre a doença

os direitos e deveres dos usuários da saúde dizem respeito ao acesso às informações sobre seu estado de saúde, de maneira clara e objetiva, incluindo esclarecimentos de seu diagnóstico e tratamento. Sendo responsabilidade de toda equipe de saúde a transmissão dessas informações¹⁵⁻¹⁶.

O trabalho de uma equipe multidisciplinar e o desenvolvimento de estratégias de prevenção, orientação, suporte e tratamento de pessoas com DP e seus cuidadores poderiam contribuir para a melhora na qualidade de vida, nos seus mais diversos níveis¹⁷.

Quando questionados sobre o conhecimento da DP, os sujeitos relataram ter pouco ou nenhum entendimento da doença, pois durante a confirmação do seu diagnóstico e tratamento não recebeu orientações suficientes da equipe de saúde que presta a assistência.

Nunca me falaram nada sobre que é, só me falaram que é Mal de Parkinson, só passou o remédio e eu fiquei tomando, aí pronto, só isso, só o remédio, remédio, mas nunca tive orientação como é e como não é [...] o médico me disse uma vez que não tem cura né? Melhora mas não tem cura, para a pessoa ficar boa, mas eu já assisti que disse que tem cura Mal de Parkinson, eu já assisti na televisão uma mulher se operando, e ela era desse mesmo jeito de mim. (P1)

[...] não sei o que é, só sei que é uma fraqueza, e que a pessoa fica tremendo. (P4)

O médico disse a mim, eu perguntei o que significava isso, ele disse que isso era de preocupação, a pessoa se preocupa muito com as coisas, aí no fim de contas quando

menos espera, às vezes dorme pouco, e às vezes isso ataca o cérebro da pessoa e morre esse cérebro da pessoa, aí fica dando esse mal de Parkinson, foi o que ele me falou, que era de preocupação. (P5)

A constante troca de informações possibilita aos cuidadores implementar ações que visem melhorar a qualidade de vida destes usuários dos serviços de saúde¹⁸.

Devido à falta de suporte e orientação prestada pela equipe de saúde sobre a doença e seus principais sintomas, os portadores de DP recorrem a métodos alternativos para conhecer e conviver com a mesma.

A neurologista me deu um site dos Parkinsonianos pra eu ficar olhando, e lá explica muita coisa; meu filho até baixou um livro que tem lá sobre Parkinson e me deu, aí eu sempre fico olhando, porque lá ensina uns exercícios para a pessoa fazer assim em casa sabe? (P3)

As ações educativas aos familiares de pacientes com doença de Parkinson são importantes para que possam entender os sinais e sintomas, os cuidados e a terapêutica medicamentosa. Obter mais informações a respeito da doença é primordial para fazer as adequações no cuidado de acordo com as necessidades de cada usuário do serviço de saúde¹⁷.

Convivência Com A Doença De Parkinson

Ser acometido por uma doença crônica não significa que a pessoa não possa gerir sua própria vida e viver o seu dia a dia de maneira independente, pode ocorrer existência de limitações na realização das atividades de seu cotidiano. Quando a sintomatologia da doença começa a interferir na dependência e na satisfação com a vida e com a saúde, a crença de que possa viver sua vida com qualidade pode ficar comprometida¹⁹.

Aqueles que são acometidos pela DP e que apresentem capacidade de realizar as atividades da vida diária sem grande dificuldade precisam obter um maior conhecimento sobre a progressão dos sintomas no decorrer dos anos, uma vez que causa dependência na maioria dos acometidos, porém relatam o desejo de continuar com sua autonomia, não necessitando, assim, de um cuidador.

Eu moro aqui só com meu marido, eu consigo fazer tudo sozinha sabe, sei que depois vou ter mais limitações, mas Deus vai permitir que eu consiga fazer tudo sozinha, as vezes sinto um pouco de dificuldade em fazer alguma coisa sabe? como vestir a roupa porque meu braço esquerdo fica muito lento, eu até já li isso no livro que meu filho me deu, lá fala assim que na fase avançada a pessoa fica com dificuldade até de engolir, mas Deus vai permitir que eu não fique assim [...] possa ser que depois eu precise ir morar com meu filho, aí eu vou, mas acho que isso não vai acontecer. (P3)

A presença de doenças crônicas em idosos pode provocar alterações no quadro funcional dos acometidos e conduzi-los a situações nas quais o indivíduo, até então totalmente independente, passa à condição de dependência²⁰.

Os serviços de reabilitação também devem estar disponíveis na DP, a assistência de profissionais, como fisioterapeuta, nutricionista, educador físico e terapeuta ocupacional, é essencial para atenuar os sintomas da doença, estes profissionais devem atuar juntamente com os profissionais da ESF.

A fisioterapia também tem importante papel na reabilitação, este profissional deve estar inserido na equipe multiprofissional que realiza a assistência. Os exercícios fisioterapêuticos são fundamentais para atenuar os principais sintomas e distúrbios da DP, principalmente quando direcionados para as especificidades e necessidades funcionais pertinentes a cada paciente²¹.

Alguns dos entrevistados relatam receber a assistência da fisioterapeuta disponibilizada pelo serviço de saúde municipal.

Faço fisioterapia porque a neurologista disse que era bom que eu fizesse. (P3)

Faço fisioterapia duas vezes por semana porque a médica disse que eu fizesse. (P4)

A realização de um programa fisioterapêutico auxilia no controle dos problemas posturais, evita possíveis deformidades e melhora o padrão de marcha dos indivíduos com DP ajudando para a recuperação máxima da função motora dos mesmos²².

Os indivíduos com diagnóstico recente ou em tratamento de doenças crônicas deverão ser submetidos ao exame físico, à avaliação antropométrica para o diagnóstico do estado nutricional e à breve anamnese dos hábitos alimentares, tal assistência deve ser realizada no decorrer da consulta médica ou de enfermagem, pois o conhecimento dos hábitos de vida e o padrão alimentar pessoal e familiar são fundamentais para identificar os fatores que possam contribuir ou interferir no controle metabólico ou que possam, ao longo do tempo, agravar as doenças. Associe-se, durante o acompanhamento, à educação em saúde, pois a mudança nos hábitos alimentares tem o potencial de evitar e/ou retardar as complicações das doenças crônicas²³.

Sabe-se que o exercício físico não promove a cura do paciente com Parkinson, mas evita o agravamento de uma série de sintomas que dificultam a sua vida, como: diminuição do torque articular; redução da incapacidade de realizar tarefas; contribuindo, desta forma, para: recuperação muscular; amenizar disfunções na marcha e no equilíbrio; aliviar os efeitos da bradicinesia; manter a independência funcional do indivíduo e reintegrá-lo à sociedade.²⁴

Apesar do conhecimento de que a prática regular de exercícios pode melhorar a qualidade de vida, nenhum dos

entrevistados relatou a sua prática. O desinteresse pode ser explicado pela falta de adequação do serviço disponível.

Participava das aulas de dança, mas percebi que eu não estava acompanhando a turma sabe, a música e os movimentos eram muito rápidos aí eu acho que ia me prejudicar, então resolvi sair. (P3)

Atividades terapêuticas possibilitam que o doente e seu cuidador exponham suas dificuldades para que a partir destas sejam desenvolvidas ações que visam à manutenção da saúde e inserção social. Assim sendo, torna-se necessário direcionar a atenção também às dimensões, além dos comprometimentos motores que interferem tanto quanto ou mais para garantir que esses indivíduos tenham uma sobrevida com qualidade¹⁷.

O tratamento de DP é extremamente complexo e envolve a intervenção de uma equipe multidisciplinar. O tratamento com fármacos deve estar associado ao tratamento não farmacológico, como fisioterapia, fonoaudiologia, nutricional, e outros para atenuar os sintomas e promover qualidade de vida. Portanto, o tratamento não se restringe apenas ao controle de sintomas motores, mas de todos os problemas clínicos²⁵.

Todos os entrevistados afirmam fazer uso do tratamento farmacológico, porém a principal dificuldade enfrentada em relação a este é a distribuição gratuita da medicação, e aqueles que são beneficiados sofrem com falta constante.

A medicação eu compro sabe? Porque a secretaria não dá, é muito cara sabe? Mas parece que eles vão começar a dá, eles prometeram, mas até agora nada. (P4)

Através das políticas públicas de saúde, o Ministério da Saúde disponibiliza gratuitamente a maioria dos medicamentos para o tratamento da DP. Sendo estes classificados em dois grupos, em que o primeiro são as medicações disponibilizadas pelas Farmácias de Alto Custo das Secretarias Estaduais de Saúde e o segundo são as medicações distribuídas nos postos municipais de saúde.³

CONCLUSÕES

A DP é uma patologia ainda pouco conhecida. A dificuldade de identificar e diagnosticar está relacionada tanto à falta de informação dos profissionais da saúde quanto da própria população, conseqüentemente ocorre atraso no início precoce do tratamento. Portanto, é necessário que o profissional esteja preparado para identificar os sintomas iniciais.

Pode-se identificar que os enfermeiros atuantes na ESF do município não executam um plano terapêutico direcionado a intervir na saúde dos acometidos que possuem dificuldades em compreender que a DP trata-se de uma doença crônica, neurodegenerativa e progressiva. O fato de esta

causar dependência é o fator que mais causa sentimentos de rejeição por parte do doente. Além disso, tal dependência exige que os familiares possuam também conhecimento da doença para que possam atuar diante desta, logo é relevante que eles entendam os sintomas, tratamento e cuidados.

O apoio da família torna-se fundamental também nas fases mais avançadas, uma vez que ocorrem perdas cognitivas acentuadas, havendo um maior comprometimento motor. Esta costuma ser a fase mais exaustiva para o familiar, portanto as ações de enfermagem devem ser contínuas, estando presentes em cada fase, e a assistência deve estar baseada no estado atual do paciente.

Os resultados desta pesquisa permitiram perceber a necessidade de ações voltadas à saúde na DP, em âmbito individual e coletivo nas ESFs, e efetivar a atuação do enfermeiro como responsável pela promoção e prevenção à saúde dos pacientes na atenção primária, comprometido em prestar uma assistência integral baseada nas diretrizes preconizadas pelo SUS, e estabelecidos pelos Manuais e Protocolos do Ministério da Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Navarro-Peternella FM, Marcon SS. A convivência com a doença de Parkinson na perspectiva do parkinsoniano e seus familiares. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010. 31 (3):415-22
2. Teixeira-Arroyo C, Rinaldi NM, Batistela RA, Barbieri FA, Vítório R, Gobbi LTB. Exercise and cognitive functions in Parkinson's disease: gender differences and disease severity. *Motriz rev educ fis.* 2014. 20 (4): 461-69.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 228 de 10 de maio de 2010. Aprova o Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas – Doença de Parkinson. *Diário Oficial da União, Brasília, 11 de maio de 2010, seção 1, p. 42-5.*
4. Ortín GD, Sequero VG, Domènech NC, López FP, Robles PH. Planificación anticipada de decisiones en las enfermedades crónicas avanzadas. *Rev esp geriatr gerontol.* 2013. 48 (5):228-31.
5. Barbosa BR, Almeida JM, Barbosa MR, Rossi-Barbosa, LAR. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2014. 19 (8): 3317-25.
6. Júnior JMP, Miranda FAM, Melo RM, Silva MB. Gestão em Saúde Mental em um Município de pequeno porte: Uma experiência em um município de pequeno porte. *Rev APS.* 2013 jul/set; 16(3): 328-332.
7. Branco PCC. Diálogo entre análise de conteúdo e método fenomenológico empírico: percursos históricos e metodológicos. *Rev. abordagem gestál.* 2014. 20 (2):189-97.
8. Gonçalves H, Menasche R. Researching at the interface: problems and challenges from qualitative health research. *Interface.* 2014. 18 (50), 449-56.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde: Coleção para Entender a Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 197 p.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília. 2012. 110 p.
11. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface.* 2010. 14 (34). 593–605.
12. Silva CSO, Fonseca ADG, Souza e Souza LP, Siqueira LG, Belasco AGS, Barbosa DA. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2014. 19 (11), 4407-15.
13. Linard AG, Chaves ES, Rolim ILTP, Aguiar MIF. Princípios do Sistema Único de Saúde: compreensão dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011. 32 (1), 114–20.
14. Sossai LCF, Pinto IC. A visita domiciliária do enfermeiro: Fragilidades x potencialidades. *Cienc Cuid Saude.* 2010. 9 (3), 569-76.
15. Amaral LR, Oliveira MAD, Cardoso RB, Ávila SPAR, Cardoso BLC. Atuação do enfermeiro como educador no programa saúde da família: importância para uma abordagem integral na atenção primária. *Revista FG Ciência.* 2011. 1 (1), 01–21.
16. Aith FMA. Marcos legais da promoção da saúde no Brasil. *Rev Med.* 2013. 92(2), 148-54.
17. Filippin NT, Martins JS, Libera LDB, Halberstadt BF, Severo AR. Qualidade de vida de sujeitos com doença de Parkinson e seus cuidadores. *Fisioter Mov.* 2014. 27(1); 57 – 66.
18. Kuster BJK, Silva LAA, Leite MT, Costa MC. Cuidados de enfermagem aos usuários com doença de Parkinson na Atenção Básica de Saúde. *Rev Enferm UFSM.* 2014. 4(1), 10–8.
19. Brabo NC, Minett TSC, Ortiz KZ. Fluência na doença de Parkinson: tempo da doença, status cognitivo e idade. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 2014. 72 (5), 349-55.
20. Mendes CKTT, Alves MSCE, Silva AO, Paredes MAS, Rodrigues TP. Representações sociais de trabalhadores da atenção básica de saúde sobre envelhecimento. *Rev Gaúcha Enferm.* 2012. 33 (3),148-55.
21. Gonçalves GB, Leite MAA, Pereira JS. Influência das distintas modalidades de reabilitação sobre as disfunções motoras decorrentes da Doença de Parkinson. *Rev Bras Neurol.* 2011. 47(2), 22 – 30.
22. [Ferri-de-Barros, JE.](#) Doença de Parkinson. [Rev Bras Med;](#) mai – jun. 2012. 69 (5/6).
23. Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. *Cadernos de Atenção Básica, n. 35.* Departamento de Atenção Básica. Brasília. 2014, p. 162.
24. Custodio N, Bendezú L, Castro-Suárez S, Herrera-Pérez E, Lira D, Montesinos R, et al. Características neuropsicológicas de pacientes con deterioro cognitivo leve y demencia asociada a la enfermedad de Parkinson. *Rev Neuropsiquiatr.* 2013. 76 (4), 246 – 54.
25. Zahodne LB, Marsiske M, Bowers D. A latent class analysis of psychological disturbance in Parkinson's disease. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2013. 28(10): 1054-60.

Recebido em: 12/02/2015

Revisões requeridas: Não

Aprovado em: 08/01/2016

Publicado em: 01/10/2016

Autor correspondente:

Clecio Andre Alves da Silva Maia

Rua Nidinha Paula, 6,

Abolição 3 – Mossoró (RN)

CEP:59612-240