



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM**

ADRIANA FREITAS DELOUCHE MANEIRA



REFLEXOLOGIA PODAL: percepções da pessoa idosa com Parkinson frente
a um cuidado integrativista

**FEIRA DE SANTANA
2025**

ADRIANA FREITAS DELOUCHE MANEIRA



REFLEXOLOGIA PODAL: percepções da pessoa idosa com Parkinson frente a um cuidado integrativista

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *stricto sensu* do Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, sob linha de pesquisa “Estudo das populações em risco e vulnerabilidade no processo saúde-doença”.

Orientadora: Profa. Dra. Rita da Cruz Amorim

Coorientação: Profa. Dra. Cleuma Sueli Santos Suto

**FEIRA DE SANTANA
2025**

FOLHA DE APROVAÇÃO

ADRIANA FREITAS DELOUCHE MANEIRA

REFLEXOLOGIA PODAL: percepções da pessoa idosa com Parkinson frente
a um cuidado integrativista

Dissertação apresentada ao Mestrado
Profissional em Enfermagem da Universidade
Estadual de Feira de Santana como requisito
para obtenção do título de Mestre.

Aprovada em **14/02/2025**

Documento assinado digitalmente
 **RITA DA CRUZ AMORIM**
Data: 19/02/2025 15:30:57-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa^a Dr^a Rita da Cruz Amorim
Professora Titular da Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS
(Orientadora)

Documento assinado digitalmente
 **CLEUMA SUELI SANTOS SUTO**
Data: 12/03/2025 16:56:26-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa^a Dr^a Cleuma Sueli Santos Suto
Professora Adjunta da Universidade do Estado da Bahia – UNEB/ Campus Senhor do Bonfim
(Coorientadora)

Documento assinado digitalmente
 **ALINE MOTA DE ALMEIDA**
Data: 20/02/2025 15:23:06-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa^a Dr^a Aline Mota de Almeida
Professora Adjunta da Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS
(1^a Examinadora)

Documento assinado digitalmente
 **LARISSA SILVA DE ABREU RODRIGUES**
Data: 12/03/2025 12:23:41-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa^a Dr^a Larissa Silva de Abreu Rodrigues
Professora Adjunta da Universidade do Estado da Bahia- UNEB/ Campus Guanambi
(2^a Examinadora)



Documento assinado digitalmente

INGRID ESTEFANIA MANCIA DE GUTIERREZ

Data: 24/03/2025 09:16:06-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa^a Dr^a Ingrid Estefania Mancía de Gutiérrez
Professora Adjunta da Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS
(3^a Examinadora)



Documento assinado digitalmente

PRICILA OLIVEIRA DE ARAÚJO

Data: 12/03/2025 13:29:43-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa^a Dr^a Pricila Oliveira de Araújo
Professora Assistente da Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS
(Suplente)

Ficha catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado - UEFS

Maneira, Adriana Freitas Delouche

M24r Reflexologia Podal: percepções da pessoa idosa com Parkinson frente a um cuidado integrativista / Adriana Freitas Delouche Maneira. - 2025.
248f.: il.

Orientadora: Rita da Cruz Amorim

Coorientadora: Cleuma Sueli Santos Suto

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Feira de Santana.
Mestrado Profissional em Enfermagem, 2025.

1. Doença de Parkinson. 2. Enfermagem. 3. Pessoa idosa. 4. Práticas Integrativas e Complementares (PICS). 5. Reflexologia Podal. I. Amorim, Rita da Cruz, orient. II. Suto, Cleuma Sueli Santos, coorient. III. Universidade Estadual de Feira de Santana. Mestrado Profissional em Enfermagem. IV. Título.

CDU: 616.858

Dedico este trabalho ao meu pai, in memoriam, fonte da minha motivação para o desenvolvimento desta pesquisa. Sinto não termos tido mais tempo juntos para poder ajudar você com o Parkinson, mas sei que possuímos uma linda história, cercada de muito amor e boas recordações. Obrigada por me fornecer, junto com minha mãe, as bases para ser quem sou!

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer, primeiramente, aos meus pais, *in memoriam*, Nelcy Freitas Delouche e Serge Delouche, a educação fornecida, os ensinamentos passados, os incentivos dados para que alcançasse meus objetivos e sonhos, a torcida pelo meu sucesso, o amor a mim dedicado, pois sem eles, não seria quem sou!

À meu marido, Fernando Antônio Maneira, por me auxiliar ao longo do processo do Mestrado, facilitando a minha trajetória, contribuindo com o cuidado aos nossos filhos em momentos de estudo e por estar sempre ao meu lado, nas minhas escolhas, me escutando, acalmando e me norteando quando preciso!

Aos meus filhos, Felipe, Malu, Clara e Nanda, os tesouros da minha vida, que só de existirem, já tornam os meus dias mais felizes!

Aos meus amigos e familiares, pela compreensão às minhas ausências, pelo encorajamento com frases de apoio e pelo carinho a mim fornecido, me permitindo seguir em frente com entusiasmo sabendo que poderei contar sempre com vocês.

À minha orientadora, Profa^a Dr^a Rita da Cruz Amorim, que me forneceu as bases que necessitava durante o desenvolvimento do curso, com paciência, sabedoria, acolhimento e compreensão acerca da minha rotina de vida e dificuldades, você foi fundamental para que eu conseguisse caminhar adiante, frente ao fraquejar em algumas situações. Obrigada por tudo!

Aos colegas de turma, pelas trocas ocorridas e pelos momentos de descontração que tornaram a estrada mais amena e suave.

Aos demais professores do curso, que me transmitiram seus conhecimentos, dedicando um pouco do seu tempo em ensinar, aperfeiçoando minha profissão e me proporcionando realizar reflexões sobre o cuidar!

Aos participantes da pesquisa, pela generosidade em aceitar fazer parte do estudo, disponibilizando-se semanalmente a irem às sessões de Reflexologia Podal, e me proporcionarem reflexões sobre os conceitos de superação e adaptação. Sem eles não haveria resultados e o sonho de Mestrado não se concretizaria.

Às equipes de Saúde que se fizeram solícitas ao serem apresentadas ao projeto e o apoio preciso para que todas as suas fases fossem concluídas com êxito.

À Secretaria de Saúde de Camaçari por fornecer a anuência ao estudo, entendendo a possível relevância do mesmo para a população, profissionais da rede e para o Município.

À CAPES pela possibilidade de expansão dos meus conhecimentos.

À todos àqueles que contribuíram direta ou indiretamente, meu muito obrigada!

RESUMO

A Doença de Parkinson é a segunda doença neurodegenerativa mais prevalente atualmente em pessoas idosas, perdendo apenas para o Alzheimer. Ela possui distribuição universal, podendo alcançar de 1 a 3% dessa população que tem como principais cuidadores familiares, às mulheres. Atualmente possui como tratamento o uso de medicamentos, cirurgia e acompanhamento por equipe multiprofissional, sendo, por isso, relevante a ampliação dos cuidados, visando uma assistência integral que permita às pessoas com Parkinson um bem-estar frente aos seus principais sintomas. As Práticas Integrativas, nesse caso, a Reflexologia Podal, configuram-se como uma opção complementar, integral e ampliada de cuidado na tentativa de contribuir no controle das manifestações clínicas da patologia. **Objetivos:** compreender a percepção das pessoas idosas com Parkinson que utilizam a Reflexologia Podal como Prática Integrativa e Complementar em Saúde sobre seu estado geral; elaborar subsídios para implantação de um Protocolo Clínico em Reflexologia Podal como estratégia de cuidado a pessoas com a patologia. **Método:** estudo qualitativo do tipo Pesquisa Convergente Assistencial. Realizou-se no município de Camaçari, no período de junho a outubro de 2024, com participação de 13 pessoas idosas com Parkinson. Foram realizadas entrevistas, sessões de Reflexologia Podal, aplicação da Escala de Hoehn e Yard e Rodas de Conversa. **Resultados:** do material analisado originou-se quatro categorias empíricas: Modificações das condições físicas e emocionais, e uso de recursos para enfrentamento da doença; Realização das AVD com oscilação entre condições de independência e dependência; Relações familiares e de amizade preservadas e alteradas frente ao adoecimento; e Possibilidades de melhorias para o Enfrentamento da doença depende da evolução tecnológica, organização dos serviços públicos e preservação da independência e autonomia. Segundo a Escala, 54% dos participantes estavam no Estágio 2,5, seguido pelos Estágios 2 e Estágio 3, com 15%. Das Rodas de conversa foi elaborado um relatório técnico. **Considerações:** Pode-se observar que as pessoas idosas com Parkinson perceberam contribuições positivas a partir da redução das manifestações da doença, trazendo-lhes bem-estar e elevando a qualidade de vida destas, além da necessidade de investimentos em políticas públicas de saúde que garantam acesso de pessoas com a patologia às Práticas Complementares e Integrativas de Saúde, especialmente a Reflexologia Podal. **Produtos:** com base nos resultados da pesquisa, gerou-se dois relatórios técnicos, um folder, um artigo, o Cartão da pessoa Idoso com Parkinson, formação de profissionais da rede, gerando assim subsídios para confecção de um Protocolo Clínico Municipal em Reflexologia Podal voltado para a assistência de pessoas idosas com Parkinson.

Palavras-chave: Doença de Parkinson, Práticas Integrativas e Complementares, Enfermagem, Pessoa idosa;

ABSTRACT

Parkinson's disease is currently the second most prevalent neurodegenerative disease among older adults, second only to Alzheimer's. It has a universal distribution and affects between 1% and 3% of the older population, with family members - primarily women - serving as the main caregivers. Current treatment includes medication, surgery, and multidisciplinary care, highlighting the importance of expanding care approaches to ensure comprehensive support that enhances the well-being of individuals with Parkinson's in managing their primary symptoms. Integrative Practices, such as foot reflexology, serve as a complementary, holistic, and expanded care option aimed at assisting in the management of clinical manifestations of the disease. **Objectives:** to understand the perceptions of older adults with Parkinson's who use foot reflexology as an integrative and complementary health practice regarding their overall condition and to develop resources for implementing a Clinical Protocol for Foot Reflexology as a care strategy for individuals with the disease. **Method:** qualitative study using the convergent care research methodology. It was conducted in the municipality of Camaçari from June to October 2024, involving 13 older adults with Parkinson. Data collection included interviews, foot reflexology sessions, application of the Hoehn and Yahr Scale, and discussion groups. **Results:** the analysis of the collected material found four empirical categories: (1) Changes in physical and emotional conditions and the use of resources to cope with the disease; (2) Performing Activities of Daily Living (ADLs) with fluctuating levels of independence and dependence; (3) Preservation and alteration of family and friendship relationships due to illness; and (4) Possibilities for improving disease management depending on technological advancements, organization of public services, and maintenance of independence and autonomy. According to the scale, 54% of participants were at Stage 2.5, followed by Stages 2 and 3, with 15% each. A technical report was produced based on discussion group findings. **Considerations:** the study revealed that older adults with Parkinson's experienced positive effects from Foot Reflexology, including a reduction in disease symptoms, increased well-being, and improved quality of life. Additionally, findings highlight the need for greater investment in public health policies to ensure access to Complementary and Integrative Health Practices, particularly Foot Reflexology, for individuals with Parkinson's. **Outcomes:** Based on the research findings, two technical reports, an informational pamphlet, an academic article, an ID card for older adults with Parkinson's, and a training program for healthcare professionals were developed. These resources provide the foundation for the creation of a Municipal Clinical Protocol on Foot Reflexology for the care of older adults with Parkinson's disease.

Keywords: Parkinson's disease, Integrative and Complementary Practices, Nursing, Older Adults.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Comparação: substância negra da pessoa com DP e do indivíduo saudável	25
Figura 2	Resumo Mapa de Evidências por prática e dimensão	34
Figura 3	Resumo Mapa de Evidências por efeito das PICS	34
Figura 4	Zonas Reflexas da região podal	35
Figura 5	Mapa de Reflexologia	36
Figura 6	Movimentos de aproximação, de distanciamento e de convergência da pesquisa e da prática assistencial da PCA	38
Figura 7	Fases da Pesquisa Convergente Assistencial	39
Figura 8	Localização e área territorial do Município de Camaçari – Bahia	41
Figura 9	Localização das Unidades de Saúde integrantes da pesquisa	43
Figura 10	Reunião Equipe UBS Vila de Abrantes	51
Figura 11	Reunião Equipe UBS Arembepe	51
Figura 12	Reunião Equipe USF Pé de Areias	52
Figura 13	Reunião Equipe USF Fonte da Caixa	52
Figura 14	Percurso metodológico - Síntese	53
Figura 15	Roda de Conversa UBS Arembepe	60
Figura 16	Roda de Conversa USF Pé de Areias	60
Figura 17	Roda de Conversa USF Fonte da Caixa	61
Figura 18	Reflexologia Podal por meio da pressão dos dedos nos pés	63
Figura 19	Classificação dos graus de incapacidade na DP	65
Figura 20	Roda de Conversa Final USF Pé de Areias	69
Figura 21	Roda de Conversa Final USF Fonte da Caixa e UBS Vila de Abrantes	70
Figura 22	Roda de Conversa Final UBS Arembepe	70
Figura 23	Figura-Esquema da análise dos dados por instrumento de pesquisa	74
Figura 24	Sequência da técnica da Análise de Conteúdo de Bardin	75

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Porcentagem de sinais e sintomas secundários da Doença de Parkinson	27
Gráfico 2	Classificação da DP segundo Escala de HY	106

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Medicamentos distribuídos nas Farmácias do Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso (CREASI) do Governo da Bahia para pacientes com Parkinson conforme Portaria Conjunta nº 10 de 31 de outubro de 2017	44
Quadro 2	Agendamentos das reuniões por Unidade	48
Quadro 3	Número de profissionais por Unidade que participaram das reuniões	50
Quadro 4	Visitas domiciliares (VD) às pessoas idosas com Parkinson	56
Quadro 5	Causas das exclusões das pessoas idosas com Parkinson do estudo	57
Quadro 6	Roda de Conversa inicial nas Unidades	58
Quadro 7	Escala de participantes por Unidade	61
Quadro 8	Escala de participantes por Unidade (final)	67
Quadro 9	Cronograma das Sessões de Reflexologia Podal	67
Quadro 10	Caracterização sociodemográfica dos participantes	77
Quadro 11	Características pessoais relacionadas a Doença de Parkinson	78
Quadro 12	Unidades de Registro – Questão de Pesquisa nº 21	87
Quadro 13	Unidades de Registro – Questão de Pesquisa nº 22	93
Quadro 14	Unidades de Registro – Questão de Pesquisa nº 23	97
Quadro 15	Unidades de Registro – Questão de Pesquisa nº 24	101
Quadro 16	Estadiamento da Doença de Parkinson por sexo	108
Quadro 17	Estadiamento da doença de Parkinson por idade e tempo de diagnóstico	110
Quadro 18	Manifestações clínicas beneficiadas após sessões de Reflexologia Podal	113

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
ACS	Agente comunitários de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
AVCs	Acidentes Vasculares Cerebrais
BIREME	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CABSIN	Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa
CAPS	Centro de Atendimento Psicossocial
CASM	Centro de Atenção à Saúde da Mulher
CBD	Canabidiol
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEONC	Centro de Oncologia
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CER	Centro Especializado de Reabilitação Física e Intelectual
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CID	Classificação Internacional da Doença
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COVID	Corona Vírus Disease (Doença do Coronavírus)
CREASI	Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso
CRES	Centro de Referência em Especialidade de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DP	Doença de Parkinson
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Equipe de Saúde da Família
FEG	Fibroedema Gelóide
FESF	Fundação Estatal Saúde da Família

GT	Grupo de Trabalho
HY	Hoehn e Yard
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MCA	Medicina Complementar e Alternativa
MMII	Membros Inferiores
MMSS	Membros Superiores
MMSSII	Membros Superiores e Inferiores
MS	Ministério da Saúde
MRS	Movimento de Reforma Sanitária
MTCI	Medicinas Tradicionais Complementares e Integrativas
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NUPEC	Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre o Cuidar/Cuidado
NUPICS	Núcleo de Práticas Integrativas de Camaçari
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PBE	Prática Baseada em Evidências
PCA	Pesquisa Convergente Assistencial
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PTS	Plano Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RCLE	Registro de Consentimento Livre e Esclarecido
RP	Reflexologia Podal
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SNC	Sistema Nervoso Central
SESAU	Secretaria Municipal de Saúde de Camaçari
SUS	Sistema Único de Saúde
TCUD	Termo de Compromisso de Utilização de Dados

UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento em Saúde
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
UC	Unidades de Contexto
UR	Unidades de Registro
UBS	Unidade Básica de Saúde
US	Unidade de Saúde
USF	Unidades de Saúde da Família
VD	Visita Domiciliar
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	RELEVÂNCIA DO ESTUDO	18
1.2	MOTIVAÇÃO	19
1.3	QUESTÃO NORTEADORA	21
1.4	PRESSUPOSTO.....	21
1.5	OBJETIVOS.....	21
1.5.1	Objetivos Gerais	21
1.5.2	Objetivos Específicos	22
2	REVISÃO DE LITERATURA	23
2.1	ENVELHECIMENTO E DOENÇA DE PARKINSON	23
2.2	TRATAMENTO CONVENCIONAL: MEDICAMENTOSO E EQUIPE MULTIPROFISIONAL	27
2.3	PRÁTICAS INTEGRATIVAS: EVOLUÇÃO HISTÓRICA, CUIDADO, PESQUISAS E EVIDÊNCIAS	30
2.4	REFLEXOLOGIA PODAL COMO PRÁTICA DE PESQUISA.....	35
3	METODOLOGIA	38
3.1	TIPO DO ESTUDO	38
3.1.1	Fase de concepção	40
3.1.2	Fase de instrumentação	40
3.1.2.1	Cenário da Pesquisa	40
3.1.2.2	Participantes da Pesquisa	44
3.1.2.3	Aspectos Éticos	45
3.1.2.4	Negociação da Pesquisa	47
3.1.2.5	Técnicas e Instrumentos de produção dos dados	54
3.1.3	Fase de perscrutação	55
3.1.3.1	Visitas Domiciliares	55
3.1.3.2	Roda de Conversa Inicial	57
3.1.3.3	Sessões de Reflexologia Podal	61
3.1.3.4	Roda de Conversa Final	68
3.1.4	Fase de Análise	70
3.1.4.1	Tratamento dos dados	73
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	77
4.1	RESULTADOS E DISCUSSÕES – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	77
4.1.1	Categorização	86
4.1.1.1	Modificações das condições físicas e emocionais, e uso de recursos para enfrentamento da doença	88
4.1.1.2	Realização das AVD com oscilação entre condições de independência e dependência	94
4.1.1.3	Relações familiares e de amizade preservadas e alteradas frente ao adoecimento	98
4.1.1.4	Possibilidades de melhorias para o Enfrentamento da doença dependem da evolução tecnológica, organização dos serviços públicos e preservação da independência e autonomia.....	102
4.2	RESULTADOS E DISCUSSÕES: ESCALA DE HY	106
4.3	RESULTADOS E DISCUSSÕES: PEC - REGISTROS DOS CUIDADOS	110
4.4	RESULTADOS E DISCUSSÕES: ENTREVISTA ESTRUTURADA	112
4.5	RESULTADOS E DISCUSSÕES: RODAS DE CONVERSA	115

5	PRODUTOS	131
5.1	PRODUTO CIENTÍFICO	131
5.2	PRODUTOS TÉCNICOS	131
6	CONSIDERAÇÕES	138
	REFERÊNCIAS	140
	APÊNDICE A – Estado da Arte	157
	APÊNDICE B - Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)	163
	APÊNDICE C – Informe Resumido as Equipes.....	165
	APÊNDICE D - Carta Convite: Pessoas Idosas com Parkinson	166
	APÊNDICE E - Registro de Consentimento Livre e Esclarecido – Pessoas Idosas com Parkinson	167
	APÊNDICE F - Termo de Autorização de Uso de Imagem e/ou Gravação de Voz	170
	APÊNDICE G - Livreto Informativo: Cartão da Pessoa Idosa com Parkinson	171
	APÊNDICE H - Entrevista Semiestruturada: Pessoas Idosas com Parkinson	177
	APÊNDICE I - Entrevista Estruturada: Pessoas Idosas com Parkinson	181
	APÊNDICE J – Transcrição das falas: Pessoas Idosas com Parkinson	183
	APÊNDICE L - Discursos, Unidades de Contexto, Unidades de Registro: Pessoas Idosas com Parkinson	196
	APÊNDICE M - Gráficos por pessoa idosa: Sinais e Sintomas Beneficiados com as Sessões de Reflexologia Podal.....	213
	APÊNDICE N – Folder PICS	226
	APÊNDICE O – Resumos de Perfil por Participante de Pesquisa	227
	ANEXO A – Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Camaçari	239
	ANEXO B – Parecer Consubstanciado - Conselho de Ética em Pesquisa.....	241
	ANEXO C - Declaração de Acompanhamento Psicológico	245
	ANEXO D – Escala de Avaliação de Hoehn e Yahr	246
	ANEXO E – Certificados - Curso de Reflexologia Podal realizados por Profissionais da rede municipal de Camaçari	247

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional tem se apresentado como um fenômeno acelerado nas últimas décadas caracterizando-se, por isso, como um grande desafio deste século no que tange a criação de estratégias governamentais que consigam gerar meios de manter um bem-estar ao indivíduo, pois a senescência ocasiona vulnerabilidade a pessoa idosa quando na presença de condições crônicas ou *déficits* funcionais capazes de acometer alguns domínios, como por exemplo, somático, psicológico, social dentre outros (Drewes *et al.*, 2014).

Segundo Luzardo *et al.* (2017) o processo de envelhecimento populacional tem repercutido negativamente sobre o ponto de vista das vulnerabilidades às quais as pessoas idosas encontram-se suscetíveis. Dentre essas, pode-se citar a presença de fragilidade e o próprio contexto de vida individual.

De acordo com cálculos do IBGE do Censo 2022, no que se relaciona a população brasileira, o total de pessoas com 65 anos ou mais de idade (22.169.101) chegou a 10,9%, obtendo alta de 57,4% frente ao Censo de 2010, quando esse contingente era de 14.081.477, ou 7,4% da população. Já a população idosa de 60 anos ou mais é de 32.113.490 (15,6%), um aumento de 56,0% em relação a 2010, quando era de 20.590.597 (10,8%).

Estes dados revelam um crescimento expressivo dessa população nos últimos anos, sendo possível notar a partir desse fato, um aumento também significativo das doenças crônicas da terceira idade. Uma delas é a Doença de Parkinson que segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS, indica que aproximadamente 1% da população mundial com idade superior a 65 anos possui a doença e no Brasil estima-se que 200 mil pessoas sofram da patologia (IBGE, 2022a).

Este panorama produz a necessidade do desenvolvimento de políticas públicas que qualifiquem o cuidado da população idosa com o objetivo principal de valorizar a sua autonomia e proporcionar suporte às suas diversas demandas frente a uma elevada prevalência de doenças crônicas degenerativas e por vezes incapacitantes que se instalam com a longevidade, entre elas, a Doença de Parkinson (Veras, 2016).

As doenças crônico-degenerativas são caracterizadas pela deficiência no processo de regeneração dos sistemas acometidos e, por produzirem uma repercussão progressiva e rígida, provocam na pessoa idosa inquietação e sofrimento pelo desgaste vivenciado (Monteiro *et al.*, 2014). Sob esta ótica, a Doença de Parkinson (DP) é classificada como a segunda doença neurodegenerativa mais prevalente em pessoas idosas atualmente, de distribuição universal,

chegando a alcançar de 1 a 3% dessa população, que atinge todos os grupos étnicos e classes sociais (Simon; Tanner; Brundin, 2019).

Estudos quanto à fisiopatologia do Parkinson revelam que a doença é um agravo neurodegenerativo progressivo que tem seu desenvolvimento relacionado a diminuição intensa da produção de dopamina, que provoca a perda do controle motor do indivíduo, ocasionando então o aparecimento dos sinais clássicos da doença (Cunha; Siqueira, 2020), como os tremores, a rigidez e a bradicinesia.

Por ser uma patologia ainda sem cura, entende-se que é necessário exercer um cuidado integral que possa fornecer à pessoa idosa com Parkinson melhores condições de vida a partir de uma assistência voltada à prevenção de danos, promoção da saúde e integralidade do indivíduo (Valcarenghi *et al.*, 2018).

Partindo deste reconhecimento tornar-se importante a inclusão das Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (PICS) na assistência já existente a essas pessoas, entre elas, a Reflexologia Podal, já que são técnicas que podem proporcionar uma atenção ampliada e integral, favorecendo o bem-estar físico e psicológico e estimulando o autocuidado.

Acredita-se que a inserção das PICS, no cuidado a uma patologia incurável e progressiva, pode contribuir de modo significativo para a melhoria da qualidade de vida destas pessoas, já que estas terapêuticas se caracterizam por estimularem a humanização da assistência e paralelamente colaborarem na reestruturação dos serviços.

1.1 RELEVÂNCIA

Escolheu-se o objeto de pesquisa diante da relevância social e científica na área de saúde da Doença de Parkinson por ser a 2ª enfermidade neurodegenerativa existente mais representativa e ainda sem cura, possuindo como foco principal tratamentos paliativos que minimizam desconfortos. Frente a este fato, é preciso lançar lampejos nos diversos tipos de terapêuticas existentes, inclusive a Reflexologia Podal de maneira a potencializar o bem-estar e elevar a qualidade de vida das pessoas com a doença.

Quando se vincula o fato da DP se caracterizar como uma patologia de significativa prevalência na população idosa à realidade do envelhecimento da população mundial, é pertinente e significativo, o desenvolvimento de pesquisas acerca de tratamentos integrativos e complementares que consigam auxiliar no conforto frente aos seus sinais e sintomas.

Considera-se que o presente estudo pode contribuir para a sociedade em geral, por agregar conhecimento aos estudos e evidências científicas já existentes proporcionando

subsídios que poderão ajudar a reorientar o uso de tecnologias pesadas e maquinários, fortalecendo assim o incremento da Reflexologia Podal aos tratamentos já existentes, no sentido de promover uma maior qualidade de vida às pessoas.

Ademais, pesquisas como esta são relevantes na área de enfermagem por intensificar o potencial da profissão em buscar meios de alcançar permanentemente um cuidado integral, humanista e acolhedor, oportunizando assim reflexões, mobilizações, renovação de percepções e mudanças de atitudes dentro do fazer em saúde.

1.2 MOTIVAÇÃO

A motivação inicial para realizar essa pesquisa foi a experiência vivida com meu pai, diagnosticado com Parkinson, onde pude observar e atentar a presença do agravo apenas quando os sintomas de tremores já haviam se iniciado (fato que indica patologia em curso já a alguns anos), uma vez que desconhecia que sua rouquidão, a lentificação de seus movimentos e sua escrita cada vez menor, instalados a um tempo significativo, pudessem ser o início insidioso da doença.

Foi somente a partir da observação do surgimento de discretos tremores em dedos da sua mão direita (meados de 2019), que ocorreu a suspeita da possibilidade da doença, com posterior diagnóstico médico, iniciando-se assim tratamento medicamentoso e acompanhamento com especialistas. Contudo, com a chegada da Pandemia de COVID-19 no Brasil em 2020, os cuidados à saúde dele foram momentaneamente reordenados para minimizar os riscos emergentes. Nesta conjuntura, no início de 2021, cessaram-se temporariamente a fisioterapia domiciliar, a ida a consultas médicas e a circulação de pessoas em casa, período em que se pode observar a evolução dos tremores, a piora da lentificação ao caminhar, o enrijecimento de articulações, alterações na deglutição, com presença de engasgos esporádicos e o início de episódios de quedas.

Neste mesmo período, iniciei cursos de formação em Auriculoterapia, Ventosaterapia e Reflexologia Podal no intuito de poder ofertar Práticas Integrativas na Atenção Básica na Unidade de Saúde que atuo como enfermeira, uma vez que o Município de Camaçari estava incentivando a formação dos seus profissionais na área e fornecendo os insumos, materiais e equipamentos necessários para o desenvolvimento de algumas terapias. Dessa forma após a conclusão dos cursos, comecei ainda no segundo semestre de 2021, atendimentos com as PICS supracitadas na APS na Unidade de Saúde da Família, acolhendo inicialmente pessoas com dores e doenças crônicas e que apresentavam algum tipo de transtorno psicológico exacerbado

pela pandemia ou iniciado por causa dela, público este identificado pela equipe de trabalho como sendo o que mais necessitava das terapias no momento.

Assim, a partir dos atendimentos em PICS e do estudo de protocolos diversos foi possível verificar que alguns deles eram voltados para minimizar tensão muscular, melhorar quadro de tremores, algias, ansiedade e cefaleia, sintomas também presentes na Doença de Parkinson, fato que fez acender a possibilidade da utilização destas terapias em meu pai, visando a melhoria das suas queixas diárias, contudo, sendo este planejamento inviabilizado pelo seu falecimento. A morte dele gerou por um lado, sensação de fracasso, contudo, por outro, despertou o desejo de ofertar tais práticas para outras pessoas idosas com DP, motivando o ingresso no Mestrado Profissional de Enfermagem na Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS, visando o desenvolvimento de pesquisa voltada ao cuidado deste público no Município de Camaçari, local onde sou servidora pública na APS.

Supletivamente, a pesquisa em questão torna-se expressiva uma vez que, nas bases de dados exploradas - Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scielo e Pubmed - no período de setembro a outubro de 2023, não se obteve resultados para estudos com os descritores “Reflexologia Podal”, “Parkinson”, “Pessoa idosa”, o que indica a necessidade de trabalhos utilizando a prática de forma que suas possíveis contribuições possam ser conhecidas e exploradas para a DP.

Por esta razão, realizou-se nova busca nas mesmas bases de dados, porém modificando os descritores para “Doença de Parkinson” e “Terapias Complementares/ Medicina Chinesa/Medicina Alternativa”. O descritor “Pessoa Idosa/idosos” não foi incluído posto que, em conjunto com os outros, não gerava resultados.

Neste formato, a busca avançada encontrou um total de 137 publicações, das quais 35 foram da BVS e 102 da Pubmed, contudo, nenhum estudo identificado na base de dados Scielo que atendesse aos critérios de inclusão: obras disponíveis na íntegra, gratuitas, que possuísem pelo menos 2 dos 3 descritores estabelecidos concomitantemente, que se referissem a estudos em humanos e não em animais ou modelos celulares (in vitro), que tivessem como conclusão as contribuições relatadas ou observadas do desenvolvimento de prática alternativas em pessoas com DP, num recorte temporal de 2013 a 2023 e que estivessem nos idiomas inglês, espanhol e português.

A partir dos filtros, eliminaram-se 124 publicações por não responderem aos objetivos do estudo, restando apenas 09 artigos na BVS e 4 na Pubmed, perfazendo um montante de 13 estudos. A partir desta análise e da revisão de literatura realizada observou-se ainda mais a

necessidade de pesquisas sobre a temática de forma a agregar mais conhecimentos ao material existente

Com base no Estado da Arte (**APÊNDICE A**) realizado, elaborou-se quadro sintetizado com as pesquisas encontradas. Observou-se que, na maioria dos trabalhos, de alguma maneira, as PICS utilizadas proporcionaram aos participantes contribuições positivas no que tange a melhora do seu estado geral, sendo física ou emocionalmente, elas favoreceram a elevação da qualidade de vida. Em outros casos, não houve conclusões por conta do número limitado de estudos ou por, na época, ainda não existirem as Evidências Científicas, surgidas a partir de 2020, necessárias para comprovação da sua eficácia.

1.3 QUESTÃO NORTEADORA

Como as pessoas idosas com Parkinson percebem seu estado geral a partir do uso da Reflexologia Podal como Prática Integrativa e Complementar em Saúde?

1.4 PRESSUPOSTO

As pessoas idosas com Doença de Parkinson percebem que a Reflexologia Podal como Prática Integrativa e Complementar em Saúde melhora o seu estado geral por aliviar alguns sintomas.

1.5 OBJETIVOS

Para responder à questão do estudo, elaborou-se dois objetivos gerais que visam atender a prática assistencial (o cuidado propriamente dito) e pesquisa, já que se trata de uma Pesquisa Convergente Assistencial, complementados com os objetivos específicos descritos abaixo:

1.5.1 Objetivo Geral

- Compreender a percepção das pessoas idosas com Parkinson que utilizam a Reflexologia Podal como Prática Integrativa e Complementar em Saúde a partir do impacto da terapia sobre seu estado geral;

- Elaborar subsídios para implantação de um Protocolo Clínico em Reflexologia Podal como estratégia de cuidado às pessoas com DP.

1.5.2 Objetivos Específicos

- Apreender os aspectos do viver com Parkinson;
- Identificar o estágio de adoecimento por meio da aplicação da Escala de Hoehn e Yahr que avaliam o grau de incapacidade de pessoas com DP;
- Descrever o estado geral das pessoas idosas com Parkinson após o cuidado recebido com o uso da Reflexologia Podal, a partir de suas percepções;

2 REVISÃO DE LITERATURA

Nesta parte da pesquisa serão trazidos dados e materiais já publicados de outros trabalhos e autores de maneira a respaldar o conteúdo proposto e gerar reflexões essenciais acerca da importância de estimular o diálogo, no tocante ao processo de envelhecimento, a Doença de Parkinson e às Práticas Integrativas e Complementares como cuidado à saúde e discutir os desafios ainda existentes de proporcionar uma melhor qualidade de vida às pessoas idosas com a Doença de Parkinson.

2.1 ENVELHECIMENTO E DOENÇA DE PARKINSON

O envelhecimento consiste em um processo biológico gradativo caracterizado por impactos da travessia do tempo no organismo originando grandes transformações na vida, sobretudo na saúde, relações interpessoais, sociais e econômicas. Quando associado às doenças crônicas emergentes nesta fase, o fenômeno do envelhecimento torna-se capaz de modificar consideravelmente a qualidade de vida das pessoas idosas, principalmente quanto à autonomia e independência (Queiroz, 2012).

É fato que o envelhecimento da população tem se intensificado gradativamente, devido a presença de alguns fatores como a diminuição da taxa de natalidade, aumento da expectativa de vida, investimentos em saúde e tecnologia e com isso consequentemente ocorreu o aumento da prevalência de pessoas com doença crônicas e degenerativas, relacionadas à senilidade ou com deficiências que necessitam de algum tipo de cuidado (Manso; Galera, 2015).

Baseado no envelhecimento populacional das últimas décadas, estima-se que a cada ano, são incluídas 650 mil novas pessoas idosas na sociedade brasileira o que vem afetando de maneira impactante vários setores da sociedade (Veras, 2023). No âmbito da saúde, essa nova conjuntura social transcende os limites existentes, seja por seu volume nos diversos níveis assistenciais, seja pela demanda em busca de recursos terapêuticos específicos à idade. Nessa conjuntura, modelos adequados de atenção a pessoa idosa seriam aqueles que apresentassem uma proposta de cuidados voltados a ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, cuidado precoce e reabilitação (Oliveira *et al*, 2016).

Por este fato, há uma necessidade urgente de elaboração de políticas voltados ao público idoso que esteja direcionada à promoção da autonomia, a necessidade de cuidado e autossatisfação e a capacidade física e mental desse grupo populacional, proporcionando à estes indivíduos a ressignificação da vida neste ciclo que experienciam, estimulando ações

inclusivas, de autocuidado e de atenção integral à saúde (Veras, 2023).

Este processo de desgaste do organismo implica em uma série de contratempos relacionados aos agravos prevalentes nesta faixa etária. Estatísticas realçam que as pessoas idosas são mais suscetíveis às doenças degenerativas, e, entre as principais delas estão as doenças cardiovasculares, musculoesqueléticas, psicológicas e neurológicas (Zaslavsky; Gus, 2002). Conforme o mesmo autor, entre as doenças progressivas e degenerativas do sistema nervoso mais comuns que atingem as pessoas idosas, se encontra a doença de Parkinson.

Em se tratando das repercussões da doença na família, dentre as principais consequências estão àquelas relacionadas à sobrecarga de trabalho, questões financeiras e emocionais do ente cuidador (Filippin *et al.*, 2014).

Quando um familiar recebe o diagnóstico de DP, isso caracteriza uma transformação não apenas para o doente, como para toda família, uma vez que o reconhecimento da doença confirma a irreversibilidade do estado e simboliza o nascimento de mudança de posição na família com a emergência de uma pessoa integrante como cuidadora (Abendroth; Lutz; Young, 2012), que habitualmente, é um parente bem próximo, o qual passa a desenvolver a responsabilidade de dar assistência e cuidar da pessoa acometida pela doença (Peters *et al.*, 2011).

Devido à crença culturalmente estabelecida na sociedade de que cabe à mulher cuidar da família, a assistência à pessoa idosa, em grande parte dos casos, recai como uma obrigação de filhas, esposas e irmãs que além das tarefas domésticas, emprego e filhos, passam a agregar essa atividade, levando-as a uma sobrecarga, além de estresse psicológico e físico, aliado ao “desleixo” com a sua própria situação de saúde (Puig *et al*, 2015).

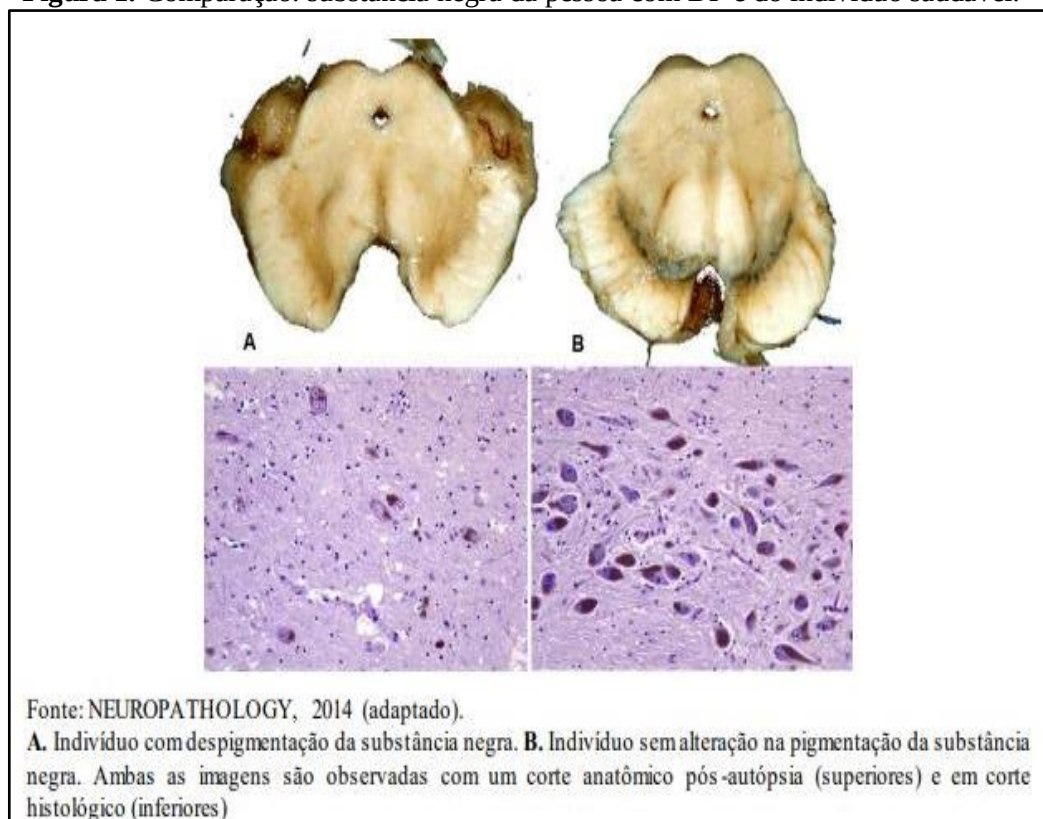
No contexto do cuidado familiar em relação especificamente ao Parkinson, pode-se notar que com a evolução da doença, suas consequências perpetuam-se no decorrer da vida, (fazendo com que as pessoas acometidas precisem de atenção permanente), em suas atividades básicas de vida diária (ABVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD) (Martinez-Martin; Rodriguez-Blazquez; Forjaz, 2014). Devido a este fato, a vigilância do cuidador passa a ser cada vez mais acentuada, devido ao agravamento da doença em si e surgimento de outras situações que geram preocupações adicionais.

Entretanto, os familiares cuidadores acabam experimentando situações novas após o diagnóstico de Parkinson (Melo; Rua; Santos, 2014), de ordem física, psicológica, social e até mesmo financeira, as quais podem desafiar a sua capacidade de manter-se na nova atividade agregada (Carod-Artal *et al.*, 2013). Pode ocorrer quadros de estresse, devido a mudanças no

estilo de vida, fadiga, tristeza, medo da dependência, redução das atividades e relacionamentos sociais, chegando até mesmo ao isolamento social, ocasionado pelo sentimento de sobrecarga agravado com a progressão das incapacidades da doença no seu parente (Oguh *et al.*, 2013), além de depressão e decepção por saberem do prognóstico incurável da patologia (Navarro-Peternella; Marcon, 2009).

A doença, descoberta há mais de 200 anos, ainda na atualidade possui algumas questões não conhecidas profundamente, o que a torna foco de estudos constantes, como por exemplo suas causas, mecanismos de surgimento, tratamentos e a busca pela cura. A etiologia, apesar de desconhecida, existem diversas hipóteses sugeridas, entre elas, a ação de neurotoxinas ambientais, a produção de radicais livres, anormalidades mitocondriais e a predisposição genética, uso de alguns medicamentos, consumo de tabaco, laticínios, proteínas, entre outras causas (Belvisi *et al.*, 2020). Todavia sabe-se que é devido o aparecimento da patologia está diretamente relacionado a degeneração das células situadas numa região do cérebro chamada substância negra, (Schwarz, *et al.* 2016) conforme **figura 1** abaixo:

Figura 1. Comparação: substância negra da pessoa com DP e do indivíduo saudável.



Contudo, na apresentação hereditária, os sintomas habitualmente se instauram entre os adultos mais jovens com idades abaixo dos 45 anos (Cunha; Siqueira, 2020), assim como se pode detectar igualmente início precoce da doença em casos em que foram detectadas mutações genéticas (Anwuar *et al.*, 2019).

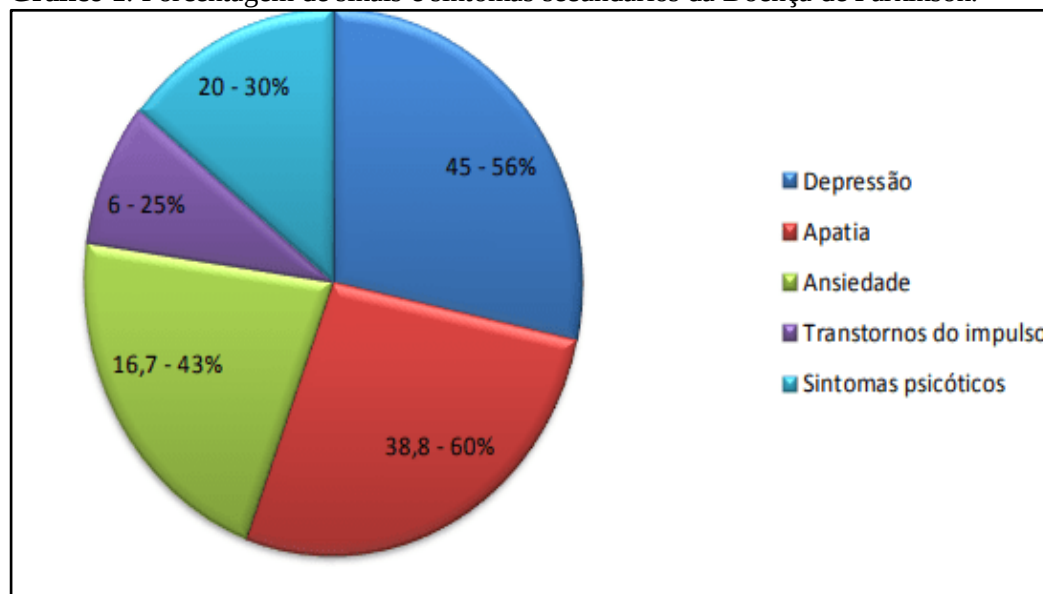
Os principais fatores predisponentes ao desenvolvimento do Parkinson identificados até o momento são os genéticos (a partir de mutação de genes), ambientais (exposição a produtos químicos tóxicos, metais pesados e pesticidas) e o estilo de vida, entretanto, a idade ainda é o fator preponderante para a iniciação do desenvolvimento da enfermidade (Fernandes; Andrade Filho, 2018).

No que tange aos sintomas da doença, estes variam de uma pessoa para outra, mas, de forma geral, no início, eles se apresentam de maneira lenta e traiçoeira, não permitindo precisar a época em que apareceram pela primeira vez. A lentificação dos movimentos e os tremores nas extremidades das mãos, muitas vezes notados apenas por pessoas mais próximas, costumam ser os primeiros sinais da enfermidade. De maneira geral, os principais sintomas da patologia são: diminuição do tamanho das letras ao escrever, rigidez muscular, instabilidade postural, bradicinesia, distúrbios da fala como rouquidão, dificuldade para engolir, dores musculares, tontura e distúrbios do sono, respiratórios e urinários (Steidl; Ziegler; Ferreira, 2007; Cabreira; Soares; Massano, 2019).

Somado a estes sintomas, observou-se que pessoas com DP têm alta prevalência de possuir problemas de pele como dermatite seborreica, rosácea, pênfigo bolhoso (Shahid *et al.*, 2020), além do risco ampliado de desenvolver melanoma e outros cânceres de pele (Krasowska *et al.*, 2021). Ainda em relação a sintomatologia, de acordo com Mclaughlin *et al.* (2014), depressão, apatia, ansiedade, transtornos do impulso e sintomas psicóticos (**Gráfico 1**), são alguns dos sintomas secundários mais comuns encontrados na doença de Parkinson.

Dessa maneira, mediante as especificidades da patologia, é pertinente abordar que ela age de formas singulares em cada indivíduo influenciando o aparecimento de sintomas motores e não motores. Por esta razão, conhecer a realidade dessas pessoas mostra-se fundamental para o entendimento da atuação multiprofissional frente a tal doença e para o seu melhor manejo.

Gráfico 1. Porcentagem de sinais e sintomas secundários da Doença de Parkinson.



Fonte: McLaugulin *et al.*, 2014.

2.2 TRATAMENTO CONVENCIONAL: MEDICAMENTOSO E EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

É importante ressaltar que a DP não tem cura e abala diretamente o bem-estar das pessoas doentes desde o seu diagnóstico (Lirani-Silva; Mourão; Gobbi, 2015) por comprometer sistemas do indivíduo responsáveis pela interação social como a fala, a parte motora, a cognição, aparelho geniturinário e excretor (incontinências), afetando assim a convivência com familiares e amigos e por isso devendo ser acompanhada criteriosamente por uma equipe multiprofissional composta por clínico, neurologista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, gerontologista, nutricionista, cirurgiões, psicólogo, terapeuta ocupacional e outras especialidades que consigam reconhecer estas dificuldades, o auxiliando no desempenho de um existir mais saudável (Valcarenghi *et al.*, 2018).

A enfermagem, é uma das profissões relevantes junto com as outras especialidades que assistem a pessoa idosa com Parkinson, pois ela observa e prescreve os cuidados com base na avaliação das atividades da vida diária, na capacidade funcional e na resposta ao tratamento, promovendo cuidados singulares e direcionados, proporcionando conforto, bem-estar físico e emocional (Andrade *et al.*, 2010; Malagutti, 2013)

Conforme Medeiros *et al* (2016), a enfermeira vem somando ao seu saber/fazer o comando de abordagens específicas e diferenciadas, contribuindo, não apenas no cuidado, como na formulação de diagnósticos precoces, na criação de vínculos de proximidade com as pessoas

cuidadas, no aconselhamento a estes e a sua família, na motivação para que possam aderir inteiramente ao tratamento, na discussão de casos clínicos com equipe multidisciplinar, em abordagens educativas de orientação e em diversas formas terapêuticas que hoje fazem parte do *rol* de cuidados da profissão.

Segundo Smeltzer e Bare, (2012), durante a evolução da DP, é a enfermeira que proporciona apoio, instrução e monitoramento dos cuidados e, especificamente na Atenção Básica, são elas as responsáveis por dialogar junto aos familiares sobre as necessidades de promoção a saúde a este público e de adaptação, segurança e adesão aos planos de cuidados implementados em prol de um maior bem-estar a pessoa com a patologia.

Baseado nos referenciais acima relativos à assistência de enfermagem à pessoa com a patologia, pode-se observar que são cuidados complexos, que devem ser pensados e organizados sobre a sintomatologia apresentada por cada indivíduo, de maneira a prevenir agravos, estimular o autocuidado e desenvolver a promoção à saúde. Essas ações demandam que, toda a equipe multiprofissional por trás da assistência, se volte amplamente para a reabilitação do indivíduo, envolvendo necessariamente o contexto familiar, sociocultural e psicoespiritual para otimizar a atenção à saúde prestada (Tosin *et al.*, 2015).

Para tanto, é preciso que a equipe envolvida na assistência trace seu planejamento de cuidado à pessoa com Doença de Parkinson com base em conhecimentos técnico-científicos, elaborando projetos terapêuticos singulares. Para a enfermeira, este plano é organizado por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que auxilia de forma significativa o cuidado, melhorando sua qualidade e trazendo autonomia para que a profissional tome decisões assertivas e desenvolva estratégias efetivas (Alho, 2011). Adicionalmente ao trabalho da equipe multidisciplinar, é preciso que a pessoa com Parkinson realize paralelamente e de maneira correta o tratamento medicamentoso, não apenas para minimizar os sintomas como para retardá-los.

A levodopa ainda é a droga mais comumente utilizada no tratamento convencional para idosos, sendo no início, extraordinariamente eficiente no controle dos principais sintomas como rigidez e lentidão dos movimentos, contudo, seu uso prolongado pode acarretar fortes efeitos colaterais como flutuações motoras, conhecidas como períodos “*on-off*” (Andrade; Santos; Bueno, 2014).

Hoje sabe-se que cerca da metade das pessoas com Parkinson, passados aproximadamente cinco anos de tratamento com levodopa, vão manifestar, em algum momento, complicações, entre elas, a redução progressiva na duração do efeito da droga, ocasionando o

reaparecimento das discinesias, súbito congelamento da marcha e o fenômeno *on-off* que se caracteriza pela oscilação entre o estado motor de parkinsonismo (fase *off*) a outro de boa mobilidade (fase *on*) (Rang, Dale e Ritter, 2012).

Assim como a levodopa, grande parte dos medicamentos utilizados no tratamento do Parkinson, apesar dos seus benefícios, trazem paralelamente consigo variados efeitos adversos como alucinações, sonolência, hipotensão, tonturas, confusão mental e náuseas o que oferece apenas uma proteção para a doença, mas não se faz tão vantajosa no que tange o bem-estar (Giacomelli, 2018). Sob estas circunstâncias, muitas pessoas desenvolvem ansiedade, insônia e depressão por conviverem com uma doença progressiva que os debilita a cada dia e pelo uso de medicamentos que também os importunam (Ray; Agarwal, 2020).

Contudo, estudos mais recentes, vêm demonstrando que a *Cannabis sativa* (Canabidiol – CBD) tem se mostrado promissora no contexto de melhora dos sinais e sintomas da Doença de Parkinson pois possui efeitos psicotomiméticos, antiemético e ansiolítico, auxiliando assim no aumento do apetite e principalmente na redução de espasmos involuntários (Pereira, 2017).

Apesar dos seus comprovados benefícios medicinais, no Brasil, há uma grande dificuldade de conseguir medicamentos à base de CBD devido a imensa burocracia na sua liberação, preconceitos e seu alto custo, razão pela qual muitas pessoas com doenças crônico-degenerativas acabam recorrendo na justiça. Perante a este panorama, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), fez a retirada do canabidiol da lista de substâncias proibidas, e desde então, algumas famílias passaram a conseguir fazer tratamentos de alguns agravos e circunstâncias, que o seu uso é liberado, ou lutam junto ao poder judiciário para obterem a liberação do plantio e cultivo da planta para fins medicinais (Zaganelli, 2018).

Mais recentemente alguns estados vêm aprovando leis para o uso medicinal do CBD no SUS (Salvador – Lei Ordinária 9663 de 2023, Rio de Janeiro - Lei Municipal 10.201/23), o que é fato de suma importância para a desburocratização do uso da substância. Porém a sua distribuição ainda não ocorre diante de muitos obstáculos e desconhecimento, não sendo, portanto, ainda hoje, uma realidade expandida e nem de presença expressiva na Atenção Primária em Saúde, no SUS, fato que leva a permanência do uso e da prescrição de drogas mais antigas e cheias de efeitos adversos.

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2022) revelam que as repercussões para a saúde e o número de mortes pela doença têm aumentado rapidamente em todo o mundo em comparação com os efeitos causados por outros distúrbios neurológicos, tendo sua prevalência dobrada nos últimos 25 anos, alertando que 8,5 milhões de pessoas convivem com a patologia atualmente. Estes indicadores podem ser ainda mais significantes, se for incluído

no *rol*, àqueles que apresentam outras formas de parkinsonismo, como os causados por lesões vasculares cerebrais, parkinsonismo atípico, efeitos adversos por uso de medicamentos neurolépticos, dentre outros (OMS, 2022).

Sendo assim, diante destes dados, é preciso incrementar a assistência a doença, ser feito um diagnóstico precoce e iniciar concomitantemente todos os tratamentos possíveis e necessários que possam beneficiar essas pessoas no intuito de maximizar o bem-estar e lentificar a progressão de sintomas. E neste ponto, se inserem as PICS como tratamento adicional, farmacológico e/ou não-farmacológico, a Doença de Parkinson.

2.3 PRÁTICAS INTEGRATIVAS: EVOLUÇÃO HISTÓRICA, CUIDADO, PESQUISAS E EVIDÊNCIAS

O Movimento de Reforma Sanitária (MRS) da década de 70 teve como propósito a reivindicação de melhores condições de vida e saúde para a população brasileira, pois o modelo de saúde vigente era caracterizado por desenvolver uma assistência voltada para a cura, biologicista, individualista, centrado na doença, privatista e capitalista. O MRS foi o grande responsável pela reorientação das práticas assistenciais no Brasil favorecendo a remodelação da atenção e o repensar acerca da integralidade do cuidado (Souto; Oliveira, 2016).

Contudo foi apenas em meados dos anos 80, a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde - CNS (1986) que se conseguiu criar um espaço para debate sobre a crise de saúde da população brasileira onde se problematizou a necessidade urgente de criação de novas formas de realizar o cuidado, por meio de uma assistência que viabilizasse aos cidadãos um acesso mais democrático (Brasil, 1986). Essa reformulação no campo da saúde foi possível a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 que propunha o Sistema Único de Saúde (SUS) através da redefinição da política de saúde no país e a organização de uma Atenção Primária à Saúde (APS) com ênfase na promoção e prevenção por meio do desenvolvimento de cuidados que tivessem como foco o indivíduo, sem discriminações de qualquer natureza, e seu bem-estar (Brasil, 1988).

Essa reestruturação no campo da saúde, norteadada pelo estabelecimento dos princípios e diretrizes do SUS, foi uma das principais razões por favorecer o realce das PICS no Brasil, como práticas contributivas para um cuidado integralista, humanizado e contínuo no âmbito do SUS (Brasil, 2011).

Apesar das PICS já se encontrarem deliberadas desde a década de 70, quando a OMS instituiu o Programa de Medicina Tradicional, estas só foram aprovadas formalmente pelo

Ministério da Saúde (MS) apenas em 2006, através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC. A partir deste momento foi proposto que as PICS pudessem ser absorvidas pelo SUS no desenvolver de um cuidado ininterrupto, humanizado e integral, que incentivasse ações de participação social, mobilizasse a simplificação das condutas em saúde por meio de práticas que contribuíssem para o desenvolvimento sustentável das coletividades e favorecesse na ampliação da resolutividade, descomplicando o acesso ao sistema (Brasil, 2018).

É importante ressaltar que as PICS possuem relação direta com a Política Nacional de Humanização (PNH) e com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), já que ambas trazem em seus preceitos as orientações quanto à importância da concepção ampliada do processo saúde-doença e seus determinantes (Tesser; Santos 2012). A inserção dessas terapêuticas no âmbito do SUS representou a tentativa de gerar acessibilidade a uma demanda reprimida, humanizar os serviços e qualificá-los, no intuito de favorecer a integralidade da atenção à saúde da população (Tesser; Silva; Lima, 2014), além da possibilidade de usá-las em tratamentos paliativos e em algumas enfermidades crônicas, mostrando assim seus benefícios quando integradas à medicina convencional (Brasil, 2018a; 2018b).

Na atualidade são ofertadas 29 PICS preconizadas pela OMS, são elas: acupuntura, antroposofia, apiterapia, aromaterapia, arteterapia, ayurveda, biodança, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, dança circular, fitoterapia, geoterapia, hipnoterapia, homeopatia, imposição de mãos, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, ozonioterapia, quiropraxia, reflexologia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa, terapia de florais, termalismo e yoga (Brasil, 2006; 2017; 2018).

Nas últimas décadas houve um crescimento na procura das PICS, principalmente em contextos nos quais a medicalização permeia a cultura e a identidade das pessoas, indo, inclusive, em sentido paradoxal ao grande desenvolvimento tecnológico e científico da biomedicina (WHO, 2013). Este crescimento e valorização das PICS têm influenciado profissionais a se submeterem a formações integralistas diversas, no intuito de fornecerem um cuidado mais humanizado e holístico, elevando desse modo o quantitativo destes nos ambientes de saúde, sobretudo nos do SUS.

Dessa forma, parte do uso dessas terapias, nos variados espaços da assistência, ocorre após ou concomitante ao cuidado biomédico, mas não se configura prática substitutiva deste. Esta interligação de diferentes práticas de cuidado pode proporcionar a assistência um melhor relacionamento entre profissionais e usuários, ampliando a integralidade da atenção e tornando o serviço mais resolutivo. (Nascimento *et al.*, 2018).

Arelado ao movimento emergente das PICS dentro dos serviços, tem ocorrido em

paralelo um aumento crescente no volume de pesquisas científicas sobre estas terapêuticas devido a sua progressiva institucionalização (WHO, 2013). Primordialmente, este destaque científico foi incentivado pela busca densa destas práticas pelas populações nos últimos anos, por diversas razões, tais como serem de fácil acesso, possuírem eficácia relativa (em locais de baixa renda), existência de insatisfações com a abordagem impessoal e geralmente invasiva da biomedicina e o movimento atual pela criação e fortalecimento de Políticas Públicas na Atenção Primária à Saúde (Telesi Junior, 2016).

Frente a elevação gradual das publicações na área, que fazem emergir material acerca das Práticas Integrativas, inclusive vinculando-as especificamente a Doença de Parkinson, pode-se citar entre eles um estudo de Zapiola *et al.* (2015) ocorrido no México que utilizou a massagem corporal em pessoas com DP, obtendo melhora na maioria dos sintomas, sejam estes físicos como emocionais, apresentados pelos participantes da pesquisa (tremores, rigidez muscular, distonia, alterações do equilíbrio, marcha congelada, dificuldades de deglutição, insônia, dores no corpo) e consequentemente, a elevação do bem-estar destes.

Em outro estudo de Duarte *et al.* (2023) realizado no Brasil, para avaliar os efeitos dos movimentos de dança sobre as funções executivas/motoras, os sintomas depressivos e o bem-estar, observou-se contribuições significativas no restabelecimento do equilíbrio e marcha, na flexibilidade cognitiva, no controle inibitório e na qualidade de vida destas pessoas.

Em 2022 uma pesquisa chinesa realizada por Zhang *et al.* (2022), que teve por objetivo observar os efeitos do Zhan Zhuang Qigong no tremor estático dos membros superiores e na capacidade aeróbica em pessoas com DP, igualmente concluiu-se que a técnica é capaz de, através da reordenação postural, aliviar o estresse, a dor, podendo também ser eficiente no alívio dos tremores provenientes da patologia e possivelmente atuar na imunidade.

Aditivamente, Xu *et al.* (2021) investigou a eficácia e segurança da eletroacupuntura em parkinsonianos, revelando que a prática quando realizada na cabeça, pode melhorar consideravelmente os sintomas motores do agravo e favorecer a redução da dosagem de levodopa.

De modo complementar uma pesquisa realizada em 2021 por Zhao *et al.* (2021) sobre o potencial da acupuntura como nova e eficaz estratégia de tratamento para a patologia, se constatou que a técnica é capaz de proteger os neurônios da degeneração via antioxidante do estresse, vias anti-inflamatórias e antiapoptóticas, modulando o equilíbrio do neurotransmissor nos gânglios da base, minimizando os sintomas da DP.

Por meio desses resultados, se observa nos mais variados panoramas de doenças e ambientes de saúde, a tentativa de estudos no alcance de respostas quanto à eficácia,

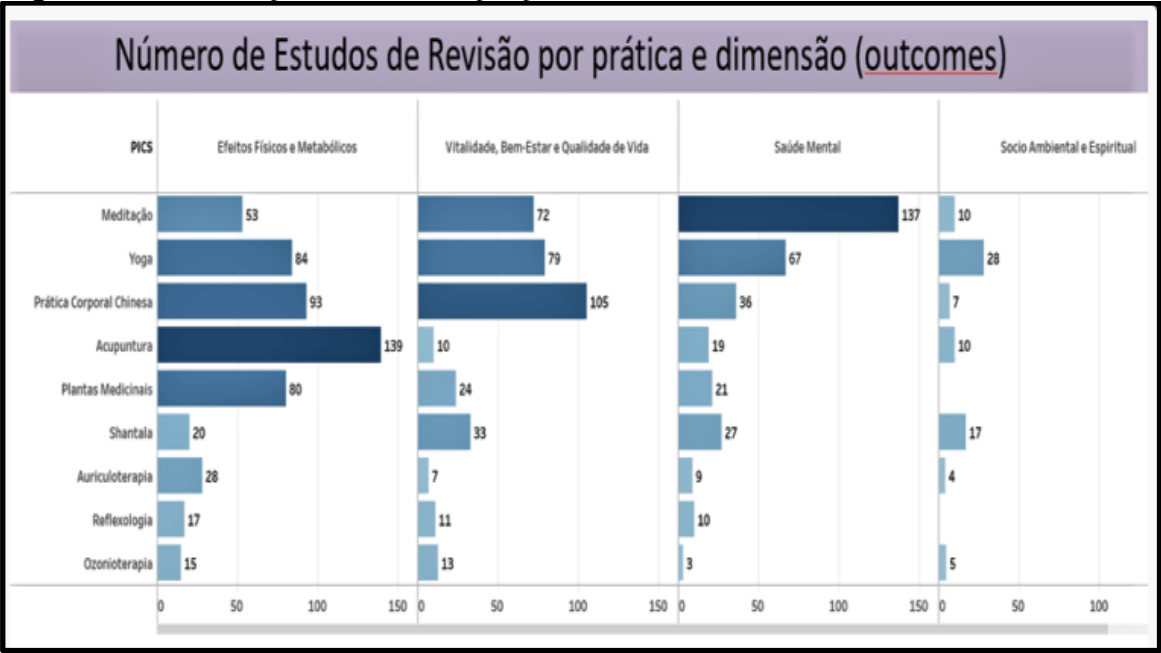
contribuições e benefícios de práticas atreladas à Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI) que possam favorecer ao organismo melhora de seus sinais e sintomas de forma integral e acolhedora. Apesar de ainda não existirem pesquisas em números expressivos, especificamente quanto a Doença de Parkinson e PICS, especialmente acerca da Reflexologia Podal, nota-se a prevalência do manejo desta técnica em cenários que permeiam as doenças crônicas e em situações de finitude de vida, como no caso da medicina paliativa e oncologia (Siegel; Barros, 2013), todavia, existe um consenso sobre ser na APS, o lugar onde estas práticas mais comumente são desenvolvidas dentro dos sistemas de saúde (Tesser, Sousa, 2012).

A tendência, ora habitual, de pesquisadores de concentrar seus estudos aos métodos biomédicos e a medicina tradicional tem sido contrariada pela ascendência dos últimos anos da confecção de pesquisas em PICS que podem e devem ser investigadas na sua ação sem necessariamente utilizarem a biomedicina como a única possibilidade terapêutica, o que favorece diálogos entre os diferentes saberes e sistemas de cuidado (Nascimento; Barros; Nogueira, 2013).

Já existem estudos diversos, inclusive no âmbito da Atenção Primária, que foram publicados acerca dos benefícios da utilização das PICS em inúmeros quadros e doenças, fomentando assim, a prevenção e promoção da saúde por meio destas tecnologias leves e demonstrando as vantagens trazidas às pessoas adoecidas.

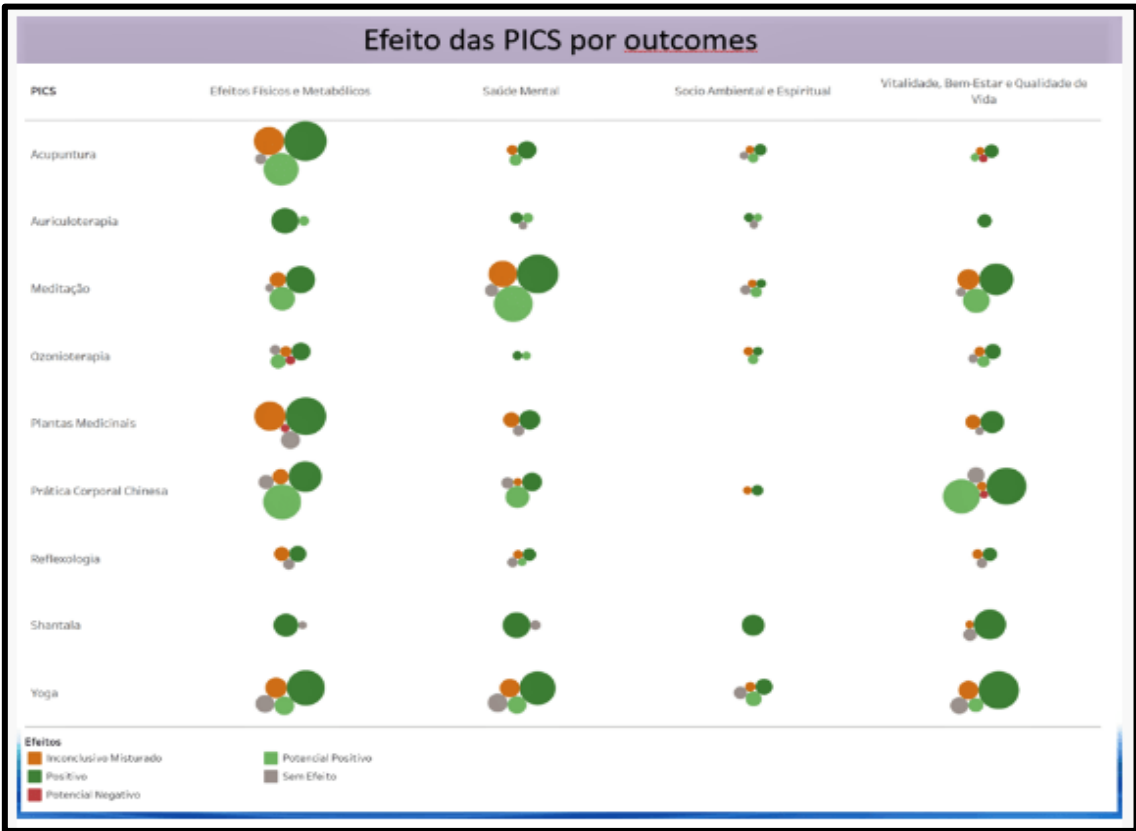
Dessa forma, devido ao crescente volume de publicações de trabalhos voltados à estas Práticas, em 2019 o Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa (CABSIN) juntamente com o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) que faz parte da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da OMS uniram esforços para sistematizar as evidências científicas em Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas – MTCI através da publicação de mapas de evidências (**Figura 2 e 3**).

Figura 2. Resumo Mapa de Evidências por prática e dimensão.



Fonte: BIREME/OPAS/OMS, 2019.

Figura 3. Resumo do Mapa de Evidências por efeito das PICS.



Fonte: BIREME/OPAS/OMS, 2019

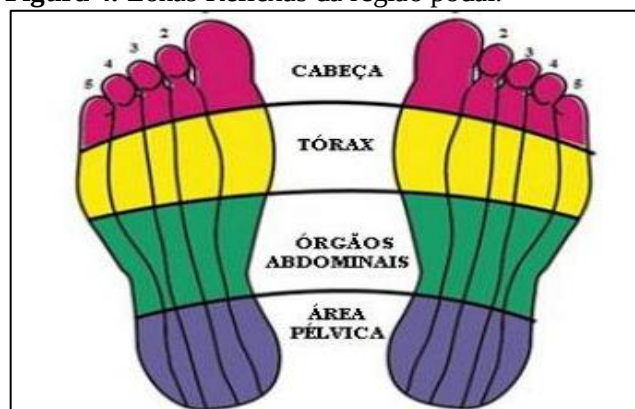
Estes mapas têm por objetivos apoiar os profissionais de saúde que utilizam as terapêuticas, contribuir com a divulgação das vantagens comprovadas destas e auxiliar em pesquisas na área e na construção de ações de saúde baseadas em evidências.

Até o momento, publicaram-se 25 mapas que responderam positivamente quanto às evidências dos benefícios das PICS seja nos cuidados fornecidos dentro da Atenção Primária como nos Hospitais, cujos dados analisados vêm contribuindo especialmente com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS e proporcionando subsídios às políticas públicas de saúde no Brasil e no mundo (BIREME/OPAS/OMS, 2019).

2.4 REFLEXOLOGIA PODAL COMO PRÁTICA DE PESQUISA

A **Reflexologia Podal** é uma técnica na qual se realiza uma massagem plantar em pontos reflexos dos pés (**Figura 4**), que favorece benefícios terapêuticos através do toque. Estes pontos reflexos, que estão interligados diretamente a partes do nosso corpo, quando pressionados corretamente podem contribuir na atenuação da dor, no relaxamento e na eliminação de toxinas, reconduzindo ao corpo a homeostasia uma vez que têm a capacidade de fazer o cérebro ativar glândulas específicas, mediando ao caminho da cura (Dias *et al.*, 2015).

Figura 4. Zonas Reflexas da região podal.



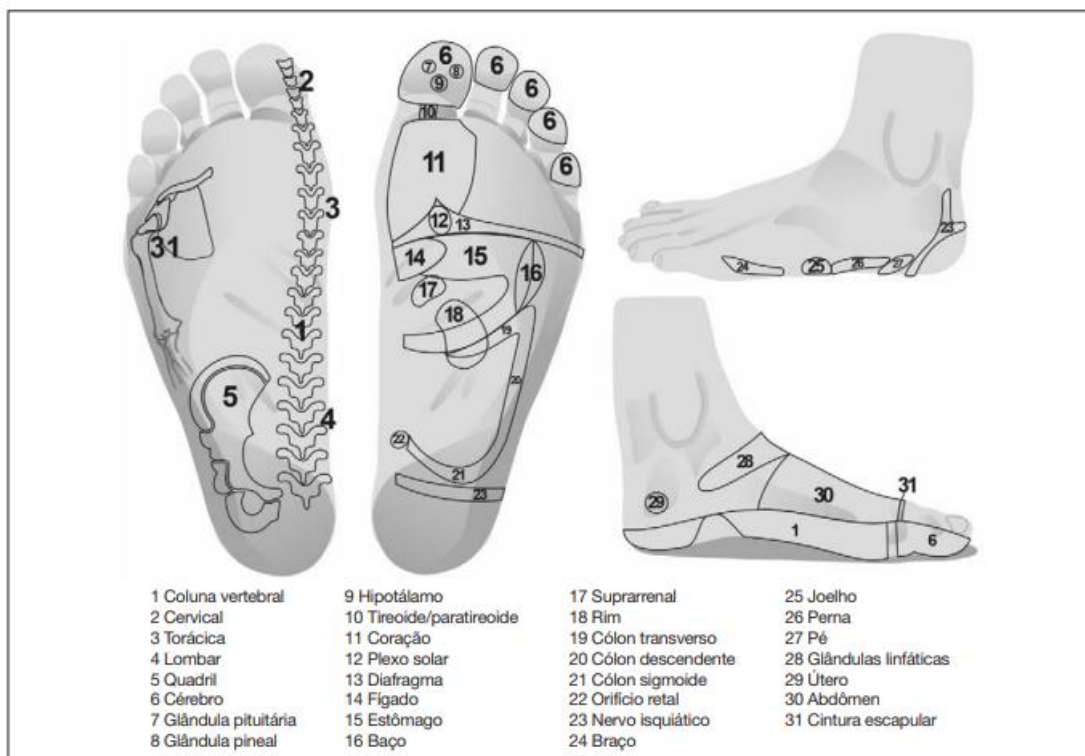
Fonte: Embong *et al.* (2015).

Conforme o mesmo autor, além deste resultado reflexo específico, vinculado a uma parte do corpo que se queira tratar, é relatado também que pode ser útil para cuidar dos próprios pés, auxiliando no restabelecimento da sua mobilidade e a elasticidade por meio de manobras de alongamento, rotações e flexões. Supletivamente ainda revela que seus efeitos englobam a

redução de tensão, estresse, possui efeito relaxante geral, propicia a ativação da circulação sanguínea, beneficia em problemas hormonais, na obstipação e constipação, labirintite, cálculo renal, asma, hipertensão arterial, insônia, enxaquecas, dores musculares, sinusite, entre outras condições, favorecendo a manutenção da saúde e a promoção do bem-estar, portanto, podendo ser empregada em inúmeras patologias.

No Mapa dos pés é possível observar pontos de todos os órgãos (**Figura 5**). Os órgãos que existem em duplas como pulmões, rins ou ovários são encontrados em ambos os pés, enquanto aqueles que são únicos são detectados, em sua maioria, no pé correspondente ao lado em que se encontram. Todavia a coluna vertebral é encontrada em ambos os pés ao longo da lateral interna. E por fim, as áreas externas do corpo, como os ombros, os joelhos e os quadris, são encontrados na lateral externa dos pés.

Figura 5. Mapa de Reflexologia



Fonte: Artioli1, Tavares, Bertolini (2021)

Portanto, essas áreas são utilizadas como zonas reflexas nos pés, assim como o teclado de um computador que o comunica com o processador. Em se tratando da RP, é o SNC que é ativado a partir da pressão exercida nesses pontos reflexos. Assim, além do efeito reflexo, específico, atrelado a uma parte do corpo que se queira tratar, é conseguido atingir zonas que

favorecem a redução da tensão, estresse, proporcionam efeito relaxante geral, colaboram com a melhora da circulação sanguínea, na manutenção da saúde e na promoção do bem-estar (Bakir; Baglama; Gursoy, 2018).

As etapas para sua execução consistem em: 1- posicionamento da pessoa de forma confortável; 2- realização de questionário inicial para conhecer as suas queixas; 3- inspeção dos pés com atenção avaliando existência de edemas, eritemas, micoses, feridas abertas e outros fatores que possam contra indicar sua realização; 4- higienização dos pés, com o auxílio de álcool etílico a 70% e papel toalha; 5- aplicação da terapia, iniciando pelo pé direito com movimentos de pressão, que deverão ser repetidos de 3 a 5 vezes (Lourenço, 2011; Camargo, 2021).

De acordo com as normas de intervenção da Reflexologia Podal, sua duração deve ocorrer em torno de 30 a 60 minutos, compreendendo três momentos distintos: alongamento inicial dos músculos dos pés; o desenvolvimento da Reflexologia propriamente dita; e por fim reavaliação da terapia (Lourenço, 2011; Camargo, 2021).

Assim como as outras duas práticas descritas anteriormente, a Reflexologia Podal também se caracteriza por ser um método terapêutico eficaz, de simples e fácil aplicação, apesar de ainda não existir muitos trabalhos a respeito do assunto (Barghamadi; Behboodi; Singh; 2019; Nesbit *et al.*, 2018; Silva *et al.*, 2018).

O desenvolvimento desta técnica gera ao organismo diversos benefícios, que vão desde a possibilidade de redução da utilização de medicamentos em tratamentos diversos, a atenuação da dor e do estresse através da liberação de substâncias químicas específicas (endorfinas), auxiliando na manutenção da capacidade de locomoção, no processo de recuperação de lesões acelerando a cicatrização, no relaxamento corporal, e prevenção de doenças (Barghamadi; Behboodi; Singh; 2019).

Contudo, apesar de segura e com baixa probabilidade de efeitos colaterais, existem circunstâncias onde não é recomendada por ainda não existir pesquisas suficientes: primeiro trimestre de gravidez, quadros de dermatite, febre de causa desconhecida, diarreia e vômito, doenças infecciosas, doenças degenerativas, cardiopatias com uso de marca-passo, pessoas com pé diabético, varizes expostas e de reações à aplicação da técnica (Embong *et al.*, 2015; Mccullough; Hughes, 2014; Lourenço, 2014).

Conforme o exposto pode-se observar que a Reflexologia Podal traz em seus referenciais benefícios físicos e emocionais ao organismo, é de fácil aplicação e não invasiva, sendo uma técnica capaz de colaborar na melhora do estado geral de pessoas em diversos agravos.

2 METODOLOGIA

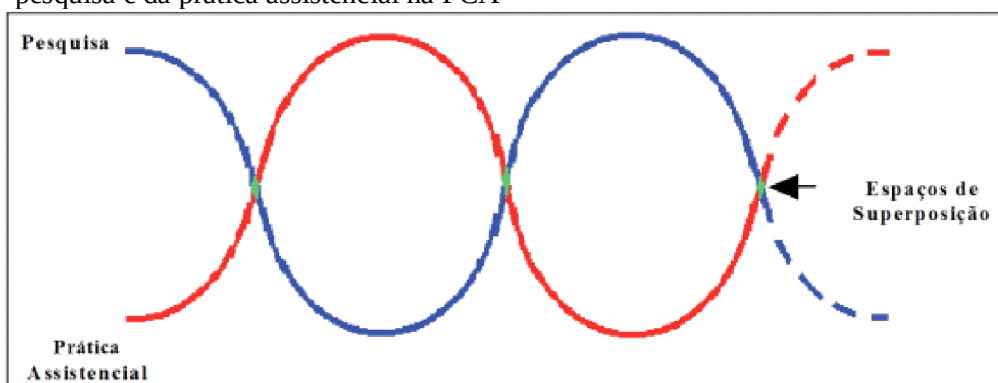
A presente metodologia discorre acerca do caminho que se percorreu para a construção desse estudo, e assim alcançar os objetivos propostos.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Pesquisa Convergente Assistencial (PCA)¹ caracterizando-se por possuir uma estreita relação entre pesquisa e prática, desenvolvidas em caráter de simultaneidade, possuindo intencionalmente o intuito de proporcionar melhoramentos ao cuidado já ofertado com a introdução de inovações no contexto da prática em saúde para solucionar ou minimizar problemas, realizando mudanças positivas (Trentini; Paim, 2014).

Ainda segundo as autoras a metodologia convergente-assistencial (**Figura 6**) é uma estrutura de pesquisa qualitativa, caracterizada substancialmente pela convergência entre pesquisa, assistência e participação das pessoas envolvidas na prática, simultaneamente ao processo de elaboração de conhecimento, proporcionando reflexões que nortearão na construção da teorização e investigação dos fenômenos emergentes da assistência, no contexto em que ela acontece.

Figura 6. Movimentos de aproximação, de distanciamento e de convergência da pesquisa e da prática assistencial na PCA



Fonte: Trentini, Paim, Silva, 2014.

¹ Elaborada por Trentini e Paim e publicada pela primeira vez em 1999.

A concepção desta abordagem emergiu da inquietação de profissionais de enfermagem ao observar o afastamento existente entre os processos de investigação de pesquisa e os da prática assistencial, gerando assim a ideia de que a enfermeira deveria e poderia ser pesquisadora de suas próprias ações diárias de cuidado, incorporando neste contexto, a pesquisa a sua vida profissional nos diversos campos de atuação (Trentini; Paim, 2014).

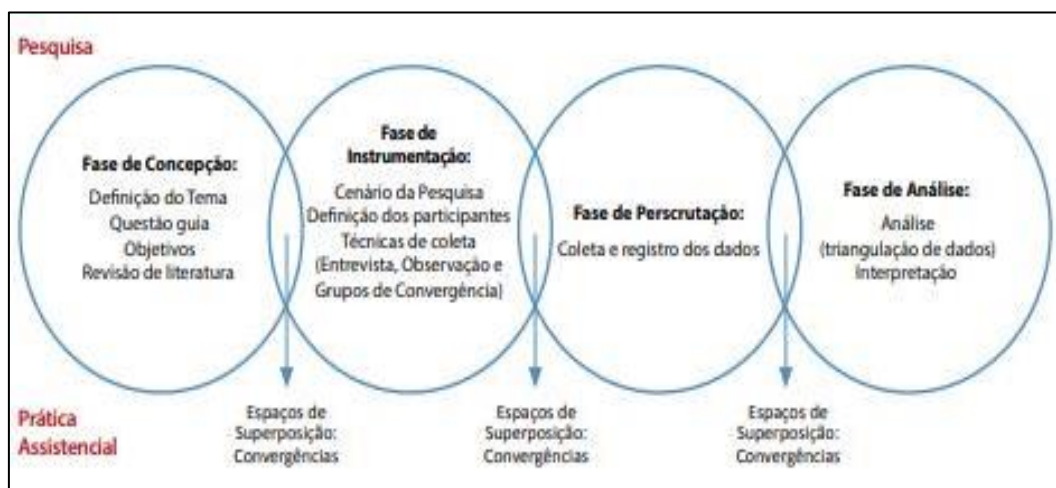
Este tipo de estudo pressupõe a existência de realidades múltiplas e dinâmicas, que vão sendo conhecidas a partir do entrosamento entre a pesquisadora e os participantes, que acontece no momento da investigação, a construção, em tempo real, do conhecimento da PCA, produzindo concomitantemente saberes, aprendizados e experiências a partir de sua interação social (Trentini; Paim; Silva, 2014).

Diante destas características, escolheu-se a PCA como proposta metodológica deste estudo por proporcionar respostas no momento em que se realiza a pesquisa e a assistência concomitantemente. A pesquisadora foi a enfermeira responsável pela aplicação das sessões de Reflexologia Podal às pessoas participantes do estudo.

Neste sentido, a pesquisa buscou a compreensão da percepção das pessoas idosas com Parkinson que utilizaram a Reflexologia Podal como Prática Integrativa e Complementar em Saúde sobre seu estado geral, a fim de implementar um cuidado diferenciado e ampliado a este público, embasando-se em resultados alcançados.

As etapas da PCA (**Figura 7**), se determinam por quatro fases (Fase de Concepção, Instrumentação, Perscrutação e de Análise) que estão interrelacionadas entre si, mas possuem características bem distintas.

Figura 7. Fases da Pesquisa Convergente Assistencial.



Fonte: Teixeira *et al.*, 2021.

3.1.1 Fase de Concepção

Esta etapa caracterizou-se por um momento permeado de reflexões da enfermeira/pesquisadora referente a sua prática profissional, a assistência desenvolvida e os desafios encontrados neste espaço de cuidado. Nessa fase, fez-se as primeiras escolhas. Ocorreu a exploração do assunto e a organização da pesquisa, a eleição do objeto de estudo, a formulação da questão norteadora, a definição dos objetivos, a determinação dos descritores, a construção da revisão de literatura, conceitos, pressupostos e a elaboração do referencial teórico, conforme descritos acima.

Na etapa de elaboração da questão norteadora emergiram reflexões acerca da oferta de uma assistência que visasse melhorar os sinais e sintomas apresentados pelas pessoas idosas com DP, favorecer seu bem-estar, elevar sua qualidade de vida e levantar subsídios para a elaboração posterior de um protocolo clínico para ampliação da assistência àqueles que acessam as Unidades de Saúde na Atenção Primária com a doença.

Ainda neste momento, encaminhou-se o projeto para análise na coordenação de Educação Permanente do Município de Camaçari e a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UEFS).

3.1.2 Fase de Instrumentação

Nessa fase aconteceu a idealização das estratégias metodológicas que integram a escolha do espaço de pesquisa, dos participantes e das ferramentas de coleta e análise dos dados colhidos. É aqui onde se iniciam os movimentos de convergência entre a prática assistencial e a pesquisa, aproximação e afastamento gerando a superposição destes espaços. Abaixo são descritos cada um destes passos metodológicos.

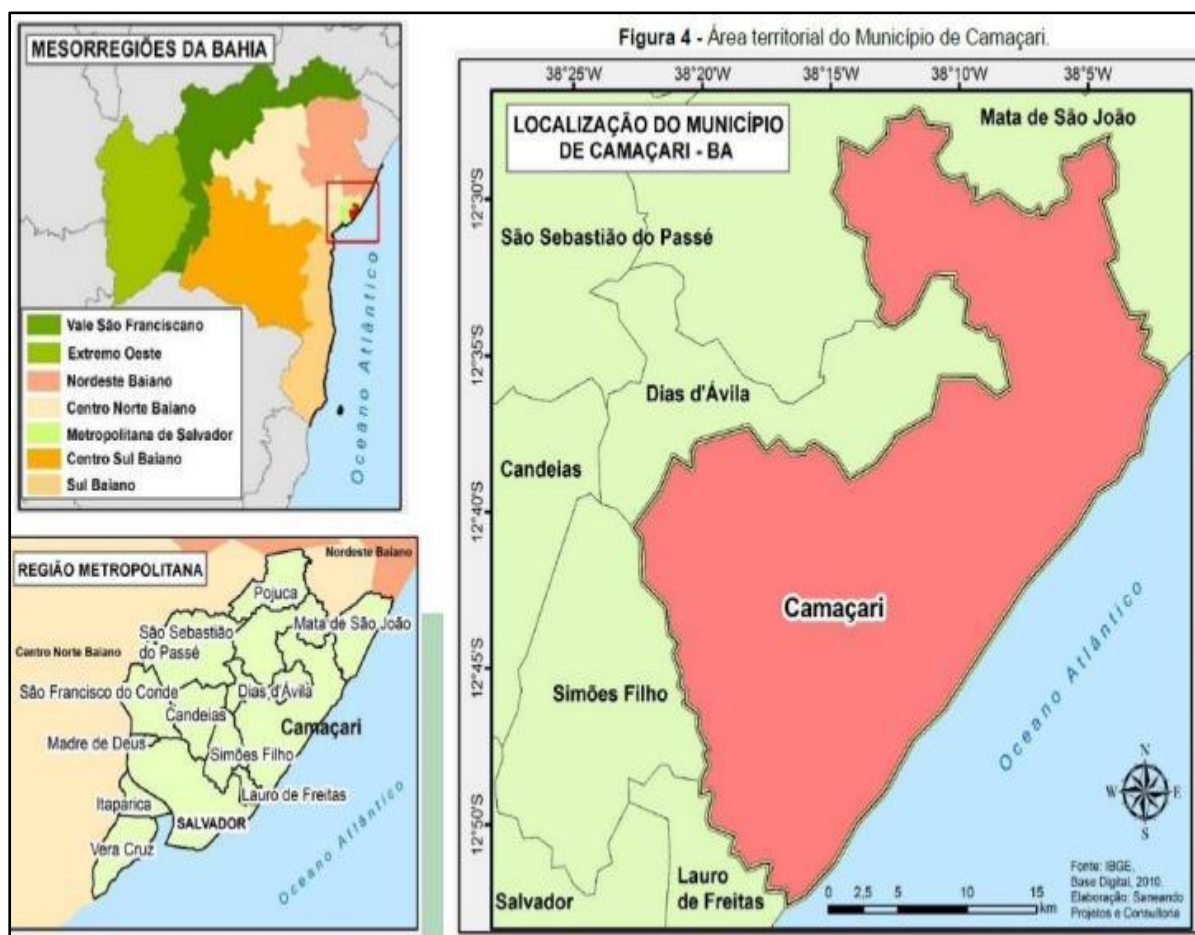
3.1.2.1 Cenário de Pesquisa

O estudo ocorreu em Camaçari, município baiano situado a 50 quilômetros da capital (**Figura 8**). Localizado na região metropolitana de Salvador, possui um grande Polo Industrial e se caracteriza como a 4ª cidade mais populosa do estado. Possui uma área de 784,658 quilômetros quadrados e uma população de aproximadamente 334,195 mil habitantes (IBGE, 2022b). É rodeado por áreas de preservação ambiental, possuindo dunas, manguezais e belas praias.

Atualmente sua rede assistencial dispõe de 37 Unidades de Saúde da Família (USF) compostas de 65 Equipes de Saúde, 5 Unidades de Pronto Atendimento em Saúde 24 horas (UPA), 5 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo assistida também pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU e Centros de Referência diversos (Academias da Saúde, Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, dos tipos CAPS I, II, III, CAPSi e AD, Centro de Especialidades Odontológicas – CEO, Centro de Oncologia – CEONC, Centro Especializado de Reabilitação Física e Intelectual – CER II, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST, Coordenação de DSTs e AIDS – CRES, Centro de Atenção à Saúde da Mulher – CASM e Centro de Zoonoses.

Na Atenção terciária, o Município possui um Hospital Geral (de gestão estadual) e uma Maternidade Regional, gerida pela Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS) em parceria com o governo do Estado (Camaçari, 2023).

Figura 8. Localização e área territorial do Município de Camaçari – Bahia.



Fonte: IBGE, 2022.

Camaçari encontra-se dividido em dois Distritos Sanitários: Distrito da Sede, localizado no centro da cidade, próximo ao Polo Petroquímico e o Distrito da Costa situado na região litorânea e próximo as praias. Esta divisão teve por objetivo descentralizar a gestão e proporcionar uma maior visibilidade e conhecimento das dificuldades das Unidades integrantes de cada região na tentativa de aperfeiçoar a qualidade da assistência prestada, que apesar de ainda ter áreas descobertas, tem uma razoável cobertura por trabalhar com o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) desde 2015.

O e-SUS AB é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica (DAB) para reestruturar as informações da APS (AB) em nível nacional. É uma forma de instrumentalizar a coleta de dados na atenção primária para envio à base nacional e reúne informações para garantir a continuidade do cuidado prestado aos usuários. É um aplicativo que foi desenvolvido para utilização em computadores e outros dispositivos (tipo *tablet*), levando em conta aspectos relacionados ao conforto, à segurança e à praticidade da ferramenta dentro do processo de trabalho para as equipes da APS. Esta ação alinha-se com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) do MS, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população (Brasil, 2018c).

Para o desenvolvimento desta pesquisa, foram determinadas Unidades de Saúde da Família na orla de Camaçari, Distrito no qual a pesquisadora atualmente trabalha. A partir de uma listagem fornecida por profissionais da gestão com dados de todos os usuários com Parkinson atendidos no Município por Unidade à pesquisadora, encontrados em Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) a partir da Classificação Internacional de Doenças (CID) da patologia G20, escolheu-se inicialmente as seguintes Unidades: USF Buris de Abrantes, USF Fonte da Caixa, USF Areias, UBS Vila de Abrantes e USF Pé de Areias (**Figura 9**).

A princípio se adotou estas Unidades por se localizarem a pouca distância da Unidade da pesquisadora (USF Buris de Abrantes), fato que facilitava o seu deslocamento. Entretanto, devido aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos no estudo, que gerou a saída de muitas pessoas idosas com Parkinson, adicionou-se uma nova Unidade (UBS de Arembepé) durante a imersão da pesquisadora nesta fase, de forma a assegurar um bom quantitativo de participantes.

Pela necessidade do acesso também ao prontuário, para garantia de obtenção de todas as informações, as pesquisadoras assinaram o Termo de Compromisso de Utilização de Dados - TCUD (**APÊNDICE B**), documento que tem por objetivo firmar o compromisso em manter o sigilo dos dados lidos e o anonimato dos participantes que tiveram suas informações acessadas, conforme prega a Lei Geral de Proteção dos Dados nº 13.709/2018. Além disso, que

3.1.2.2 Participantes da pesquisa

Participaram da pesquisa 13 pessoas idosas com Parkinson, todas lúcidas, orientadas, em bom estado geral, com a cognição preservada, capazes de elaborar reflexões e críticas. De acordo com Minayo (2017) o número de integrantes em uma pesquisa qualitativa é menos importante do que o empenho de enxergar todas as possibilidades de se aproximar do objeto empiricamente, devendo-se estar atento a todas as dimensões e interconexões.

No que tange aos critérios de inclusão, inseriu-se na pesquisa, pessoas idosas com doença de Parkinson, residentes de Camaçari, cadastradas nas Unidades básicas do Município, diagnosticadas com a doença há pelo menos 1 ano, com ou sem outras comorbidades associadas que não interferiram no seu discernimento, fala e compreensão durante os diálogos com a pesquisadora, capazes de deambular com ou sem auxílio, sem agravos que contraindicavam o uso da Reflexologia Podal e que utilizavam as medicamentos da rede básica (Levodopa + Benserazida de 100/25 mg ou de 200/50 mg) ou da rede especializada do SUS (**Quadro 1**) para a doença.

Quadro 1. Medicamentos distribuídos nas Farmácias do Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso (CREASI) do Governo da Bahia para pacientes com Parkinson conforme Portaria Conjunta nº 10 de 31 de outubro de 2017.

MEDICAMENTOS
• AMANTADINA 100 MG (POR COMPRIMIDO) • BROMOCRIPTINA 2,5 MG (POR COMPRIMIDO) • CLOZAPINA 100 MG (POR COMPRIMIDO) • CLOZAPINA 25 MG (POR COMPRIMIDO) • ENTACAPONA 200 MG (POR COMPRIMIDO) • PRAMIPEXOL 0,125 MG (POR COMPRIMIDO) • PRAMIPEXOL 0,25 MG (POR COMPRIMIDO) • PRAMIPEXOL 1 MG (POR COMPRIMIDO) • RASAGILINA 1 MG (POR COMPRIMIDO)

Fonte: Portaria Conjunta nº 10 de 31 de outubro de 2017.

Excluiu-se do estudo, pessoas com demências associadas ao Parkinson que apresentaram comprometimento da capacidade de fala e raciocínio nos diálogos com a pesquisadora, àqueles restritos ao leito e sem condições de locomoção até a sua Unidade de Saúde, em fase terminal de doenças e com amputações de dedos de pés.

Como grande parte dos participantes de estudo fazia uso da levodopa a mais de 5 anos,

o critério de não incorporar a pesquisa àqueles que a usassem por longos períodos, foi retirado, uma vez que não foi observado pela pesquisadora como um requisito significativo que pudesse modificar a percepção deles, diante do seu estado geral, após as sessões de Reflexologia Podal.

3.1.2.3 Aspectos éticos

A coleta de dados se iniciou após a anuência da Secretaria Municipal de Saúde (**ANEXOS A**) e, especialmente, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), através do Parecer Consubstanciado de nº 6.754.260 (**ANEXOS B**).

Ainda de forma a respeitar os aspectos éticos, apresentou-se e leu-se em voz alta aos participantes, em momento oportuno da pesquisa, o Registro de Consentimento Livre e Esclarecido – RCLE (**APÊNDICE E**), documento que garante as mais amplas explicações sobre a investigação a ser realizada e permite através da sua assinatura que a manifestação de vontade, no sentido de participar (ou não), seja efetivamente livre e consciente (Marshall, 2006). Foi garantido aos participantes tratamento justo e equitativo sem diferenças por questões sociais, culturais, étnicas, de gênero ou religiosas, respeitando assim a sua capacidade de decisão própria.

O RCLE é o documento mais importante para a análise ética de um projeto de pesquisa. É ele quem garante aos participantes da pesquisa o respeito aos seus direitos. A sua aplicação adequada proporciona tratamento ético nas relações pesquisador-sujeito, estimulando o respeito aos direitos humanos e proporcionando o desenvolvimento de um estudo íntegro e transparente (Paiva, Costa, Dias *et al*, 2015).

A assinatura deste documento indica a concordância expressa e por livre arbítrio da participação na pesquisa que esteja em conformidade também com as Resoluções nº 466 de 12 de dezembro de 2012 (versa sobre os aspectos éticos das pesquisas em seres humanos) e nº 580 de 22 de março de 2018 (aborda os aspectos éticos das pesquisas com seres humanos em instituições do SUS) respeitando assim a dignidade humana e as questões morais imbuídas neste tipo de investigação, como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade assegurando com isso os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes, à comunidade científica e ao Estado (Brasil, 2012a).

Além do RCLE, forneceu-se também para assinatura, o Termo de Autorização de uso de imagem e/ou gravação de voz (**APÊNDICE F**) para a realização de fotografias e gravações

de áudio durante a coleta de dados e encontros.

Atendeu-se em todas as fases da pesquisa, os preceitos éticos da Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 que dispõe sobre as normas aplicáveis à pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (Brasil, 2016): manutenção da confidencialidade da identidade, sigilo dos dados, ausência de danos de qualquer natureza aos participantes, ausência de custos ou ganhos financeiros, garantia de indenização, em caso de situações diretamente relacionadas a pesquisa, explicitação dos riscos e benefícios à participação, manutenção da privacidade, autonomia, liberdade e respeito aos valores individuais e culturais.

Por meio dela, a investigadora prestou esclarecimentos em todas as fases da pesquisa ou sempre que se fez necessário com transparência nas informações, mantendo os participantes permanentemente informados acerca do seu andamento, garantiu repasse dos resultados e produtos alcançados ao término do estudo, realizou as sessões em local reservado, como maneira de preservar o sigilo das informações, assegurou a privacidade dos integrantes que tiveram seus nomes substituídos por letras e números, (P1, P2...), sustentou a possibilidade de acrescentarem ou retirarem informações fornecidas, além da alternativa de desistirem de continuar em qualquer uma das fases da pesquisa, sem que houvesse nenhum tipo de penalidade, prejuízos, julgamentos, mudanças ou retaliações no acompanhamento de sua saúde realizado pelos profissionais da sua Unidade de origem.

No que se refere aos benefícios diretamente relacionados às pessoas idosas com Parkinson integrantes do estudo, estas puderam usufruir de momentos de relaxamento muscular e abstração durante a realização das Sessões de Reflexologia Podal, o que acarretava a redução de alguns dos sintomas do agravo; a possibilidade de dialogar com a pesquisadora sobre o Parkinson, ocasião onde retiraram suas dúvidas sobre a doença; reflexão dos usuários quanto a existência de uma prática alternativa, não farmacológica de alívio das suas manifestações clínicas e incentivo para a promoção do autocuidado.

Como outros benefícios, a presente pesquisa permitiu a ampliação dos cuidados aos usuários com DP por meio das contribuições percebidas e relatadas por eles, gerando assim uma nova e expandida abordagem no manejo das manifestações clínicas desta patologia na Atenção Primária à Saúde. Além disso, também favoreceu a reflexão e sensibilização pelos profissionais de saúde acerca de um novo olhar a esta patologia e abertura para realização de cuidados alternativos e complementares que possam colaborar para a elevação do bem-estar e da qualidade de vida deste público a partir da decisão de realização de Curso de Reflexologia podal por estes mesmos profissionais.

No que tange aos riscos, alguns participantes apresentaram desconfortos físicos e

emocionais. Os físicos se caracterizaram por dores à pressão exercida nos pés durante as massagens podais, o que levou a pesquisadora a adequar a intensidade das compressões, melhorando os sinais e sintomas. Os emocionais ocorreram em duas situações distintas: na primeira sessão de Reflexologia Podal, com a sensação de receio e insegurança por estarem frente a uma técnica ainda desconhecida (apenas para alguns participantes) e em momentos de desabafo, onde a pessoa idosa falava acerca do viver com Parkinson transparecendo suas emoções (choro, negação, frustração, tristeza, aceitação).

Respeitou-se esses momentos, quando em sessões individuais junto a pesquisadora ou quando em encontros coletivos nas Rodas de Conversa, ocorrendo o acolhimento de todos e contribuição com palavras de conforto, deixando cada um deles a vontade para prosseguir ou não, além de ofertar atendimento com o serviço de psicologia prestado no Município (gratuito, justo e equitativo sem diferenças por questões sociais, culturais, étnicas, de gênero ou religiosas) conforme Declaração de Acompanhamento Psicológico (**ANEXO C**).

A pesquisa transcorreu sem eventos adversos relacionados a realização das sessões de Reflexologia Podal, bem como acidentes de trajeto nas idas às Unidades (quedas, mal-estar) o que assegurou a integridade dos participantes.

Todo material gerado, fruto do estudo, será arquivado em local seguro (na sala do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre o Cuidar/Cuidado-NUPEC) e mantido em sigilo durante um período de cinco anos. Após este prazo, será destruído. Nesse período, caso os participantes tenham interesse em acessar os materiais, estes lhes serão disponibilizados.

3.1.2.4 Negociação da Pesquisa

Iniciou-se a negociação da pesquisa com um encontro com os profissionais das Unidades de Saúde, no qual buscou-se a compreensão e auxílio dos integrantes das equipes para realização das etapas em campo.

Com a relação nominal de pessoas idosas com Parkinson atendidas no Município, fornecida pela gestão, identificou-se os usuários atendidos nas cinco Unidades de Saúde citadas anteriormente. A partir deste ponto, organizou-se planilhas por Unidades e se iniciou a aproximação com o campo de pesquisa por meio de visitas aos serviços.

Antes do encontro, fez-se contato com as gerências por telefone/*whatsapp* e/ou *e-mail* (**APÊNDICE C- Informe Resumido as Equipes**) para informar a intenção da visita, o qual continha uma apresentação prévia da pesquisadora e do estudo, a listagem nominal dos

pacientes com Parkinson da área de abrangência de cada Unidade, além dos critérios de inclusão e exclusão dos participantes. Este informe foi repassado pelos gerentes aos profissionais da Unidade para ciência de todos.

Em posse destas informações, os componentes das equipes puderam discutir e refletir juntos, antes da ida da pesquisadora, acerca dos pacientes possivelmente aptos a participarem da pesquisa, detectando nas planilhas, àqueles que já não se encontravam mais no território de abrangência, os que já vieram a óbito, pessoas restritas ao leito, em estado terminal, com amputações em membros inferiores, doenças mentais mais severas, entre outras circunstâncias impeditivas de integrarem a pesquisa.

Das 5 Unidades inicialmente propostas para a pesquisa (USF Buris de Abrantes, USF Fonte da Caixa, UBS Vila de Abrantes, USF Areias e USF Pé de Areias), apenas 1, a Unidade de Areias, retornou o contato telefônico referindo não possuir usuários aptos no seu território. Para substituí-la foi adicionada a UBS de Arembepe.

Após este primeiro contato com os integrantes das equipes através do Informe, combinou-se com as gerências as datas para a apresentação do projeto, sendo marcado todos os encontros no dia de reunião das equipes para facilitar e reunir um maior número de profissionais. Estes momentos tiveram duração de aproximadamente 1 hora, conforme quadro abaixo (**Quadro 2**):

Quadro 2. Agendamento das reuniões por Unidade

UNIDADE DE SAÚDE	DATA DA VISITA	TURNO	HORÁRIO	QT. DE PARTICIPANTES
UBS Vila de Abrantes	14/05/2024	Tarde	13h30min. 14h30min.	12
USF Buris de Abrantes	14/05/2024	Tarde	15h – 16h	18
USF Pé de Areias	16/05/2024	Tarde	14h – 15h	15
USF Fonte da Caixa	29/05/2024	Tarde	14h30min. 15h30min.	22
UBS Arembepe	20/06/2024	Tarde	14h30min. 15h30min.	10

Fonte: elaborado pela própria autora, 2024.

As reuniões tiveram pontos idênticos em todas as Unidades. Iniciou-se com uma dinâmica de apresentação, seguida da explanação da pesquisa (tipo de estudo, período, público, critérios de inclusão e exclusão, objetivos, terapia a ser utilizada e número de sessões) e da exposição da listagem nominal das pessoas idosas com Parkinson do território. As demais pautas abordadas no encontro com os profissionais, tiveram por objetivos:

- Dialogar sobre a confecção futura do Protocolo Clínico Municipal voltado a pessoas idosas com Parkinson em Camaçari com intuito de promover um atendimento ampliado a esta patologia, a partir da incorporação da Reflexologia Podal ao cuidado deste público, objetivando a melhora da sua qualidade de vida;
- Abordar sobre os benefícios das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, sua expansão na Atenção Primária, a ocorrência de experiências exitosas no Município e a existência dos Mapas de Evidência que na atualidade, permitem uma confirmação quanto às vantagens científicas destas práticas para corpo e mente;
- Solicitar colaboração dos profissionais com o estudo caso precisem responder, futuramente, questões que ajudem na confecção do Instrumento do Protocolo Clínico e posterior validação e implantação gradativa na rede;
- Apresentar a necessidade de aperfeiçoamento dos serviços de saúde da rede no que tange a um cuidado integral, abrangente e interligado, abarcando assim os princípios das PICS em sua essência, como a humanização da assistência, acolhimento, escuta ativa, empatia, respeito às diferenças e criação de vínculo, sendo cada profissional fundamental para esse alcance;
- Expor sobre o desejo de ampliação da divulgação das Práticas Integrativas e Complementar em Saúde dentro do Município e suas contribuições físicas e psicológicas para o organismo, através de panfletos para distribuição ao público que acessa os serviços, cartazes para exposição nas Unidades, palestras na comunidade, oficinas ou Rodas de Conversa, todas essas, estratégias visando elevar o conhecimento da população sobre as PICS, além de maior segurança, compreensão e adesão das técnica pela comunidade;
- Incentivar os profissionais presentes a realizarem formação em Práticas Integrativas, qualificando-se assim para uma assistência integral, ampliando a oferta de cuidado complementar no Município, dando assim, continuidade às intervenções na área, no SUS e diferenciando a atenção à saúde à população de Camaçari.

Dessa forma, as reuniões aconteceram de forma leve e organizada com os profissionais sentados em semicírculo, e acompanhando os slides a partir da cópia impressa, por ausência de

datashow. Contou-se com a participação das gerências (05), de médicos (08), enfermeiros (08), técnicos de enfermagem (09) e agentes comunitários de saúde (29), principais profissionais para auxílio a realização de uma “pré-triagem” das pessoas idosas com Parkinson do território (**Quadro 3**), a partir da listagem fornecida, principalmente no que tange aos critérios de exclusão mais marcantes como a capacidade de deambulação, discernimento e integridade física dos pés, colaborando na sinalização de pessoas com amputações e lesões traumáticas em membros inferiores (MMII), com transtornos mentais, sequeladas de acidente vascular cerebral (AVC) e portadoras de doenças neurológicas crônicas como Alzheimer e outras demências. Todos se demonstraram interessados na pesquisa e dispostos a ajudar.

Quadro 3: Número de profissionais por Unidade que participaram das reuniões

	Enfermeiros	Téc. Enf.	Médicos	ACS	Gerentes	Outros
UBS Vila de Abrantes	03	00	02	07	01	00
USF Pé de Areias	02	02	01	05	01	05
USF Fonte da Caixa	01	03	02	08	01	00
USF Buris	01	03	02	04	01	08
UBS Arembepe	01	01	01	05	01	00
TOTAL	08	09	08	29	05	13

Fonte: elaborado pela própria autora, 2024.

Ao término das apresentações, retirou-se as dúvidas e firmou-se algumas pactuações: a concessão do espaço (consultório) a ser utilizado para o atendimento dos participantes num período de 3 meses, onde foi indicado, pelas gerências, melhor dia e turno para os encontros, conforme disponibilidades da Instituição; o auxílio dos profissionais das equipes para ajudar na pré identificação das pessoas idosas com Parkinson que se encaixariam nos critérios de inclusão e exclusão; e o suporte dos Agentes Comunitários para ida às residências das pessoas identificadas. As fotos abaixo trazem momentos destas reuniões:

Figura 10: Reunião Equipe UBS Vila de Abrantes



Fonte: arquivo da pesquisadora, 2024.

Figura 11: Reunião Equipe UBS Areembepe



Fonte: arquivo da pesquisadora, 2024.

Figura 12: Reunião Equipe USF Pé de Areias



Fonte: arquivo da pesquisadora, 2024.

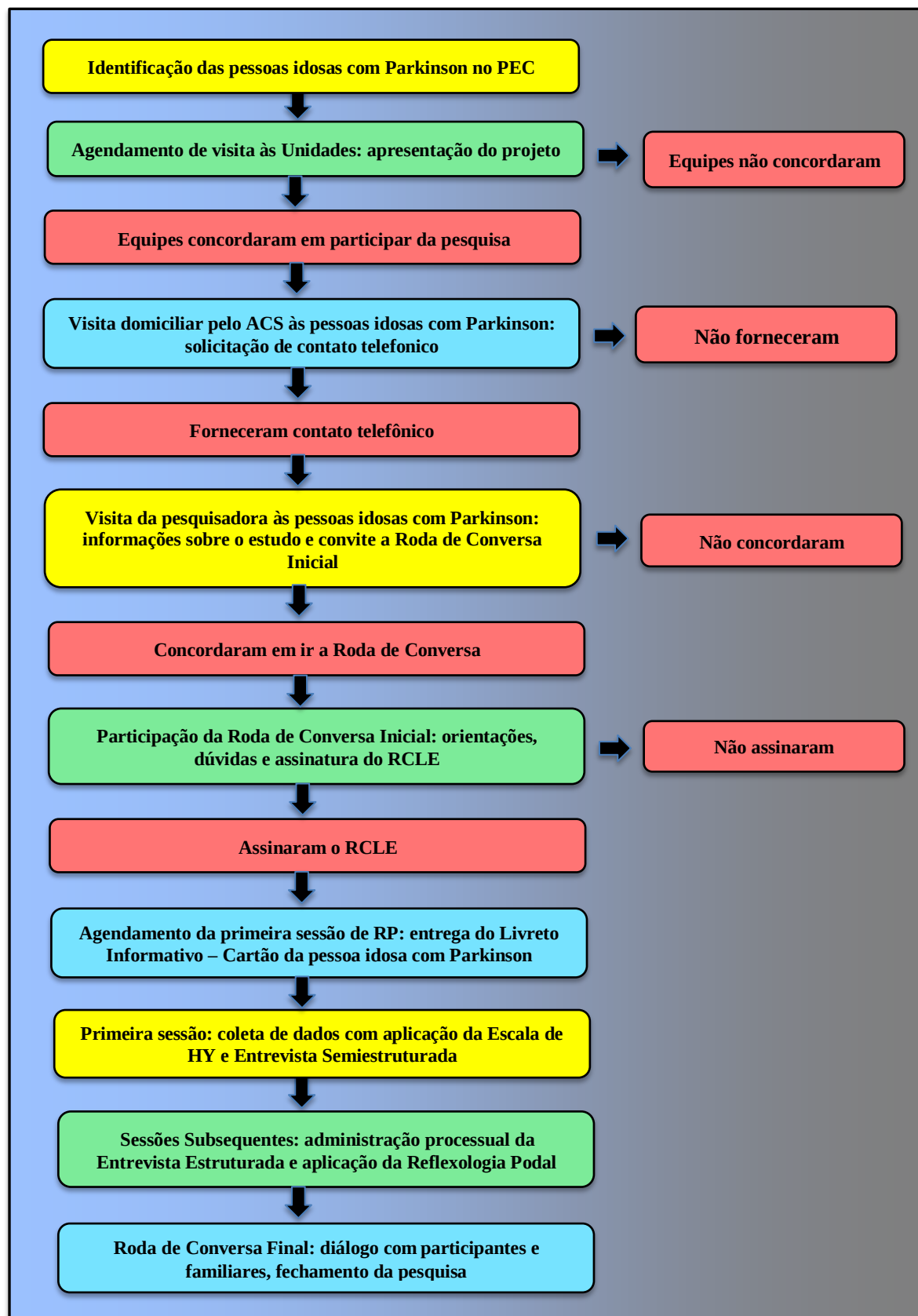
Figura 13: Reunião Equipe USF Fonte da Caixa



Fonte: arquivo da pesquisadora, 2024.

Na próxima página (**Figura 14**) segue resumo do percurso metodológico realizado, a partir da identificação das pessoas idosas com Parkinson, que evidencia a convergência pesquisa-cuidado e os critérios da dialogicidade, simultaneidade e imersibilidade característicos da PCA:

Figura 14: Percurso metodológico - Síntese



Fonte: elaborado pela própria autora, 2024.

3.1.2.5 Técnicas e instrumentos de produção de dados

De acordo com os aspectos da Pesquisa Convergente Assistencial, a escolha dos instrumentos para a coleta de dados e os métodos da convergência das ações de prática assistencial com as ações de pesquisa, também estão na fase de instrumentação.

Conforme Trentini, Paim e Silva (2014), os instrumentos aconselhados para a PCA são divididos em três grupos: 1. Autorrelatos (entrevistas, entrevistas conversação e discussões em grupo); 2. Observação (observação participante, entrevistas, grupos focais e análise de documentos que geram dados na forma de anotações de campo, transcrições ou gravações); 3. Medidas biofisiológicas.

Neste estudo se escolheu, como instrumentos de coleta a Entrevista Semiestruturada - Pessoas Idosas com Parkinson (**APÊNDICE H**), a Escala dos Estágios de Incapacidade de Hoehn e Yahr (**ANEXO D**), a Entrevista Estruturada - Pessoas Idosas com Parkinson (**APÊNDICE I**) e a realização de Rodas de Conversa.

Utilizou-se adicionalmente outros meios para o levantamento de informações como o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), não apenas para coleta de dados, como para registro das sessões de Reflexologia Podal. Como enfermeira da rede, descreveu-se a evolução do atendimento a partir das percepções e impressões observadas acerca dos participantes ao longo da pesquisa. Também se realizou registros fotográficos, gravações de voz e Rodas de Conversa para estimular discussões, diálogo informal, fomentar a escuta ativa, construir vínculos de confiança e incentivar reflexões.

Na decisão das técnicas de coleta de dados na PCA, são aceitos variados métodos baseados em uma diversidade de regras da ciência (Lacerda; Costenaro, 2016), desde que a pesquisadora mantenha o foco na particularidade deste tipo de estudo: fomentar as mudanças da prática assistencial (Paim; Trentini; Silva, 2015). Dessa maneira escolheu-se os instrumentos de coleta de dados para esta pesquisa, definidos de modo a tentar extrair o máximo de informações para o enriquecimento da investigação, gerar reflexões e discussões nos mais variados cenários, aceitação e compreensão quanto a inserção das Práticas Integrativas no cuidado ampliado a este público e promover as mudanças essenciais na Atenção Primária à Saúde.

3.1.3 Fase de perscrutação

Esta fase compreende a coleta propriamente dita, se realizou entre junho e outubro de 2024, todos os artifícios e tudo que se utilizou para obter as informações necessárias, para, a partir delas, produzir construções científicas que possam favorecer o aprimoramento do cuidado. Além disso, se caracteriza por ser o momento de apresentação do RCLE, da realização de sua leitura e da entrega de uma cópia do documento aos participantes.

É uma etapa que ocorre quando a pesquisadora se encontra em campo e exige *expertise*, por implicar, não só a descoberta de novos fenômenos como também necessita demonstrar e justificar a convergência das ações de pesquisa e de assistência na elaboração das mudanças que se concretizarão na prática assistencial.

Conforme Trentini *et al.* (2021) perscrutar, na Pesquisa Convergente Assistencial, significa atravessar a essência do fenômeno, não deixando de refletir acerca da conjuntura a ser alterada. Para tanto, a pesquisadora necessita estar em constante retorno e contato com o evento de modo a revisitá-lo sempre que necessário na tentativa de evidenciá-lo sob as múltiplas versões nas quais pode se apresentar, e isso requer habilidades para conseguir informações com maior profundidade, persistência para compreender a situação e tempo suficiente para adquirir familiaridade. Somente assim a comunicação e entendimentos na pesquisa podem se desvelar, não só nas palavras ditas, como através dos comportamentos, expressões faciais, e explicitação de emoções.

3.1.3.1 Visitas domiciliares

A fase de perscrutação, para esta pesquisa, iniciou-se somente após o momento em que as pessoas idosas com Parkinson foram pré-identificadas nas Unidades em reuniões com os profissionais e pesquisadora, levando ao próximo passo, que foi o agendamento das visitas aos usuários de cada território.

Os ACS se responsabilizaram em entrar em contato com as pessoas identificadas e avisá-las sobre a ida da pesquisadora em seus domicílios. As pessoas contatadas acolheram bem as visitas que foram agendadas em dias oportunos, assim como demonstraram interesse em conhecer o trabalho a ser desenvolvido.

Durante as visitas domiciliares, ocorreram as apresentações necessárias, explicitou-se informações gerais sobre a pesquisa (objetivo, etapas, tempo), além de ter sido o momento no qual pôde-se ter o contato com as pessoas idosas com DP para avaliar algumas documentações

(relatórios médicos, receitas de medicamentos em uso), realizar observação de cada provável participante dentro de suas particularidades (suas condições físicas, cognitivas e emocionais), explorar suas relações familiares, fazer o reconhecimento de comorbidades além do Parkinson, iniciar uma aproximação entre as partes e tomar ciência das pessoas aptas para o estudo de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Foi um momento rico, cercado de singularidades. Com a finalização das visitas, identificou-se 15 participantes conforme quadro abaixo (**Quadro 4**).

Quadro 4. Visitas domiciliares (VD) às pessoas idosas com Parkinson

UNIDADE DE SAÚDE	DATA DA VISITA	TURNOS	QUANT.	SALDO PÓS VD	STATUS
UBS Vila de Abrantes	12/06/2024	Tarde	5 pessoas	4 pessoas	Incluída
USF Buris de Abrantes	14/05/2024	Tarde	1 pessoa	-----	Excluída
USF Pé de Areias	11/06/2024	Tarde	7 pessoas	3 pessoas	Incluída
USF Fonte da Caixa	29/05/2024	Tarde	3 pessoas	2 pessoas	Incluída
UBS Arembepe	20/06/2024	Tarde	7 pessoas	6 pessoas	Incluída
TOTAL	-----	-----	23 pessoas	15 pessoas	4 Unidades

Fonte: elaborado pela própria autora, 2024.

Como resultado das visitas domiciliares aos pacientes, a Unidade de Saúde de Buris de Abrantes, também foi retirada da pesquisa, pois, o familiar da pessoa idosa com a patologia informou a intenção de mudança de endereço para o interior e por isso não condizia a entrada dela no projeto. Já nas UBS Vila de Abrantes e USF Fonte da Caixa, houve a desistência de duas pessoas, por orientação médica (uma por uso de marcapasso e a outra por problemas circulatórios), totalizando 13 participantes. Na próxima página, síntese que revela as causas da exclusão das pessoas idosas com Parkinson do estudo (**Quadro 5**).

Ao final das visitas, após todas as orientações fornecidas, convidou-se a pessoa idosa para participar, juntamente com familiar/responsável, da 1ª Roda de Conversa na Unidade de origem para maiores explicações acerca do estudo e integração entre os convidados e a pesquisadora por meio de relatos de vivências. Para esse momento, entregou-se uma Carta Convite (**APÊNDICE D**) contendo a confirmação em participar e a assinatura de cada sujeito, além de seus contatos telefônicos para realização dos agendamentos das sessões futuras.

Quadro 5. Causas das exclusões das pessoas idosas com Parkinson do estudo

UNIDADE DE SAÚDE	Nº DE EXCLUSÕES	RAZÕES	Nº FINAL
UBS Vila de Abrantes	2 pessoas	- Depressão (recusou-se a participar) - Contra indicação médica	3 pessoas
USF Buris de Abrantes	1 pessoas	- Mudou-se	-----
USF Pé de Areias	4 pessoas	- Sem diagnóstico médico para DP - Não usava medicamentos - Demência acentuada - Surdez e leve demência	3 pessoas
USF Fonte da Caixa	2 pessoas	- Amputações de dedos dos pés - Contraindicação médica	1 pessoa
UBS Arembepé	1 pessoa	- Sem diagnóstico médico para-DP	6 pessoas
TOTAL	10 pessoas	-----	13 pessoas

Fonte: elaborado pela própria autora, 2024.

3.1.3.2 Roda de Conversa Inicial

Após as visitas domiciliares, deu-se o encontro com os participantes acompanhados por um familiar para a 1ª Roda de Conversa, onde aconteceram as apresentações, troca de experiências e retirada de dúvidas acerca da pesquisa a ser desenvolvida. Estes encontros ocorreram em locais privativos (salas de atendimento ou auditórios) na presença apenas da pesquisadora, visando manter a privacidade e tiveram duração de aproximadamente 1 hora. As datas, número de pessoas presentes e o vínculo do familiar/responsável estão descritos no **Quadro 6**.

A realização de Rodas de Conversa é importante em estudos qualitativos, uma vez que os participantes carregam consigo vivências únicas, regadas de perspectivas culturais e experiências, externando estes aspectos e se revelando nos diálogos. O principal propósito delas é dar voz aos seus participantes no intuito de proporcionar sua concreta participação no desenvolvimento da pesquisa, a partir de falas dialógicas que trazem em si a contribuição de seus conhecimentos. (Bedin; Pino, 2018). Os autores ainda referem que, além da finalidade investigativa, as Rodas de Conversa seriam uma “estratégia política libertadora e que favorecem a emancipação” (2018, p. 228).

Quadro 6: Roda de Conversa Inicial nas Unidades

UNIDADE DE SAÚDE	DATA	Nº DE PARTICIPANTES NAS RODAS	VÍNCULO CUIDADOR/RESPONSÁVEL
UBS Vila de Abrantes	05/07/2024 9h	8	- Filho (1) - Esposas (2)
USF Pé de Areias	04/07/2024 9h	10	- Filhas (2) - Esposa (1)
USF Fonte da Caixa	05/07/2024 10h30min.	02	- Filho (1)
UBS Areembepe	05/07/2024 14h30min.	12	- Filhas (2) - Esposas (2) - Cunhada (1) - Amiga (1)

Fonte: elaborado pela própria autora, 2024.

Melo e Cruz (2014, p.32) afirmam ainda que rodas poderiam promover diálogos, “ampliando percepções sobre si e o outro”, o que se caracteriza como uma excelente forma de coleta de dados, já que é possível transcorrer num formato “informal” que possibilita deixar os participantes à vontade.

Desse modo, as Rodas Iniciais se demonstraram um momento singular pelos diálogos ocorridos com as pessoas idosas com Parkinson e/ou seus familiares acerca do viver com a doença e de como esta afeta a família, da revolta e não aceitação por parte de alguns, ou da resiliência por outros, que puderam demonstrar o seu poder de adaptabilidade e reação frente ao novo cenário que se apresentou em suas vidas.

A partir dos relatos nas Rodas, percebeu-se que os sujeitos adaptáveis conseguiam realizar processos psicológicos com mais facilidade, os permitindo lidar mais rapidamente com as situações que a doença impunha, aceitando as mudanças em suas vidas, aprendendo com elas e ainda percebendo os pontos positivos dessa transformação.

Em conversa informal, observou-se que aqueles mais resistentes, foram os que desenvolveram algum grau de depressão, ansiedade e/ou isolamento social, o que demonstra que, assim como os aspectos físicos, os emocionais também precisam ser considerados no cuidado da doença de Parkinson, juntamente com uma abordagem multiprofissional (Correia *et al.*, 2013; Violante *et al.*, 2015).

Conforme informações acima (Quadro 6) pode-se perceber que os principais vínculos dos responsáveis/cuidadores são filhas e esposas. Estudos apontam que habitualmente o ato de

cuidar de familiar idoso adoecido fica mais restrito a pessoas do sexo feminino, pela própria cultura enraizada ao longo dos tempos, onde a mulher é a responsável por cuidar da casa e dos filhos enquanto o homem sai para trabalhar e fazer o serviço braçal. Geralmente, são filhas e esposas, com idade superior a 50 anos e casadas, cuja posição na família caracteriza-se como um marcador das desigualdades de poder entre homens e mulheres (Rodger; Neill; Nugent, 2015; Fernandez *et al.*, 2018; Oshio; Kan, 2018; Taverro *et al.*, 2018).

Segundo Taverro *et al* (2018) a identidade social das cuidadoras familiares pauta-se mais na atribuição ao gênero feminino do que em relação ao grau de parentesco com a pessoa idosa-dependente. Além disso, culturalmente e historicamente se percebe que a divisão sexual para o cuidado doméstico-familiar é também fortalecida pela atitude das pessoas idosas, de preferirem ser cuidadas por mulheres (Meira *et al.*, 2017).

Antes de iniciar as Rodas de Conversas, todos os participantes leram e assinaram o Termo de Autorização de uso de imagem e/ou gravação de Voz (**APÊNDICE F**). Elas se caracterizaram pela realização de dinâmicas de apresentação entre as partes, falas livres, retirada de dúvidas, explanação mais aprofundada do projeto, momentos para incentivo de convergência entre os presentes além da leitura, em voz alta, do Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (**APÊNDICE E**). Os participantes solicitaram levar o RCLE para casa, para assinarem com mais calma, conversarem a respeito com seus familiares e concluírem suas decisões acerca de suas participações, apesar do desejo de integrarem o estudo. Fez-se também as divisões dos horários das sessões de Reflexologia Podal, mediante a apresentação do dia e turno das salas disponíveis ofertadas pelas gerências das Unidades para a realização dos atendimentos, momento o qual os participantes fizeram as escolhas entre si, de acordo com as suas atividades diárias.

Ao final da Roda, se combinou que se entraria em contato para informar o dia da 1ª Sessão de Reflexologia Podal em suas Unidades, com, obrigatoriamente, a devolução do RCLE assinado pelos participantes. As fotografias a seguir, trazem algumas destas Rodas:

Figura 15: Roda de Conversa UBS Areembepe



Fonte: arquivo da pesquisadora, 2024.

Figura 16: Roda de Conversa USF Pé de Areias



Fonte: arquivo da pesquisadora, 2024.

Figura 17: Roda de Conversa USF Fonte da Caixa

Fonte: arquivo da pesquisadora, 2024.

3.1.3.3 Sessões de Reflexologia Podal

Mediante escala de horários elaborada junto aos participantes, as sessões iniciaram-se, com duração de 40 minutos, tempo suficiente para realizar a massagem podal e aplicar os instrumentos previstos (**Quadro 7**).

Quadro 7: Escala de participantes por Unidade

UNIDADE DE SAÚDE	DIA/TURNO SESSÕES	QUANT. DE PARTICIPANTES	HORÁRIO
UBS Arembepe	Terça/Tarde	06 participantes	P1- 12h30min. P2- 13h10min. P3- 13h50min. P4- 14h30min. P5- 15h10min. P6- 15h50min.
USF Pé de Areias	Quarta/Tarde	03 participantes	P7- 13h10min. P8- 13h50min. P9- 14h30min.
USF Fonte da Caixa	Quinta/Tarde	01 participante	P10- 14h30min
UBS Vila de Abrantes	Sexta/Tarde	03 participantes	P11- 14h10min. P12- 14h50min. P13- 15h30min.

Fonte: arquivo da pesquisadora, 2024.

Os encontros (sessões) ocorreram uma vez por semana, em consultório fechado, para manutenção da privacidade, na Unidade de origem, com intervalo de sete dias entre as consultas (período no qual o organismo respondia e descansava a aplicação da técnica), tempo suficiente para a realização e repetição da prática. Não há uma regra única no que tange ao tempo interconsultas e a duração da terapia de Reflexologia Podal, pois estes podem variar conforme protocolos a serem utilizados em congruência a doença ou agravo a ser tratado, e em sintonia com a aceitação e bem-estar de cada indivíduo.

Durante as sessões, o participante era acomodado na maca confortavelmente em decúbito dorsal para o início da manipulação das zonas necessárias. Mediante, orientações anteriores, os pés deveriam estar íntegros e higienizados. Antes de cada massagem podal, realizava-se a observação geral dos pés, avaliando a integridade da pele e em seguida, as manobras de alongamento para prepará-los para o início das pressões.

Fez-se a massagem em todo o pé do participante enfatizando os pontos podais específicos, conforme manifestações clínicas provocadas pelo Parkinson em cada pessoa idosa e suas queixas (tremores, rigidez, dores, câibras, cefaleia, ansiedade, dentre outros). De modo a tornar o ambiente ainda mais tranquilo e acolhedor, era dada a opção de escolherem iluminação ambiente e música relaxante com sons da natureza ao fundo proveniente de *playlist* baixada previamente em aparelho móvel celular da pesquisadora, proporcionando a ativação da autonomia do sujeito.

O familiar acompanhante pôde permanecer durante as sessões de acordo com a vontade de cada participante (alguns permaneceram na sala observando as massagens podais, outros preferiam aguardar na recepção o término da consulta). Contudo algumas pessoas idosas frequentavam sozinhas às sessões, apesar de, se solicitar preferencialmente a companhia de familiar. Por meio de diálogos compreendeu-se que suas rotinas já eram cercadas de autonomia e superação de barreiras (sair sozinhos, tomar decisões próprias) o que demonstrava a independência deles.

Para o desenvolvimento da Reflexologia Podal, os estímulos podem ser aplicados com os dedos das mãos ou objetos. Na presente pesquisa, utilizou-se apenas a pressão realizada através dos dedos das mãos que se baseou no uso dos dedos polegar e/ou indicador para exercer os pontos de pressão (**Figura 18**) com o auxílio de um óleo para melhor deslize da massagem sobre a pele.

Lourenço (2014) aponta que ao se utilizar os dedos, o reflexologista deve ter unhas curtas, para evitar lesões na pele da pessoa que recebe a prática. Ainda segundo o autor, a técnica consiste em pressionar as áreas dos pés de maneira contínua ou alternadamente, tendo

duração variável entre 20 a 30 minutos. A intensidade da pressão deverá ser sempre a mais bem tolerada e referida pela pessoa.

Figura 18. Reflexologia podal por meio da pressão dos dedos nos pés.



Fonte: www.multiterapias.com.br. Acesso em 27 de setembro de 2023.

Na primeira sessão, os participantes devolveram o Registro de Consentimento Livre e Esclarecido assinado e ocorreu a aplicação de 2 instrumentos de coleta de dados (descritos abaixo) com a finalidade de colher mais informações pessoais, aprofundar-se acerca das percepções das pessoas idosas sobre o viver com Parkinson e realizar o estadiamentos da doença:

1) Entrevista Semiestruturada - Pessoas Idosas com Parkinson (APÊNDICE H):

Objetivou-se a apreensão dos aspectos do viver com Parkinson, a partir do aprofundamento na subjetividade da pessoa idosa com a doença, permitindo desse modo a identificação das suas características clínicas e sociodemográficas, detecção de sentimentos e o fomento a criação de vínculos entre as partes.

A entrevista semiestruturada consegue articular perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a capacidade de desenvolver sobre o que lhe foi indagado não se restringindo ao questionamento formulado (Minayo, 2014).

Este tipo de instrumento de coleta de dados, apesar de possuir um roteiro prévio de perguntas, caracteriza-se por ser um modelo de entrevista flexível, capaz de abrir espaço para que o participante e entrevistador façam perguntas fora do que havia sido planejado, deixando o diálogo mais natural e dinâmico (Manzini; Lupetina, 2024)

Para a realização das entrevistas, utilizou-se gravador de voz instalado via aplicativo no celular (Samsung Voice Recorder versão 21.4.06.04) na intenção de captar os discursos a fim de serem transcritos na íntegra. Antes das respostas serem gravadas, a pergunta era feita pela pesquisadora de modo a cada um deles assimilar a questão e, caso necessário, tirar as dúvidas sobre o que não compreenderam. Somente após se dizerem “preparados”, era então feita a gravação dos seus discursos. Esta estratégia foi utilizada para que os participantes se sentissem mais confiantes para responder, discursando de maneira mais fluida e à vontade. Este instrumento foi aplicado apenas na primeira consulta.

2) Escala dos Estágios de Incapacidade de Hoehn e Yahr - (ANEXO D): segundo instrumento aplicado, o qual colaborou para se perceber o estágio de acometimento da Doença de Parkinson. Através do exame físico, observação rigorosa e teste de estabilidade, analisou-se o comprometimento da doença, conforme sinais e sintomas de cada um.

O teste de estabilidade, também conhecido como teste de “retropulsão” ou “*pull test*”, realiza-se com a pessoa em postura ortostática, olhos abertos e pés separados. O examinador informa ao participante como o teste será realizado, posicionando-se atrás da pessoa a ser examinada, empurrando-o para trás por meio de uma força aplicada nos ombros. Àquele que conseguir recuperar o equilíbrio corporal sem modificar a base de sustentação ou recuperar o equilíbrio com 2 passos ou menos para trás é classificado com HY1 a 2; o paciente que necessitar de mais passos para se recuperar é classificado com HY2,5; e por fim os que necessitarem de algum tipo de amparo do examinador é classificado como HY3. Quem for classificado nos estágios 1, 2 e 3 apresenta incapacidade funcional leve a moderada, enquanto os que forem categorizados nos estágios 4 e 5 apresentam incapacidade mais grave e por isso não realizam o teste (**Figura 19**).

A Escala é caracterizada como rápida e prática e tem finalidade identificar o estágio da doença por meio das manifestações clínicas da doença. A sua versão modificada, utilizada nesta pesquisa compreende cinco estágios de classificação que avaliam a gravidade da DP e engloba, principalmente, indicadores comuns de sinais e sintomas que possibilitam categorizar a pessoa quanto a incapacidade produzida pela doença no âmbito do comprometimento motor, do equilíbrio corporal e da incapacidade funcional.

Realizou-se o teste com os participantes, conforme as orientações descritas acima, e classificou-se as incapacidades de leves a moderadas. Adiante, na fase de Análise de Dados, o quadro com estas classificações será exposto.

Figura 19: Classificação dos graus de incapacidade na DP



Fonte: elaborado pela própria autora, 2024.

Ao fim da aplicação dos instrumentos mencionados na primeira sessão, forneceu-se aos participantes o Livroto informativo – Cartão da Pessoa Idosa com Parkinson (**APÊNDICE G**) no qual havia informações sucintas acerca das Práticas Integrativas e Complementares de Saúde, orientações sobre a Técnica da Reflexologia Podal que seria utilizada com os mesmos e um quadro para agendamento/confirmação de ida as sessões. Finalizou-se o encontro com o agendamento dos retornos semanais às massagens podais.

Realizou-se um total de 10 sessões de Reflexologia com duração média de 40 minutos cada uma, onde era reservado os 10 minutos iniciais para diálogo e à aplicação do 3º instrumento, a Entrevista Estruturada (**APÊNDICE I**).

Ontivero (2006) aponta que, de maneira geral, os efeitos benéficos das PICS já podem ser verificados, quando em tratamentos mais duradouros como os de doenças crônicas, a partir de quatro a seis semanas, fato que se justifica por serem técnicas integralistas, de efeitos rápidos e sistêmicos. Porém, a literatura não traz um consenso em relação ao número de sessões mínimas necessárias de cada Prática Integrativa para que se já possa observar melhores resultados (Nogier, 2014).

3) Entrevista Estruturada - Pessoas Idosas com Parkinson (APÊNDICE I):

Realizou-se no início de cada sessão subsequente, com a intenção de identificar possíveis benefícios físicos e emocionais (ou não) que pudessem ser mencionados pelos participantes durante a pausa entre as massagens podais. As respostas fornecidas ao início de cada sessão, permitiram inclusive ajustar a prática, aperfeiçoando assim, ao longo do percurso, os pontos podais e zonas que deveriam ser mais estimuladas para obtenção de melhores resultados.

Este tipo de instrumento segue um roteiro rígido, construído no intuito de obter informações pontuais. Conforme Rosa e Arnoldi (2008) para a elaboração da entrevista estruturada é necessário o estabelecimento de questões formalmente elaboradas, que seguem uma sequência padronizada, que possuem linguagem sistematizada e de preferência fechada, de forma que sejam obtidas respostas curtas e precisas, sobre o que se pretende alcançar (percepções, comportamentos, crenças, sentimentos etc.).

De acordo com Yin (2016, p. 118), “todas as entrevistas envolvem interação entre um entrevistador e um participante (ou entrevistado). Entrevistas estruturadas roteirizam cuidadosamente essa interação”.

Os registros dos cuidados das sessões de Reflexologia Podal foram realizados no PEC ao término de cada sessão, onde especificou-se expressões faciais, posturas, olhares, toques, além das respostas emergentes da entrevista estruturada processual que possibilitaram o resgate de informações aos relatos das experiências vividas, a reflexão acerca da prática em campo e auxílio para a melhor compreensão dos dados durante a fase de análise dos resultados.

Importante mencionar, que a escala inicialmente proposta para atendimento das sessões precisou ser modificada, pois ao longo do trabalho, duas das Unidades de pesquisa (USF Fonte da Caixa e UBS Vila de Abrantes) deixaram de ter salas disponíveis para atendimento, com isso, a pesquisadora necessitou refazer a logística de encontros. Por esta razão a pesquisadora pactuou com sua gerência a vinda dos participantes destas Unidades para a Unidade de Saúde de Buris de Abrantes (local de trabalho da pesquisadora em Camaçari). Diante da aceitação da gerência, foi passado a circunstância para as pessoas idosas com Parkinson que consentiram a troca de local das sessões, sem resistências. O **Quadro 8**, na próxima página, traz a nova conformação dos atendimentos por Unidade enquanto o **Quadro 9**, traz o demonstrativo do cronograma executado de sessões dentro do calendário previsto e as reposições realizadas devidos as faltas dos participantes.

As faltas dos participantes foram justificadas e ocorreram por duas razões principais: questões de saúde ou agendamentos para consultas médicas. As sessões perdidas foram repostas ao final, uniformizando assim a quantidade de atendimentos para todos.

Quadro 8: Escala de pessoas por Unidade (final)

UNIDADE DE SAÚDE	DIA/TURNO SESSÕES	Nº PARTICIPANTES	HORÁRIO
UBS Arembepe	Terça/Tarde	06 pessoas	- P1: 12h 30min - P2: 13h 10min - P3: 13h 50min - P4: 14h 30min - P5: 15h 10min - P6: 15h 50min
USF Pé de Areias	Quarta/Tarde	03 pessoas	- P7: 13h 10min - P8: 13h 50min - P9: 14h 30min
USF Buris de Abrantes	Quinta/Tarde	04 pessoas	- P13: 13h 30min - P10: 14h 10min - P11: 14h 50min - P12: 1h :10min

Fonte: elaborado pela própria autora, 2024.

Quadro 9: Cronograma das Sessões de Reflexologia Podal.

Nº	Idade	1ª sessão	2ª sessão	3ª sessão	4ª sessão	5ª sessão	6ª sessão	7ª sessão	8ª sessão	9ª sessão	10ª sessão	Reposição sessão	Reposição sessão
UBS AREMBEPE													
P1	83	16/07 24	23/07 24	30/07 24	06/08 24	13/08 24	20/08 24	27/08 24	03/09 24	10/09 24	17/09 24		
P2	67	16/07 24	23/07 24	30/07 24	06/08 24	13/08 24	20/08 24		03/09 24	10/09 24	17/09 24	24/09 24	
P3	63	16/07 24	23/07 24	30/07 24	06/08 24	13/08 24	20/08 24	27/08 24	03/09 24	10/09 24	17/09 24		
P4	67	16/07 24	23/07 24	30/07 24	06/08 24	13/08 24	20/08 24	27/08 24	03/09 24	10/09 24	17/09 24		
P5	67	16/07 24	23/07 24	30/07 24	06/08 24	13/08 24	20/08 24	27/08 24	03/09 24	10/09 24		24/09 24	
P6	70	16/07 24	23/07 24	30/07 24	06/08 24	13/08 24	20/08 24		03/09 24	10/09 24	17/09 24	24/09 24	
USF PÉ DE AREIAS													
P7	63	17/07 24	24/07 24	31/07 24	07/08 24	14/08 24	21/08 24	28/08 24		11/09 24	18/09 24	25/09 24	
P8	73	17/07 24	24/07 24	31/07 24	07/08 24	14/08 24	21/08 24		04/09 24	11/09 24	18/09 24	25/09 24	
P9	71			31/07 24	07/08 24	14/08 24	21/08 24	28/08 24	04/09 24	11/09 24	18/09 24	25/09 24	02/10 24
USF BURIS													
P10	60	18/07 24	25/07 24	01/08 24		15/08 24	22/08 24	29/08 24		12/09 24	19/09 24	26/09 24	03/10 24
P11	79	19/07 24	26/07 24	02/08 24	09/08 24	15/08 24	22/08 24	29/08 24	05/09 24	12/09 24	19/09 24		
P12	73	19/07 24	26/07 24	02/08 24	09/08 24	15/08 24	22/08 24	29/08 24	05/09 24	12/09 24	19/09 24		
P13	74	19/07 24	26/07 24		09/08 24	15/08 24	22/08 24		05/09 24	12/09 24	19/09 24	26/09 24	03/10 24
LEGENDA: ■ FALTAS ■ DESISTÊNCIAS													

Fonte: elaborado pela própria autora, 2024.

3.1.3.4 Roda de Conversa Final

Finalizadas todas as sessões (130 ao todo, ou 10 sessões para cada participante), agendou-se, a 2ª e última Roda de Conversa, com a presença dos participantes, da pesquisadora, de alguns acompanhantes, das gerências e do profissional que se comprometeu em ofertar as sessões de Reflexologia Podal, dando continuidade ao trabalho iniciado a estas pessoas.

Incentivou-se este profissional durante a sua presença em campo com as pessoas idosas com Parkinson, a realizar o curso em Reflexologia Podal no intuito, não apenas de expandir, na rede do município, o número de trabalhadores com formação em PICS, como também de não interromper o bem-estar alcançado com as massagens podais referido pelos integrantes do estudo. A notícia motivou e alegrou os participantes. O direcionamento a estes profissionais, foi pelo perfil que exibem, de comprometimento, solidariedade e por terem demonstrado interesse pela Prática Integrativa em questão, desejando adicioná-la em suas atribuições diárias.

Nas Unidades de Arembepe e de Pé de Areias, foram Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) que se interessaram pela qualificação na prática, as quais já realizaram a formação, obtiveram seus certificados, receberam as informações necessárias sobre as particularidades das manifestações clínicas de cada uma das pessoas idosas e desenvolveram treinamento da Prática Integrativa com a pesquisadora.

Nas Unidades de Saúde de Fonte da Caixa e Vila de Abrantes que estavam realizando suas sessões na Unidade de Buris de Abrantes, foi a gerente desta última Unidade quem demonstrou o interesse em dar seguimento, iniciando a formação, contudo, devido ao seu vínculo terceirizado, acabou sendo desvinculada da rede municipal. Dessa forma, as pessoas com DP destas duas Unidades interromperam suas massagens podais por um período, mas sendo retomado as sessões pela própria pesquisadora.

Esta 2ª Roda de Conversa teve duração aproximada de 2 horas. O objetivo foi ouvir seus discursos sobre como se sentiram nestes meses realizando as massagens podais (possíveis benefícios percebidos ou não), e suas sugestões quanto a pontos que pudessem ser melhorados.

Realizou-se o convite às gerências para a Roda de Conversa, objetivando minimizar percepções errôneas, evitando auto beneficiamento. Desta maneira, a presença das gerentes possibilitou outras testemunhas aos relatos fornecidos pelos participantes, as quais teriam suas próprias percepções e considerações para debater com a pesquisadora, apresentando pontos de aproximação ou divergência, aprofundando e interferindo no entendimento, proporcionando assim, a redução de vieses na pesquisa e a elevação da confiabilidade dos resultados alcançados.

A partir dos discursos das pessoas idosas com Parkinson, as gerências, ao final, se posicionaram reiterando a possibilidade real de incorporação da Reflexologia Podal ao cuidado destes sujeitos já que, pelos relatos da Roda, explicitavam estarem satisfeitos e terem percebidos contribuições significativas sobre as suas manifestações clínicas. Este posicionamento das gerentes, favoreceu um ambiente aberto ao desenvolvimento da prática e fortaleceu ainda mais as impressões da pesquisadora. Abaixo segue algumas fotos das Rodas de Conversa Final ocorridas:

Figura 20: Roda de Conversa Final USF Pé de Areias



Fonte: arquivo da pesquisadora, 2024.

Figura 21: Roda de Conversa Final USF Fonte da Caixa e UBS Vila de Abrantes



Fonte: arquivo da pesquisadora, 2024.

Figura 22: Roda de Conversa Final UBS Arembepe



Fonte: arquivo da pesquisadora, 2024.

3.1.4 Fase de Análise

Esta etapa da PCA configura-se o momento da organização e da análise subjetiva dos dados, que tem por objetivo realizar associações e variações dos conteúdos agrupados para

alcançar a fundamentação teórica atribuindo significação aos resultados, com a explicitação de seus reflexos na assistência. De acordo com Trentini e Paim (2014), a análise dos dados consta de quatro processos: apreensão, síntese, teorização e transferência.

A **apreensão** compreende a primeira etapa da análise e corresponde ao início da fabricação e esquematização dos dados. É o momento que o investigador emerge nas informações e percepções oriundas da sua prática em campo provenientes dos instrumentos de coleta para responder às questões de pesquisa. Nesse primeiro processo identificou-se as características e pontos principais do fenômeno estudado, a partir da transcrição na íntegra das entrevistas, seguido de uma leitura atenta e releitura incessante de todo o material. Organizou-se os discursos em um quadro por questões e pela identificação dos participantes (P1, P2, P3...) (**APÊNDICE J – Transcrição das falas: Pessoas Idosas com Parkinson**), no intuito de gerar corpus ao objeto estudado, facilitando a visualização dos resultados agrupados.

No que se refere ao processo de **síntese**, reuniu-se elementos, concretos e abstratos, e realizou-se a fusão destes em um todo coerente. Como o próprio nome da etapa diz, realizou-se uma síntese das informações adquiridas sem perder a essência do conteúdo com a intenção de possibilitar uma interpretação mais ordenada, precisa e nítida. A síntese permite a identificação de padrões estabelecidos que se identificam durante o processo de análise, pois tendem a se repetirem. Este momento, se resulta na categorização ou classificação do conteúdo examinado.

Neste momento, organizou-se os dados em temas para facilitar a análise, ou seja, os discursos dos participantes foram destrinchados. Através de leitura atenta e incessante, foi retirado do todo de suas falas, as partes que mais chamaram a atenção (Unidades de Contexto - UC) e a partir destes trechos iniciou-se a codificação com a aplicação de temas que caracterizaram estes fragmentos de fala (Unidades de Registro – UR), dando origem a um novo quadro (**APÊNDICE L – Discursos, Unidades de Contexto e Unidades de Registro: Pessoas Idosas com Parkinson**) o qual facilitou a compreensão acerca dos caminhos que estavam se desenhando, uma vez que culminou no alcance dos Eixos Temáticos e por fim do surgimento das Categorias presentes em cada pergunta, apresentados nos Resultados e Discussões.

Já o processo de **teorização** integra, na análise, o momento da identificação, definição e construção de conceitos, a partir da interpretação dos dados sintetizados na fase anterior. Nesta etapa, explorou-se, não apenas os dados emergentes das falas dos participantes, como as relações entre todos os demais dados obtidos emergidos dos outros instrumentos de coleta, relacionando-os entre si, para possibilitar a elaboração de conhecimentos com maior segurança do fenômeno investigado.

Como último processo da análise, ocorre a **transferência**, instante onde acontece a atribuição de significação aos resultados alcançados, com a elucidação de seus reflexos na assistência. Conforme Trentini e Paim (2014), neste ponto é verificada a possibilidade de transformação da realidade, pois o aprendizado e saber construídos através da pesquisa pode ser convertido em dispositivo autêntico e fidedigno para modificação da assistência de enfermagem praticada. No caso do presente estudo, este momento de transferência acontecerá quando houver apresentação dos produtos elaborados a partir da pesquisa e ocorrer a devolutiva dos resultados para os participantes e para os serviços:

a) **Aos participantes:** a devolutiva se dará por meio de um novo encontro com os grupos de pessoas idosas por Unidades, no qual será apresentado as considerações do estudo para que possam ter acesso aos resultados sistematizados da aplicação da terapêutica e possam ser multiplicadores das informações acerca dos benefícios da Reflexologia Podal no organismo humano;

b) **Aos profissionais de saúde:** a apresentação das considerações do estudo será feita a todos os trabalhadores das Unidades de Saúde (enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, Agentes Comunitários de Saúde e gerentes) nos cenários da pesquisa, a partir do agendamento de reuniões, para explicitar os resultados da Prática Integrativa da Reflexologia Podal com as pessoas idosas com Parkinson, evidenciando a sua relevância no âmbito da Atenção Básica, fomentando a divulgação da técnica em maior escala dentro do Município pelas equipes, gerando sensibilização de mais profissionais para a formação em PICS e estimulando possíveis modificações nos serviços (estrutura física, insumos, recursos humanos) e na forma de atender, de maneira a incorporar características essenciais de acordo com as PICS ao cuidado ofertado, como integralidade, humanização, acolhimento, escuta ativa, empatia, respeito às diferenças e criação de vínculo;

c) **A comunidade:** os resultados serão transferidos por meio de publicações em eventos científicos, revistas, capítulos de livros, artigos, relatórios técnicos, dentre outros meios, como instrumentos de propagação da informação sobre as contribuições da Reflexologia Podal em pessoas idosas com Parkinson, com o objetivo de favorecer acréscimos a ciência e gerar segurança e adesão a estas práticas pelo público em geral.

d) **Ao Município:** as considerações da pesquisa serão apresentadas por meio de agendamento

de reunião com representantes da gestão e integrantes do Núcleo de Práticas Integrativas de Camaçari (NUPICS) de modo que seja fornecido a estes os resultados advindos da pesquisa para fornecer subsídios para a elaboração de um Protocolo Clínico no cuidado à pessoa idosa com Parkinson no município para a aplicação da Reflexologia Podal neste público.

No que tange a Gestão, se fará a sensibilização dos gestores quanto a importância em investimentos e repasses financeiros para a área de PICS e na formação profissional, considerando que é uma política de saúde do Ministério da Saúde, visando benefícios às pessoas idosas com Parkinson no Município, podendo servir de modelo de assistência e divulgação das Práticas Integrativas nessa população, especialmente a Reflexologia Podal.

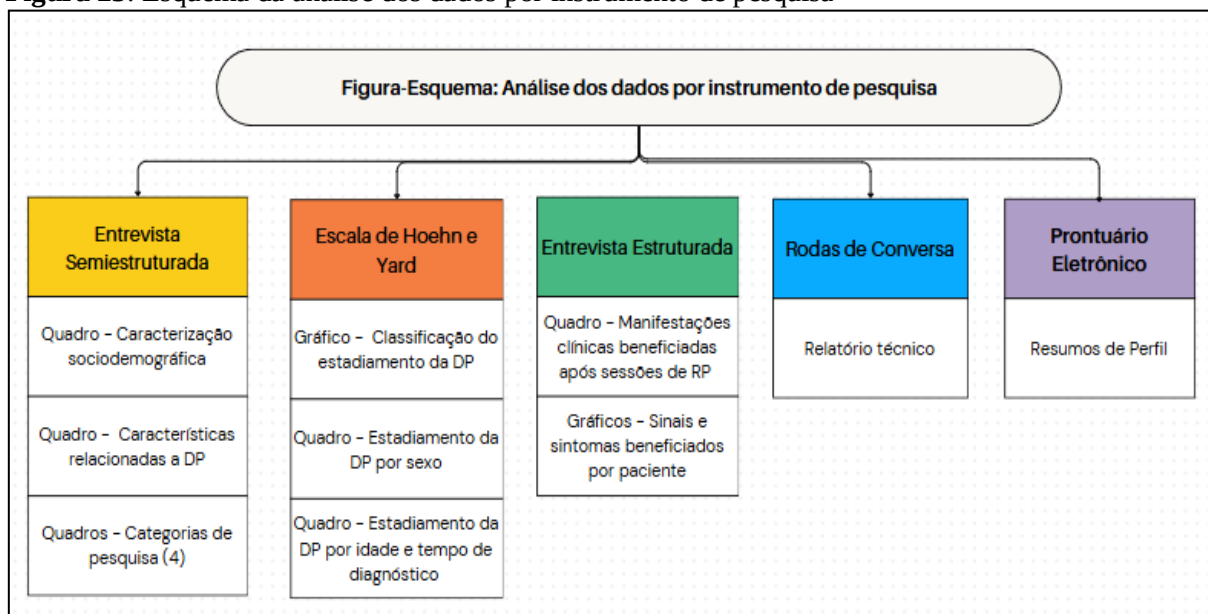
No que se refere ao NUPICS, a exposição das considerações do estudo visará, sob a ótica multiprofissional, o debate acerca da assistência com Reflexologia Podal às pessoas idosas com DP e os resultados obtidos, para levantamento de propostas de aperfeiçoamento e ajustes no que tange as sessões, proporcionando assim bases para a implantação do futuro Protocolo.

Estas ações com os diferentes públicos, constituirá momento singular para reflexão acerca da assistência às pessoas idosas com Parkinson no Município na perspectiva de um remodelamento da Atenção Básica no que tange a expansão do cuidado a partir do uso de técnicas complementares de saúde. Além disso, estes momentos também comporão os Subsídios para implantação do Protocolo Clínico Municipal em Reflexologia Podal para pessoas com DP.

Mediante as etapas da análise da PCA aqui descritas, torna-se perceptível compreender que a execução de cada uma delas, permite que a investigação ultrapasse a exploração dos dados, estendendo-se a uma abordagem oportuna na prática assistencial, com base nas evidências adquiridas diretamente do estudo.

3.1.4.1 Tratamento dos dados

Na fase de tratamento de dados usufruiu-se de abordagens diversificadas para a organização dos materiais que serão descritas a seguir. Abaixo esquema (**Figura 23**) dos instrumentos da análise de dados.

Figura 23: Esquema da análise dos dados por instrumento de pesquisa

Fonte: elaborado pela própria autora, 2024

Para a Entrevista Semiestruturada, utilizou-se dois tipos de tratamento de dados. Para as questões fechadas, processou-se os dados a partir da confecção de quadros sintéticos com as informações sociodemográficas e clínicas dos participantes. Para as questões abertas, que buscou a compreensão do “viver com o Parkinson”, realizou-se a Análise de Conteúdo de Bardin das falas das pessoas idosas, o que gerou as categorias que, além de caracterizarem a pesquisa, constituíram material significativo o qual foi capaz de agregar resultados ao pressuposto do estudo em questão, confirmando-o e trazendo assim, evidências científicas que acrescentaram ainda mais conhecimento aos estudos já existentes.

A escolha da técnica de Bardin se deu por ser um método desenvolvido para auxiliar na interpretação, sistematização e organização das informações de estudos. Esta técnica favoreceu o enriquecimento dos resultados alcançados, por ser relevante em pesquisas nas áreas sociais, de comunicação, saúde e educação que pôde colaborar com os dados emergentes, uma vez que precipitaram o nascimento das respostas da questão de pesquisa investigada.

Compreende-se a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas que tem por intenção a investigação das comunicações obtidas no processo de pesquisa para obter, por meio de uma metodologia sistemática e objetivos de descrição das ideias das mensagens, indicadores que podem ser quantitativos ou não que permitam fazer inferências de conhecimentos relativos ao recebimento destas mensagens (Bardin, 2016). A legitimidade dos dados da pesquisa é consequente da coerência interna e ordenada entre essas fases, cuja exatidão na organização da

investigação inibe incertezas e indecisões, constituindo-se como premissa precursora do processo.

Ainda segundo a mesma autora, a análise do material coletado em pesquisas qualitativas, deve ser norteadada por um processo rigoroso dividido em 3 fases: Pré-análise; Exploração do material e Tratamento dos resultados; Inferências e interpretação (**Figura 24**).

Figura 24. Sequência da técnica da Análise de Conteúdo de Bardin.



Fonte: Bardin, 2016.

Na Escala de HY escolheu-se a demonstração dos resultados usando gráficos tipo pizza que possibilitou a visualização do estadiamento da Doença de Parkinson em cada participante, revelando o estágio mais presente entre as pessoas idosas. Os resultados também estão

apresentados em quadros que favoreceram a comparação entre os participantes segundo idade, sexo, tempo de evolução e estadiamento da doença. Esta forma de apresentação de dados é valiosa por conseguir organizar e sistematizar os elementos, facilitando sua visualização e interpretação comparativamente. De acordo com ABNT (2011) o quadro deve ser citado no texto e incluso o mais próximo possível do trecho a que se refere.

Para a Entrevista Estruturada se optou pela elaboração de um quadro para avaliação global dos sinais e sintomas beneficiados em cada participante e de gráficos de barras empilhadas e agrupadas individuais, que demonstraram os efeitos da Reflexologia Podal sobre os sinais e sintomas das pessoas idosas com Parkinson, durante o desenvolvimento das sessões, favorecendo um panorama geral das contribuições da Prática Integrativa por participante. Estes gráficos auxiliam na organização, análise e apresentação de dados, tendo como principal vantagem, a sua facilidade de leitura e entendimento dos dados agrupados por diferentes públicos, sendo útil quando se precisa comparar valores lado a lado, além disso, estimulam a elaboração de questionamentos e corroboram na interpretação e no entendimento de significados (Gal; Ograjensek, 2017).

Para divulgar os resultados obtidos das Rodas de Conversa Inicial e de Final, elaborou-se relatório técnico que exprime em si a grandeza desta técnica de coleta de dados, enquanto espaço de diálogos e trocas de experiências. As rodas são capazes de promover a participação ativa das pessoas que manifestam suas ideias e pensamentos num momento de compartilhamento coletivo de saberes, em um ambiente colaborativo e horizontal, conduzido por um mediador.

Suas principais vantagens estão no fato de permitirem o aprofundamento nos relatos dos participantes, favorecerem o fortalecimento de conexões e oportunizarem que novos assuntos que se façam relevantes adentrem a pesquisa naturalmente. Por isso, fundamentaram o tratamento dos dados das Rodas, uma vez que foram responsáveis por registrar, comunicar e validar os achados qualitativos, garantindo a transparência dos passos da pesquisa e a divulgação ampla dos acontecimentos. Sua divulgação torna-se essencial por ser uma ferramenta de comunicação não apenas para os participantes e as equipes das Unidades do estudo, como também para gestores e outros pesquisadores para que possam compreender o impacto e a relevância da pesquisa realizada e seus alcances.

No que tange ao construto referente ao PEC e aos registros do cuidado, originou-se os resumos de perfil das pessoas idosas com Parkinson que colaborou para compreensão de cada participante. O PEC contribuiu na coleta de dados, principalmente na captura de momentos não verbais que revelaram as subjetividades dos participantes, possibilitando a anotação, após cada

sessão e a análise reflexiva do momento vivenciado. Imprimiu-se todas as evoluções realizadas no PEC e arquivou-se juntamente com os demais impressos por participante (P1, P2, P3...) de modo a comporem material intrínseco à pesquisa.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Seguindo a proposta da Pesquisa Convergente Assistencial, se apresenta os resultados e discussões sustentados na literatura pertinente abaixo.

4.1 RESULTADOS E DISCUSSÕES - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Inicialmente se apresentam as caracterizações dos participantes sociodemográficas e pessoais relacionadas a Doença de Parkinson (**Quadros 10 e 11**) e em seguida as categorias emergentes da Análise de Bardin.

Quadro 10: Caracterização sociodemográfica dos participantes

PART.	IDADE	GÊNERO	COR	OCUPAÇÃO	ESCOL.	RENDA	RELIGIÃO	ESTADO CIVIL	Nº FILHOS	MORAD.
P01	83	Masculino	Pardo	Aposentado	E. Fund. I	1 a 3 sal.	Católica	Casado	De 2 - 4	Aluguel
P02	67	Masculino	Pardo	Aposentado	E. Médio	1 a 3 sal.	Católica	Viúvo	De 2 - 4	Própria
P03	63	Feminino	Pardo	Do lar	E. Fund. II	1 salário	Espirita	Viúva	De 2 - 4	Própria
P04	67	Masculino	Pardo	Aposentado	E. Médio	1 a 3 sal.	Católica	Casado	De 2 - 4	Própria
P05	67	Masculino	Pardo	Aposentado	E. Fund. I	1 a 3 sal.	Católica	Divorciado	Apenas 1	Própria.
P06	70	Feminino	Parda	Aposentada	E. Infantil	1 a 3 sal.	Católica	Casada	De 2 - 4	Aluguel
P07	63	Masculino	Pardo	Aposentado	E. Fund. I	3 a 5 sal.	Católica	Solteiro	Apenas 1	Própria
P08	73	Masculino	Pardo	Aposentado	E. Fund. I	1 a 3 sal.	Católica	Viúvo	≥5	Própria
P09	71	Masculino	Pardo	Aposentado	Graduação	+ de 5 sal.	Católica	Casado	De 2 - 4	Própria
P10	60	Feminino	Parda	Pensionista	E. Médio	1 a 3 sal.	Evangélica	Viúva	De 2 - 4	Própria
P11	79	Masculino	Pardo	Aposentado	E. Médio	1 a 3 sal.	Católica	Casado	De 2 - 4	Própria
P12	73	Masculino	Pardo	Aposentado	E. Médio	1 a 3 sal.	Protestante	Casada	De 2 - 4	Própria
P13	74	Masculino	Pardo	Aposentado	E. Médio	+ de 5 sal.	Protestante	Casado	De 2 - 4	Própria

Fonte: elaborado pela própria autora, 2024.

Percebe-se que a média de idades corresponde a 70 anos. A maioria são homens,

perfazendo um total de 77%, enquanto o feminino apenas 23%. Em relação à raça/cor, todos referem-se como pardos. A maioria dos participantes são aposentados, correspondendo a 84,6% da amostra. Quanto à escolaridade, o ensino médio foi a opção mais citada, com 46%.

Acerca da renda, 69% possuem proventos de 1 a 3 salários-mínimos. No quesito Religião, 65% referiram ser católicos. Quanto ao estado civil, houve predomínio de pessoas casadas com 53,8%, seguido de viúvos com 30,7%. Com relação ao número de filhos, a predominância foram 2 filhos, sendo referida no mínimo 1 e no máximo 5 filhos. E por fim, quanto ao tipo de moradia, a maioria (85%) referiu casa própria quitada.

Referente às características pessoais (**Quadro 11**) relacionadas a DP, observa-se a predominância de filhas e esposas responsáveis pelo cuidado. Pode-se constatar que os trabalhos domésticos e cuidados familiares, se tornaram, ao longo da história, atribuições meramente femininas, que trazem em si um fator histórico e cultural enraizado. Isso, segundo Biroli (2018), se transforma em fator de vulnerabilidade para as mulheres, gerando empobrecimento, dependência econômica dos companheiros, podendo levar, inclusive, à inércia destas mulheres em caso de maus tratos e violências sofridos dentro de casa.

Quanto ao tempo de diagnóstico da doença, este variou de no mínimo de 3 anos ao máximo de 25 anos, dando uma média de tempo de doença de cerca de 9 anos. Por não haver um exame específico para o diagnóstico da DP, ela possui seu reconhecimento pautado em critérios clínicos, porém, com o avançar das tecnologias, vêm sendo investigadas outras maneiras de diagnóstico por neuroimagem para se desvendá-la, com o objetivo de obtenção de um diagnóstico precoce. Contudo, a simples presença dos sinais cardinais da doença, já são aspectos fundamentais no que diz respeito à diferenciação com outros agravos e da possibilidade de suspeição do diagnóstico, mesmo este sendo especialmente difícil no início da doença (Sveinbjornsdottir, 2016).

Quadro 11: Características pessoais relacionadas a Doença de Parkinson

PART	RESP.	TEMPO DIAG.	OUTRAS DOENÇAS	USO DE SUBST.	ACOMP. PROF.	SINTOMAS	MEDICAMENTOS	TRAT. ADICIONAIS
P01	Filho	6 anos	- HAS, Cardiopatia - DM	Não	- Clínico - Neuro	Tremor, Rigidez, Dores, Cãibras, Marcha arrastada, Inclinação de postura, Bradicinesia,	- Rasagilina - Pregabalina	- Ativ. de lazer

P02	Sozinho	25 anos	-----	- Álcool. - Cigarro	- Neuro	Tremor, Rigidez, Dor, Marcha arrastada, Inclinação de postura, Bradicinesia.	- Levodopa 100/25 - Amantadina 100 mg - Pramipexol 1g	- Ativ. de lazer
P03	Filha	11 anos	-----	-----	- Neuro - Enfermeiro - Nutric. - Fisio - Urol. - Ed. Físico	Tremor, Rigidez, Dor, Cãibras, Marcha arrastada, Inclinação de postura, Bradicinesia, Queda, Engasgos	- Levodopa 100/25 - Amantadina 100 mg - Pramipexol 1g	- Religioso - Ativ. Lazer - Ativ. Física
P04	Esposa	3 anos	-----	-----	- Neuro - Clínico - Urologista	Tremor, Rigidez, Marcha arrastada, Inclinação de postura, Bradicinesia	- Levodopa 100/25	- Ativ. Lazer
P05	cunhada	3 anos	- HAS - Depressão - Ansiedade - Insônia	-----	- Neuro - Clínico - Nutric. - Fisio - Urol. - Psicólogo - Psiquiatra	Tremor, Rigidez, Dor, Cefaleia, Marcha arrastada, Inclinação de postura, Insônia	- Levodopa 100/25 - Pramipexol 0,25 mg	- Terapia psicológica. - Ativ. Física - Ativ. Lazer
P06	Filha	5 anos	-----	-----	- Clínico - Fisio	Tremor, Rigidez, Dor, Cãibras, Marcha arrastada, Inclinação de postura, Bradicinesia, Quedas, Insônia, Engasgos	- Levodopa 100/25	-----
P07	Filha	11 anos	-----	-----	- Neuro - Clínico - Fisio	Tremor, Rigidez, Dor, Marcha arrastada, Inclinação de postura, Bradicinesia, Quedas, Insônia, Engasgos	- Levodopa 100/25 - Amantadina 100 mg - Pramipexol 0,25 mg	- Religioso - Ativ. Física - Ativ. Lazer
P08	Filha	3 anos	- HAS - DM	-----	- Neuro - Clínico - Fisio	Tremor, Rigidez, Dor, Marcha arrastada, Inclinação de postura, Bradicinesia	- Levodopa 100/25	- Ativ. Física - Ativ. Lazer
P09	Esposa	21 anos	- HAS - Cardiopatia - DM - Doença	-----	- Neuro - Nutric. - Fono - Fisio	Tremor, Rigidez, Dor, Cefaleia Marcha	- Levodopa 100/25 - Quetiapina	- Terapia Psic. - Ativ. Física - Ativ. Lazer

			Osteomuscul ar		- Urol. - Psicólogo - Oftalmo	arrastada, Inclinação de postura, Bradicinesia, Quedas, Insônia, Engasgos		
P10	Filho	5 anos	- Depressão - Ansiedade - Insônia	-----	- Neuro - Fisio - Psicólogo	Tremor, Rigidez, Cefaleia Marcha arrastada, Inclinação de postura, Bradicinesia, Insônia	- Pramipexol 0,750 mg	- Terapia Psic.
P11	Filho	16 anos	-----	-----	- Neuro - Clínico - Urol.	Tremor, Rigidez, Marcha arrastada, Inclinação de postura, Bradicinesia.	- Levodopa 100/25 - Cannabis	- Ativ. Física - Ativ. Lazer
P12	Esposa	4 anos	- HAS - DM	-----	- Neuro - Clínico	Tremor Rigidez Marcha arrastada Inclinação de Postura Insônia	- Levodopa 100/25	- Ativ. Física - Ativ. Lazer
P13	Esposa	4 anos	- HAS - DM - Insônia	-----	- Neuro - Clínico - Fisio	Tremor Rigidez Marcha arrastada Inclinação de Postura Insônia	- Levodopa 100/25	- Ativ. Lazer

Fonte: elaborado pela própria autora, 2024.

Dommershuijsen (2020) infere que a expectativa de vida de pessoas com diagnóstico de DP é menor do que em relação a pessoas idosas sem a doença, não pela patologia em si que não leva à morte, mas devido a presença de suas manifestações clínicas que podem acarretar complicações como quedas, engasgos, desmaios, alucinações, distúrbios psicológicos, entre outros.

No quadro acima, é possível notar que as comorbidades referidas além do Parkinson se concentraram em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, porém agravos psicológicos como Insônia, Depressão e Ansiedade também foram citadas, o que correlaciona a DP com o desenvolvimento de transtornos de base psicológica que prejudicam a qualidade de vida destas pessoas.

Os sintomas depressivos consistem nas manifestações clínicas não motoras mais

comuns entre as pessoas com DP, contudo, de acordo com Quevedo, Nardi e Silva (2013) a Depressão é um diagnóstico complexo dentro do Parkinson, pois os sintomas de ambas (alterações no sono e apetite, perda de peso, perda de interesse e concentração, comprometimento da memória e redução da libido) podem se sobrepor dificultando diferenciar de onde surgiram.

A ansiedade também se caracteriza por sintoma emocional muito comum em parkinsonianos, chegando a possuir uma prevalência de 31%, ocorrendo principalmente por conta da flutuação motora que a doença impõe (Broen *et al.*, 2016; Yamanishi *et al.*, 2013). Da mesma forma, os transtornos do sono configuram-se como relevantes e desafiadores, acometendo em média 70 a 80% das pessoas com Parkinson, se tornando mais frequentes nas etapas mais avançadas da patologia, implicando em impactos negativos no que diz respeito a qualidade de vida (Reich; Savitt, 2018).

Quanto ao uso de substâncias psicoativas, apenas 1 pessoa referiu fazer uso de bebidas alcoólicas e cigarros. De acordo com estudo publicado na revista PLOS Medicine, Topiwala *et al.* (2022) referem que o consumo de álcool com frequência está associado a níveis mais elevados de ferro no cérebro, no gânglio basal, região responsável por coordenação dos movimentos motores, aprendizagem processual, movimento ocular, cognição, emoção, entre outros, o que pode ocasionar declínio na função cognitiva destas pessoas.

Em relação ao uso do cigarro, estudos já relatam que substâncias presentes nele, como a nicotina, podem trazer efeitos benéficos para a DP, agindo como um neuroprotetor, o caracterizando como opção terapêutica viável e comprovada. No entanto, ainda segundo os autores (Vieira; Gondim; Arantes, 2020), é necessário mais empreendimento nas pesquisas que se referem à especificidade dos fármacos responsáveis pela ativação dos receptores nicotínicos, pois os já testados, apesar de reduzirem a sintomatologia da DP, ainda causam efeitos adversos como toxicidade cardiovascular, vômitos, convulsões e hipotermia.

Sobre o acompanhamento profissional, o neurologista foi a categoria profissional mais citada, seguida por fisioterapeuta e médico clínico. De acordo com os discursos dos participantes, o neurologista, é um profissional especialista, geralmente da Rede do Município com a função de acompanhá-los e atendê-los com uma periodicidade predeterminada no intuito de avaliar o estado geral diante da doença, observar a evolução da DP, corrigir dosagens dos medicamentos ou modificar os fármacos em uso e realizar orientações. Apenas 2 participantes referiram acompanhamento com o neurologista e equipe multidisciplinar em um Hospital de grande porte em Salvador/Bahia, que realiza a reabilitação de pessoas com lesões neurológicas adquiridas ou congênitas, entre elas, o Parkinson.

A atuação da equipe multidisciplinar junto as pessoas com a DP, contribui de forma significativa para a melhora da qualidade de vida e para a motivação na continuidade no tratamento. Além disso, ela também é responsável por direcionar um plano de cuidados especializados para cada pessoa, o que favorece a busca pela independência e proporciona orientações e suporte constante às suas terapias farmacológicas (Nascimento; Barros; Nogueira, 2013).

No tocante aos sintomas que possuem, os mais referidos foram presença de tremor, rigidez, marcha arrastada e inclinação de postura, além destes, secundariamente, dor e bradicinesia. Pôde-se perceber que os sintomas referidos pelas pessoas idosas com Parkinson, estão entrelaçados entre si, onde, em alguns casos, uns geram os outros ou agravam sua intensidade: rigidez – dor – dificuldades na marcha - queda; bradicinesia – instabilidade postural – queda; tremor – cansaço muscular – dor – câibras, dentre outros.

Sveinbjornsdottir (2016) e Spagnol (2020) aludem que a manifestações motoras mais comuns na DP são a bradicinesia que na maioria dos casos tem início unilateral, ocasionando instabilidade postural; a rigidez que provoca a inexistência de alguns movimentos da marcha o que pode resultar passos curtos e próximos ao chão desencadeando quedas, além da mudança de postura e dores corporais pela tensão muscular; a distonia, que são as contrações musculares involuntárias (repetidas ou intermitentes) que originam dor e desconforto, além do agravamento dos sintomas motores; e os tremores de descanso, movimentos rítmicos com a pessoa em repouso que afetam principalmente as mãos, mas também podem estar presentes em membros inferiores e mandíbula.

Quanto aos medicamentos mais utilizados pelos participantes do estudo, a levodopa foi o mais citado, sendo que 10 pessoas fazem seu uso, perfazendo um total de 77% dos integrantes do estudo. Logo após a levodopa, vem o Pramipexol (38%) e a Amantadina (23%) e as menos citadas estão a Rasagilina, Pregabalina e *Cannabis*, todas com apenas (7%).

A adesão à terapia medicamentosa é o principal determinante para a efetividade do tratamento da Doença de Parkinson, uma vez que é o principal meio para o controle dos sinais e sintomas, já que os fármacos prescritos têm função de aumentar a atividade dopaminérgica nos gânglios da base, reduzindo a ocorrência das manifestações da patologia (Marchi *et al.*, 2013).

Neste âmbito, a levodopa, droga precursora de dopamina, não é apenas na atualidade o medicamento mais prescrito, como também foi a droga que revolucionou, na década de 80, ao seu surgimento, o tratamento da DP (Craig, Stitzel, 2012). Na época, pessoas que se encontravam seriamente debilitadas pelos sinais e sintomas da doença conseguiram êxito em

sua mobilidade, com o início do uso do novo medicamento divulgado. Desde então passou a ser a droga de primeira escolha na maioria dos casos (Abbasi *et al.*, 2020). Entretanto, de acordo com os mesmos autores, seu uso prolongado causa efeitos colaterais desconfortáveis como intolerância gastrointestinal, hipotensão ortostática, alterações psiquiátricas e flutuações do rendimento motor (estados *on* e *off*), o que gera certa intolerância a algumas pessoas, que além dos efeitos da patologia, também sofrem com os efeitos da medicação. Mesmo diante do surgimento de outras opções de drogas, a levodopa permanece até hoje como a mais eficaz e mais vendida para o combate às manifestações clínicas do Parkinson.

Já o uso do pramipexol, por exemplo, agonista dopaminérgico não ergolítico, traz grandes benefícios, quando utilizado como medicação auxiliar a levodopa, entretanto, é uma droga que pode adiantar o desenvolvimento das discinesias, além de provocar o agravamento dos sintomas psicóticos (Werneck, 2010).

A amantadina, droga que inibe a captação de dopamina na fenda sináptica, possui potência menor que a levodopa e é utilizada geralmente para controle das complicações motoras da Doença de Parkinson. Estudos recentes demonstram que essa droga, consegue reduzir a ocorrência das discinesias provocadas pela levodopa (Ory-Magne, 2014), ou seja, em circunstâncias em que a bradicinesia e rigidez são os principais problemas, mas não incapacitam a pessoa, este medicamento pode se caracterizar como uma opção terapêutica extremamente útil. Em relação aos seus efeitos colaterais mais frequentes, se encontram sintomas gastrointestinais, distúrbios do sono, nervosismo, alucinações e confusão mental, essencialmente em pacientes idosos ou com comprometimento cognitivo (Rascol, 2021).

Sobre a introdução do canabidiol à terapia da Doença de Parkinson, esta ocorreu na tentativa de reduzir tanto os efeitos motores (tremores e rigidez) quanto não motores (transtornos psicóticos, do humor e do sono), assim como os efeitos adversos provocados pelos outros medicamentos. Palhares (2019) traz que na planta *Cannabis sativa* estão presentes substâncias como o canabidiol (CBD), o Δ 8-THC (Delta-8-THC) e o tetraidrocanabinol Δ 9-THC (Delta-9-THC). Estudos recentes sugerem que esses canabinóides podem possuir um grande valor terapêutico no tratamento de diversas doenças, inclusive no Parkinson, uma vez que, a terapia com as drogas usuais, possuem muitos efeitos adversos a longo prazo, além de perderem sua eficácia com o tempo, sendo necessário a modificação para tratamentos alternativos (Filho; Romanini; Pyrich, 2019).

Todavia, o desenvolvimento de estudos, acerca do uso do CDB à terapêutica da DP, existe apenas a alguns poucos anos e tem sido desenvolvido e aprofundado no intuito de criar uma forma de combate à doença, de maneira mais eficaz e barata, mas até o momento, ainda

existe muita burocracia e custos elevados que rodeiam o seu uso, não tornando a substância de fácil acesso (Martins, 2021). Porém, já é possível perceber que o canabidiol tem se mostrado eficiente e não aparenta ter todos os efeitos colaterais negativos dos medicamentos até então utilizados, conseguindo reduzir inflamações no cérebro, minimizar sinais e sintomas de doenças e transtornos neurológicos como Parkinson, Alzheimer, Esclerose Múltipla, epilepsias, isquemias, ansiedades, psicoses, quadros antitumorais e antiasmáticos (Sedola, 2015), tendo ainda propriedades analgésicas, antieméticas, antiespasmódicas, sedativa, tônica, dentre outras (Sousa; Costa; Costa, 2021).

Independentemente do medicamento utilizado no combate às manifestações clínicas do Parkinson, pode-se inferir que regimes terapêuticos complexos diminuem a adesão das pessoas à terapia, devido principalmente ao número de drogas e aos múltiplos horários de uso durante o dia. Por esta razão é preciso um acompanhamento de perto por uma equipe de profissionais que oriente, notadamente a pessoa idosa e esteja atenta aos efeitos das drogas usadas, para possíveis ajustes ou substituições quando necessário e por familiares/cuidadores para oferecerem apoio, atenção e suporte (Tavares *et al.*, 2016; Menditto *et al.*, 2020).

Referente ao item tratamentos adicionais realizados pelos participantes do estudo, as opções mais citadas foram as atividades de lazer (84%) com idas à praia, passeio a casa de parentes ou amigos, pequenas viagens, jogos de carta e dominó, seguidas das atividades físicas (54%) que se restringiram a realização de pilates, caminhadas e nadar na praia. O cuidado psicológico é feito por uma minoria (23%) com periodicidade regulada pelo profissional que os acompanha e tem por intuito tentar manter um bom quadro emocional diante das manifestações clínicas da DP.

O acompanhamento psicológico para pessoas com Parkinson é essencial, para a sua aceitação acerca da patologia. Para Corrêa (2012, p. 129), o profissional tem por objetivo “[...] possibilitar aos idosos sentidos para suas experiências de vida e a ferramenta da velhice sob a ótica psíquica [...]”. Além disso, o autor ainda a forma que o psicólogo é o profissional capaz de reduzir as consequências originárias da doença, do uso dos medicamentos e das mudanças familiares e sociais oriundas do desenvolvimento e agravamento do Parkinson, dentro dos aspectos capitalista, individualista e curativista da saúde moderna.

Concernente a religiosidade, foi a forma de cuidado adicional menos referida pelos participantes (15%) nesta pesquisa, dado que se aproxima do estudo de McNamara *et al.* (2006) que em sua investigação, referiram que as pessoas com DP possuem menos interesse em religião, apresentando baixos escores de religiosidade e espiritualidade, enquanto pessoas controles da mesma faixa etária sem a doença mantém escores mais elevados, concluindo assim

que a disfunção dopaminérgica em circuitos pré frontais de pessoas poderia explicar a falta de motivação para aspectos religiosos na DP. Da mesma forma Butler *et al.* (2011), relatam que pessoas com DP, participam significativamente menos de práticas espirituais individuais e tendem a não aceitar perdões divinos.

Porém, por conta da deterioração progressiva gerada pela DP, as pessoas passam a necessitar cada vez mais de assistência na realização de atividades de vida diária, tornando-se pouco a pouco mais dependentes, fato que interfere diretamente no seu bem-estar e qualidade de vida e no de seus cuidadores, produzindo um impacto financeiro, social e emocional, além de estimular o agravamento da doença. Nesse ponto, a intervenção da religiosidade no auxílio a melhor compreensão e aceitação da Doença pode ser um recurso importante de modo a evitar impactos emocionais exacerbados ou mesmo comportamentos de risco da pessoa afetada. Conforme Coin *et al.* (2010), exercer a religiosidade em casos de doenças crônicas correlaciona-se a menor declínio cognitivo e comportamental, causando menor impacto aos cuidadores.

Analisa-se, a partir dos estudos mencionados, o quanto se faz fundamental a realização, por parte da pessoa idosa com Parkinson, de atividades que lhes satisfaçam, já que estas podem ser facilitadoras da convivência com a doença, colaborar no enfrentamento de suas incapacidades, melhorar sua qualidade de vida e de seus respectivos cuidadores, possibilitando um menor sofrimento espiritual.

Após a finalização da apresentação dos dados sociodemográficos e pessoais dos participantes, passaremos à análise das questões abertas da Entrevista Semiestruturada. No que tange o tratamento dos dados à luz de Bardin nas perguntas abertas da Entrevista Semiestruturada, foi realizada a análise do conteúdo seguindo as três fases propostas pela autora.

Inicialmente na fase de pré-análise, todo o material, após transcrição das falas dos participantes, foi organizado em um quadro (**APÊNDICE J**). A partir deste ponto, na fase de exploração do material, foi confeccionado novo quadro com três colunas, desta vez contendo não apenas as falas, como os trechos mais significativos destas (Unidades de Contexto) e a sugestão de temáticas dos trechos retirados (Unidades de Registro) (**APÊNDICE L**). Seguiu-se esse processo por intermédio da leitura exaustiva do conteúdo para se conseguir assimilar a mensagem através das alocações dos participantes de pesquisa.

Desse ponto, ocorreu o tratamento dos dados, onde se confeccionou 4 quadros por questões de estudo (questão 21, 22, 23 e 24), trazendo em cada um deles, as Unidades de Registro encontradas, que foram pintadas com cores semelhantes para temáticas semelhantes,

o que favoreceu o surgimento das categorias de pesquisa,

Cabe ressaltar que tais etapas abarcam diversos simbolismos que necessitaram ser decodificados e reconhecidos pela pesquisadora com esforço para desvendá-los. Segundo Bardin (2016) a análise contextual e histórica dos participantes é de grande valia durante este processo de interpretação de suas falas, além do uso da criatividade, intuição e crítica de modo a tentar conseguir atingir a subjetividade oculta nas entrelinhas.

Diante deste contexto teórico, apresenta-se a seguir os quadros das Unidades de Registro por questão de pesquisa com as seguintes categorias originadas: **1)** Modificações das condições físicas e emocionais, e uso de recursos para enfrentamento da doença; **2)** Realização das AVD com oscilação entre condições de independência e dependência; **3)** Relações familiares e de amizade preservadas e alteradas frente ao adoecimento; e **4)** Possibilidades de melhorias para o Enfrentamento da doença depende da evolução tecnológica, organização dos serviços públicos e preservação da independência e autonomia

Para garantir a maior visibilidade e compreensão do processo de formação das categorias, este movimento se realizou separadamente, por questões de pesquisa propostas.

4.1.1 CATEGORIZAÇÃO

O quadro, na próxima página, responde à pergunta número 21: “Me conta como você se sente no seu dia a dia física e emocionalmente depois da DP?” Nele estão contidas todas as Unidades de Registros identificadas dos 13 participantes para esta pergunta. Ao final, com leitura atenta e visão crítica, se constatou a presença de duas categorias, descritas a seguir, conforme os relatos das pessoas idosas com Parkinson.

Quadro 12: Unidades de Registro - Questão de Pesquisa nº 21- Pessoas Idosas com Parkinson

21. ME CONTA COMO VOCÊ SE SENTE NO SEU DIA-A-DIA FÍSICA E EMOCIONALMENTE DEPOIS DA DP? (HUMOR, DISPOSIÇÃO, PENSAMENTOS E ATITUDES)?
Modificação das condições físicas: contraste temporal (passado e presente)
Impacto emocional: tristeza pela debilidade física
Religiosidade como busca para o equilíbrio emocional
Modificação das condições físicas: contraste temporal (passado e presente)
Impacto emocional: humor alterado
Religiosidade como instrumento para força interior
Impacto emocional da doença: sensação de inutilidade
Resistência e força
Contraste temporal: modificações nas condições físicas
Impacto emocional da doença: medo ou insegurança de relacionar-se
Impacto emocional: pensamentos negativos, ideias suicidas e depressão
Presença de fé como meio de recuperação emocional
Impacto emocional: variação de bem-estar, pensamentos negativos
Limitação física: fala de disposição, debilidade corporal devido a doença
Impacto emocional: humor alterado
Limitação física: tremores, falta de firmeza
Modificação das condições físicas: contraste temporal (passado e presente)
Impacto emocional da doença: tristeza, pensamentos sobre a morte
Resistência e força
Impacto emocional: mudança comportamental frente condição atual, choro fácil
Resistência e autossuficiência
Modificação das condições físicas: redução da agilidade, cansaço físico
Impacto emocional: tristeza, humor alterado
Impacto emocional: alterações de humor, irritabilidade
Sem alterações
Impacto emocional: dependência, limitações da doença, culpabilidade, alterações nas relações família



Modificações das condições físicas e emocionais, e uso de recursos para enfrentamento da doença

Fonte: elaborado pela própria autora, 2024.

Através do quadro, pôde-se observar que duas situações distintas interferem em como as pessoas idosas com DP se sentem diante de suas manifestações clínicas, sendo relatado como influenciadores nesse processo, as modificações físicas e psicológicas que se acentuam ao longo do desenvolvimento da patologia, assim como, a resiliência por meio da religiosidade, fé e resistência.

4.1.1.1 Modificações das condições físicas e emocionais, e uso de recursos para enfrentamento da doença.

No que diz respeito às questões corporais, uma parcela significativa dos participantes referiu um grande contraste temporal quando mencionaram suas condições físicas no passado e no presente pós diagnóstico e evolução da patologia, fato gerador de frustração e incômodo, por perceberem os impactos das manifestações clínicas em suas vidas. Os fragmentos dos discursos abaixo demonstram as mudanças após o adoecimento:

“Eu me sinto assim [...] um pouco triste, porque a minha infância eu tinha muita atividade e hoje eu me vejo debilitado [...] não posso pegar uma vassoura para varrer um bairro, não posso fazer nada [...] é aquela indisposição.” (P1)

“É [...] antes eu gostava de sair, já hoje, de uns tempos pra cá, com essa doença, me tirou esse tipo de vontade.” “Mas devido aos sintomas da doença é complicado.” (P2)

“Isso é difícil pra um ser humano que trabalhava e fazia tudo, sabe?” (P3)

Não tenho disposição. Eu quero fazer, mas não consigo ficar em pé.” (P6)

“Eu não tô me sentindo igual como me sentia antes. Hoje eu tô sentindo muito problema pra vestir uma calça, pra vestir um short, por causa desse meu braço, aí não tô me sentindo muito bem não.” (P8)

“Me sinto muito mal, porque antes do Parkinson eu era uma pessoa ativa e agora não sou mais ágil, fico muito triste por causa da Doença também. Sinto muito cansaço físico.” (P10)

A DP é de ordem progressiva, crônica e altamente incapacitante. Geralmente acometendo pessoas idosas, interferindo em suas capacidades de realizarem atividades de vida diária devido às manifestações clínicas que apresentam que restringem ou dificultam os movimentos e a coordenação motora: tremores em repouso, rigidez de articulações, instabilidade postural, ausência de expressão facial, alterações no timbre da voz, dificuldades para deglutição, o que ocasiona os engasgos, marcha arrastada e com passos curtos, bradicinesia, fala monótona, microfagia dentre outros (Filippin, *et al.*, 2014):

Para além de sinais e sintomas clínicos, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) classifica o conceito de incapacidade como a falta ou redução da capacidade de realizar uma atividade de forma normal, devido a uma deficiência que provoca o comprometimento na condição apresentada pela pessoa, instaurando a limitação de suas atividades e restringindo sua participação social (OMS, 2020).

Com isso, Monteiro *et al.* (2014) afirmam que, sujeitos com DP tendem a ter maiores níveis de incapacidade quando comparados a indivíduos com outras patologias neurológicas.

Todos estes sinais inerentes à doença fazem com que a pessoa com Parkinson faça modificações nas suas rotinas, como meio de se adaptar à nova vida para conviver com as novas condições físicas impostas pela patologia. Entretanto, é nesse momento que muitas pessoas podem desenvolver resistências e outras negações pelo diagnóstico dado, podendo se instalar um intenso sofrimento emocional gerado pela possível trajetória da perda de autonomia, independência, comprometimento da qualidade de vida, isolamento e exclusão social.

Para alguns participantes, conforme os discursos abaixo, é evidente que os impactos psicológicos, são os que mais os afetam, trazendo oscilações de humor, presença de pensamentos negativos e mal-estar:

“Bom eu me sinto inútil, mas eu não me abato, eu luto contra ela. Eu sei que eu não vou ficar boa., mas eu luto contra ela, não me abato, mas eu me sinto inútil.” (P3)

“Eu fiquei um pouco assim, com receio de me relacionar com outras pessoas, me resguardei mais um pouquinho. Eu fiquei evitando ter contato com muitas pessoas.” (P4)

“Só tem horas que fico pensando muita besteira, e de primeira eu não pensava, só pensava em ficar rico. Se eu não tivesse orando muito, eu já tinha feito uma besteira comigo mesmo.” (P5)

“Eu tô bem, mas tem horas que eu fico ruim ...Os pensamentos são negativos porque tem horas que eu penso assim: eu acho que eu não vou ficar boa não. Oh meu Deus...” (P6)

“Eu sinto aquela tristeza de não ser como era antes, que eu sentia muita vontade de trabalhar e até hoje ainda sinto, mas que por causa da Doença, não tô podendo mais fazer as coisas”. (P8)

“Eu sou brincalhão, gosto de levar a vida na brincadeira, mas com essa Doença, não dá não, viu! Eu não posso mais fazer atividade, aí dá uma tristeza danada.” (P9)

“Diminui um pouco porque a deficiência de alcançar as coisas, de depender dos outros, tudo isso me afeta eu perdi a vontade de fazer as coisas, de cuidar de mim, dos meus dentes” (P13)

Rodrigues *et al.* (2014), afirmam que as implicações físico-mental, emocional, social e econômica associada às manifestações clínicas e às complicações secundárias da DP interferem no nível de incapacidade da pessoa e podem atuar negativamente no seu bem-estar, levando-o ao isolamento e à pouca participação na vida social.

Alguns estudos afirmam que quanto menor for o estágio da doença, maior será seu impacto na qualidade de vida do paciente, já que se trata de uma doença incurável e progressiva, que leva a reflexão acerca do reconhecimento da irreversibilidade de seus diagnósticos, acarretando grande peso psicológico, que vai muito além dos transtornos físicos que progridem a cada dia (Valcarengi *et al.* (2018).

Os resultados emergentes dos discursos dos participantes desse estudo indicam que eles apresentam algum grau de incapacidade, seja ela física ou psicológica ou ambas, principalmente nos domínios de atividades de vida diária e participação social. Os participantes da pesquisa em questão tiveram o estadiamento da DP, em sua grande maioria, classificados de leve a moderado. Fatores como tempo de diagnóstico, intensidade dos sintomas, medo de cair, isolamento social para evitar exposições, sentimento de inutilidade, resistência a dependência se mostraram estar associados diretamente ao sentimento de incapacidade.

Desse modo, pode-se constatar que, como forma de evitar ou reduzir estes sentimentos e pensamentos, o estabelecimento de uma boa rede de apoio a estas pessoas idosas, é primordial para o encorajamento dos mesmos à autonomia e manutenção das relações sociais, além do acompanhamento de equipe multiprofissional que realize orientações e o estabelecimento de ações preventivas que minimizem seus riscos.

Em outra vertente, outros participantes compreendem seja através da religiosidade e fé um meio de recuperação emocional, seja através do sentimento de autossuficiência que revela o quanto para alguns, no dia a dia, é importante, diante da doença incurável que possuem, permanecerem independentes para continuarem usufruindo da liberdade e autonomia que ainda possuem. Os trechos dos discursos a seguir, revelam tais percepções:

“Agora, olho pra mim e agradeço a Deus, porque tenho muita fé em Deus, porque espero que ele me mande uma bênção futura” (P1)

“Eu tenho toda a liberdade pra sair, tenho um pouco de condição[...] eu falo financeira, mas não adianta, me tirou o humor das coisas, mas não tirou totalmente, porque eu tenho fé. [...] quem tem fé em Deus, não cai.” (P2)

“Eu sei que eu não vou ficar boa., mas eu luto contra ela, não me abato, mas eu me sinto inútil.” (P3)

“Mas tirando isso, tá tudo bem, graças a Deus. Deus é maravilhoso e fez eu dar a volta por cima.” (P5)

“Às vezes tô sentindo alguma dor e não gosto de transmitir para as pessoas, não. Não gosto que as pessoas fiquem com pena de mim não.” (P9)

A literatura específica uma diversidade de intervenções não farmacológicas capazes de colaborar nos efeitos positivos para a qualidade de vida de pessoas com Parkinson, a exemplo das práticas integrativas, seja para promover a continuidade do movimento do corpo ou para relaxamento (dança, yoga, acupuntura, reflexologia, terapia musical, caminhada nórdica), fisioterapia, religião, vida social, terapias de grupo, dentre outras. Todas estas opções desempenham boas contribuições na melhoria dos sintomas motores e cognitivos da DP, possibilitando à pessoa melhores respostas no âmbito de sua adaptação diante do enfrentamento da doença (Ahn *et al.* 2017).

Todavia, Abbruzzese (2016), enfatiza que nenhuma das intervenções atualmente disponíveis, sozinhas ou combinadas, farmacológicas, abstratas ou corporais, consegue ofertar uma estratégia inteiramente satisfatória para a assistência à pessoa com a DP, uma vez que pelas suas características, irremediável e neurodegenerativa progressiva, por si só, já provoca grandes impactos psicológicos à pessoa e a sua família, por terem que conviver com o diagnóstico e prognóstico imutáveis.

No planejamento de ações voltadas às pessoas idosas, principalmente naquelas com doenças crônicas, é necessário conhecer o perfil de saúde dessa população, para assim traçar ações que minimizem seus desconfortos, físico e emocional, frente ao estado funcional senil, incentivar a criação de políticas públicas eficientes e estabelecer intervenções terapêuticas que os proporcione uma melhor qualidade de vida (Leonardo-França; Murta, 2014).

No contexto da religião, vários estudos sobre envelhecimento e saúde avaliam o resultado protetor das crenças e práticas religiosas/espirituais, confirmando uma correlação positiva destas com a manutenção da saúde física e mental e consequentemente a qualidade de vida (OMS, 2015). Tem sido observado que estas práticas conseguem auxiliar a pessoa idosa a suportar os problemas e a fazer lidar melhor com suas perdas e lutas diárias. Além disso, o contato com o divino é importante, pois traz segurança e dá conforto espiritual (Moraes, 2007).

Segundo Koenig (2011), a religiosidade é conceituada como o grau em que o indivíduo acredita, segue e pratica uma religião. As motivações que levam a pessoa idosa a praticar a religiosidade e a fé, possuem diversas e distintas razões, entre elas, a busca da compreensão por questões existenciais, a exploração por conexões com algo além da vida, a consolidação de redes de apoio através da convivência com outras pessoas, o alcance de maior conforto emocional e transformação pessoal. Independente do pretexto, a prática religiosa está muitas vezes ligada a tentativa do indivíduo de responder às necessidades humanas, de buscar conexões, sentido e direção, servindo de meio para atitudes saudáveis, diminuição de tensões

Para Ribeiro *et al.* (2017) pertencer a uma religião e valorizá-la exprime importante

dispositivo de apoio para as pessoas idosas no combate aos seus problemas diários, favorecendo uma maior satisfação com a vida e menos sentimento de desamparo e desesperança, devido aos múltiplos desafios, dentre eles, as modificações fisiológicas próprias do envelhecimento. Dessa forma se pode concluir que a religião é capaz de afetar positivamente a saúde física e mental destas pessoas, já que por meio dela, conseguem alcançar um conforto emocional, com redução da ansiedade e do medo, servem para formação de redes de apoio social estimulam a interação, o diálogo e as trocas, favorecem melhores respostas do organismo quando doente e estimulam o autocuidado, dando assim um suporte imensurável em suas trajetórias.

Em se tratando da autonomia como forma de recurso para enfrentamento da doença, esta, se configura para as pessoas idosas com Parkinson como a capacidade de “ainda” conseguir governar-se, de não depender de alguém ou mesmo de estar sob controle de sua própria vida e dignidade. É observado no discurso de alguns participantes que, mesmo diante das dificuldades e limitações físicas impostas pela patologia principalmente devido aos tremores e a rigidez, preferem aguardar um melhor momento para realizar suas AVD, a ter que pedir o favor ou incomodar um familiar. Isso demonstra a importância da autonomia e independência para estas pessoas, já que estão diante de uma doença irreversível e precisam encontrar formas de adaptação para conviver com ela.

Conforme Paiva *et al.*, (2015) a autonomia possui grande influência sobre a qualidade de vida da população em geral, essencialmente das pessoas idosas, pois se configura um direito do ser humano, possibilitando-o administrá-la da forma independente e a sua melhor maneira. Na conjuntura do envelhecimento, quando a autonomia não é garantida a essa pessoa, isso pode provocar impactos no seu bem-estar, já que pode levar a ações impositivas, quebra das relações sociais e familiares, diminuição das atividades diárias, e repercussões psicológicas severas, trazendo profundos desafios no estabelecimento da dinâmica diária deste público, como sentimento de inutilidade, depressão, ansiedade, sentimento de perda de controle, agressividade, isolamento, baixa autoestima e declínio cognitivo.

Ansai e Sera (2013) conceituam autonomia como um processo de poder agir livremente conforme suas vontades, incorporando parâmetros comportamentais, de decisões e tomada de ação, mesmo frente a algum grau de dependência física. O fortalecimento e incentivo da manutenção pela autonomia deste público para a OMS (2005) é um dos principais pontos norteadores da política “Envelhecimento Ativo”, a qual tem por intuito, dentre diversas ações, a promoção da saúde e bem-estar da pessoa idosa, através do incentivo a tomada de decisão, estímulo a realização de suas tarefas cotidianas, reforçando assim a sensação de utilidade, promoção da autoestima e a dignidade, além de criação de ambientes favoráveis e seguros que

sejam acessíveis e permitam a sua mobilidade.

Em suma, resta evidente, o quanto o fator “autonomia” pode fazer diferença na vida de pessoas idosas com Parkinson, possibilitando a estes um senso de controle sobre suas próprias vidas, mesmo diante das transformações físicas, sociais e psicológicas associados não apenas ao envelhecimento como a patologia. Cabe assim aos profissionais e familiares, respeitarem a história e individualidade da pessoa idosa com Parkinson, reconhecendo-o ser ativo e capaz, garantindo desse modo seu protagonismo e contribuindo para que vivam com independência, dignidade e felicidade.

Após discutir-se as categorias emergentes da primeira questão, apresenta-se o segundo quadro abaixo com as UR originadas da questão 22: “Me conta quais atividades de vida diária você realiza sozinho e quais têm maior dificuldade?”

Quadro 13: Unidades de Registro - Questão de Pesquisa nº 22 - Pessoas Idosas com Parkinson

22. ME CONTA QUAIS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA VOCÊ REALIZA SOZINHO E QUAIS TEM MAIOR DIFICULDADE? (BANHO, HIGIENE ÍNTIMA E ORAL, VESTIR-SE, ALIMENTAR-SE, CAMINHAR, DORMIR)?
Condição de independência: realização das AVD com cautela
Condição de independência: realização das AVD com cautela
Condição de independência: realização das AVD com cautela
Condição de independência
Condição de independência
Condição de dependência elevada
Condição de independência: preferência pela manutenção da autonomia
Condição de independência
Aceitação de ajuda
Condição de independência
Aceitação de ajuda
Condição de independência
Condição de independência
Condição de independência
Condição de dependência leve-moderada
Aceitação de ajuda



CATEGORIAS

Realização das AVD com oscilação entre condições de independência e dependência

Fonte: elaborado pela própria autora, 2024.

A partir do quadro, evidencia-se a Categoria Realização das AVD com oscilação entre condições de independência e dependência, demonstrando que entre os participantes existiram situações bem singulares que permearam estas duas condições, onde fica evidente a percepção de graus de autonomia para algumas pessoas idosas com Parkinson ou de necessidade de auxílio mais acentuada por outros, conforme as discussões a seguir.

4.1.1.2 Realização das AVD com oscilação entre condições de independência e dependência

Os resultados desse estudo apontam que as pessoas idosas com Parkinson transitam no seu dia a dia pelas condições de independência e de dependência, num exercício constante pela manutenção da sua autonomia.

Bouça-Machado *et al.* (2018) referem que o Parkinson cria consequências nas Atividades de Vida Diária (AVDs) das pessoas acometidas pelo agravo por trazer, principalmente, déficits de marcha e de perda de equilíbrio, dificultando o desenvolvimento destes afazeres.

De acordo com Veras (2015), à medida que a quantidade de pessoas idosas aumenta, a prevalência e a incidência de doenças crônico-degenerativas crescem significativamente. De forma geral, entre os problemas comuns advindos com o avançar da idade aparece o declínio cognitivo e a dependência nas atividades funcionais. Entre as doenças crônicas que podem surgir com a senilidade, o Parkinson é um dos agravos que acarretam condições que afetam diretamente a autonomia e a qualidade de vida do indivíduo por dificultarem a realização de tarefas básicas e simples do dia a dia, como alimentar-se, vestir-se, fazer a higiene pessoal, locomover-se e banhar-se.

A partir dos relatos, por um lado, pôde-se observar a importância para a pessoa idosa de ter controle sobre estas atividades, pois impactos emocionais e físicos são ocasionados pelas transformações do Parkinson em suas vidas. Nos fragmentos abaixo, observa-se três situações que chamam atenção. A primeira diz respeito às precauções nas ações desenvolvidas, demonstrando que, mesmo dentro da independência verbalizada pelos participantes, existe a consciência do “agir com cautela”, utilizando-se de recursos necessários de maneira a preservarem esta condição e não perderem a liberdade e autonomia que possuem:

“[...] mas assim eu tomo meu banho sozinho, me alimento sozinho, me visto só[...] pra andar é preciso eu ter muito cuidado pra não levar uma queda [...] porque o banheiro lá de casa, é um piso que é preciso ter cuidado pra não escorregar [...]” (P1)

“Agora, eu faço de tudo um pouquinho, né, com cautela, principalmente na cozinha[...]” [...]eu ultimamente estou deixando de usar o garfo, eu uso a colher porque quando a gente pega um alimento pra levar até a boca, com a colher e com a tremedeira, com a colher a comida não foge muito.” (P2)

“Eu tomo banho sozinha, eu visto a roupa sozinha[...] eu faço tudo sozinha [...]. Caminho em casa mesmo perto das plantas, mas tem barra para eu segurar.” (P3)

A segunda é relativa às limitações dentro da sua condição de independência, onde alguns manifestam a detecção da necessidade de auxílio, os levando a pedir ajuda, para o desfecho de algumas atividades:

“Eu faço tudo sozinho: meu banho, visto minhas roupas sozinho. Caminhar eu caminho sozinho também sem depender [...] Só uma vez ou outra que eu dependo de uma pessoa pra ajudar a vestir minha roupa.” (P8)

“Eu tenho um pouco de dificuldade, sabe? Neris me ajuda bastante, mas não é sempre não, é de vez em quando.” Eu tomo banho só, faço as coisas tudo sozinho mesmo. Dificuldade de escovar os dentes por causa da mão direita. Mas eu consigo fazer tudo tranquilo, não tenho muita dificuldade não. Tento fazer pra me superar, porque se eu for me entregar eu tô ferrado.” (P9)

E por fim, a terceira situação que se refere a preferência da pessoa idosa em não solicitar ajuda mesmo possuindo dificuldades em alguns momentos em que as manifestações da patologia tornam o desenvolvimento de algumas tarefas mais complicado e complexo, externando a disposição de superação nestas circunstâncias:

“Todas elas, eu consigo, mas quando eu tô travado... aí quando eu tô travado eu sinto dificuldade de tomar banho, de ir no banheiro, pra levantar, pra dormir, me virar de um lado pra outro...aí eu deixo destravar pra não ficar abusando as pessoas toda hora.” (P7)

“Faço todas normais. Caminho normal, me visto normal, faço minha higiene normal, durmo normal, me viro na cama normal. Todas essas atividades. Cuido das minhas plantas, ando, caminho normal. Mesmo com dificuldade faço tudo sozinho.” (P11)

De acordo com os trechos trazidos, fica explícito que, mesmo diante da convivência com a patologia há muitos anos, estes participantes ainda conseguem apresentar extrema independência, realizando suas AVD com muita autonomia. Estes idosos passaram e passam por um processo de adaptação onde a cada novo obstáculo, criam sozinhos, ou com a ajuda de familiares, estratégias para driblar as dificuldades que vêm acompanhadas com a doença no intuito de permanecerem autossuficientes.

Mesmo frente a um envelhecimento saudável, é esperado que, a partir dos 80 anos, as

peessoas adquiram algum grau de comprometimento físico e/ou cognitivo na capacidade de realização das AVD. Segundo Pereira (2019) e Santos e Lima Junior (2014), o declínio cognitivo-funcional é inerente a idade e ocorre devido a condições preditoras genéticas, existência de comorbidades múltiplas e estilo de vida. A pessoa é considerada saudável quando é capaz de realizar suas atividades sozinha, de forma plena, mesmo que seja muito idosa ou portadora de doenças (Moraes, 2012).

Contudo, por outro lado, a dependência na realização das AVD é uma característica comum em pessoas com a DP, especialmente nos seus estágios mais avançados. Isso ocorre devido à progressão dos sintomas, especialmente os motores, que comprometem tanto as habilidades físicas quanto as cognitivas necessárias para o desempenho dessas atividades.

Compreendida como uma condição multifatorial, a capacidade funcional, importante indicador de saúde da pessoa idosa, está correlacionada a aspectos fisiológicos, sociodemográficos, epidemiológicos e comportamentais (Aguiar *et al.*, 2019). Dito isso, pode-se inferir que alguns participantes, possuem algum grau de dependência (leve - moderada ou moderada - alta) para realização de suas atividades cotidianas, necessitando por esta razão de um suporte maior dos familiares e de meios extras para conseguirem realizar as AVD. Os trechos retirados dos seus discursos explicitam a seguir esta situação:

“O banho, me vestir, ir no banheiro, faço com acompanhante [...] eu não faço nada sozinha não. Me alimento só, mas pra outras coisas não. Pra caminhar preciso de auxílio senão eu caio toda hora[...]. É meu marido que faz pra mim tudo.” (P6)

“Eu tomo banho sozinho, eu me visto sozinho. É eu me servir, ou seja, devido a dificuldade do tremor, é difícil a gente se alimentar. Tomo banho, escovo os dentes. Só não faço a barba né? Ai meu genro, que é meu anjo, que faz a barba pra mim.” (P13)

Para Silva *et al.* (2011) as alterações motoras decorrentes da DP são as principais razões da dependência física, já que causam transtornos na mobilidade, fazendo a pessoa necessitar de algum grau de ajuda (andador, apoiar-se em alguém, cadeira de rodas). Além disso, as manifestações não motoras, também contribuem para a dependência, pois incapacitam afetivamente e cognitivamente e no campo sensitivo-sensorial, favorecendo o surgimento de alterações emocionais, ansiedade, insônia, depressão, baixa autoestima e isolamento social pela perda da sua autonomia (Alonso-Recio *et al.*, 2014).

Para tanto, como maneira de adiar a piora de uma condição de dependência pré-estabelecida em pessoas com DP, alguns autores mencionam que a prática regular de exercícios

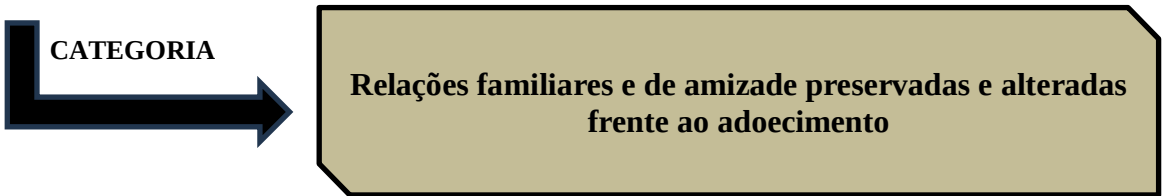
físicos com orientação adequada junto com o uso correto dos medicamentos e acompanhamento multiprofissional oportuniza muitos benefícios e contribuem para a melhor qualidade de vida das pessoas em geral. Cruz (2016) sugere que as atividades físicas em parkinsonianos apresentam relevância essencial, não apenas nos quesitos motores como nos psicológicos e sociais.

As falas acima mostram como o Parkinson gera um grau de dependência nas pessoas idosas e como o familiar torna-se, neste panorama, muito importante nesse processo para dar o suporte fundamental físico e psicológico que precisam para continuarem fortes e seguindo adiante.

O quadro a seguir, apresenta as UR originadas da pergunta 23: “Me conta como estão as suas relações com familiares e amigos após o diagnóstico da DP?”

Quadro 14: Unidades de Registro - Questão de Pesquisa nº 23 - Pessoas Idosas com Parkinson.

23. ME CONTA COMO ESTÃO AS SUAS RELAÇÕES COM FAMILIARES E AMIGOS APÓS O DIAGNÓSTICO DA DOENÇA?
Relações preservadas (familiares e amizades)
Relações preservadas (familiares e amizades)
Relações familiares e de amizade alteradas
Relações preservadas (familiares e amizades)
Relações preservadas (familiares e amizades)
Relações preservadas (familiares e amizades)
Relações preservadas (familiares e amizades)
Relações familiares preservadas e de amizade alteradas
Relações alteradas por isolamento próprio: vergonha
Relações alteradas por isolamento próprio: preservar individualidade
Sem mudanças
Relações alteradas por isolamento próprio: depressão



Fonte: elaborado pela própria autora, 2024.

Pela exposição das Unidades de Registro acima, se percebe que as relações familiares e de amizade, para alguns participantes, passaram por mudanças, entretanto, outros afirmaram

não terem percebido modificações. Emergindo, nesta questão, a Categoria Relações familiares e de amizade preservadas e alteradas frente ao adoecimento.

4.1.1.3 Relações familiares e de amizade preservadas e alteradas frente ao adoecimento

A partir do diagnóstico da doença, é importante a manutenção das relações sociais, familiares e círculos de amizade, para a promoção do suporte dessas pessoas, sendo assim, espera-se que na família, principal rede de apoio, possa ocorrer o acolhimento necessário, de modo a minimizar as transformações promovidas pelo Parkinson.

De acordo com Ferreira, Coriolano e Lins (2017), para o parkinsoniano, lidar com a família pode ser mais difícil do que com a própria doença, pela vergonha de se sentir inútil, pela dependência gerada e pela irreversibilidade da situação, podendo levar a pessoa a um estado depressivo. A inclusão familiar e dos círculos de amizade nos planos e atividades diárias podem contribuir de forma ativa no bem-estar emocional da pessoa e na manutenção da qualidade de vida desse idoso. Os fragmentos dos discursos abaixo evidenciam a ausência de mudanças nas relações entre família e/ou amizades, podendo gerar para a pessoa idosa uma sensação de proteção e afeto.

“[...] não tem problema nenhum, a família, é a filha que me trata muito bem[...]” (P1)

“Continua tranquilo, não tem problema nenhum não. É tudo normal como era antigamente.” (P4)

“Me dou bem com todos eles. Nada mudou depois do diagnóstico.” (P5)

“Meus amigos é até bom, as minhas irmãs, meus parentes, meus cunhados[...] tudo é bem comigo. Todos eles são bons, gosta de mim, tudo ótimo, não tenho do que dizer.” (P6)

“No caso de minha família (minha ex esposa, meu genro, minha filha), eu me sinto bem e me dou bem com eles. Os amigos também continuam a mesma coisa, igualmente.” (P7)

“Bom, eu e minha família anda muito bem, graças a Deus, tudo em paz, sem problema nenhum. Meus amigos também são muito excelentes. Nenhum deles se afastou de mim.” (P8)

Observa-se, por meio dos trechos acima a preservação das relações familiares e de amizade frente às rotinas emergentes pela geradas pela DP, favorecendo o enfrentamento de uma condição crônica e imutável, facilitando os diálogos, a partilha de anseios e alegrias e a

linearidade do estado emocional da pessoa idosa, além da sua disposição para preencher o tempo livre com atividades ou passatempos que os satisfaçam, evitando assim o isolamento e a depressão.

Por ser considerada uma forte fonte de suporte social, a família é, de acordo com Kuster *et al.* (2014) a principal responsável pela geração e programação de cuidados e proteção, além de contribuir com a elaboração das conexões relacionais e com a adequação às dificuldades e limitações desencadeadas pela DP (Navarro-Peternella; Marcon, 2012).

Para Sant’Ana e D’Elboux (2019), o suporte social é um grande impulsionador para o enfrentamento da DP, já que habitualmente é concebido como a existência de pessoas nas quais se pode confiar e contar, fornecendo o apoio necessário àqueles que precisam, configurando-se assim, fator de proteção capaz de auxiliar a superação de crises e situações que careçam de adaptação ou mudança.

Por outro lado, as relações familiares e de amizade, nas situações de adoecimento crônico, nesse caso, de pessoas idosas com Parkinson, podem sofrer alterações. Alguns estudos afirmam que, pelo peso e transformações inerentes da própria doença, existe uma tendência das pessoas com DP à depressão e ao isolamento social, principalmente devido ao comprometimento físico, o qual pode estar ou não, acompanhado de perdas cognitivas. Neste panorama, a família e as amizades são avaliadas como importantes aliadas, através das suas participações e ajudas nas atividades diárias e no estímulo ao convívio social (Cetolin *et al.*, 2012; Kuster *et al.*, 2014; Navarro-Peternella; Marcon, 2012; Faria; Lima; Pereira-Silva, 2019).

Quando isso não ocorre, aliado ao aumento da gravidade dos sintomas do Parkinson e a necessidade de cuidados mais intensos, a pessoa começa a se sentir um peso e incômodo, passando a ficar mais retraído, calado, com sentimento de inutilidade e evitando pedir ajuda o que pode vir a desencadear diversos riscos, entre eles, o aparecimento de transtornos psicológicos, aumento do número de quedas e piora cognitiva substancial, assim como das manifestações clínicas da patologia (Cetolin *et al.*, 2012). Os trechos das falas abaixo corroboram com a literatura descrita acima.

“Os familiares são cheios de dedo, sabe? Apaparamento [...] E os amigos nem aparece.” (P3)

“Os amigos, só de longe mesmo. Eles se afastaram, a gente não tem contato.” (P9)

“Tá ruim porque eu tô me isolando, eu mesma tô me isolando do convívio. Aí eu fico mais sozinha em casa por vergonha e por me sentir mal também.” (P10)

“É mais duvidosa porque eu fico pensando que as pessoas estão perguntando demais, daí eu procuro ficar em um lugar mais isolado pra poder evitar perguntas que eu não possa responder e não ser agressivo também dentro da resposta que eu tenho que dar. Por isso eu me isolo.” (P11)

“Não tem nenhuma anormalidade, agora eu me reservo muito. Eu fiquei bem reservado.” (P13)

Percebe-se que, em decorrência da doença, ocorreu a quebra das relações familiares e/ou de amizade, favorecendo um distanciamento entre as partes. Para alguns participantes, este processo parece ter ocorrido pelos sinais e sintomas da doença, afastando as pessoas, antes próximas. Contudo, para outros, este movimento foi interno, da própria pessoa idosa com Parkinson que, em meio às mudanças abruptas, preferiu se manter isolado de forma a evitar perguntas, olhares de pena, ou mesmo o sentimento de vergonha gerado pelas manifestações da patologia (tremores, rigidez, marcha lenta, engasgos etc.).

Alguns participantes, que relataram algum grau de alteração nas relações sociais, fundamentalmente àqueles que referiram preferir se isolar, são os mesmos que fazem tratamento também para depressão e ansiedade. Com isso, faz-se preciso a reflexão, de quanto é importante, logo após o diagnóstico, que o paciente e a família, através de uma assistência multiprofissional, tenham acesso a todas as informações fundamentais sobre a DP para compreender a fundo todo o conteúdo sobre ela e as transformações (involuntárias) que ela traz ao organismo, para, aos poucos, irem criando seus próprios mecanismos de adaptação e aceitação, na tentativa de uma vida mais simples, tranquila e feliz.

Conforme Valcarenghi (2015), além do suporte oferecido pela família e demais relações sociais, é crucial que as pessoas com DP sejam assistidas por diversos profissionais, buscando com isso, um maior conhecimento da situação, tendo em vista uma assistência multiprofissional equivalente às suas reais necessidades e que beneficie as diferentes áreas anatômicas e implicações funcionais afetadas pela doença.

Adicionalmente Alvarez *et al.*, (2016) referem que, outra forma de se obter suporte social, além das citadas anteriormente é através de Grupos de Apoio, nos quais o parkinsoniano possa sentir a sensação de pertencimento a uma comunidade, a qual lhe compreende, lhe escuta, lhe apoia e compartilha de suas vivências, facilitando, com isso, a manutenção da autoestima e autoconfiança.

O autor ainda afirma que, ao se identificar com um grupo social, fica mais fácil que a pessoa idosa com Parkinson adquira referências e exemplos positivos os quais queira reproduzir, ou mesmo encontre em algum membro, o amparo necessário para reerguer-se. Os

grupos, conforme o autor, se caracterizam como excelentes espaços de construção de identidade e de pertencimento, possibilitando assim o desenvolvimento de relações e a integração social, atitudes que colaborarão, consequentemente, com a promoção da saúde.

Por fim, abaixo, as categorias emergentes da questão 24: “Me conta como estão as suas relações com familiares e amigos após o diagnóstico da DP?”

Quadro 15: Unidades de Registro - Questão de Pesquisa nº 24 - Pessoas Idosas com Parkinson

24. ME CONTA O QUE VOCÊ ACHA QUE PODE SER FEITO PARA QUE VOCÊ SE SINTA MELHOR FRENTE A DP?
Questões ligadas a familiares: Felicidade dos filhos
Questões internas frente a doença: conformismo
Religiosidade como instrumento para cura – 1 pergunta
Descoberta da cura
Investimentos em tecnologia e profissionais
Questões internas frente a doença: preservação da independência/autonomia
Inexistência da doença
Preservação da independência/autonomia
Atividades de lazer.
Ajustes nos medicamentos
Questões ligadas ao relacionamento familiar/amizades: continuidade do apoio
Alguém para dialogar
Atividades de lazer
Organização dos serviços de saúde no SUS
Organização dos atendimentos do SUS
Melhor condição de mobilidade/ autonomia



Possibilidades de melhorias para o Enfrentamento da doença dependem da evolução tecnológica, organização dos serviços públicos e preservação da independência e autonomia

Fonte: elaborado pela própria autora, 2024.

O quadro acima traz, segundo a percepção das pessoas idosas participantes da pesquisa, visões diferentes acerca do que elas pensam sobre o que se pode fazer para que se sintam melhor diante da patologia. Dessa maneira, alguns relatam a necessidade de melhorias dos serviços públicos, no que tange ao quantitativo de profissionais, estrutura física, dispensação de medicamentos, tempo de espera para atendimento, tecnologia, e qualidade da assistência. Enquanto outros já interpretam que o fato de poderem manter a autonomia, possuírem atividades de lazer e permanecerem tendo o apoio familiar são as circunstâncias mais importantes para que possuam bem-estar e qualidade de vida.

4.1.1.4 Possibilidades de melhorias para o Enfrentamento da doença dependem da evolução tecnológica, organização dos serviços públicos e preservação da independência e autonomia

Receber o diagnóstico de uma doença incurável, como o Parkinson, é desafiador e temeroso para qualquer pessoa, pois envolve enfrentar mudanças significativas de ordem progressiva e irremediável, ao mesmo tempo que se busca formas de lidar com as intensas emoções advindas deste novo cenário de vida.

Na impossibilidade da cura, vive-se em busca do convívio “pacífico” com a patologia, buscando a aceitação dela, a manutenção dos seus laços sociais e apoios e o acesso aos meios que garantem o controle das manifestações clínicas como os medicamentos e os profissionais especializados. Contudo, a realidade mostra que diversos desafios ainda precisam ser superados, principalmente no âmbito do SUS, que envolvem questões de logística, financiamento e organização dos serviços pelos gestores e falta de integração entre os níveis de atenção o que culmina em aumento da demanda de usuários, progressão da doença, impactos emocionais e desestímulo em tratar-se, provocando, conseqüentemente, piora do quadro.

Os trechos dos discursos abaixo evidenciam desafios enfrentados por conta da precária organização dos serviços e do não investimento em tecnologias para que este público possa usufruir do tratamento adequado para doença ou de uma possível descoberta da cura.

“Nesse caso aí, eu em primeiro lugar, nunca perdi as esperanças de vir a cura e se eu tivesse dinheiro eu investia nos eletrodos, alguma coisa que faz lá por São Paulo, nos países estrangeiros pra curar! Mas eu tenho esperança e por mim, aqui mesmo em Salvador, teria que ter pessoal pra dar mais atenção, porque é uma Doença que destrói mesmo, né?” (P2)

“Primeiro os atendimentos médicos na rede SUS que deveria ser mais pontual, deveria ser mais frequente [...] Me falta poderes aquisitivos para que eu possa ter isso, então eu me sinto nervoso porque demora muito para fazer uma

marcação, uma remarcação[...].É o que tá faltando dentro do nosso governo, que se tenha uma boa administração para que se tenha um atendimento melhor, porque tem recursos, são bem aplicados, mas são desviados para poder atender a área de saúde.”(P11)

“O atendimento pelo SUS fosse melhorado. Porque eu faço minhas consultas todos particulares, meus exames tudo particulares porque o SUS não é bom.” (P13)

Os fragmentos apontam para a necessidade de ampliação dos serviços na rede básica de saúde com profissionais suficientes e especializados a fim de distribuí-los em regiões mais carentes, criação de fluxos de atendimentos menos burocráticos e mais ágeis, aperfeiçoamento da gestão de medicamentos e para o encorajamento de pesquisas que visem a busca da cura da doença. Estas, são algumas das ações que o governo deve implementar para favorecer a melhora e organização dos serviços públicos, no que tange às manobras do tratamento da Doença de Parkinson.

Como já se sabe, o perfil demográfico no Brasil e no mundo está se modificando devido ao envelhecimento populacional e por isso era de se esperar que as doenças próprias da “terceira idade” comessem a ter maior prevalência, como, é o caso do Parkinson. No Brasil, a notificação da doença não é compulsória, o que nos leva a números subestimados de sua prevalência no país, fato que intensifica ainda mais os desafios já existentes de assistência às pessoas com a patologia. Este fato é preocupante, pois sem dados quantitativos reais, não se dá para fazer um planejamento adequado, o que é extremamente necessário, uma vez que os encargos assistenciais que a doença acarreta são enormes.

As pessoas com doenças crônicas precisam de um serviço de saúde eficiente, pois necessitam usufruir de medicamentos para o resto da vida, possuem maior probabilidade de hospitalizações, demandam cuidados domésticos mais intensos e da realização de alterações em seus lares para sua maior conveniência e segurança (Bovolenta; Felício, 2016).

Desse modo, se pode concluir o quanto é fundamental organizar a rede de saúde e otimizar os recursos do sistema público, em todos os seus níveis de complexidade para abarcar adequadamente o atendimento a este público, de maneira que possam receber um diagnóstico precoce e um cuidado contínuo, humanizado e abrangente, favorecendo a manutenção do bem-estar e da qualidade de vida, tornando os serviços ambientes mais eficientes e equitativos.

Sabe-se que os sinais e sintomas da DP podem ser amenizados através dos tratamentos farmacológicos e cirúrgicos existentes até o momento, no entanto, favorecem o aumento do tempo em que necessitam de cuidados. As desordens motoras e não motoras ao longo do desenvolvimento da doença (tremores e rigidez ocasionando a não firmeza em segurar objetos,

quedas, engasgos, retração nas relações sociais, perda de *hobbies*, indisposição para realização de atividades de lazer, dentre outras) vão comprometendo a realização das AVD, fazendo com que a pessoa idosa passe a depender de outra pessoa para realiza-las, levando a perda progressiva da autonomia, independência e conseqüentemente a redução da qualidade de vida (Muniz *et al.*, 2016).

Por esta razão que, para algumas pessoas idosas com DP, se faz importante a preservação da sua autonomia, pois é ela que permite que tenham a capacidade de tomar decisões e exercer o controle sobre sua própria vida. Todavia, não significa com isso que a pessoa com DP deva realizar todas as tarefas sozinhas, mas sim que tem o direito de decidir como e quando quer ser auxiliada dentro de suas possibilidades. Esta atitude pelos que a cercam, contribui significativamente para a manutenção da sua autoestima e dignidade, elementos essenciais para a qualidade de vida e bem-estar.

Além desse ponto, a independência, que é a capacidade de realizar as tarefas do dia a dia sem ajuda de terceiros, também é um aspecto indispensável para os parkinsonianos, pois, embora a doença afete os movimentos, coordenação motora e o cognitivo em seus estágios mais avançados, existem estratégias que podem ser utilizadas pela família, e pela própria pessoa, capazes de proporcionar adaptações que preservem o máximo da sua liberdade e de seu autocontrole, como conscientização dos idosos a respeito de suas limitações e da necessidade de receberem cuidados com a evolução da doença, a capacidade de resiliência e a compreensão dos familiares nesse processo (Gomes; Daher; Fonseca, 2014).

Ainda conforme o mesmo autor, entre as ações que podem ser realizadas, se pode citar, o incentivo a realização de tarefas básicas, a adequação de ambientes de modo a facilitar a mobilidade (barras de aço, pisos antiderrapantes, iluminação adequada, rampas de acesso), o uso de acessórios que os possibilite soberania (bengalas, andadores, cadeiras de rodas, talheres e copos adaptados), encorajamento para a prática de exercícios físicos (fisioterapia, pilates, yoga, caminhadas, hidroginástica) que os favoreça uma maior flexibilidade, a manutenção da força muscular e um controle maior dos seus movimentos, acompanhamento regular com equipe multiprofissional que os norteie sempre que preciso em suas necessidades e por fim apoio emocional através do carinho, da presença e da compreensão familiar.

Os fragmentos de fala dos participantes, lisados abaixo, manifestam a importância que significa, para eles, a independência e a autonomia dentro do viver com o Parkinson, de maneira que sejam capazes de realizar atividades corriqueiras, ir em busca de momentos de entretenimento e lazer ou apenas estabelecer conexões sociais, tudo isso, como estratégias para busca de melhores momentos dentro das limitações impostas que vivenciam:

“Eu acho que tudo que o pessoal faz e tem feito pra eu ser independente, mas tem coisa que você não consegue.” (P3)

“Passear, fazer minhas coisas, fazer fisioterapia, pedir a Deus mais anos de vida e saúde. Porque se eu ficar dentro de casa, essa doença só quer ficar.... que a pessoa se arreie. Se eu não me levantar, fica só deitado, pioro. Eu tenho que sair.” (P5)

“Eu sair um pouquinho, porque eu não consigo sair sozinha, aí seria bom, eu sair de casa um pouquinho pra me divertir.... passear na praça, na casa de minhas parentes. Só!” (P6)

“Eu me sinto bem porque meus amigos me dão apoio, não se afastaram de mim. Eu me sinto bem quando estou conversando com os amigos. Com todos eles. E eu sinto que eles me dão apoio. Minha família também me dá apoio, me trata muito bem...” (P8)

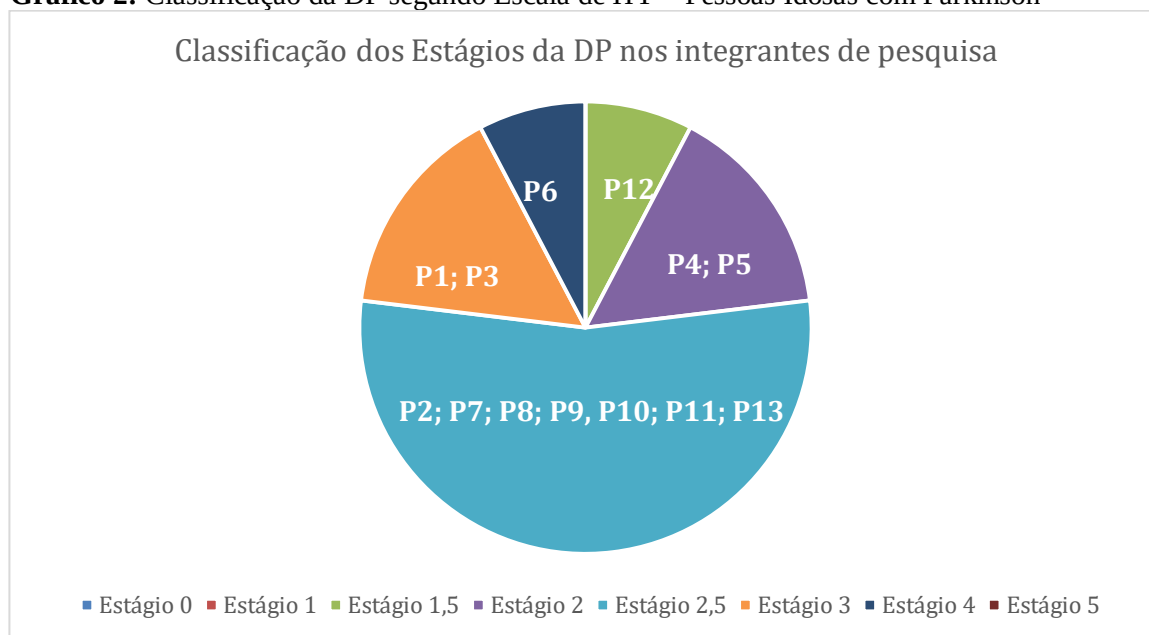
“Esse bate papo já me ajuda bastante, uma pessoa pra estar conversando, porque a gente se sente só.” (P9)

“Dormir mais, passear mais. Ter uma rotina diferente da que eu tenho. Porque eu tô muito presa dentro de casa.” (P10)

A partir da cronicidade da patologia e do seu cunho imutável, onde o indivíduo se vê perdendo autonomia e se tornando cada vez mais um sujeito doente, é que Alvarez *et al.* (2016), afirmam o quanto a família nesse processo é essencial, especialmente na medida em que a doença vai se incorporando à identidade da pessoa fragilizando-o. De acordo com Sant’Ana e D’Elboux (2019), é o suporte social o grande motivador para o enfrentamento da DP, gerando a maior aceitação frente as dificuldades impostas pela patologia e sendo o grande responsável pela manutenção da autonomia e independência que influenciarão diretamente na qualidade de vida desses indivíduos.

4.2 RESULTADOS E DISCUSSÕES - ESCALA DE HY

Com a aplicação da Escala de HY, exame físico e teste de retropulsão, realizada para sintetizar a severidade da doença nos participantes de pesquisa, observou-se os seguintes resultados expostos abaixo (**Gráfico 2 e Quadros 15 e 16**):

Gráfico 2: Classificação da DP segundo Escala de HY – Pessoas Idosas com Parkinson

Fonte: elaborado pela própria autora, 2024.

Através do gráfico, pode-se observar que o Estágio predominante nas pessoas idosas com Parkinson foi o Estágio 2,5, com 54%. Este estágio se caracteriza por certo envolvimento motor bilateral, com acometimento do equilíbrio corporal, porém com recuperação durante a avaliação, sem haver quedas. Ao teste, estes participantes apresentaram 3 ou mais passos para trás, contudo não necessitaram de auxílio ou amparo da examinadora.

Em segundo plano, permaneceram os Estágios 2 e Estágio 3, com aproximadamente 15%. No Estágio 2, as pessoas idosas possuem doença bilateral sem comprometimento do equilíbrio corporal e ao teste apresentaram 2 passos ou menos para trás. Já no Estágio 3, pelo envolvimento motor bilateral com comprometimento do equilíbrio corporal, ao teste de retropulsão, deram mais de três passos para trás, necessitando apoiar-se em algo ou em alguém para evitar quedas. Contudo, apesar disso, são pessoas que ainda conseguem viver de maneira independente, realizando suas atividades de vida diária, mas com certa dificuldade.

Por último os Estágios 1,5 e Estágio 4, ambos com apenas 8% dos participantes, sendo que no primeiro, a pessoa se evidencia apenas por envolvimento unilateral e axial, doença quase imperceptível à inspeção. Ao teste, deram até dois passos para trás. O Estágio 4, é onde se encontram pessoas com acometimento motor bilateral, com comprometimento do equilíbrio corporal, incapacidade grave, porém ainda são capazes de caminhar ou permanecer de pé sem ajuda. A incapacidade é classificada como mais grave e por isso o teste não é realizado com estas pessoas.

No contexto das doenças crônicas, notadamente na Doença de Parkinson, que causa extrema debilidade, o acompanhamento por parte de uma equipe de profissionais especializada favorece ganhos significativos na vida dessas pessoas quando se fala da possibilidade de realização das atividades de seu dia a dia com maior eficiência e independência possível (Gomes; Daher; Fonseca, 2014), já que as manifestações clínicas interferem num grau acentuado os seus cotidianos.

Por conta disso, realizar avaliações frequentes das condições físicas e psicológicas de pessoas com DP a partir de instrumentos apropriados e científicos se configura um cuidado importante no monitoramento dos avanços da patologia, considerando o seu cunho neurológico e degenerativo progressivo.

Ainda segundo os autores é valioso que as avaliações possuam a capacidade de supervisionar as mudanças funcionais em todos os estágios da doença e, ao mesmo tempo, sejam sensíveis principalmente no que diz respeito à intervenção terapêutica. As escalas existentes na atualidade são eficazes para captar as deficiências e colaborar para a melhor elaboração de um plano de reabilitação durante o desenvolvimento da doença, visando monitorar a sua evolução.

Essas escalas medem desde a condição clínica geral, incapacidades, função motora e mental até o a qualidade de vida dos pacientes, esculpindo suas contribuições, sejam estas clínicas ou científicas, por permitirem a observação dos estágios, da progressão da doença e a eficácia dos tratamentos e os benefícios das drogas utilizadas.

A Escala de Hoehn e Yard, especificamente, apesar de permitir a realização do estadiamento da doença, possui fragilidades no que se refere ao poder de capturar mudanças, principalmente para estágios precoces da patologia por se tratar de um agravamento de desenvolvimento lento e basear-se fundamentalmente na presença dos principais sintomas motores, sobretudo, a bradicinesia e na resposta favorável a levodopa (Bueno *et al.*, 2014).

Os dois quadros abaixo (**Quadro 16 e 17**) apresentam informações sobre o estadiamento da doença numa análise comparativa entre os participantes: o primeiro, segundo sexo mais afetado e o segundo, conforme idade e tempo de diagnóstico.

Quadro 16: Estadiamento da Doença de Parkinson por sexo

	INCAPACIDADE LEVE A MODERADA						INCAPACIDADE GRAVE		
	ESTÁGIO 0	ESTÁGIO 1	ESTÁGIO 1,5	ESTÁGIO 2	ESTÁGIO 2,5	ESTÁGIO 3	ESTÁGIO 4	ESTÁGIO 5	TOTAL (%)
HOMENS			P12	P4, P5	P2, P7, P8, P9, P11, P13	P1			10 (77%)
MULHERES					P10	P3	P6		3 (23%)

Fonte: autoria própria

O quadro 1 revela que a maioria dos participantes do estudo são do sexo masculino, assim como algumas pesquisas têm demonstrado a tendência de maior acometimento entre os homens, provavelmente em função de aspectos culturais, sociais e hábitos de vida (Li *et al.*, 2010; Pringsheim *et al.*, 2014), levando assim a uma maior frequência da doença no sexo masculino.

Hirsch *et al.* (2016) em sua pesquisa de metanálise, discorrem que a incidência de Parkinson se encontra crescente em ambos os sexos devido ao envelhecimento populacional, porém com um aumento mais acentuado no sexo masculino na faixa etária de 60 a 79 anos. O estudo revelou algumas diferenças que estão diretamente relacionadas à questão de gênero, influenciando inclusive no prognóstico da DP.

Essa caracterização, de possíveis diferenças relacionadas ao sexo nos padrões dos sintomas, pode desempenhar papel essencial no que tange ao alcance da precisão diagnóstica e desenvolvimento de estratégias terapêuticas mais eficientes para homens e mulheres.

Quanto aos sintomas motores, estes surgem mais tarde em mulheres e possuem características específicas como a redução da rigidez, tremores como o primeiro sintoma de apresentação, maior propensão de desenvolvimento de instabilidade postural e quedas e maior risco de complicações motoras relacionadas ao uso da levodopa (Colombo *et al.*, 2015). No sexo masculino se observou sintomas mais incapacitantes como o congelamento da marcha, o aparecimento de camptocormia (flexão anormal grave para frente do tronco) que ocorre quando em pé e em movimento, desaparecendo na posição de supina (Ou *et al.*, 2018)

Acerca dos sintomas não motores, Martinez-Martin *et al.* (2012), referem na sua pesquisa que sintomas como fadiga, depressão, suor excessivo, perda de paladar e olfato, mudança de peso, prisão de ventre, disfagias e pernas inquietas estão mais presentes em

mulheres, enquanto nos homens ocorre com maior frequência a salivação excessiva e distúrbios cognitivos mais sérios como déficit de memórias e atenção. Além disso, os autores perceberam que, em se tratando das complicações associadas a DP, no sexo feminino são mais graves e persistentes, se caracterizando pela presença de dificuldade no processamento das emoções, ansiedade e depressão profunda, em contrapartida se demonstram menos agressivas do que os homens. No sexo masculino se observou perturbações no controle de impulsos, como hipersexualidade, apesar das disfunções sexuais estarem mais presentes aqui.

No estudo de Ophey *et al.* (2018) constatou-se que o fator de gênero também consegue afetar a qualidade de vida dos pacientes com Parkinson e sua capacidade de realizar as atividades de vida diária, participação em atividades sociais e acesso a cuidados médicos. No sexo feminino, o estudo detectou maior comprometimento das funções físico-funcionais e socioemocionais, enquanto no sexo masculino afetou principalmente o domínio cognitivo.

Conclui-se, a partir das pesquisas, que há influência do gênero sobre o comportamento e desenvolvimento dos sintomas na Doença de Parkinson o que alerta para o aperfeiçoamento de planos terapêuticos singulares que possam abarcar os déficits específicos relacionados a cada sexo.

Referente ao segundo quadro, disposto a seguir, este contém informações dos estadiamentos realizados em correlação ao tempo de diagnóstico e idade dos participantes. Contudo não é possível fazer convergência entre os aspectos, logo, o tempo de convívio com a doença e a idade podem ou não prever o grau de comprometimento de vida do parkinsoniano.

Nota-se que a pessoa idosa com o maior grau de comprometimento (P6), conforme Escala de HY, não é necessariamente a mais velha ou a que possui mais tempo de diagnóstico, assim como a que detém o menor estadiamento (P12) também não é a que tem menor tempo de desenvolvimento da patologia e nem menor idade.

Aspectos como outras comorbidades, presença de depressão e demências, existência de uma rede de apoio sólida, acompanhamento multiprofissional, bons hábitos de vida, condição social e grau de educação, podem ser fatores contributivos de como a DP se desenvolverá, independentemente do tempo que se possui a doença ou da idade da pessoa idosa.

Quadro 17: Estadiamento da Doença de Parkinson por idade e tempo de diagnóstico

PARTIC.	IDADE	TEMPO DIAG.	INCAPACIDADE LEVE A MODERADA						INCAPACIDADE GRAVE	
			ESTÁGIO 0	ESTÁGIO 1	ESTÁGIO 1,5	ESTÁGIO 2	ESTÁGIO 2,5	ESTÁGIO 3	ESTÁGIO 4	ESTÁGIO 5
P01	83	6 anos								
P02	67	25 anos								
P03	63	11 anos								
P04	67	3 anos								
P05	67	3 anos								
P06	70	5 anos								
P07	63	11 anos								
P08	73	3 anos								
P09	71	21 anos								
P10	60	5 anos								
P11	79	16 anos								
P12	73	4 anos								
P13	74	4 anos								

Fonte: elaborado pela própria autora, 2024.

A adaptação psicológica para a doença, mensurada pelos índices de cognição, ansiedade, depressão, opinião própria, aceitação e atitude, é um dos principais fatores que impactam nas condições gerais da pessoa com Parkinson, pois interfere em todo organismo, seja física como emocionalmente, podendo ser o primeiro ponto a ser melhorado continuamente, desde o diagnóstico, de maneira a atrasar o decaimento nas condições gerais da pessoa (Navarro-Peternella; Marcon, 2012). O autor ainda afirma que o baixo nível de adaptação psicológica é mais importante que a severidade da própria doença no que diz respeito ao aumento do estadiamento da DP ou a piora das manifestações clínicas.

4.3 RESULTADOS E DISCUSSÕES – PEC: REGISTROS DOS CUIDADOS PRESTADOS

Os registros digitados no PEC a partir das sessões, conversas e percepções, compuseram **os resumos de perfil** de cada participante, que contribuíram para as reflexões e descobertas acerca dos participantes como, por exemplo, a necessidade de manutenção da autonomia, o convívio com a doença de modo pacífico por alguns ou de modo mais resistente por outros,

compreensão de algumas frustrações pessoais, a força que cada participante traz dentro de si e seus motivos de alegrias e tristezas. A partir da análise deles pôde-se compreender aspectos da subjetividade das pessoas idosas com Parkinson (gestos, feições, expressões corporais), além de se construir o vínculo.

A construção do perfil do participante torna-se essencial quando se pretende oferecer um atendimento personalizado e de qualidade, além disso proporciona a aproximação e vinculação entre as partes, o que favorece o desenvolvimento de um cuidado singular a partir da definição de prioridades, a melhor prevenção de possíveis complicações, acesso a mais informações e uma comunicação mais assertiva.

De acordo com Caldas *et al.* (2018), o vínculo se conforma como um instrumento para que ocorra uma compreensão ampliada, não apenas do processo saúde-doença como na identificação de demandas diversas, inclusive facilitando o processo de cuidar. Nesse contexto, para que essa conexão seja criada, depende de uma construção complexa que requer muito diálogo, acolhimento, compreensão, cooperação e certo grau de independência do paciente para que realize seu autocuidado. (Santos; Romano; Engstrom, 2018).

Dito isso, criou-se o perfil de cada pessoa idosa do estudo (**APÊNDICE O** – Resumos de Perfil por Participante de Pesquisa), mediante o desenvolvimento da pesquisa e conforme o estreitamento do vínculo ia sendo estabelecido. Estes resumos de perfil foram colocados como apêndices, no intuito de trazer uma leitura mais detalhada e fluida acerca de algumas especificidades de cada participante, favorecendo uma maior compreensão sobre suas demandas, seus comportamentos, atitudes e sentimentos durante a realização das sessões de Reflexologia Podal.

A partir desses resumos concluiu-se que, de maneira geral, a Reflexologia Podal, além de bem aceita por todos os participantes, favoreceu a todos eles contribuições positivas na função motora, principalmente no que tange aos tremores e rigidez, possibilitando uma deambulação mais facilitada, diminuição dos engasgos e quedas e em nível emocional, passaram a se sentir mais dispostos e serenos.

Foi, a partir das sessões, que houve o estreitamento do vínculo no cuidado com as pessoas idosas com Parkinson, por promover maior segurança, confiança, empatia e conexão emocional, entre os envolvidos, impactando nos resultados alcançados. Foi, através do estabelecimento do vínculo durante a pesquisa é que se conseguiu uma maior adesão dos participantes, o desenvolvimento do autocuidado e consequentemente a redução dos sinais e sintomas apresentados por todos.

Conforme a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), vínculo pode ser conceituado como a “construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico” (Brasil, 2012b, p. 21). A política delimita o vínculo como condicionante de sua concretização, uma vez que o aponta como facilitador da corresponsabilidade, continuidade e longitudinalidade do cuidado. Fazendo referência a caracterização criada por Lima, Moreira e Jorge (2013) vínculo é visto como uma tecnologia leve, um fenômeno que permite o estabelecimento de afetos, a negociação e a democratização do cuidado, a partir das relações entre as pessoas, que tem por intuito o alcance da qualidade da atenção.

A formação de vínculo, nesse caso, na Atenção Básica, local onde ocorre o primeiro contato da população com os serviços de saúde e relações de aproximação com os profissionais, foi de grande relevância no desenvolvimento do cuidado com as pessoas idosas com Parkinson, pois favoreceu a construção de relações estreitas e de responsabilidade que desencadearam a aliança terapêutica necessária para que a pesquisa obtivesse os resultados alcançados.

4.4 RESULTADOS E DISCUSSÕES – ENTREVISTA ESTRUTURADA

O quadro a seguir (**Quadro 18**) apresenta a síntese dos resultados das sessões de Reflexologia Podal na percepção dos participantes. A partir dele torna-se possível observar os sintomas beneficiados por participante e as manifestações clínicas mais citadas por cada um deles.

Observa-se que todos os participantes referiram benefícios e que alguns alcançaram mais contribuições em seus sinais e sintomas a partir da aplicação da Reflexologia Podal do que outros. Contudo, importante ressaltar que, se tratava de um grupo heterogêneo, com manifestações clínicas de diferentes intensidades e com graus de acometimento singulares, porém, independentemente do número de sinais e sintomas beneficiados, a percepção das pessoas idosas com Parkinson afirma o alcance da elevação do bem-estar e a expectativa de ampliação dos cuidados frente a doença. Abaixo, descreve-se os principais sintomas referidos por pelo menos 50% dos integrantes de pesquisa.

Percebe-se que a manifestação mais citada com 100% de afirmações pela amostra foi a Marcha. A totalidade dos participantes referiu melhoras no padrão da deambulação a partir das massagens podais, verbalizando que as sessões traziam leveza ao caminhar e uma marcha menos travada, deixando-os mais dispostos e dinâmicos.

Quadro 18: Manifestações clínicas beneficiadas após sessões de Reflexologia Podal

SS \ PART.	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	(%)
Bradicinesia														38%
Cãimbra														31%
Cefaléia														15%
Dor														54%
Engasgo														15%
Humor														62%
Insônia														38%
Marcha														100%
Queda														15%
Postura														69%
Rigidez														77%
Tremor														85%
SS beneficiados	5	6	8	5	8	10	7	5	5	6	6	3	4	

Fonte: elaborado pela própria autora, 2024.

O Tremor, vem logo em seguida, representando 85% dos participantes que referiram melhora na intensidade do sintoma. A Rigidez, citada por 77% dos integrantes, também se demonstrou bem presente entre as manifestações mencionadas. Em quarto lugar, com 69%, aparece a Postura, consequência, da melhora de outros sintomas associados como dores, marcha e câimbras em membros inferiores (MMII), reduzindo a inclinação do corpo (para frente e para as laterais) contribuindo também para redução das quedas. Em quinto lugar, encontra-se, o humor, sendo referido por 62% das pessoas idosas. De acordo com os relatos trazidos, este sintoma favoreceu uma maior disposição em realização das AVD e maior vontade em relacionar-se com outras pessoas. Por último, com 54%, aparece o sintoma da Dor. Esta manifestação se faz presente neste público devido, principalmente, aos tremores que por serem frequentes, acarretam fadiga muscular, câimbras e assim o surgimento das algias, essencialmente em membros superiores e inferiores (MMSSII).

Realizou-se ainda gráficos individuais, colocados nos apêndices para observação, pelo leitor, das contribuições por participante, como demonstrativo da singularidade de cada caso (**APÊNDICE M**). Estes gráficos revelaram secundariamente que, em algum momento da pesquisa, estas contribuições alcançavam um **ápice** (ponto em que se atingia o máximo de benefícios ao organismo pelas massagens

podais), ou seja, não havendo, a partir daquele ponto, mais acréscimos de relatos positivos, ou por já ter atingido todos os sintomas, ou por não chegar ao êxito em alguns deles.

Com estes gráficos, a partir das percepções das pessoas idosas com Parkinson, constatou-se que questões psíquicas associadas a DP, possuem influência, principalmente, nas condições de humor, acarretando momentos cíclicos de satisfação e mal-estar. Os transtornos depressivos são condições nas quais, a pessoa que os vivência, experimenta um humor deprimido, perda de interesse e prazer, possuem energia reduzida, levando a uma diminuição da realização de atividades em geral, assim como o isolamento com redução das relações sociais.

Guedes *et al.* (2015) comentam em seu trabalho que quimicamente, a depressão tem como causa um desequilíbrio na produção e funcionamento de neurotransmissores, como a serotonina e endorfina, responsáveis pelas sensações de bem-estar, conforto e prazer, o que influencia negativamente o organismo a atingir satisfação.

De acordo com Jardim (2011) a depressão é reconhecida, de maneira geral, pelo desenvolvimento de sintomas como a apatia, irritabilidade, perda de interesse, tristeza, atraso motor ou agitação, ideias agressivas, desolação e múltiplas queixas somáticas (insônia, fadiga, anorexia). Quando ela surge em decorrência secundária a outras patologias crônicas, pode se tornar ainda mais intensa e de difícil resolução, pelo peso da aceitação do diagnóstico e frustrações pelas mudanças na vida diária.

Os gráficos apontam ainda o quanto fatores individuais (genéticos, fisiológicos, hábitos de vida), outras patologias, compreensão acerca da DP, uso de medicamentos, interferências cognitivas, realização de terapias alternativas, podem ou não gerar vieses no que tange às percepções dos participantes relatadas ou mesmo no alcance de mais sintomas pela Reflexologia Podal. Contudo, os resultados demonstraram que as massagens podais promoveram bem-estar e favoreceram um maior bem-estar e uma melhor qualidade de vida a estas pessoas, reduzindo a frequência e intensidade de alguns dos seus sintomas e até cessando outros, gerando satisfação física e emocional, de maneira a lhe dar maior ânimo para o enfrentamento diário da doença.

Percebe-se também a brevidade das percepções dos participantes, onde grande maioria relatou logo após a primeira sessão, os efeitos benéficos da RP. Interroga-se, neste ponto, a possibilidade de, por não terem acesso a nenhuma outra forma de terapia para manutenção do seu bem-estar, este fato, possa ter contribuído para sentirem os benefícios tão precocemente das massagens podais.

Em se tratando da Doença de Parkinson, a Medicina tradicional, com suas técnicas curativistas vem há décadas colaborando no manejo da patologia a partir do uso de

medicamentos, intervenções cirúrgicas e acompanhamento multidisciplinar, enquanto as Práticas Integrativas e Complementares vêm ganhando relevância apenas nos últimos anos pelo seu potencial integralista, desenvolvendo técnicas que atuem no bem-estar geral (físico e emocional) e redução do estresse, melhorando assim os sintomas motores e não motores. Contudo ambas possuem alcances e limitações e por isso, necessitam que suas abordagens sejam integradas a fim de proporcionar a pessoa cuidada um melhor padrão de vida e bem-estar.

Desse modo, Miller (2015) conclui, considerando que todos os sistemas assistenciais têm suas vantagens e inconveniências, o que os diferencia é a forma como estes são utilizados. Ainda hoje, é nítida a ausência de comunicação entre os sistemas, uma vez que se tende a supervalorizar o conhecimento de um e em contrapartida, negligenciar o do outro. Todavia, nenhuma forma de assistência é totalitária, cada uma delas precisa ter seu espaço para impactar conforme o que tem a oferecer nas necessidades individuais de cada pessoa, acarretando um cuidado direcionado, singular e holístico.

4.5 RESULTADOS E DISCUSSÕES – RODAS DE CONVERSA

Transformou-se o resultado das Rodas de Conversa em relatório técnico, por considerá-las uma estratégia valiosa para a coleta de informações. Na página seguinte, é narrado o percurso da pesquisa, perpassando pelas Rodas de Conversa e enfatizando seus êxitos, desde a troca de experiências, o fortalecimento dos vínculos, o incentivo às reflexões e às possibilidades de mudanças no cuidado.

RELATÓRIO TÉCNICO

RODAS DE CONVERSA COMO INSTRUMENTO DE APROXIMAÇÃO, CRIAÇÃO DE VÍNCULOS E TRANSFORMAÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Pesquisas qualitativas são relevantes em diversas áreas do conhecimento, pois através delas é possível compreender fenômenos complexos e se aprofundar nas experiências humanas, explorar contextos e realidades sociais, já que possuem flexibilidade e profundidade, favorecendo a compreensão de motivações, criando conhecimentos e teorias, ressignificando o antigo e viabilizando novos caminhos.

O relatório técnico em questão resume o caminho que se percorreu no Projeto “Reflexologia Podal: percepções da pessoa idosa com Parkinson frente a um cuidado integrativista”, dando ênfase as Rodas de Conversa, instrumentos de pesquisa que proporcionam momentos de encontros, geralmente com formato informal, onde um grupo de pessoas é convidado a se reunir para se apresentar, debater, trocar experiências e reflexões sobre um objeto.

De acordo com Moura e Lima (2014), as Rodas de Conversa produzem narrativas mnemônicas, privilegiam discussões em torno de um assunto e, por meio de diálogos, os participantes expõem seus pensamentos singulares, encorajando outras pessoas a falarem, gerando assim um espaço de pensar compartilhado, nos quais os presentes podem se expressar, escutar os outros e a si mesmos. Além disso, configura-se local democrático de saber, capaz de possibilitar ainda a ressignificação de saberes e sentidos de experiências vividas dos indivíduos, tornando-os atores históricos, críticos e reflexivos.

Ainda segundo os autores, as “Rodas de Conversa” são apresentadas como um método de participação coletiva de debate acerca de determinada temática que tem por objetivo, entre outros propósitos, incentivar as transferências de experiências, de pensamentos e de conhecimento entre os envolvidos, no panorama de construção e reconstrução de novos saberes acerca da temática proposta. Ainda de acordo com os mesmos autores, as falas dos participantes, em uma Roda de Conversa, devem ser compreendidas de forma abrangente e vinculada aos seus modos de vida, para que não se deixe de levar em consideração suas particularidades, suas crenças, seu processo de historicidade ao longo da sua trajetória, para que possam se reconhecer protagonistas das suas ações.

O movimento realizado nas Rodas de Conversas se concretiza a partir dos acordos coletivos estabelecidos onde se é proposto um diálogo aberto e igualitário, realização de negociações, exposição das subjetividades de cada um, seus modos de pensar, desenvolvimento de reflexões e inclusive a ocorrência da possibilidade de mudança de opiniões. São estas condições de liberdade e autonomia que esta ferramenta metodológica promove que permitem a produção do conhecimento coletivo e contextualizado (Sampaio *et al.*, 2014)

Foi partindo destes conceitos que se considerou a Roda de Conversa como instrumento capaz de colaborar no alcance dos caminhos a serem percorridos, de maneira a favorecer encontros que acarretassem momentos de troca entre os participantes, colaborando com a possibilidade de ressignificação e reestruturação da assistência à saúde às pessoas idosas com Parkinson no Município de Camaçari.

1.1 RELEVÂNCIA DAS RODAS

A relevância das Rodas de Conversa reside na possibilidade de captar uma variedade de situações ou fenômenos, por favorecer a observação direta da realidade, a partir de discursos mais íntimos sem intermediações, sem filtros.

Além disso, elas são ferramentas acessíveis em pesquisas, que permitem a elaboração da autonomia dos sujeitos por meio de um processo reflexivo de trocas de experiências. De acordo com Melo e Cruz (2014) são instrumentos capazes de fomentar a promoção da escuta ativa e o desenvolvimento do respeito pela fala do outro em um ambiente que se caracterize pela confiança e empatia entre as partes; são capazes de favorecer o compartilhamento de diferentes perspectivas, o que incentiva a pluralidade e a valorização de experiências individuais; permitem a construção de um senso de pertencimento e comunidade, fortalecendo redes sociais e de apoio mútuo entre os indivíduos; servem como importantes meios de mediação de conflitos através da exposição de sentimentos e opiniões; propiciam a transmissão de saberes culturais, preservando assim tradições e práticas geracionais.

1.2 MOTIVAÇÃO

O desejo de partilhar a experiência das Rodas de Conversa (Inicial e Final) com as pessoas idosas com Parkinson surgiu a partir da identificação, durante os caminhos percorridos na pesquisa do Mestrado Profissional da UEFS, do potencial desta ferramenta para servir de base para o remodelamento de estratégias de cuidado à saúde a este público, assim como da

sugestão de Políticas de saúde mais abrangentes que pudessem contemplar a Reflexologia Podal como assistência efetiva para pessoas com a patologia, possibilitando assim, transformações nos serviços.

1.3 OBJETIVOS

- 1) Descrever os progressos realizados dentro do processo de desenvolvimento da pesquisa por meio das Rodas de Conversa;
- 2) Divulgar a importância destas ferramentas no percurso da prática em campo.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

O estudo se delineia como uma Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) onde pesquisa e prática são desenvolvidas em caráter de simultaneidade. Realizou-se no Município de Camaçari, na região metropolitana de Salvador/Bahia, com pessoas idosas com Parkinson, acima de 60 anos, cadastradas nas Unidades de Saúde da rede municipal, com pelo menos 1 ano de diagnóstico, com preservação da cognição, com condições de deambulação, com ou sem auxílio e com pés íntegros fisicamente para aplicação da Reflexologia Podal.

Respeitou-se todos os aspectos éticos. O projeto foi aprovado pelo CEP/UEFS, sob o Parecer Consubstanciado de nº 6.754.260. Usou-se como instrumentos para a coleta de dados, Entrevista Semiestruturada, Entrevista Estruturada, Escala de Hoehn e Yard e Rodas de Conversa, sendo estas últimas, foco do presente relatório técnico que as detalhará a seguir.

2.1 CONSTRUINDO BASES EMPÍRICAS PARA A PESQUISA

Para o desenvolvimento das Rodas, anteriormente, delineou-se o percurso do projeto. Como primeiro momento da pesquisa, ocorreu a reunião com as Equipes de Saúde da Atenção Básica.

Em posse da relação nominal das pessoas idosas com Parkinson atendidas no Município, fornecida pela gestão, organizou os usuários das cinco Unidades de Saúde que se pretendia investigar: **USF Buris de Abrantes, USF Fonte da Caixa, UBS Vila de Abrantes, USF Areias e USF Pé de Areias.**

Com este quantitativo em mãos, agendou-se as reuniões com as gerências de cada

Unidade. Contudo antes do encontro com os profissionais, enviou-se por *e-mail*/contato *whatsapp* aos gerentes, Informe Resumido sobre o projeto (**APÊNDICE C**), contendo a listagem nominal dos usuários com Parkinson da área e os critérios de inclusão e exclusão. Este informe foi repassado pelos gerentes aos profissionais da Unidade para que pudessem realizar pré-triagem e avaliação dos prováveis participantes.

Após este primeiro contato das equipes através do Informe, aconteceu a visita às Unidades escolhidas, para a apresentação do projeto e junto com os profissionais realizou-se a identificação das pessoas idosas.

Das 5 unidades escolhidas, ocorreu a saída imediata da USF Areias, a qual nem participou da reunião por não possuir usuários aptos no seu território, sendo substituída pela UBS de Arembepe.

Os encontros nas Unidades tiveram duração de aproximadamente 1 hora, e se caracterizaram pela realização de dinâmica de apresentação entre as partes, seguida da explanação do projeto. Acordou-se a concessão do espaço (consultório) para o atendimento dos participantes, melhor dia e turno para a oferta da RP, o auxílio dos profissionais das equipes na pré-identificação das pessoas idosas com Parkinson e o suporte pelos Agentes Comunitários para visita às residências dos participantes.

As reuniões aconteceram com a participação de algumas categorias profissionais como gerentes, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Como resultado destes encontros, originou-se uma listagem de 23 usuários aptos a visita. Ao término das apresentações os participantes assinaram lista nominal de presença.

O diálogo com os integrantes das equipes foi primordial para construir bases relacionais, para favorecer uma compreensão acerca do projeto e sua aceitação pelos profissionais das Unidades.

2.2 PRIMEIRO CONTATO COM OS PARTICIPANTES

Como fruto das reuniões, traçou-se o passo seguinte: realização das visitas domiciliares (VD) às pessoas idosas com Parkinson identificadas, juntamente com as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) que transcorreu sem dificuldades. Durante as visitas domiciliares, ocorreram as apresentações e as informações gerais sobre a pesquisa. Este momento foi importante para avaliar o estado geral de cada pessoa idosa com Parkinson, por meio de exame físico e anamnese, como também para analisar receitas de medicamentos em uso, comorbidades além do Parkinson, relatórios médicos e relações familiares.

No percurso das visitas ocorreu a saída de outra Unidade, a USF de Buris de Abrantes, pois, a única usuária, segundo familiar, estava em processo de mudança para o interior. Assim, dos 23 usuários visitados, apenas 13 se encaixaram nos critérios de inclusão (**Quadro 1**).

Ao final das visitas, após todas as orientações fornecidas, às pessoas idosas foram convidadas a participar, juntamente com familiar/responsável, da 1ª Roda de Conversa na sua Unidade de origem para maiores explicações acerca do estudo e aproximação entre participantes e pesquisadora. Para tanto, se entregou uma Carta Convite, formalizando o chamado para a Roda e foi solicitado seus contatos telefônicos para agendamentos necessários.

Quadro 1. Participantes por Unidade pós VD

	DATA DA VISITA	TURNO	Nº DE USUÁRIOS PROVÁVEIS PARTICIPANTES	Nº DE USUÁRIOS PÓS VISITA DOMICILIAR	STATUS UNIDADES
UBS Vila de Abrantes	12/06/2024	Tarde	05	03	Incluída
USF Buris de Abrantes	14/05/2024	Tarde	01	00	Excluída
USF Pé de Areias	11/06/2024	Tarde	07	03	Incluída
USF Fonte da Caixa	29/05/2024	Tarde	03	01	Incluída
UBS Arembepe	20/06/2024	Tarde	07	06	Incluída
TOTAL	-----	-----	23	13	4 Unidades

Fonte: elaborado pela própria autora, 2024.

2.3 ESTRUTURANDO RELAÇÕES – RODA DE CONVERSA INICIAL

Após as etapas anteriores, ocorreu o encontro com os participantes na Roda de Conversa Inicial ocorrida em suas Unidades de Origem, onde as pessoas idosas com Parkinson, acompanhadas por responsável, se encontraram, se apresentaram e trocaram experiências.

Estes encontros tiveram duração de aproximadamente 1 hora e foi intermediado pela pesquisadora que realizou alguns questionamentos para as pessoas idosas e seus acompanhantes/cuidadores: “Como se sentiram após terem o diagnóstico?”; “O que fizeram diante da nova condição de vida?”.

Foi um momento singular, com o relato por muitos deles (pessoa idosa com DP e/ou familiares) de como é o viver com a doença e de como ela afeta a família, da revolta e não aceitação por parte de alguns, ou da resiliência por outros, que puderam demonstrar a adaptabilidade e reação frente ao novo cenário que se apresentou em suas vidas.

A partir dos relatos nas Rodas, foi possível perceber que os participantes adaptáveis conseguiam realizar processos e estruturas emocionais com mais facilidade, os permitindo lidar mais rapidamente com as situações que a doença impunha, aceitando as mudanças em suas vidas, aprendendo com elas e ainda percebendo os pontos positivos dessa transformação.

Já àqueles resistentes, foram os mesmos que desenvolveram algum grau de depressão e/ou isolamento social, sendo por isso que os aspectos não apenas físicos como mentais precisam ser levados em consideração no tratamento da doença de Parkinson, sendo necessária uma abordagem multiprofissional, a partir do acompanhamento de psicólogos e psiquiatras pois a depressão é o transtorno psiquiátrico de maior incidência em pacientes com doença, com uma prevalência estimada de 43%.² (Correia *et al.*, 2013; Violante *et al.*, 2015), acarretando sérios prejuízos à qualidade de vidas destas pessoas.

Alguns familiares também relataram a influência do diagnóstico em suas vidas e as mudanças nas suas relações, os cuidados prestados, as preocupações, a vida social, o estresse desencadeado, as questões financeiras, dentre outros aspectos. De acordo com Faucher e Garner (2015) após o diagnóstico do Parkinson, a família passa a ocupar posição fundamental no processo de desenvolvimento da doença, pois, são a principal base de suporte emocional para estas pessoas.

Dessa forma, pode-se afirmar que o diagnóstico de Parkinson representa uma transição não só para o doente, como para toda família, principalmente por se tratar de uma patologia neurodegenerativa crônica e sem cura (Abendroth; Lutz; Young, 2012).

Segundo Carod-Artal *et al.* (2013), àquele que decide ou simplesmente precisa cuidar de um familiar idoso com DP, pode apresentar uma série de efeitos negativos ao longo dessa vivência que podem variar desde questões de ordem física (dores musculares, fadiga), como social (redução das atividades sociais, isolamento), psicológica (insônia, estresse, depressão) e financeira (exacerbação de gastos).

Neste contexto, Tan *et al.* (2012) sugerem que para que a pessoa que cuida possa enfrentar esta transição de modo menos impactante, precisa alcançar um ponto de equilíbrio, que envolve ter as informações necessárias acerca da doença, de sua progressão e prognóstico, aprender a relaxar para cuidar, fazer uma boa gestão do tempo e uso dos serviços de apoio disponíveis, estabelecer uma melhor comunicação com a pessoa com DP e dentro do possível

não deixar de manter as relações sociais como maneira de poder também distrair-se enquanto cuida. Abaixo seguem as unidades de saúde, datas, números de pessoas presentes e o vínculo do familiar/responsável (**Quadro 2**).

Quadro 2: 1ª Roda de conversa das Unidades

UNIDADE DE SAÚDE	DATA	QUANT. DE PARTICIPANTES	VÍNCULO CUIDADOR/RESPONSÁVEL
UBS Vila de Abrantes	05/07/2024 9h	8	- Filho (1) - Esposas (2)
USF Pé de Areias	04/07/2024 9h	10	- Filhas (2) - Esposa (1)
USF Fonte da Caixa	05/07/2024 10h30min	01	- Filho (1)
UBS Arembepe	05/07/2024 14h30min	12	- Filhas (2) - Esposas (2) - Cunhada (1) - Amiga (1)

Fonte: elaborado pela própria autora, 2024.

Pode-se perceber que os principais vínculos são filhas e esposas. Estudos apontam que habitualmente o ato de cuidar de familiar idoso adoecido fica mais restrito às mulheres, pela própria cultura enraizada, onde a mulher é a responsável por cuidar da casa e dos filhos e o marido pelo trabalho fora do lar. Geralmente, são filhas e esposas, com idade superior a 50 anos e casadas, cuja função caracteriza-se como um marcador das desigualdades de poder entre homens e mulheres presentes na sociedade (Rodger; Neill; Nugent, 2015; Fernandez *et al.*, 2018; Oshio; Kan, 2018; Taverro *et al.*, 2018).

Durante a Roda de Conversa, informou-se sobre o projeto, realizou-se esclarecimento de dúvidas, apresentou-se e leu-se em voz alta o Registro de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de autorização de uso de voz e imagem e ao final, solicitou-se àqueles que aceitassem participar, que os assinassem, dando a anuência. Fez-se a escala com os horários de cada participantes e realizou-se os agendamentos das sessões de Reflexologia Podal.

As pessoas idosas com Parkinson solicitaram levar o RCLE para casa, para assinarem com mais calma, conversarem a respeito e decidirem acerca de suas participações, contudo a grande maioria, já havia sinalizado o desejo de integrar a pesquisa. Acordou-se entrar em contato para informar o dia da 1ª Sessão de RP em suas Unidades com a devolução do RCLE.

2.4 DESENVOLVENDO O CUIDADO

O passo seguinte a Roda de Conversa Inicial foi o início das Sessões de Reflexologia Podal com os participantes. Foram 10 sessões com duração de 40 minutos cada uma, sendo os 10 minutos iniciais reservados para diálogo e a aplicação dos instrumentos de coleta necessários e 30 minutos para o desenvolvimento das massagens.

As sessões ocorreram uma vez por semana, em consultório fechado, para manutenção da privacidade do participante, na Unidade de origem da pessoa, com intervalo de sete dias entre os encontros. O participante era acomodado na maca confortavelmente e era dado início a massagem podal em todo o pé, enfatizando zonas específicas conforme manifestações clínicas individuais. Para aqueles com acompanhante, era facultativo a presença deste ou não no consultório, no momento da RP.

Para tornar o ambiente mais tranquilo e acolhedor, dava-se a opção de escolha da iluminação ambiente e música relaxante ao fundo, fato que favoreceu, não apenas o relaxamento do participante, como também o estabelecimento da confiança e do vínculo com as pessoas idosas com Parkinson.

Durante as massagens podais, as poucas faltas dos participantes ocorridas, deram-se por duas razões principais, questões de saúde e agendamento de consultas com especialidades, sendo repostas ao final para atingir as 10 sessões propostas.

Logo após as primeiras sessões os participantes começaram a relatar suas primeiras percepções acerca dos benefícios da Reflexologia Podal frente às manifestações clínicas da DP. Finalizadas as sessões (130 na totalidade, ou 10 sessões para cada participante), se agendou a Roda de Conversa Final com a participação de outros profissionais de saúde de cada Unidade

2.5 CONSOLIDANDO VÍNCULOS – RODA DE CONVERSA FINAL

Com o término das sessões de Reflexologia Podal, se fez uma nova Roda de Conversa, com o objetivo de relatar a experiência vivida, as percepções obtidas, os possíveis pontos positivos e negativos da pesquisa e as sugestões. Contou com a presença dos participantes, da pesquisadora, alguns acompanhantes e das gerências convidadas. Além destes integrantes, foi convidado o profissional que se comprometeu em prosseguir ofertando a RP, fazendo curso de formação para a Prática, fato, que quando revelado, deixou os participantes felizes e motivados.

A participação das gerências objetivou minimizar percepções errôneas por parte da

pesquisadora, evitando auto beneficiamento. Desta maneira, a presença das gerentes possibilitou outras testemunhas aos relatos dos participantes, as quais teriam suas próprias percepções e conclusões, sendo capazes de debater com a pesquisadora e demonstrar de forma neutra, pontos talvez não alcançados pela mesma, interferindo no processo de entendimento, proporcionando assim, a redução de vieses na pesquisa e a elevação da confiabilidade dos resultados alcançados.

Esta 2ª Roda de Conversa teve duração aproximada de 2 horas, pois teve por objetivo promover nova socialização entre os participantes, ouvindo seus discursos sobre como se sentiram nestes meses realizando as massagens podais (possíveis benefícios percebidos), e suas sugestões quanto a pontos que pudessem ser melhorados, com o propósito de aperfeiçoar o trabalho desenvolvido.

Iniciou-se a Roda, dando algumas orientações, passando logo em seguida a palavra para os participantes e seus acompanhantes para que falassem livremente sobre a experiência vivida. Realizou-se a gravação de voz durante todo o processo, para captação das falas na íntegra, de modo que pudessem ser utilizados pequenos trechos dos seus relatos na pesquisa, tornando-a ainda mais democrática através da escuta de suas opiniões. Os quadros abaixo, trazem fragmentos das falas das pessoas idosas e de seus acompanhantes:

Quadro 3: Discurso dos participantes gravado na Roda de Conversa Final

P2	“Pra mim, foi ótimo, porque o meu pé incha. Dizem que é veia entupida. Então com a sua massagem, ao menos a veia não entupiu mais.” “Fortaleceu mais o músculo... só coisa boa. Se tiver coisa ruim, do joelho pra baixo sai! “...sobre negatividade, não vi negatividade nenhuma: o horário não foi curto, foi um horário bom, porque ela não para, sempre tá no movimento.” “Eu espero que esse tratamento... venha mais, não pare.” “Às vezes eu tava no ponto de ônibus, mas eu dizia assim, vou andando, porque depois da massagem você se sente bem.” “Eu gostava tanto que erreí até o dia, vim com um dia de antecedência (risos).”
P3	“Eu achei a massagem ótima, não caí mais, porque eu caia todo dia, todo dia e aí, não caio mais, eu durmo bem, não tremo mais tanto...”

P4	“Dor de cabeça que eu sentia muito, não tô sentindo mais, não dormia bem, tô dormindo. ... Eu sei que foi muito bom.”
P5	“Eu gostei de como eu tô me sentindo, entendeu? Melhorou minha flexibilidade nos pés que ficava bem rígido, postura pra andar, tremor reduziu um bocado... não tem ponto negativo... seria bom que fosse dado continuidade.”
P6	“Eu gostei das massagens, é bom.” “De noite, eu dormia muito bem.”
P8	“Era tão bom que seria bom ser pelo menos duas vezes na semana.” “Graças a Deus me senti muito com massagem, queria mais...” “Depois da massagem a gente saía daqui leve. Até no caminhar da gente, a gente se sentia muito bem.”
P9	“Pra mim foi uma satisfação, porque eu ficava meio trancado em casa, sem poder sair, não é por proibição não, mas é que eu ficava acomodado.” “Eu preferia que fosse mais vezes, é a crítica que eu tenho, crítica construtiva, porque um dia só é pouco. Eu ficava aqui as vezes e dava uma vontade de dormir de tão relaxado que eu ficava. Me sentia muito bem mesmo, meu humor voltou... Eu sou um cara muito brincalhão, mas ultimamente eu tava meio triste... Até que eu mudei muito porque melhorei meu astral.” A minha dificuldade do Parkinson é a marcha. Eu tinha muita dificuldade de andar e ultimamente eu tô assim com o movimento travado por causa da mudança de medicação... Mas com o relaxamento da massagem quando tomava, a gente saía psicologicamente melhor.” “Eu vinha pra aqui derrubado mesmo, cansado...e quando chegava aqui dava vontade de ficar mais tempo. E isso fez com que despertasse pra vida.”
P10	“Eu gostei das massagens...me senti valorizada com sua presença fazendo massagem na gente.” “Tava sentindo muita dor de cabeça e aliviou bastante. Os tremores eu sinto bem pouco. O negócio é o travamento que ainda me persegue, mas com a massagem, até o segundo dia melhorava.” “Deve ter mais dias na semana, pra gente ganhar resultado mais prolongado.” “A marcha também ficou mais leve, tem horas que trava um pouquinho, mas é por conta da medicação.”

P11	“Eu só tenho a agradecer.” “A rigidez diminuiu bastante.” “Um dia só é pouco.” Deve ser mais de um dia para dar continuidade, porque é uma doença que requer um movimento, não é uma doença pra ficar parado... exercitar, elastecer a musculatura pra poder viver mais um pouquinho e ter maior qualidade de vida.” “O humor melhorou também, o modo como a gente anda, se desloca para os lugares, melhorou muito.”
P12	“Ah, foi muito bom. Só tenho a agradecer a Deus e a você, porque melhorou bastante. Eu sentia uma quentura nos pés que chegava a ferver assim...se você olhasse parecia que a carne estava fervendo..., mas graças a Deus desapareceu.” “Eu deito agora sem problema, foi incrível um negócio desse.”
P13	“O projeto é significativo e a gente só tem a agradecer.” “Eu saio daqui mais fortificado...” “Nos primeiros dois dias que o músculo está trabalhado, a gente sente, mas depois...”

Fonte: elaborado pela própria autora, 2024.

A partir dos trechos trazidos, percebe-se que dentro de suas manifestações clínicas, prioridades e bem-estar, cada um dos participantes mencionou algo de positivo dentro do tempo que realizou a Reflexologia Podal, o que confirma os benefícios que a Prática Integrativa foi capaz de proporcionar.

Seja a nível físico, como a redução dos tremores, da rigidez, melhoras no padrão da marcha, das dores de cabeça e do sono, quanto em termos emocionais (contribuições no humor e na disposição), as massagens podais foram capazes de alcançar algumas das principais queixas destas pessoas, se demonstrando ser uma técnica eficiente e satisfatória.

Abaixo, construiu-se novo quadro, com falas de alguns acompanhantes, para que fossem confrontadas com as dos participantes:

Quadro 4: Discurso dos acompanhantes gravados na Roda de Conversa Final

ACOMPANHANTE P4	“Eu achei que ele melhorou bastante mesmo: do tremor, que ele tremia muito e aí agora depois do tratamento ele começou a parar mais de tremer, pega as coisas com mais facilidade...” “Pra caminhar também....eu fiquei observando o andar dele está bem melhor do que era antes...”
ACOMPANHANTE P5	“Meu cunhado também, a postura dele melhorou muito. Nos dias de terapia, quando ele chega em casa ele não treme, ele anda de bicicleta todos os dias de tarde. O tremor diminuiu...”
ACOMPANHANTE P6	“Em relação aos pontos positivos, o engasgo dela, ela engasgava demais: falando ela engasgava, comendo, bebendo água. Isso melhorou bastante.” “Em relação a andar, ela pra andar, ficar em pé, ela ficava se jogando por causa da firmeza que não tinha mais e aí começou a dar umas voltinhas com o andador e melhorou bastante em relação a isso.” “O tremor dela também, era muito tremor que ela nem conseguia pegar no copo direito, mas hoje já tem mais firmeza... então pra mim assim, eu vendo o dia a dia dela, só tem lado positivo, negativo, nenhum, graças a Deus.”
ACOMPANHANTE P9	“Eu observei mais estabilidade no levantar, no sentar-se...”
ACOMPANHANTE P11	“É perceptível... a gente percebe ele mais relaxado, e o relaxamento propicia também que não fique mais tão enrijecida a perna dele.” “Eu percebo depois da hora da massagem, que ele sai daqui já levezinho. Sai tão leve que se deixasse, saía até correndo.”
ACOMPANHANTE P13	“Ele melhorou bastante, né? Até no caso dele sozinho se desenvolver... porque tudo dependia de tirar da cadeira, levantar, levar no banheiro...ele já está fazendo isso sozinho. Melhorou bastante.”

Fonte: elaborado pela própria autora, 2024.

Os fragmentos dos acompanhantes expostos no quadro reiteram as falas ditas pelas pessoas idosas com DP, confirmando que as contribuições não foram apenas sentidas pelos participantes do estudo, assim como foram também percebidas por seus familiares.

Conclui-se assim a importância da Roda de Conversa Final que, além de reafirmar através dos discursos trazidos as contribuições da Reflexologia Podal nas pessoas idosas com

Parkinson, também captou as sugestões dos presentes para que a técnica obtivesse maior êxito: 1) realização da Reflexologia Podal de 2 a 3 vezes na semana para que seus benefícios no organismo fossem mais duradouros; 2) possibilidade de atendimento domiciliar.

Conforme Melo e Cruz (2014) às Rodas de conversa se configuram instrumentos essenciais em uma pesquisa qualitativa no que tange a construção de diálogos livres e na participação ativa do sujeito, no fortalecimento de laços, no estabelecimento da confiança entre os lados participantes, permitindo ser um espaço de reflexão e transformação de realidades.

Finalizou-se a Roda de conversa Final com um lanche coletivo que entreteu e proporcionou a despedida entre as partes.

3 CONSIDERAÇÕES

Foi possível perceber que todo o trajeto percorrido na pesquisa em questão passou por diversos instrumentos de coleta de dados, que dentro das suas significâncias trouxeram ao estudo a confecção de um extenso e rico material capaz de contemplar todas as fases de uma Pesquisa Convergente Assistencial.

Diante dessa compreensão, observa-se as Rodas de Conversa como instrumentos de estratégia libertadora, capazes de favorecer a autonomia humana, política e social. Através delas observamos o protagonismo dos sujeitos no processo de ação/reflexão/ação, fato que viabiliza implicações sobre a realidade apresentada e suas possibilidades de transformações.

Verifica-se que por meio das Rodas de Conversa, o coletivo consegue prosseguir além e desenvolve consciência da necessidade de mudança de paradigmas, pois sua finalidade é a superação do conhecimento até então existente. Os caminhos trilhados durante o seu desenvolvimento são conduzidos de forma a se encontrar ou refletir sobre novos horizontes, o que tornam as Rodas ferramentas fundamentais em pesquisas qualitativas, no concernente a construção de um terreno fértil para produzir ressignificações. Além disso, elas propiciam a elaboração da construção de um trabalho feito coletivamente, a partir dos relatos nas inúmeras visões trazidas por cada participante, configurando uma prática colaborativa e emancipatória tendo como objetivo maior a remodelação da realidade.

Cada Roda realizada, trouxe em si a importância do seu desenvolvimento. A primeira Roda de Conversa favoreceu um contato primário que deu início aos estabelecimentos das relações entre os participantes a partir dos seus relatos de experiência e trocas realizadas e com a pesquisadora, propiciando a abertura necessária para que os vínculos se formassem. A segunda Roda, com estas conexões já estáveis e equilibradas, a partir dos momentos

experienciados no projeto, culminou na reelaboração de saberes entre os participantes e na possibilidade de transformação de suas realidades.

A pesquisa proposta, através dos discursos revelados pelas Rodas de Conversa evidenciaram a possibilidade de complementar o cuidado às pessoas idosas com Parkinson através da técnica da Reflexologia Podal, favorecendo assim um maior bem-estar diante da doença e a elevação da qualidade de suas vidas, uma vez que se trata de uma patologia ainda sem cura, de ordem neurológica e de evolução progressiva.

Este fato, ao ser posto em pauta, traz um legado de motivação e esperança de dias melhores para este público, atingindo em cheio os anseios e necessidades destes sujeitos, já que mudanças positivas podem ser estabelecidas em seus cotidianos. Todavia ao mesmo instante surge o conflito entre possibilidades e condicionantes, para que estas transformações possam ser alcançadas, por conta de aspectos culturais, políticos e sociais envolvidos. Dessa forma a experiência aponta a importância de criação de mais espaços como esse que possibilitem discussões coletivas que consigam aperfeiçoar realidades e legitimar práticas, corroborar com ações de prevenção e promoção da saúde para a construção de um mundo comum.

REFERÊNCIAS

ABENDROTH, Maryann; LUTZ, Barbara J.; YOUNG, Mary Ellen. Family caregivers' decision process to institutionalize persons with Parkinson's disease: A grounded theory study. **International Journal of Nursing Studies**, v. 49, n. 4, p. 445-454, 2012.

CAROD-ARTAL, Francisco Javier.; MESQUITA, Hudson Mourão; ZIOMKOWSKI, Sofia.; MARTINEZ-MARTIN, Pablo. Burden and health-related quality of life among caregivers of brazilian Parkinson's disease patients. **Parkinsonism & Related Disorders**, v. 19, n. 11, p. 943-948, 2013.

CORREIA, Maria das Graças da Silva *et al.* Doença de Parkinson: uma desordem neurodegenerativa. **Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde** – UNIT. fev.; v. 1, n. 2: p. 57-65. 2013.

FAUCHER, Mary Ann; GARNER, Shelby L. A method comparison of photovoice and content analysis: Research examining challenges and supports of family caregivers. **Applied Nursing Research**, v. 28, n. 4, p. 262-267. 2015.

FERNANDEZ, Moural Lourdes. *et al.* The start of caring for an elderly dependent family member: a qualitative metasynthesis. **BMC Geriatrics**, Berlin, v. 18, 2018. DOI: 10.1186/s12877-018-0922-0.

MELO, Márcia Cristina Henares; CRUZ, Gilmar de Carvalho. C. Roda de conversa: uma proposta metodológica para a construção de um espaço de diálogo no ensino médio. **Imagens da Educação**, v. 4, n. 2, p. 31-39. 2014.

MOURA, Adriana Ferro; LIMA, Maria Gloria. A reinvenção da roda: Roda de conversa, um

instrumento metodológico possível. **Revista Temas em Educação**, v. 23, n. 1, p. 98-106, 2014

OSHIO, Takashi.; KAN, Mari. Impact of parents' need for care on middle-aged women's lifestyle and psychological distress: evidence from a nationwide longitudinal survey in Japan. **Health and Quality Life Outcomes**, Berlin, v. 16, n. 63. 2018. DOI: 10.1186/s12955-018-0890-2

RODGER, Daragh; NEILL, Mary O.; NUGENT, Linda. Informal carers' experiences of caring for older adults at home: a phenomenological study. **British Journal of Community Nursing**, London, v. 20, n. 6, p. 280-285, 2015. DOI: 10.12968/bjcn.

SAMPAIO, Juliana; SANTOS, Gilney Costa; AGOSTINI, Marcia; *et al.* Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: Uma experiência com jovens no sertão pernambucano. **Interface**, v. 18, n. 2, p. 1299-1311. 2014.doi:10.1590/1807-57622013.0264. Disponível em: » <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0264>

TAN, Siok Bee; WILLIAMS, Allison; MORRIS, Meg. Experiences of caregivers of people with Parkinson's disease in Singapore: A qualitative analysis. **Journal of Clinical Nursing**, v. 21, p. 2235-2246. 2012.

TAVERO, Imaculada Lancharro *et al.* The gender perspective in the opinions and discourse of women about caregiving. **Revista Escola de Enfermagem** da USP, São Paulo, v. 52, 2018. DOI: 10.1590/S1980-220X2017009403370.

VIOLANTE, Mayela Rodrigues *et al.* Factores asociados a la calidad de vida de sujetos con enfermedad de Parkinson y a la carga del cuidador. **Neurología**, v. 30, n. 5, p. 257-63. 2015.

5 PRODUTOS

Neste capítulo se apresenta os produtos desta pesquisa, conforme as recomendações do Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana (MPE UEFS) e da Classificação de Produção Técnica e Tecnológica para a área da Enfermagem, estabelecida pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (BRASIL, 2023).

Os produtos originados, descritos abaixo, fornecerão bases para a elaboração futura de um Protocolo Clínico Municipal voltado a pessoas idosas com Parkinson, conforme proposto no projeto. Este Protocolo, terá por finalidade promover um atendimento ampliado ao cuidado deste público, gerando manobra adicional aos procedimentos padrões atualmente direcionados à assistência da Doença de Parkinson, no intuito de proporcionar a estas pessoas uma maior qualidade de vida mediante as dificuldades que apresentam frente à progressão da patologia. Descreve-se abaixo os produtos originados:

5.1 PRODUTO CIENTÍFICO

- 1) Artigos: o primeiro artigo se encontra em fase final de adequação para submissão em periódico indexado já escolhido, tendo como título “**CONTRIBUIÇÕES DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS NO CUIDADO A PESSOA IDOSA COM PARKINSON: Revisão integrativa**”. Este estudo teve por objetivo investigar como as Práticas Integrativas contribuem no cuidado à pessoa com Parkinson por meio de produções científicas publicadas num recorte temporal de 2013 a 2023. Os demais artigos a serem confeccionados, também terão como base a dissertação e seus resultados.

5.2 PRODUTOS TÉCNICOS

- 1) Relatório Técnico - Rodas de Conversa (no corpo desta dissertação);
- 2) Cartão da Pessoa idosa com Parkinson;
- 3) Folder PICS (**APÊNDICE N**): confeccionado para divulgação das PICS, inclusive da Reflexologia Podal para distribuição pelos profissionais das Unidades ao público em geral;

- 4) Sensibilização e formação de profissionais da rede de Camaçari em Reflexologia Podal: certificados de realização do curso em anexo (**ANEXO E**);
- 5) Relatório Técnico – Encontro com a Gestão e NUPICS: O objetivo foi apresentar o relatório de pesquisa aos gestores para que, a partir de resultados advindos do campo empírico por meio da pesquisa Convergente Assistencial, percebam a importância da implantação na rede de Serviço específico (PICS) para atendimento a este público, pois o estudo comprovou, através das percepções dos participantes, a melhoria de sinais e sintomas com a aplicação da Reflexologia Podal. A seguir se apresenta o Relatório Técnico.

RELATÓRIO TÉCNICO

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA DISSERTAÇÃO PARA INTEGRANTES DA GESTÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMAÇARI E PARA O NÚCLEO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) se sustenta na prática, do trabalho coletivo e de corresponsabilidade entre as diversas esferas de governo, profissionais e participação popular para proporcionar o acesso a saúde da população brasileira, tendo como base os princípios da universalidade, equidade e integralidade, e como diretrizes, a descentralização, hierarquização, regionalização e participação social (Brasil, 2006).

De acordo com Paim (2013) estas relações transversais têm como principal intuito a democracia, a negociação cotidiana e o compartilhamento de saberes e práticas, já que para seu bom funcionamento, é essencial a colaboração entre as partes de modo a desenvolver uma atuação constante, integrada e eficiente. Este trabalho coletivo permite a gestão otimizar recursos, melhorar a qualidade do cuidado aos usuários, além de propiciar condições de trabalho mais seguras e produtivas aos profissionais da assistência, inclusive estimulando o desenvolvimento de pesquisas cujos objetos emergjam da prática e sejam traduzidos nos serviços, visando qualificar o cuidado ofertado por meio de evidências (D'ávila, 2017). Frente ao exposto, se apresenta o relatório técnico, a partir do encontro com a Gestão e o Núcleo de Práticas Integrativas do Município de Camaçari, para devolutiva por meio de apresentação dos resultados da pesquisa intitulada **“REFLEXOLOGIA PODAL: percepções da pessoa idosa com Parkinson frente a um cuidado integrativista”**.

1.2 RELEVÂNCIA DO ENCONTRO

A relevância deste momento se encontrou na possibilidade de estreitar laços entre as partes, por meio da apresentação e discussão dos resultados do estudo, buscando sensibilizar os integrantes da gestão presentes, com proposição de investimentos na área do cuidado a pessoa idosa, notadamente, aquelas com doença de Parkinson, através da implantação na rede, de serviço específico para atendimento a este público e formação de mais profissionais em PICS.

1.3 OBJETIVOS

- 1) Apresentar os resultados da pesquisa realizada e estreitar laços com o NUPICS por meio de debates;
- 2) Propor à gestão do município a implantação de um serviço de PICS (Reflexologia Podal) com pessoas com DP;
- 3) Estimular a Gestão a qualificação de profissionais de saúde da rede em PICS para ampliar a oferta de atendimento à população idosas com Parkinson.

2 O ENCONTRO

O encontro aconteceu na Unidade de Saúde de Camaçari de Dentro, dia 11 de março de 2025 no turno da tarde e contou com a presença de um representante da gestão e cinco membros do NUPICS (**Figura 1**).

Figura 1: Apresentação da pesquisa a gestão e NUPICS



Fonte: arquivo da pesquisadora, 2025.

Após as formalidades, a pesquisadora apresentou a questão norteadora, a motivação, os objetivos, e uma síntese do referencial teórico. Em seguida, aprofundando-se no estudo, explicando sobre a metodologia, descrevendo o tipo de estudo, cenário de pesquisa, participantes, negociação da pesquisa, questões éticas direcionadoras, a prática integrativa utilizada, os instrumentos de coleta de dados, a análise de dados e os resultados.

Compreendida esta etapa, passou para a descrição da fase de campo, quando houve contato da pesquisadora com as Equipes e como as pessoas idosas com Parkinson. Enfatizou-se a aceitação das partes acerca da pesquisa.

Em seguida, relatou-se como se deu os momentos de aproximação com os participantes através das Rodas de Conversa desenvolvidas, as sessões de Reflexologia Podal executadas e as entrevistas efetuadas.

No âmbito das sessões, detalhou-se como foi realizado as massagens podais, nos integrantes de estudo, os pontos escolhidos conforme as manifestações clínicas que apresentavam e como, a cada sessão, ocorria a entrega e a aproximação entre as partes, favorecendo o êxito da pesquisa.

Por fim, através dos gráficos, quadros e a análise de conteúdo de Bardin, relatório técnico e fotos, demonstrou-se os resultados alcançados, que possibilitaram responder o pressuposto da pesquisa. Ao longo da apresentação do estudo, à medida que surgiam dúvidas, estas eram esclarecidas de modo satisfatório.

Sugeriu-se a gestão investimentos na área das Práticas Integrativas no município de Camaçari, por meio da formação de mais profissionais de forma gratuita pela própria rede, compra de materiais para o desenvolvimento das práticas, implantação de vagas nas agendas das unidades para o atendimento de PICS e fez-se proposta de criação de espaço específico de atendimento a pessoas com doenças com Doença de Parkinson ou doenças neurodegenerativas crônicas como Alzheimer, Parkinson, Esclerose Múltipla Amiotrófica, Doença de Huntington, dentre outras.

Ao fim da apresentação, os presentes elogiaram a pesquisa. O membro da gestão afirmou que levaria as propostas para serem debatidas, a fim de proporcionar o aumento da visibilidade das Práticas Integrativas no Município. Os integrantes do NUPICS solicitaram uma cópia do relatório de pesquisa na íntegra e convidaram a pesquisadora, que aceitou imediatamente o convite, para ser representante das PICS em sua Unidade de lotação (USF Buris de Abrantes) além de ajudar no processo de divulgação das práticas na costa de Camaçari.

O encontro encerrou-se com a proposição de diálogo entre gestão, profissionais e NUPICS sobre a expansão de uma agenda voltada a atendimentos das Práticas integrativas e formas de proporcionar um maior destaque destas na rede.

Figura 2: Participantes do encontro com membros da gestão e NUPICS



Fonte: arquivo da pesquisadora, 2024.

3 CONSIDERAÇÕES

Desde a década de 90, o uso das Práticas Integrativas e Complementares vem aumentando e de maneira mais acelerada nos últimos anos, principalmente após sua regulamentação e criação de políticas próprias (Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC) que ajudaram a nortear o cuidado (Brasil, 2006).

Diante deste fato, tem sido na atualidade, uma forma de cuidar diferenciada, tendo como principal porta de entrada, os serviços da Atenção Básica, onde sua oferta tem sido bem aceita e esperada pelos usuários dos serviços (Marques, 2011). Neste âmbito, percebeu-se, na apresentação dos resultados, a abertura dos integrantes da gestão para a manutenção de um diálogo que possa ascender o desenvolvimento das PICS no município, realizando neste percurso ações que possam incrementar as práticas em Camaçari. Observou-se também o cuidado e a atenção dos demais colegas presentes integrantes do NUPICS quanto ao interesse

sobre os resultados obtidos com a pesquisa e a possibilidade concreta do uso da Reflexologia Podal em pessoas com DP. Desse modo, o encontro foi essencial, não apenas pela apresentação dos resultados como pela possibilidade de disseminação do conhecimento adquirido com o estudo, podendo ser este, utilizado para ampliação dos cuidados à patologia no município.

Os momentos experienciados na apresentação concluem mais um ciclo da pesquisa, a partir do compartilhamento de novos saberes e a possibilidade da sua utilização para a reorganização e expansão da prática assistencial, fato previsto na Pesquisa Convergente Assistencial (Paim; Trentini, 2015), proporcionando as pessoas com a patologia a viabilidade de mais uma maneira de controlar os sinais e sintomas do Parkinson, elevando seu bem-estar e qualidade de vida.

Por fim, a discussão gerada no encontro ainda pode ser utilizada como base para construção coletiva (Gestão, profissionais, NUPICS e população) de estratégias de cuidado inovadoras com foco em uma atenção holística, voltada para o estímulo ao autocuidado e promoção da saúde baseadas nas PICS. Ademais, a elaboração de políticas públicas atuais pode ser pensada tendo como ponto de partida a presente pesquisa, assim como o estímulo a confecção de novos estudos com a temática no Município, transformando-o em um local agregador, dinâmico, com profissionais qualificados, que valoriza o conhecimento e o protagonismo dos usuários, a partir do fortalecimento da prática da integralidade e humanização da assistência.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília: MS; 2006.

D'ÁVILA, Cristiane; TRIGUEIROS, Umberto Lima. **Comunicação, mídia e saúde** [internet]. Rio de Janeiro: Luminatti Editores; 2017. Acesso em 12 março, 2025. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/25311>.

MARQUES, Luciene Alves Moreira; VALE, Flávia Vanessa Vieira Ribeiro; NOGUEIRA, Valéria Aparecida dos Santos *et al.* Atenção farmacêutica e práticas integrativas e complementares no SUS: conhecimento e aceitação por parte da população sãojoanense. **Physis**. v. 21, n. 2, p. 663-674.2011.

PAIM, Jairnilson Silva. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**; v. 29, n. 10, p. 1927- 1953. 2013.

PAIM, Lygia.; TRENTINI, Mercedes; SILVA, Denise Maria Guerreiro. Pesquisa convergente assistencial. In: LACERDA, M. R. COSTENARO, R. G. S. Metodologias da pesquisa para Enfermagem e Saúde. 1. ed. Porto Alegre: **Moriá**, 2015. p. 183-214.

6 CONSIDERAÇÕES

Os resultados alcançados demonstram que o método da PCA possibilitou a observação da convergência de ações entre assistência e pesquisa de modo a criar espaços de superposição entre estas duas, ocasionando o surgimento de um novo conhecimento e da possibilidade de mudanças da prática assistencial existente voltada a pessoas idosas com Parkinson, provocando assim a exibição de novas formas de cuidado, sustentando a expansibilidade deste para o campo das Práticas Integrativas, confirmando assim o pressuposto desta pesquisa.

A partir das percepções dos estudos qualitativos, o uso de diferentes instrumentos de coleta de dados, como as entrevistas, a Escala de HY e as Rodas de Conversa como estratégia de aprofundamento da investigação, possibilitou, nesta pesquisa, a obtenção de dados do fenômeno em diferentes perspectivas, considerando a complexidade do objeto de estudo, partindo de informações mais superficiais e abrangentes e alcançando ao final outras mais profundas e específicas, o que propiciou não somente responder à questão cerne de pesquisa, como conhecer mais acerca dos participantes, seus anseios, desejos e expectativas quanto a Doença de Parkinson.

Através deste estudo observou-se que os participantes da pesquisa obtiveram percepções favoráveis aos estímulos da Reflexologia Podal. A partir da pressão exercida em zonas reflexas específicas dos pés, as manobras configuraram-se eficientes no relaxamento muscular dos parkinsonianos, reduzindo seus tremores, dores e rigidez, minimizando quadros de cefaleia, insônia e câibras, melhorando a marcha, a postura, a qualidade do sono e do humor, reduzindo a frequência das quedas e dos engasgos.

Dessa forma, foi possível afirmar que, além dos recursos terapêuticos convencionais destinados atualmente para tratamento da DP, como os medicamentos, o acompanhamento com equipe multiprofissional e os eletrodos de estimulação cerebral, é possível a incorporação, de modo complementar, de outras formas de cuidar a este público capazes de proporcionar um bem-estar físico e psicológico, a exemplo da Reflexologia Podal.

Contudo, apesar das massagens podais favorecerem contribuições percebidas e relatadas pelas pessoas idosas com Parkinson, foi identificado que a prática possui limites de atuação, uma vez que todos os participantes declararam que seus efeitos mais intensos tinham um tempo útil de permanência no organismo por no máximo 4 dias, período o qual mencionaram o maior bem-estar pós sessões. Este fato, inclusive, gerou como sugestões a realização das massagens podais pelo menos duas vezes na semana no intuito de manter os efeitos da Reflexologia Podal mais duradouros, assim como sua execução em domicílio, como

maneira de facilitar o acesso, daqueles com maiores dificuldade de locomoção contribuindo assim com a equidade.

A confirmação dos benefícios, foi ainda mais evidente durante a falta dos participantes as sessões, ocasionando, segundo eles, uma piora no estado geral e no bem-estar com a exacerbação dos sinais e sintomas da patologia.

Frente a essas percepções, diante de um cenário onde não há muitas opções terapêuticas dentro do escopo de ações que possam ser oferecidas aos pacientes com DP, a Reflexologia Podal, se configurou como Prática Integrativa eficaz no tratamento adicional, favorecendo um conforto não apenas físico como emocional. Adicionalmente, se caracteriza por ser uma prática acessível, segura, satisfatória, holística e de baixo custo para os gestores, já que não há necessidades de uso de equipamentos e grandes tecnologias, apenas a aplicabilidade de pressão com as mãos e óleos deslizantes.

Outro ponto relevante a ser abordado, é a escassez, até o momento, de estudos científicos robustos que avaliem especificamente os efeitos da Reflexologia Podal em pacientes com DP. Embora existam relatos clínicos e experiências profissionais que apontam suas contribuições (como as trazidas neste estudo), ainda faltam pesquisas sistemáticas e mais duradouras que validem essas observações com metodologias mais rigorosas, de forma a gerar mais resultados que corroborem com mecanismos, técnicas, medicamentos, implantação de Políticas Públicas e ações positivas para as pessoas idosas com Parkinson.

O incentivo a formação de profissionais em Práticas integrativas, assim como maiores investimentos nesta área demonstrando a sua ascendência e os bons resultados já alcançados de acordo com a Medicina Baseada em Evidências, também representam pontos chaves no que diz respeito a propagação da Reflexologia Podal e outras PICS, garantindo assim um acesso mais abrangente da população, a integralidade da assistência e um cuidado mais humanizado.

Somente a partir destas ações será possível dar os primeiros passos em direção a consolidação da Reflexologia Podal como opção concreta dentro do enfoque complementar na Doença de Parkinson e assim trazer mais saúde e bem-estar a vida destas pessoas.

REFERÊNCIAS

- ABBASI, Mohammad Hossein *et al.* Dilemma in Parkinson's Treatment; Levodopa Monotherapy May be the Best Choice. **Journal of Clinical Neuroscience**, Volume 79, p. 219 – 223. 2020.
- ABBRUZZESE, Giovanni; MARCHESE, Roberta; AVANZINO, Laura, *et al.* Rehabilitation for Parkinson's disease: current outlook and future challenges. **Parkinsonism Relat. Disord.**; v. 22, p. 60-4. 2016.
- ABDALLA, Salma Mohamed.; GALEA, Sandro. Key considerations for the future of mental health epidemiology. **American Journal of Epidemiology**, Volume 193, Issue 10, October, p. 1307–1312, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/aje/kwae114>
- ABENDROTH, Maryann; LUTZ, Barbara; YOUNG, Mary Ellen. Family caregivers' decision process to institutionalize persons with Parkinson's disease: A grounded theory study. **International Journal of Nursing Studies**, v. 49, n. 4, p. 445-454, 2012.
- AGUIAR, Viviane Ferraz Ferreira de; *et al.* Avaliação da capacidade funcional e qualidade de vida do idoso no Brasil residente em comunidade. **Revista de Enfermagem Referência**. V. 4, n. 21, 2019, p. 59-69. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3882/388260457006/html/>
- AHN, Sangwoo; CHEN, Yan; BREDOW; *et al.* Effects of non-pharmacological treatments on quality of life in Parkinson's Disease: a review. **J Parkinson's Dis. Alzheimer's Dis.**, v. 7, n. 4, p. 1-18. 2017.
- ALHO, Ana Tereza Di Lorenzo. **Caracterização da substância negra humana durante o envelhecimento** [Tese de doutorado]. Universidade de São Paulo; 2011.
- ALONSO-RECIO, Laura; MARTÍN-PLASENCIA, Pilar; LOECHES-ALONSO, Ângela; *et al.* Working memory and facial expression recognition in patients with Parkinson's disease. **Journal of the International Neuropsychological Society**, v. 20, p. 496-505. 2014. Disponível em: » <https://doi.org/10.1017/S1355617714000265>
- ALVAREZ, Ângela Maria; GONÇALVES, Lúcia Isako Takashi; SCHIER, Jordelina; *et al.* Grupo de apoio às pessoas com Doença de Parkinson e seus familiares. Extensio: **Revista Eletrônica de Extensão**, v. 13, n. 22, p. 92- 101. 2016. Disponível: <https://doi.org/10.5007/1807->
- ANDRADE, Luiz Augusto; BARBOSA, Egberto Reis; CARDOSO, Francisco; TEIVE, Hélio. Doença de Parkinson: estratégias atuais no tratamento. 1. ed. São Paulo: **Omnifarma**; p. 155-171. 2010.
- ANDRADE, Vivian Maria; SANTOS, Flávia Heloisa dos; BUENO, Orlando. Neuropsicologia hoje. São Paulo: Ares Médicas, 2014.
- ANGELO, Margareth. Antropologia para enfermagem. In: Nakamura, Eunice; Martins, Denise; Santos, José Francisco Quirino, organizadoras. Cultura e cuidado da família. Barueri: **Manole**;

p. 82-99. 2009.

ANSAI, Juliana Hotta; SERA, Celisa Tiemi Nakagawa. Percepção da autonomia de idosos longevos e sua relação com fatores sociodemográficos e funcionais. **Rev. Kairós Gerontol.**; v. 16, n. 5, p. 189-200. 2013.

ANWAR, Arsalan.; SALEEM, Sidra.; AKHTAR, Aisha *et al.* Parkinson Disease. **Cureus**. 2019. Disponível em: doi: 10.7759/cureus.5409. PMID: 31632863; PMCID: PMC6795374. 6. Acesso em: 27 mar. 2023.

ARCÊNCIO, Ricardo Alexandre; OLIVEIRA, Maira Fernanda; CARDOZO-GONZALES, Roxana Isabel; *et al.* City tuberculosis control coordinators' perspectives of patient adherence to DOT in São Paulo State, Brazil, 2005. **Int. J. Tuberc. Lung Dis.**, v. 12, n. 5, p. 527-31. 2008.

AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. [Apresentação da 4ª. capa]. In: Teixeira, Sônia M. Fleury. (org.). Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo, Abrasco: **Cortez**, v. 232, 1989.

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. São Paulo: **Edições 70**, 2016.

BARGHAMADI, Mohsen.; BEHBOODI, Zohreh; SINGH, Gurmeet. The effect of foot reflexology on back pain among cricketers. **Journal of Shahrekord University of Medical Sciences**, Ardebil; v. 21, n. 4, p. 187-193, 2019.

BEDIN, Everton; PINO, José Claudio. Interações e intercessões em rodas de conversa: espaços de formação inicial docente. **RBEP**, v. 99, n. 251, p. 222-238. 2018 Disponível em: doi:10.24109/2176-6681.rbep.99i251.3383 » <https://doi.org/10.24109/2176-6681.rbep.99i251.3383>

BELVISI, Daniele *et al.* Modifiable risk and protective factors in disease development, progression and clinical subtypes of Parkinson's disease: What do prospective studies suggest? **Neurobiology of disease**, v. 134, p. 104671, 2020.

BIREME/OPAS/OMS. **Mapas de Evidências sobre aplicação clínica das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde**. Boletim BIREME n° 37 - 30/outubro/2019. Disponível em: <http://boletin.bireme.org/pt/2019/10/26/mapasde-evidencias-sobre-aplicacao-clinica-das-praticas-integrativas-ecomplementares-em-saude/>. Acesso em: 13 mai. 2023.

BIROLI, Flávia. **Gênero e desigualdades: limites da democracia no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2018.

BOVOLENTA, Tânia Maria; FELÍCIO, André Carvalho. O doente de Parkinson no contexto das Políticas Públicas de Saúde no Brasil. **Einstein** (São Paulo); v. 14, n.3, p. 7-9. 2016. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1679-45082016ED3780>

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde - Relatório Final**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1986.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006**. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. DOU–seção 1; 4/05/2006. Disponível em: https://saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_971.pdf. Acesso em: 28 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº228, de 10 de maio de 2010**. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Doença de Parkinson. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0228_10_05_2010.html. Acesso em 13 maio. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria MS/GM n. 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Atualiza a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: **Diário Oficial da União**, MS; 2012a. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html. Acesso em: 24 mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília, DF: MS, 2014. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacaoredesatencaosaudesas.pdf>. Acesso em: 10 julho, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 24 maio de 2016. Disponível em: <http://bit.ly/2fmnKeD>. Acesso em: 24 mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Conjunta nº 10, de 31 de outubro de 2017**. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Parkinson, 2017. https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticaspcdt/arquivos/2019/PortariaConjuntan18de14102021_PCDT_Psoriase.pdf. Acesso em: 15 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2018a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>. Acesso em: 22 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 702, de 21 de março de 2018**. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017,

para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. Diário Oficial da União 22 mar. 2018b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html. Acesso em: 22 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. e-SUS Atenção Básica: **Manual de uso do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC** - Versão 3.1. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018c.

BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD)**. Brasília, DF: Presidência da República, 2018d. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l14020.htm. Acesso em: 06 dez. 2024.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Secretaria Especial para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 14.606, de 20 de junho de 2023**: Institui o mês de abril como o Mês da Conscientização da Doença de Parkinson e estabelece como seu símbolo a tulipa vermelha. Brasília: 2023

BROEN, Martijn; NARAYEN, Nadia; KUIJF, Mark; *et al.* Prevalence of anxiety in Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. **Mov. Disord**; v. 31, n. 8, p. 1125-33. 2016.

BOUÇA-MACHADO, Raquel *et al.* Physical activity, exercise, and physiotherapy in Parkinson's disease: defining the concepts. **Movement Disorders Clinical Practice**, v. 7, n. 1, p. 7-15, 2020.

BUENO, Maria Eduarda Brandão; ANDRELLO, Ana Carolina dos Reis; TERRA, Marcelle Brandão *et al.* Efetividade da fisioterapia com treinamento de dupla tarefa no sistema motor e cognitivo em indivíduos com doença de Parkinson. **Rev. Saúde e Pesquisa**, v. 7, n. 2, Paraná, 2014.

BUTLER, Paul; MCNAMARA, Patrick; GHOFrani Jessica *et al.* Disease-associated differences in religious cognition in patients with Parkinson's disease. **J. Clin. Exp. Neuropsychol**; v. 33, n. 8, p. 917-928, 2011.

CABREIRA, Verônica; SOARES, Patricio da Silva, MASSANO João. Contemporary options for the management of motor complications in Parkinson's disease: updated clinical review. **Drugs**; v. 79, p. 593–608. 2019.

CALDAS, Laura Passos *et al.* Revisão integrativa da literatura sobre longitudinalidade na Atenção Primária à Saúde. **Revista dos Trabalhos de Iniciação Científica da UNICAMP**, n. 26, 2018.

CAMAÇARI. Bahia, Prefeitura Municipal, Secretaria de Saúde, 2023.

CAMARGO, Janaina. **Reflexoterapia**. Material não publicado. Aulas da Professora desta disciplina, 2021.

CAROD-ARTAL, Francisco Javier.; MESQUITA, Hudson Mourão; ZIOMKOWSKI, Sofia *et*

al. Burden and health-related quality of life among caregivers of brazilian Parkinson's disease patients. **Parkinsonism & Related Disorders**, v. 19, n. 11, p. 943-948, 2013.

CETOLIN, Sirlei Favero; TRZCINSKI, Clarete; MAHL, Álvaro Cielo; *et al.* Alterações Sociofamiliares na vida de pessoas com Mal de Parkinson usuárias da Saúde Pública. **Unoesc & Ciência**, v. 3, n. 2, p. 203-212. 2012. Disponível em: <https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/achs/article/view/2102/0>

COIN, Alessandra; PERISSINOTTO, Egle; NAJJAR, Marc; *et al.* Does religiosity protect against cognitive and behavioral decline in Alzheimer's dementia? **Curr. Alzheimer Rev.**; v. 7, n. 5, p. 445-52, 2010.

COLOMBO, Delia; ABBRUZZESE, Giovanni, ANTONINI, Angelo, *et al.* The “gender factor” in wearing-off among patients with Parkinson's disease: A post hoc analysis of DEEP study. **Scientific World Journal**, n. 787451. 2015.

CORRÊA, Jimilly Caputo.; FERREIRA, Maria Elisa Caputo; FERREIRA, Vanessa Nolasco; *et al.* Percepção de idosos sobre o papel do Psicólogo em Instituições de Longa Permanência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro-RJ, v.15 n.1, p127-136, 2012.

CORREIA, Maria das Graças da Silva; PAIXÃO, Ailma Oliveira; JESUS, Aline Vasconcelos Freitas; SILVA, Francimary Santos; MESSIAS, Gessica Maria Santos *et al.* Doença de Parkinson: uma desordem neurodegenerativa. **Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde – UNIT**, v. 1, n. 2, p. 57-65, 2013.

CRAIG, Charles Ross; STITZEL, Robert. *Farmacologia Moderna Com Aplicações Clínicas*; 6ª Edição, 2012.

CRUZ, João Maria da. **Benefícios da caminhada na água na qualidade de vida de pacientes com doença de Parkinson**. [trabalho de conclusão de curso]. 21f. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, 2016.

CUNHA, JEMAILA Maciel; SIQUEIRA, Emilio Conceição. O papel da neurocirurgia na doença de Parkinson: revisão de literatura / The role of neurosurgery in Parkinson's disease: literature review. **Rev. Med (São Paulo)**; v. 99, n. 1, p. 66-75. 2020.

DIAS, Daniele Maria; SILVA, Adriane Vitor; SANTOS, Celso Luiz Gomes; *et al.* **Efeitos da Reflexologia Podal sobre respostas cardiovasculares e sintomas específicos em idosos de um lar de longa permanência de Londrina – Estudo Piloto**. X EPCC – Encontro Internacional de Produção Científica Londrina, 2015. Disponível em: <http://rdu.unicesumar.edu.br/handle/123456789/1921>. Acesso em: 14 set. 2022.

DOMMERSHUIJSEN; Lisanne. Mental health in people with Parkinson's disease during the COVID-19 pandemic: potential for targeted interventions? **NPJ Parkinson's disease**; v. 7, n. 1, p. 1-9, 2020.

DREWES, Yvonne; *et al.* Variability in vulnerability assessment of older people by

individual general practitioners: A cross-sectional study. **PLoS ONE**, [s. l.], v. 9, n. 11, p. 1-7, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4224322/>. Acesso em: 18 out. 2023.

DUARTE, Juliana dos Santos *et al.* Physical activity based on dance movements as complementary therapy for Parkinson's disease: Effects on movement, executive functions, depressive symptoms, and quality of life. **PLoS ONE**, v. 18, n. 2, p. e0281204–e0281204, 2023.

EMBONG, Nurul Haswani *et al.* Concept, evidence, current practice, and practitioner training. **Journal of Traditional and Complementary Medicine**, Selangor, v. 5, p. 197-206, 2015.

FARIA, Larissa Jorge Ferreira; LIMA, Priscila Melo Ribeiro; PEREIRA-SILVA, Nara Liana. **Resiliência familiar diante do diagnóstico da doença de Parkinson na velhice. Pesquisas e Práticas**. 2019.

FAUCHER, Mary Ann; GARNER, Shelby L. A method comparison of photovoice and content analysis: Research examining challenges and supports of family caregivers. **Applied Nursing Research**, v. 28, n. 4, p. 262-267. 2015

FERREIRA, Dharah Puck Cordeiro; CORIOLANO, Maria das Graças Wanderley de Sales; LINS, Carla Cabral dos Santos Acioly Lins. A perspectiva do cuidador da pessoa com Parkinson: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro**, v. 20, n. 1, p. 103-14, 2017.

FERNANDES, Itana; ANDRADE FILHO, Antônio de Souza. Estudo clínico-epidemiológico de pacientes com doença de Parkinson em Salvador-Bahia. **Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria**, v. 2, n. 1, p. 45-59. 2018. Disponível em: <https://www.revneuropsiq.com.br/rbnp/article/view/244>. Acesso em: 25 set. 2022.

FERNANDEZ, Lourdes Moral *et al.* The start of caring for na elderly dependent family member: a qualitative metasynthesis. **BMC Geriatrics**, Berlin, v. 18, 2018. DOI: 10.1186/s12877-018-0922-0.

FILHO Marcelo Ferrari de Almeida; ROMANINI Aline Puzzi; PYRICH, Beatriz Cavalheiro *et al.* Canabinóides Como Uma Nova Opção Terapêutica nas Doenças de Parkinson e de Alzheimer: uma revisão de literatura; **Rev. Bras. De Neurol.**; v. 55, n. 2. 2019. Disponível em: <Http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/08/1010037/revista552-v21-artigo3.pdf>. Acesso em: 25 set. 2024.

FILIPPIN, Nadiesca Taisa *et al.* Qualidade de vida de sujeitos com doença de Parkinson e seus cuidadores. **Fisioter. Mov.**, v. 27, n.1, p.57-66, 2014. Acesso em 29 ago. 2023. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/fm/v27n1/0103-5150-fm27-01-0057.pdf>.

GAL, Iddo; OGRAJENŠEK, Irena. Official Statistics and Statistics Education: Bridginggal the Gap. **Journal of Official Statistics**, v. 33, n.1, p. 79-100. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1515/jos-2017-0005>

GIACOMELLI, Agatha Oliveira. **Papel dos receptores purinérgicos em modelo animal de doença de Parkinson**. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil, 2018. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/46/46131/tde-26112018-074709/publico/TeseDefendidaAgathaOliveiraGiacomelli.pdf>. Acesso em: 10 set. 2022.

GOMES, Alexei Rodrigues; DAHER, Donizete Vago; FONSECA, Thais Cordeiro. A interrupção do cotidiano imposta pela Doença de Parkinson: perspectivas de idosos parkinsonianos. **Ver. de Enfermagem, UFPE**, v.8, n.5, p.1296-301, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9812/9987>

GUEDES, Cristiane Rosa *et al.* Habilidades do Enfermeiro no Diagnóstico e Cuidado ao Portador de Depressão. **RCS.**; v. 5, n. 4, p. 1-7. 2015. Disponível em: doi: <http://dx.doi.org/10.21876/rcsfmit.v5i4.402>

HIRSCH, Lauren; JETTE, Nathalie; FROLKIS, Alexandra; *et al.* The incidence of Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. **Neuroepidemiology**, v. 46, p. 292- 300. 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da População do Brasil por sexo e idade: 2000-2060**. 2022a. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html>19. Acesso em: 10 mai. 2023.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Brasileiro de 2022**. IBGE, 2022b. Rio de Janeiro. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos>. Acesso em: 06 dez. 2024.

JARDIM, Silva. Depressão e trabalho: ruptura de laço social. *Rev. bras. Saúde ocup.*; p. 84-92, 2011.

KOENIG, Harold George. Spirituality and Health Research: methods, measures, statistics, and resources. Philadelphia. **Templeton Press**; 2011

KRASOWSKA, Danuta *et al.* Risk of Nonmelanoma Skin Cancers and Parkinson 's Disease Meta-Analysis and Systematic Review. **Cancers (Basel)**. v. 13, n. 4, p. 587. 2021 Disponível em: doi: 10.3390/cancers13040587.

KUSTER, Bárbara Juliana König; SILVA, Luis Anildo Anacleto; LEITE, Marinês Tambara; *et al.* Cuidados de Enfermagem aos usuários com Doença de Parkinson na Atenção Básica de Saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 1, p. 10-18. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5902/217976929074>

LACERDAL, Maria Ribeiro; COSTENARO, Regina Gema Santini (Org). Metodologias da pesquisa para Enfermagem e Saúde: da teoria à prática. 1ed. Porto Alegre: **Moriá**, 2016.

LIMA, Leilson Lira; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães; JORGE, Maria Salete Bessa. Produção do cuidado a pessoas com hipertensão arterial: acolhimento, vínculo e corresponsabilização. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 4. 2013.

LIRANI-SILVA, Camila; MOURÃO, Lúcia Figueiredo; GOBBI, Lilian Teresa Bucken. Dysarthria and Quality of Life in neurologically healthy elderly and patients with Parkinson's Disease/Disartria e Qualidade de Vida em idosos neurologicamente sadios e pacientes com doença de Parkinson. **CODAS**, v.2, n. 3, p. 248-254. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20152014083>. Acesso em: 16 set. 2022.

LOURENÇO, Tadeu Osni. **Reflexologia Podal: primeiros socorros e técnicas de relaxamento**. 5. ed. São Paulo: Ground, 2011.

LOURENÇO, Tadeu Osni. **Reflexologia Podal: sua saúde através dos pés**. 2. ed. São Paulo: Ground, 2014.

LUZARDO, Adriana Remião; PAULA JUNIOR, Newton Ferreira; MEDEIROS, Marcelo *et al.* Queda de Idosos: Desvelando Situações De Vulnerabilidade. **Revista Mineira de Enfermagem REME**, Santa Catarina, v. 21, 2017. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170035>. Acesso em: 18 out. 2023.

MALAGUTTI, William. Cuidados de enfermagem em geriatria. 1. ed. Rio de Janeiro: **Rubio**; p. 65-76, 2013.

MANSO, Maria Elisa Gonzalez; GALERA, Priscila. Perfil de um grupo de idosos participantes de um programa de prevenção de doenças crônicas. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, v. 20, n. 1, p. 57-71, 2015. Acesso em 28 agosto, 2023. Disponível em <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/41264>. Acesso Em: 28 set. 2022.

MANZINI, Eduardo José; LUPETINA, Raffaella. Um estudo sobre a elaboração de roteiros para entrevista semiestruturada: A study for preparing semi-structured interview guides. **Revista Cocar**, [S. l.], v. 21, n. 39, 2024. Disponível em: <https://periodicos.uepa.br/index.php/cocar/article/view/8418>.

MARCHI, Kátia Colombo; BÁRBARO, Alessandra Marino; MIASSO, Adriana Inocenti *et al.* Ansiedade e consumo de ansiolíticos entre estudantes de enfermagem de uma universidade pública. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, Goiás, Brasil, v. 15, n. 3, p. 729–37, 2013. DOI: 10.5216/ree.v15i3.18924. Disponível em: Acesso em: 16 nov. 2024.

MARSHALL, Patricia. Informed consent in international health research. **J. Empir. Res. Hum, Res. Ethics**, v. 1, n. 1, p. 25-42. 2006. Disponível em: doi: 10.1525/jer.2006.1.1.25.PMID: 19385865. Acesso em: 18 set. 2022.

MARTINEZ-MARTIN, Pablo; RODRIGUEZ-BLAZQUEZ, Carmem; FORJAZ, Maria João. Quality of life and burden in caregivers for patients with Parkinson's disease: concepts, assessment, and related factors. **Expert Review Pharmacoeconomics & Outcomes Research**, v. 12, n. 2, p. 221-230. 2014.

MARTINEZ-MARTIN, Pablo; FALUP, Pecurariu Cristian; ODIN, Per *et al.* Gender Related differences in the burden of non-motor symptoms in Parkinson's disease. **J Neurol**, v. 259, p. 1639-1647. 2012.

MARTINS, Isabela Oliveira. **A desburocratização do uso e plantio da cannabis medicinal**

no brasil [Trabalho de Conclusão de Curso]. Goiânia: Pontifícia Universidade Católica de Goiás; 2021. 30 f

MCNAMARA, Patrick; DURSO, Raimon; BROWN, Ariel. Religiosity in patients with Parkinson's disease. **Neuropsychiatry Dis. Teat**; v. 2, p. 341-348. 2006.

MCCULLOUGH, Julie Elizabeth May; HUGHES, Ciara. Reflexology use during Pregnancy. **Journal of Yoga & Physical Therapy**, Irlanda do Norte, v. 5, n. 2, 2014.

MCLAUGHLIN, Nicole; PIRYATINSKY, Irene; MARINO, Louis *et al.* Neuropsychiatric Symptoms in an Inpatient Parkinson's Disease Sample. **Parkinson's Disease**, New York, 2014. Disponível em: doi: 10.1155/2014/420240.

MEDEIROS, Adriane Calvetti *et al.* Integralidade e humanização na gestão do cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 5, p. 816–822. 2016. Disponível em <https://doi.org/10.1590/s0080-623420160000600015>

MEIRA, Edmeia Campos; REIS, Luciana Araujo; GONÇALVES, Lúcia Hisako Takase *et al.* Women's experiences in terms of the care provided to dependent elderly: gender orientation for care. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, e20170046, 2017. DOI: 10.5935/1414-8145.20170046

MELO, Ricardo Manoel da Costa; RUA, Marília dos Santos.; SANTOS, Cecília Samarina Vilaça de Brito. Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: Uma revisão integrativa da literatura. **Revista de Enfermagem**, v. 3, n. 2, p. 143-151. 2014.

MELO, Maria Cristina Henales; CRUZ, Gilmar de Carvalho. Roda de conversa: Uma proposta metodológica para a construção de um espaço de diálogo no Ensino Médio. **Imagens da Educação**, v. 4, n. 2, p. 31-39. 2014. Disponível em: doi:10.4025/imagenseduc.v4i2.22222 » <https://doi.org/10.4025/imagenseduc.v4i2.22222>

MENDITTO, Enrica; ORLANDO, Valentina; ROSA, Giuseppe *et al.* Patient centric pharmaceutical drug product design – the impact on medication adherence. *Pharmaceutics*, v. 44, n. 12, p. 01-33, 2020.

MILLER, Joan Pearman. **O livro dos chakras, da energia e dos corpos sutis: uma nova visão das tradições antigas e modernas sobre os nossos centros de energia**. 1. ed. São Paulo: Pensamento; 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Hucitec: São Paulo. 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza C.S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo, v.5, n.7, p.1-12, 2017.

MONTEIRO, Douglas; CORIOLANO, Maria das Graças Wanderley de Sales; BELO, Luciana Rodrigues *et al.* Relação entre disfagia e tipos clínicos na doença de Parkinson. **Revista CEFAC**, Campinas, v. 16, n. 2, p. 620-627, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/mnkrL7vfpGCwtVGCb8qjHCb/?lang=pt>. Acesso em: 15 set.

2022.

MOURA, Adriana Ferro; LIMA, Maria Gloria. A reinvenção da roda: Roda de conversa, um instrumento metodológico possível. **Revista Temas em Educação**, v. 23, n. 1, p. 98-106, 2014.

MORAES, Norma Aparecida Silva. Velhice: qualidade de vida intrínseca e extrínseca. **Bol. Psicol.** L., v. 2, n. 127, p. 215-38. 2012.

MUNIZ, Emanuel Avelar; AGUIAR, Monalisa Frota dos Santos; BRITO, Maria da Conceição Coelho *et al.* Desempenho nas atividades básicas da vida diária de idosos em Atenção Domiciliar na Estratégia Saúde da Família. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 19, n.2, p.133-146, 2016. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/30365>

NASCIMENTO, Marilene Cabral; BARROS, Nelson Filice; NOGUEIRA, Maria Inês *et al.* A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. **Ciênc. Saúde Colet.** V. 18, n. 12, p. 3595- 3604, 2013.

NASCIMENTO, Marilene Cabral; ROMANO, Valeria Ferreira; CHAZAN, Ama Claudia Santos *et al.* Formação em práticas integrativas e complementares em saúde: desafios para as universidades públicas. **Trab. educ. saúde**; v. 16, n. 2, p. 751-772. 2018.

NAVARRO-PETERNELLA, Fabiana Magalhães; MARCON, Sônia Silva. Qualidade de vida de indivíduos com Parkinson e sua relação com tempo de evolução e gravidade da doença. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S. l.], v. 20, n. 2, p. 384–391, 2012. DOI: 10.1590/S0104-11692012000200023. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/48519>.. Acesso em: 22 nov. 2024.

NESBIT, Suzanne Amato; SHARMA, Ritu; WALDFOGEL, Julie *et al.* Non-pharmacologic treatments for symptoms of diabetic peripheral neuropathy: a systematic review. **Current Medical Research and Opinion**, Baltimore, v. 35, n.1, p. 15-25, 2018.

NEUROPATHOLOGY, **An Illustrates Interactive Course for Medical Students and Residents** by Dimitri B. Agamanolis M. D. 2014. Disponível em: <https://neuropathology-web.org/>.

NOGIER, Raphael. How did Paul Nogier establish the map of the ear? **Medical Acupuncture**, v. 26, n. 2, p. 76-83. 2014. Disponível em: doi: 10.1089/acu.2014.1035. Acesso em 27 de maio. 2023.

OGUH, Odinachi.; KWASNY, Mary.; CARTER, Julie *et al.* Caregiver strain in Parkinson's disease: National Parkinson Foundation Quality Initiative Study. **Parkinsonism & Related Disorders**, v. 19, n. 11, p. 975-979. 2013.

OLIVEIRA, Marta; SILVEIRA, Daniele Pinto; NEVES Rosana *et al.* **Idoso na saúde suplementar: uma urgência para a saúde da sociedade e para a sustentabilidade do setor**; Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2016.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília. OPAS; 2005.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Genebra: OMS; 2015.

OMS. Organização Mundial de Saúde. CIF: **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde** (Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais em português, org.: coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla). São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo/Edusp; 2020

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Mental health of older adults**. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>. Acesso em: 16 ago. 2023

ONTIVERO, Cecilia Maria Diaz. **Papel de la Auriculoterapia en el manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles en la comunidad**. (Trabalho de conclusão de curso de Doutorado). Cuba. 2006. Disponível em: <http://www.monografias.com/trabajos41/auriculoterapia/auriculoterapia.shtml>. Acesso em 27 maio. 2023.

OPHEY, Anja; EGGERS, Carste; DANO, Richard *et al.* Health-related quality of life subdomains in patients with Parkinson's Disease: The role of gender. **Parkinson's Dis.**, v. 1, 6532320. 2018.

ORY-MAGNE, Fabienne; RASCOL; Oliver. Author response. *Neurology*; v. 83, n. 11, p. 1036. PMID: 25340202. 2014.

OSHIO, Takashi; KAN, Mari. Impact of parents' need for care on middle-aged women's lifestyle and psychological distress: evidence from a nationwide longitudinal survey in Japan. **Health and Quality Life Outcomes**, Berlin, v. 16, n. 63, 2018. Disponível em: DOI: 10.1186/s12955-018-0890-2

OU, Ruwei; LIU, Hui; HOU, Yianbing *et al.* Predictors of camptocormia in patients with Parkinson's disease: A prospective study from southwest China. **Parkinsonism Relat. Disord.**; v. 52, p. 69- 75. 2018.

PAIM, Lygia.; TRENTINI, Mercedes; SILVA, Denise Maria Guerreiro. Pesquisa convergente assistencial. In: LACERDA, Maria Ribeiro; COSTENARO, Regina Gema Santini. *Metodologias da pesquisa para Enfermagem e Saúde*. 1. ed. Porto Alegre: **Moriá**, p. 183-214. 2015.

PAIVA, Patricia Alves; COSTA, Simone de Melo; DIAS, Orlene Veloso *et al.* Experiência do comitê de ética em pesquisa de uma universidade pública de Minas Gerais, Brasil. **Rev. bioét.** (Impr.) [Internet]. v. 23, n. 1; p. 169-77. 2015. DOI: 10.1590/1983-80422015231057

PALHARES; Gustavo de. Lima., **O Uso Medicinal Do Canabidiol E Seu Papel No Tratamento De Doenças**., 2019. Disponível em: <https://portalhospitaisbrasil.com.br/artigo-o-uso-medicinal-do-canabidiole-seu-papel-no-tratamento-de-doencas/>. Acesso em: 05 out 2023

PARKINSON, James. An Essay on the Shaking Palsy. London: **Sherwood, Neely, and Jones**.1817.

PEREIRA, Gabrielle Rayane. **O uso de Cannabis sp no alívio dos sintomas da Doença de Parkinson**. 2017

PEREIRA, Telmo. A função cognitiva no envelhecimento. **Instituto Politécnico de Coimbra** IPC, p. 179-194, 2019.

PETERS, Michele; FITZPATRICK, Ray; DOLL, Hellen *et al.* Crispin. Does self-reported well-being of patients with Parkinson's disease influence caregiver strain and quality of life? **Parkinsonism & Related Disorders**, v. 17, n. 5, p. 348-352. 2011.

PRINGSHEIM, Tâmara, JETTE, Nathalie; FROLKIS, Alexandra; *et al.* The prevalence of Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. **Mov. Disord.**; v. 29, n. 13, p. 1583-90. 2014. Disponível em: doi: 10.1002/mds.25945. Epub 2014 Jun 28. PMID: 24976103.

PUIG, Monserrat; RODRIGUEZ, Nuria; LLUCH-CANUT, Maria Teresa *et al.* Quality of life and care burden among informal caregivers of elderly dependents in catalonia. **Rev. Port. Enferm. Saúde Mental** [Internet]; v.25, n. 14, p. 9-14. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0100>

QUEIROZ, Fabíola Sousa. Autocuidado e qualidade de vida de idosas com Parkinson e disfunção miccional. **[dissertação]**, 130f. Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Salvador-BA, 2012.

QUEVEDO, João; NARDI, Antônio E; SILVA, Antônio Geraldo. **Depressão: [recurso eletrônico] Teoria e Clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

RANG, Peter Humphrey; DALE, Maureen; RITTER, James Michael *et al.* **Farmacologia**. 7. edição. Rio de Janeiro, Elsevier, 808 p. 2012.

RASCOL, Olivier; FABBRI, Margherita; POEWE, Werner. Amantadine in the treatment of Parkinson disease and movement disorders: Time for an old drug to learn new tricks? **Lancet Neurol**, v. 20, n. 12, p. 1048-1056. 2021.

RAY, Sudeshna; AGARWAL, Pinky. Depression and Anxiety in Parkinson Disease. **Clinics In Geriatric Medicine**, v. 36, n. 1, p. 93-104, 2020. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cger.2019.09.012>. Acesso em: 28 set. 2022.

REICH, Stephen; SAVITT, Joseph. Parkinson Disease. **Med Clin NA** [Internet]. v. 103, n.2, p. 337–50. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2018.10.014>

RIBEIRO, Mariana dos Santos *et al.* Estratégias de enfrentamento de idosos frente ao envelhecimento e à morte: revisão integrativa. **Revista brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 869-877, dez. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232017000600869&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 abr. 2023.

RIO DE JANEIRO. Rio de Janeiro – RJ. **Lei 10.201/23**. Prevê a criação da política estadual de fornecimento gratuito de produtos à base de canabidiol (CBD) e tetra-hidrocanabinol (THC) para uso médico na rede pública de saúde. Diário Oficial, 06 de dezembro, 2023.

RODGER, Daragh; O'Neill, Mary; NUGENT, L. Informal carers' experiences of caring for older adults at home: a phenomenological study. **British Journal of Community Nursing**, London, v. 20, n. 6, p. 280-285, 2015. Disponível em: DOI: 10.12968/bjcn.2015.20.6.280

RODRIGUES, Adriana Vieira; LEMES, Luana Beatriz; RODRIGUES, Anelise dos Santos *et al.* Avaliação do Sistema Perceptual em Idosos Saudáveis e em Idosos com Doença de Parkinson. **Rev. Neurociências**, v.22, n.2, p.189-194, 2014.

ROSA, Maria Virgínia de Figueiredo Pereira do Couto; ARNOLDI, Marlene Aparecida Gonzales Colombo. A entrevista na pesquisa qualitativa: Mecanismos para a validação dos resultados. Belo Horizonte, MG: **Autêntica**, 2008.

SALVADOR. Bahia – BA. **Lei nº 9663 DE 06/03/2023**. Norma Municipal - Salvador - BA - Publicado no DOM em 07 mar 2023. Dispõe sobre a Política Municipal de uso da cannabis para fins medicinais e distribuição gratuita de medicamentos prescritos à base da planta, que contenham em sua fórmula as substâncias Canabidiol (CBD) e/ou Tetrahydrocannabinol (THC), nas unidades de saúde pública municipal e privada, ou conveniada ao Sistema Único de Saúde - SUS, no âmbito do município de Salvador, e dá outras providências.

SAMPAIO, Juliana; SANTOS, Gilney Costa; AGOSTINI, Marcia; *et al.* Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: Uma experiência com jovens no sertão pernambucano. **Interface**, v. 18, n. 2, p. 1299-1311. 2014.doi:10.1590/1807-57622013.0264. Disponível em: » <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0264>

SANT'ANA, Leila Auxiliadora José; D'ELBOUX, Maria José. Suporte social e expectativa de cuidado de idosos: associação com variáveis socioeconômicas, saúde e funcionalidade. **Saúde em Debate**; v. 43, n. 121, p. 503-519. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019121170221.2016v13n22p92>

SANTOS, Francisca da Silva; LIMA JÚNIOR, Joel. O idoso e o processo de envelhecimento: um estudo sobre a qualidade de vida na terceira idade. **Id on line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**; v. 8, n. 24, p. 34-55. 2014. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/300/409>

SANTOS, Renata Oliveira Maciel dos; ROMANO, Valéria Ferreira; ENGSTROM, Elyne Montenegro. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, 2018.

SÃO JOSÉ. Santa Catarina - SC. **Portaria nº 014/2020/SMS/SJ**. Regulamenta a elaboração de protocolos na Secretaria Municipal de Saúde e dá outras providências. 2020.

SEDOLA, Viviane. Dr. Cannabis, 2015. Disponível em: <https://blog.drcannabis.com.br/tag/viviane-sedola/> Acesso em 28 ago. 2024.

SHAHID, Wajeeha; FNU, Satyjeet; KUMARI, Raji *et al.* Dermatological Manifestations of

Parkinson's Disease: Clues for Diagnosis. **Cureus**; v.12, n. 10, p. e 10836, 2020. Disponível em: doi:10.7759/cureus.10836

SIEGEL, Pamela.; BARROS, Nelson Filice. O que é a Oncologia Integrativa? **Cad. saúde colet.**; v. 21, n. 3, p. 348-354, 2013.

SILVA, Paula Fernanda da Costa *et al.* Correlação entre perfil clínico, qualidade de vida e incapacidade dos pacientes da Associação Brasileira de Parkinson. **Conscientia e Saúde**, v.10, n.4, p.650-656, 2011.

SILVA, Natália Chantal Magalhães; CHAVES, Érika de Cassi Lopes; CARVALHO, Emilia *et al.* Effect of foot Reflexology on capillary blood glucose, tissue temperature, and plantar Pressure of Individuals With Diabetes Mellitus (Type 2): A Pilot Study. **Journal of Chiropractic Medicine**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 182- 189, 2018.

SIMON, David Keith; TANNER, Caroline; BRUNDIN, Patrik. Parkinson Disease Epidemiology, Pathology, Genetics, and Pathophysiology. **Clinics in geriatric medicine**; v. 36, n. 1, p. 1-12. 2019.

SMELTZER, Suzanne; BARE, Brenda. Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico - Cirúrgica. 12. Ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2012.

SOUSA; Ana Paula Albuquerque; COSTA; Nágla de Assis; COSTA, Silvia Helena Barros. Cannabis Medicinal. **Cadernos de Educação Básica**, v. 6, n.2, p. 122 -139. 2021.

SOUTO, Lucia Regina Florentino; OLIVEIRA, Maria Helena Barros. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde em debate**, [S. l.], 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ng8xP69Fyq4XmWjGBxVBgLB/>. Acesso em 10 jan. 2024.

SPAGNOL, Giovanna Pereira *et al.* Principais condutas terapêuticas da farmacologia, fitoterapia e neurocirurgia utilizadas na doença de Parkinson: Uma revisão da literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 5, p. 12535-12553, 2020.

STEIDL, Eduardo Matias dos Santos; ZIEGLER, Juliana Ramos; FERREIRA, Fernanda Vargas. Doença de Parkinson: revisão bibliográfica. **Disc. Ciência, Série: Ciências da Saúde**, v. 8, n. 1, p. 115-129, 2007. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/921>. Acesso em: 10 set. 2022.

SVEINBJORNSDOTTIR, Sigurlaug. The clinical symptoms of Parkinson's disease. **Journal of neurochemistry**, 2016.

TAN, Siok Bee; WILLIAMS, Allison; MORRIS, Meg. Experiences of caregivers of people with Parkinson's disease in Singapore: A qualitative analysis. **Journal of Clinical Nursing**, v. 21, p. 2235-2246. 2012.

TAVARES, Noemia Urruth Leão; BERTOLDI, Andrêa Damaso; MENGUE, Sotero Serrate; *et al.* Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.50, n. 2, p. 1-10, 2016.

TAVERO, Inmaculada Lancharro *et al.* The gender perspective in the opinions and discourse of women about caregiving. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 52, e 03370, 2018. Disponível em: DOI: 10.1590/ S1980-220X2017009403370.

TEIXEIRA, Juliane Batista Costa Moraes; AISIANE Cedraz; SANTOS, Viviane Euzébia Pereira, *et al.* Nursing protocol for children with sickle cell disease in emergency room: a convergent-care approach. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 75, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0908pt>

TELESI JUNIOR Emilio. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estud. av.**, v. 30, n. 86, p. 99-112, 2016.

TESSER, Charles Dalcanale; SANTOS, Melissa Costa. Um método de implantação e promoção de acessos às Práticas Integrativas e Complementares na atenção primária à saúde. **Rev. Ciências & Saúde Coletiva**, v.17, n. 11, p. 3011-3024. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a17.pdf>. Acesso em: 18 set. 2022.

TESSER, Charles Dalcanale; SOUSA, Islândia Maria Carvalho. Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas. **Saúde Soc.** V. 21, n. 2, p. 336- 350, 2012.

TESSER, Charles Dalcanale; SILVA, Kênia Lara.; LIMA, Karla Moraes Seabra Vieira. Práticas Integrativas e Complementares e relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. 49, p. 261-272. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0133>. Acesso em: 15 set. 2022.

TOPIWALA, Anya; WANG, Chaoyue; EBMEIER, Klaus P *et al.* Associations between moderate alcohol consumption, brain iron, and cognition in UK Biobank participants: Observational and mendelian randomization analyses. **PLoS Med.**, v.19, n. 7, e1004039. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.100403>

TOSIN, Michelle Hyczy de Siqueira; CAMPOS, Deborah Moraes; BLANCO, Luciana *et al.* Mapeamento dos termos da linguagem de enfermagem na doença de Parkinson. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 49, n. 3, p. 411-418, 2015.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: **Ed. da UFSC**, 1999.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. Pesquisa convergente assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. 3a ed. Porto Alegre (RS): **Moriá**, 2014.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia; SILVA, Denise Maria Guerreiro. Pesquisa Convergente assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. 3 ed. Porto Alegre: **Moriá**; 2014.

TRENTINI Mercedes; PAIM, Lygia; SILVA, Denise Maria Guerreiro *et al.* Convergent care research and its qualification as scientific research. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 74, n. 1, p.

e20190657. 2021. Disponível em: doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0657>

VALCARENGHI, Rafaela Vivian. **Vivendo com a doença Parkinson**. (Tese de Doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis. 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/135671>

VALCARENGHI, Rafaela Vivian; ALVAREZ, Ângela Maria; SANTOS, Silvana Sidney Costa *et al.* The daily lives of people with Parkinson's disease. **Rev. Bras. Enferm.** [Internet]. v.71, n. 2, p. 272-9, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0577>. Acesso em: 15 set. 2022.

VERAS, Renato. Garantir a saúde e o bem-estar dos idosos: desafios de hoje e amanhã. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**; v. 18, n. 3, p. 473-74. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.0146>

VERAS, Renato. Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**; v.19, n. 6, p. 887-905. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562016019.160205>

VERAS, Renato. Modelo assistencial contemporâneo para os idosos: a premência necessária. **Rev. Bras. De Saúde Suplementar**; v. 1, n. 1, 2023.

VIEIRA, Paula Costa; GONDIM, Marcela Rodrigues; ARANTES, Aldo Luís Neto Pierott. Uma metanálise acerca da nicotina na Doença de Parkinson. **Ciências da Saúde: Avanços Recentes e Necessidades Sociais 2**. Organizadores Thiago Teixeira Pereira, Luis Henrique Almeida Castro. – Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.

VIOLANTE, Mayela Rodríguez; VELÁZQUEZ-OSUNA, Salvador; CERVANTES-ARRIAGA, Amin *et al.* Prevalence, associated factors and phenomenology of psychosis in patients with Parkinson's disease. **Gac médica México**, v. 151, p. 169–175, 2015.

WERNECK, Antônio Luiz. Doença de Parkinson: Etiopatogenia, Clínica e Terapêutica. Rio de Janeiro: **Revista Hupe**, 2010.

WHO. World Health Organization. **Traditional medicine strategy: 2014-2023**. Geneva: WHO; 2013

XU, Wei; SHA, Ou Yang; CHI, Zhenhai *et al.* Effectiveness and safety of electroacupuncture in treating Parkinson disease: A protocol for systematic review and meta-analyses. **Medicine** (Baltimore), v. 100, n. 10, p. e25095. 2021. Disponível em: doi: [10.1097/MD.00000000000025095](https://doi.org/10.1097/MD.00000000000025095). PMID: 33725902; PMCID: PMC7969292.

YAMANISHI, Toshiyuki; TACHIBANA, Hisao; OGURU, Miyako *et al.* Anxiety and depression in patients with Parkinson's disease. **Intern. Med.**; v. 52, n. 5, p. 539-45. 2013.

YIN, Robert. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. Porto Alegre: Penso. 2016.

ZAGANELLI, Margareth Vetis; CORREIA, João Victor Gomes. A restrição do uso medicinal da cannabis sativa face ao princípio da autonomia da vontade. **Revista Eletrônica do Curso de Direito da UFSM**, v. 13, n. 2, p. 611-639, 2018.

ZAPIOLA, Javier Gimenez ; SOLIS, Patricia Rodas ; LOZANO, Mariana *et al.* **El masaje como terapia integrativa en la enfermedad de Parkinson / Massage as an integrative therapy in Parkinson's disease**. México; s.n.; p. 96, 2015.

ZASLAVSKY, Claudio; GUS, Iseu. Idosos: doenças cardíacas e comorbidades. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.79, n.6, p. 635-639, 2002.

ZHANG, Linlin; LIU, Xihua; XI, Xiaoming *et al.* Effect of Zhan Zhuang Qigong on upper limb static tremor and aerobic exercise capacity in patients with mild-to-moderate Parkinson's disease: study protocol for a randomised controlled trial. **BMJ Open**; v. 12, n. 7, p. e059625, 2022. Disponível em doi: 10.1136/bmjopen-2021-059625. PMID: 35820757; PMCID: PMC9274526.

ZHAO, Yadan; ZHANG, Zichen; QIN, Siru *et al.* Acupuncture for Parkinson 's Disease: Efficacy Evaluation and Mechanisms in the Dopaminergic Neural Circuit. **Neural Plast.** 2021. Disponível em: doi: 10.1155/2021/9926445. PMID: 34221005; PMCID: PMC8221898.

_____ www.multiterapias.com.br. Acesso em 27 de setembro de 2023.

APÊNDICE A – Estado da Arte



Estado da Arte

TRABALHOS ENCONTRADOS NAS BASES DE DADOS (BVS, PUBMED E SCIELO) SOBRE DOENÇA DE PARKINSON E PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES						
Nº	TÍTULO/ANO	AUTOR	OBJETIVO	PAÍS	TIPO DE ESTUDO	PRINCIPAIS RESULTADOS
1	A multidisciplinaridade na redução da levodopa na pessoa com doença de Parkinson avançada (BVS) 2016	Yamaguchi, Bruna; Ferreira, Manoela de Paula; Israel, Vera Lúcia.	Identificar e comparar as pessoas com Doença de Parkinson que fazem atividades multidisciplinares com aqueles que não fazem.	Brasil	Transversal quantitativa.	O achado aponta que as atividades multidisciplinares (Fonoaudiologia, Psicologia, Terapia Ocupacional, Dança, Musicoterapia e Arte Terapia) tem efeitos positivos para pessoas com Doença de Parkinson, uma vez que favorecem a redução das doses diárias de levodopa, contribuição importante para a funcionalidade indivíduo, principalmente quando adiciona-se os efeitos adversos provocados pelo uso prolongado do medicamento às manifestações clínicas da patologia.

2	Professional ethics in complementary and alternative medicines in management of Parkinson's disease (BVS) 2016	Kim, Hee Jin; Jeon, Beomseok; Chung, Sun Ju	Analisar a utilidade, evidências científicas, segurança e custo-efetividade da Medicina Complementar e Alternativa no tratamento da doença de Parkinson	Coreia do Sul	Revisão	A evidência disponível para a eficácia da Medicina Complementar e Alternativa (Acupuntura, Ayurveda, Medicina herbal), é insuficiente e pouco se sabe sobre segurança, apesar do uso generalizado de suas práticas entre pacientes com Doença de Parkinson.
3	Current Pharmaceutical Treatments and Alternative Therapies of Parkinson's Disease (BVS) 2016	Jie Dong, Yanhua Cui, Song Li, Weidong Le	Pesquisar informações atualizadas sobre as terapias medicamentosas e não medicamentosas atuais para Doença de Parkinson	Coreia	Revisão	Terapias não farmacêuticas da DP, como estimulação cerebral profunda, terapia gênica e terapias de substituição celular, bem como outros tratamentos complementares (Tai chi, Yoga, ervas tradicionais, massagem, acupuntura, dança) e terapias moleculares, demonstraram ser capazes de beneficiar os pacientes com a doença até certo ponto
4	Effectiveness of traditional Chinese medicine as an adjunct therapy for Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. (BVS)	Zhang, Guoxin; Xiong, Nian; Zhang, Zhentao; Liu, Ling; Huang, Jinsha; Yang, Jiaolong; Wu, Jing; Lin, Zhi Cheng; Wang,	Revisar sistematicamente e sintetizar quantitativamente a eficácia e a segurança da medicina tradicional chinesa como terapia	China	Revisão sistemática e metanálise	A terapia adjuvante TCM foi geralmente segura e bem tolerada, marcadamente benéfica, melhorando pontuações nas escalas de Doença

	2015	Tao.	adjuvante para pacientes clínicos com DP			de Parkinson.
5	El masaje como terapia integrativa en la enfermedad de Parkinson / Massage as an integrative therapy in Parkinson's disease (BVS) 2015	Javier Gimenez Zapiola, Javier; Solis Rodas, Patricia; Lozano, Mariana; Castorena, Alhelí.	Investigar a eficácia de um protocolo de massagem implementado em pacientes com Doença de Parkinson	México	Estudo de investigação	Foi notado uma melhora significativa na maioria dos sintomas, no estado emocional e na qualidade de vida de pacientes com Doença de Parkinson
6	Physical activity based on dance movements as complementary therapy for Parkinson's disease: Effects on movement, executive functions, depressive symptoms, and quality of life (BVS) 2023	Juliana dos Santos Duarte, Wallesson Amaral Alcantara, Juliana Silva Brito, Livia Cristina Santiago Barbosa, Inara Priscylla Rodrigues Machado, Viviane Kharine Teixeira Furtado, Bruno Lopes dos Santos-Lobato, Denise Silva Pinto, Lane Viana Krejcova, Carlomagno Pacheco Bahia	Avaliar os efeitos da atividade física baseada em movimentos de dança no movimento, funções executivas, sintomas depressivos, qualidade de vida e gravidade da patologia em indivíduos com diagnóstico de Doença de Parkinson	Brasil	Revisão sistemática- Estudo longitudinal	A atividade física baseada em movimentos de dança contribuiu para melhorias significativas no movimento (equilíbrio e marcha), nas funções executivas, principalmente na flexibilidade cognitiva e no controle inibitório e na qualidade de vida de pessoas com Doença de Parkinson.
7	Comparison of efficacy and safety of complementary and alternative therapies for Parkinson's disease: A Bayesian	Li, Chuancheng; An, Hongqiang; Wang, Jiahao; Jiang, Zhenyuan;	Obter um ranking de eficácia e segurança de diferentes terapias complementares	China	Metanálise de comparação	As terapias complementares e alternativas têm um significado positivo na melhora dos sintomas da

	network meta-analysis protocol. (BVS) 2020	Zhang, Tianqi; Huo, Qing	e alternativas para Doença de Parkinson			Doença de Parkinson e podem fornecer suporte de evidências para médicos e pacientes
8	Complementary Therapies in Parkinson Disease: a Review of Acupuncture, Tai Chi, Qi Gong, Yoga, and Cannabis (BVS) 2020	Lisa M. Deuel, Lauren C. Seeberger	Atualizar sobre ensaios clínicos que avaliaram a eficácia de terapias complementares e tratamentos para pacientes com Doença de Parkinson, com foco específico em acupuntura, Tai Chi, Qi Gong, ioga e <i>cannabis</i>	EUA	Revisão	As terapias acupuntura, Tai Chi, Qi Gong, ioga e cannabis favoreceram melhora principalmente da marcha e equilíbrio, como também na qualidade de vida de pessoas com Doença de Parkinson.
9	Benefícios do Qigong como prática integrativa e complementar para a saúde: uma revisão sistemática (BVS) 2020	Toneti, Bruna Francielle; Barbosa, Rafael Fernando Mendes; Mano, Leandro Yukio; Sawada, Luana Okino; Oliveira, Igor Goulart de; Sawada, Namie Okino	Analisar na literatura as evidências sobre os benefícios da prática integrativa e complementar de Qigong à saúde de pessoas adultas e idosas.	Brasil	Revisão Sistemática	A prática de Qigong produz resultados positivos sobre a saúde (melhora dos padrões do sono, mobilidade funcional e velocidade da marcha), principalmente a médio e longo prazo em pessoas com Doença de Parkinson
10	(Pubmed) 2021	Fogaça, Lissandra Zanovelo; Caio Fábio Schlechta Portella, ² Ricardo Ghelman, ² Carmen Verônica Mendes Abdala, ³ Mari	Confeccionar um Mapa de Evidências para descrever as terapias mente-corpo da medicina tradicional chinesa e relatar os resultados de saúde	Brasil	Mapa de Evidências	O mapa indicou 680 efeitos de resultados das terapias complementares em diversas doenças e agravos, sendo 421 classificados como efeitos potencialmente

		- ana Cabral Schveitzer	relacionados a partir do uso destas			positivos, 237 como positivos, 21 como inconclusivos/mis- tos, 1 potencial negativo e nenhum sem efeito. Especificamente para Doença de Parkinson estes Mapas revelaram efeitos positivos a potencialmente positivos de alta qualidade em relação ao Tai Chi no que tange a função motora, equilíbrio e marcha.
11	Acupuncture for Parkinson's Dise- ase: Efficacy Evaluation and Mechanisms in the Dopaminergic Neural Circuit. (Pubmed) 2021	Yadan Zhao, Zichen Zhang, Siru Qin, Wen Fan, Wei Li, Jingyi Liu, Songtao Wang, Zhi Fang Xu, Meidan Zhao	Avaliar os estudos atuais sobre o potencial da acupuntura como uma nova e eficaz estratégia de tratamento para a Doença de Parkinson.	China	Revisão	A acupuntura pode proteger neurônios da degeneração via antioxidante estresse, vias anti- inflamatórias e anti apoptóticas, e modulando o equilíbrio do neurotransmis-sor nos gânglios da base
12	Effectiveness and safety of electroacupuncture in treating Parkinson disease: A protocol for systematic review and meta-analyses (Pubmed) 2022	Wei Xu, Sha Ou Yang, Zhenhai Chi, ZhiQin Wang, Dao Cheng Zhu, RiXin Chen, Gen Ping Zhong, Feng Ting Zhang, Gui Qin Zhou, Si Wei Duan, Lin Jiao	Explorar a eficácia e segurança da eletroacupuntur- a no tratamento da Doença de Parkinson.	China	Revisão sistemática	Nos estudos feitos em humanos revelou que a eletroacupuntura da cabeça pode melhorar significativa- mente os sintomas motores de pacientes com Doença de Parkinson, favorecendo a diminuição da dosagem de medicamentos (levodopa)

13	Effect of Zhan Zhuang Qigong on upper limb static tremor and aerobic exercise capacity in patients with mild-to-moderate Parkinson's disease: study protocol for a randomised controlled trial (Pubmed) 2022	Linlin Zhang, Xihua Liu, Xiaoming Xi, Yuxiao Chen, Qing Wang, Xinjie Qu, Haihao Cao, Limin Wang, Wenyu Sun, Guoming Chen, Huifen Liu, Xiaoyu Jiang, Hang Su, Jiahui Jiang, Hongyan Bi	Observar os efeitos de Zhan Zhuang Qigong no tremor estático dos membros superiores e na capacidade aeróbica em pacientes com Doença de Parkinson	China	Estudo Randomizado	O Estudo concluiu que o Zhan Zhuang é capaz de, através da reordenação postural, aliviar o estresse, a dor podendo também ser eficiente no alívio do tremor na Doença de Parkinson, podendo possivelmente atuar na imunidade
----	---	--	--	-------	--------------------	---

Fonte: elaborado pela própria autora, 2023.

APÊNDICE B– Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)



Termo de Compromisso de Utilização de Dados em Prontuário Eletrônico do Cidadão - PEC

As pesquisadoras envolvidas no projeto intitulado “Reflexologia Podal: percepções da pessoa idosa com Parkinson frente a um cuidado integrativista” realizado através do Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, comprometem-se a manter sigilo dos dados coletados no Prontuário Eletrônico do Cidadão - PEC, referentes à pacientes atendidos em Unidades de Saúde do Município de Camaçari e a usar tais informações, única e exclusivamente para fins científicos, preservando, integralmente, o anonimato dos pacientes.

Também declaramos que não repassaremos os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa. Os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para este projeto e outros trabalhos de cunho científico que possam vir a ser publicados.

Este Termo cumpri os requisitos dos itens III.3i e III.3t, das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução 466/12, do CNS - Conselho Nacional de Saúde, que substitui a 196/96 do Conselho Nacional de Saúde), os quais dizem, respectivamente - "prever procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem, a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro” e da Diretriz 12, das Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos - (CIOMS/93), que afirma - "O pesquisador deve estabelecer salvaguardas seguras para a confidencialidade dos dados de pesquisa”

Ressaltamos que os dados serão coletados somente após Parecer Consubstanciado devidamente aprovado pelo Comitê de Pesquisa Científica da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP-UEFS), conforme explicitado no RCLE.

Nome dos Membro da Equipe Executora da Pesquisa	CPF	Assinatura
Adriana Freitas Delouche Maneira	007.707.155-75	
Rita da Cruz Amorim	368.368.855-68	
Cleuma Sueli Santos Suto	480.764.495-53	

Camaçari, _____ de _____ de 20_____

APÊNDICE C – Informe Resumido as Equipes



Olá Colegas.

Me chamo Adriana, atualmente sou enfermeira da USF Buris de Abrantes, trabalho no Município há 16 anos, estou realizando Mestrado Profissional em Enfermagem pela UEFS e venho através desta mensagem solicitar apoio para triagem inicial quanto a presença dos pacientes listados abaixo no território de abrangência de vocês e se, os mesmos, se encaixam dentro dos critérios de inclusão e exclusão aqui relacionados. Importante dizer que os dados me foram passados pelo próprio Município e serão trabalhados em sigilo.

O projeto de pesquisa intitulado “REFLEXOLOGIA PODAL: percepções da pessoa idosa com Parkinson frente a um cuidado integralista”, propõe compreender a percepção das pessoas idosas com Parkinson que utilizam a Reflexologia Podal como Prática Integrativa e Complementar em Saúde sobre seu estado geral;

Para tanto, faz-se necessário verificar após triagem dos critérios de inclusão e exclusão, quantos pacientes permanecem aptos para estudo, para que eu, enquanto pesquisadora, possa incorporar, caso necessário, mais Unidades ao estudo, de maneira a alcançar o quantitativo previsto de pessoas idosas com Parkinson na pesquisa (previsão: 15 participantes!).

TABELA DE UNIDADES X PACIENTES PARKINSON

Dt início	Nº CPF	Nº CNS	Nome do cidadão	Dt nascimento	Idade	Nome unidade saúde	Dt_atend.

Critérios de inclusão: incluir-se-á pessoas idosas com doença de Parkinson, sem ou com outras comorbidades associadas que não interfiram no seu discernimento, fala, compreensão, deambulação e que não sejam contraindicadas para o uso do trio de PICS, que utilizem medicações da rede básica (Levodopa + Benserazida de 100/25 mg ou de 200/50 mg) ou da rede especializada do SUS (Quadro 3) para a doença, residentes em Camaçari atendidas em uma das unidades do estudo e diagnosticadas com a patologia há pelo menos 1 ano, tempo em que os sinais e sintomas possam ter se tornado evidentes, se intensificado e dificultado as atividades de vida diária (AVD) de maneira que a pessoa consiga diferenciar dentro de um espaço temporal determinado as modificações em sua rotina com o desenvolver e a piora do agravo.

Serão excluídos os participantes que ausentarem-se das sessões por mais de duas consultas consecutivas sem aviso prévio à pesquisadora, que apresentarem outras demências associadas ao Parkinson que comprometam a capacidade de responderem por si durante a fase de coleta de dados, pessoas restritas ao leito ou com severas dificuldades de deambulação, que se encontrem em fase terminal de doenças, em uso de qualquer uma das apresentações de levodopa da rede básica por mais de 5 anos (devido ao seu potencial de gerar efeitos adversos após este período de uso) ou que já estejam apresentando flutuações on/off (estágio alcançado que pode interferir nas contribuições das PICS ao organismo), e que tenham qualquer forma de impeditivo que impossibilitem o desenvolvimento das práticas a serem realizadas, conforme contraindicações relacionadas a cada técnica, citadas no escopo deste trabalho.

APÊNDICE D – Carta Convite: Pessoas Idosas com Parkinson**Carta Convite: Pessoas Idosas com Parkinson**

Olá, me chamo Adriana Freitas Delouche Maneira, sou enfermeira do Município de Camaçari e aluna do Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, estou aqui para convidar você, **acompanhado de um familiar/cuidador/responsável** a comparecer na Unidade _____, para um encontro onde lhe será explicado mais detalhadamente acerca de algumas atividades que pretendemos realizar com você, visando alcançar a melhora do seu estado geral diante da Doença de Parkinson por meio de sessões de Reflexologia Podal. Caso aceite participar deste encontro, por favor, assine a presente carta para agendarmos, através do contato telefônico/whatsapp fornecido, uma Roda de Conversa para maiores explicações, conhecer os demais participantes, retirar dúvidas e nos conhecermos melhor.

Posso contar com a sua presença? ☐ SIM ☐ NÃO

1. _____

Assinatura da pessoa idosa com DP

2. _____

Assinatura do responsável

APÊNDICE E – Registro de Consentimento Livre e Esclarecido Pessoas Idosas com Parkinson



Registro de Consentimento Livre e Esclarecido – Pessoas Idosas com Parkinson

Convido você para participar voluntariamente da pesquisa intitulada “**REFLEXOLOGIA PODAL: percepções da pessoa idosa com Parkinson frente a um cuidado integrativista**” sob responsabilidade da pesquisadora enfermeira Adriana Freitas Delouche Maneira, estudante do Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, sob orientação da Prof.^a. Dr^a Rita da Cruz Amorim e coorientação da profa. Dra. Cleuma Sueli Santos Suto. Você poderá participar ou não da pesquisa, bem como desistir em qualquer fase do estudo ou anular este consentimento sem qualquer prejuízo. A sua participação somente será realizada mediante a sua prévia autorização e assinatura desse registro, o que significará que compreendeu as informações passadas e concorda em fazer parte da investigação, emitindo assim sua concordância expressa e por livre arbítrio. Sua colaboração será por meio de encontros que acontecerão com a frequência de uma vez por semana, em local privativo, garantindo assim sua privacidade, na sua Unidade de origem no Município de Camaçari, para 2 Rodas de Conversa que terão duração de aproximadamente 1 hora cada (uma introdutória de apresentações, dinâmicas e orientações acerca da pesquisa e a outra para fechamento dos trabalhos, visando escutar como se sentiu por ter participado da pesquisa) e em 10 encontros para realização de sessões de Reflexologia Podal desenvolvidas pela própria pesquisadora, com duração de 45 minutos cada uma, em melhor dia a ser pactuado entre as partes, visando a melhora do seu estado geral diante da DP. Caso decida por participar da pesquisa, suas falas durante os encontros individuais serão gravadas para que sejam posteriormente transcritas integralmente e ocorrerá registro fotográfico, se assim você permitir. Caso o andamento do estudo não seja do seu agrado, poderá desistir de continuar em qualquer uma das fases, sem que haja nenhum tipo de penalidade. A presente pesquisa tem como principal objetivo compreender a percepção das pessoas idosas com Parkinson que utilizam a Reflexologia Podal como Prática Integrativa e Complementar em Saúde sobre seu estado geral de saúde. Os benefícios da pesquisa serão: propiciar por meio da Reflexologia Podal o seu relaxamento corpo-mente, reduzir os desconfortos que doença lhe ocasiona e possibilitar o diálogo com a pesquisadora sobre o Parkinson, retirando suas dúvidas sobre a doença. Indiretamente o estudo pode favorecer a incorporação de novas formas e complementares de cuidado frente a DP na Atenção Primária à Saúde. Quanto aos riscos, você poderá estar vulnerável a possíveis incômodos que a técnica pode gerar durante a realização da pressão exercida em seus pés, mas sinta-se à vontade em alertar a pesquisadora quanto a este fato para que se possa adaptar a intensidade da massagem podal ao seu bem-estar. Além disso, podem ocorrer sentimentos de insegurança, medo e desconforto, provavelmente, por estarem frente a um profissional novo e utilizando uma prática que talvez ainda seja desconhecida por você ou acontecer desconfortos emocionais relacionado ao resgate de vivências durante a entrevista semiestruturada uma vez que a mesma levanta questões subjetivas acerca da DP e das suas relações sociais. Nestes casos, diretamente relacionados ao estudo, será garantido atendimento médico e/ou psicológico gratuito, justo e equitativo sem diferenças por questões sociais, culturais, étnicas, de gênero ou religiosas com

profissionais da rede de saúde do Município e se necessário, encaminhamento a serviço especializado para consulta com especialistas, pois você tem o direito de uma assistência integral e imediata. Se o participante preferir, por não se encontrar mais à vontade, sua participação na pesquisa poderá ser interrompida a qualquer momento. É importante ressaltar que sua participação não lhe trará nenhuma despesa financeira, assim como qualquer benefício material ou pagamento de nenhuma espécie. Em caso de despesas relacionadas à participação exclusivamente na pesquisa, você será ressarcido(a). Se a qualquer momento do estudo, houver danos confirmadamente relacionados ao estudo, você poderá buscar indenização. Assumimos o compromisso de cumprir os princípios da Resolução 466/12, 510/2016 e 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas que envolvem seres humanos, respeitando assim a dignidade, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade. Garantimos a você o sigilo dos dados resultantes do estudo e a confidencialidade da sua identidade não sendo revelado seu nome. A sua identificação nos instrumentos de coleta de dados feita pela pesquisadora, será por meio de letra seguida de um número, a partir do momento da assinatura do RCLE, conforme exemplo a seguir: (P1, P2...). Você será esclarecido sempre que tiver dúvidas, em todas as fases da pesquisa ou sempre que se fizer necessário, com transparência nas informações. Sua privacidade, autonomia, liberdade serão mantidas e o respeito aos seus valores individuais e culturais preservados. Reafirmo que sua participação não é obrigatória, podendo você desistir de colaborar a qualquer momento sem prejuízos em sua relação comigo ou com os demais profissionais da Unidade da qual é cadastrado. Nas entrevistas você terá o tempo que julgar necessário para responder às questões da maneira que definir mais adequada. Caso se sinta incomodado (a) com alguma pergunta não precisa responder assim como deve se sentir à vontade para desistir de participar a qualquer momento das entrevistas ou sessões. Você poderá ter acesso, retirar ou acrescentar quaisquer informações que serão transcritas. Os registros dos dados da pesquisa e o Registro de Consentimento serão arquivados por nós pesquisadoras em local seguro (na sala do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre o Cuidar/Cuidado-NUPEC), durante um período de cinco anos, após este prazo, as respostas poderão ser então destruídas. Nesse período, caso tenha interesse em acessar os materiais, eles serão disponibilizados. Garantimos que os registros da sua participação nesse estudo serão mantidos em sigilo e somente as pesquisadoras responsáveis terão acesso a essas informações. Os resultados obtidos apenas serão utilizados para fins científicos como a dissertação de Mestrado Profissional, apresentação em congressos, simpósios, seminários e publicação em periódicos, revistas científicas, livros e artigos. Garantimos ainda que os resultados alcançados serão apresentados a você. Se você tiver dificuldades para ler este registro, pode pedir a alguém de sua confiança para ler no seu lugar. Se possuir quaisquer dúvidas, pode procurar a pesquisadora na Unidade de Saúde da Família de Buris de Abrantes, no endereço, Rua São Bento, s/nº, Vila de Abrantes, Camaçari no telefone 3623-1889 ou através do celular (71) 98600-1384 ou e-mail: dridelouche@gmail.com. Em caso de dúvidas adicionais quanto a questões éticas, você poderá procurar o Comitê de Pesquisa Científica da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP-UEFS), de segunda a sexta-feira, das 13h 30min.as 17h30min., na Avenida Transnordestina, s/nº, Novo Horizonte, UEFS, no Módulo I, MA 17 da Universidade ou entrar em contato pelo telefone (75) 3161-8124 ou pelo e-mail cep@uefs.br. Lembrando novamente que se julgar necessária sua saída, independente de quaisquer motivos, nada impede de fazê-lo em qualquer período, não sendo, sob hipótese alguma, penalizado. Assim, mediante ao exposto, aceitando participar, solicitamos que assine duas vias deste Registro de Consentimento Livre e esclarecido, onde uma será sua e a outra ficará em posse da pesquisadora. Todas as páginas deste documento serão rubricadas por ambas as partes: pesquisadora, participantes e responsáveis.

Feira de Santana – BA, ____ de _____ de 20__

Adriana Freitas Delouche Maneira
Pesquisadora responsável

Prof.^a Dr.^a Rita da Cruz Amorim
Orientadora

Assinatura do participante

APÊNDICE F – Termo de Autorização de Uso de Imagem e/ou Gravação de Voz

Pessoas Idosas com Parkinson



Termo de Autorização de Uso de Imagem e/ou Gravação de Voz

Pessoas Idosas com Parkinson

Eu _____, RG _____, depois de conhecer e entender os objetivos, como será realizada, riscos e benefícios da pesquisa, bem como estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou das minhas falas, especificadas no Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE), **AUTORIZO**, através do presente termo, as pesquisadoras Adriana Freitas Delouche Maneira e Rita da Cruz Amorim do projeto de pesquisa intitulado “**REFLEXOLOGIA PODAL: percepções da pessoa idosa com Parkinson frente a um cuidado integrativista**”, a realizar as fotos que se façam necessárias, assim como a gravação da minha voz sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes. Ao mesmo tempo, **LIBERO** a utilização destas fotografias e da transcrição das minhas falas para fins exclusivamente científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor das pesquisadoras acima especificadas.

De maneira a preservar o anonimato dos participantes e preservar a integridade da pesquisa, as fotografias tiradas terão os rostos desfocados e as falas serão transcritas na íntegra assim como foram pronunciadas durante a gravação.

Feira de Santana - BA, _____ de _____ 20____.

Assinatura da Participante

Profª Drª Rita da Cruz Amorim
Orientadora Pesquisadora Responsável

Adriana Freitas Delouche Maneira
Pesquisadora Responsável

APÊNDICE G – Livreto Informativo – Cartão da Pessoa Idosa com Parkinson



Livreto informativo – Cartão da Pessoa Idosa com Parkinson

Cartão da Pessoa Idosa com Parkinson  Projeto: “REFLEXOLOGIA PODAL: percepções da pessoa idosa com Parkinson frente a um cuidado integrativista”	Iniciando os trabalhos... Se você está em posse deste cartão é porque aceitou participar do Projeto “REFLEXOLOGIA PODAL: percepções da pessoa idosa com Parkinson frente a um cuidado integrativista” liderado pela enfermeira Adriana Freitas Delouche Maneira e sob orientação da Prof^a DR^a Rita Amorim. Saiba que estaremos disponíveis para lhe responder seus questionamentos, portanto fique à vontade para perguntar. Explicaremos neste cartão, o qual você poderá guardar mesmo após o término da pesquisa sobre o Parkinson e sobre a técnica que será aplicada em você com o objetivo de melhorar o que você sente. E por fim, agradecemos por aceitar participar deste Projeto. Independentemente das conclusões da pesquisa, você já está contribuindo para aumentar os dados sobre estudos na área da Doença de Parkinson. Então, muito obrigada! Vamos lá? 1
--	---

Fonte: elaborado pela própria autora, 2024.

Doença de Parkinson. O que é? É uma doença neurológica, que afeta pessoas no mundo todo. É a segunda mais predominante doença neurológica que afeta pessoas idosas. Ela ocorre devido a degeneração das células situadas numa região do cérebro chamada substância negra. Essas células produzem a substância dopamina, que quando diminuída no cérebro, provoca os sintomas da doença. Dia de Conscientização Você sabia que o dia de conscientização da doença é 11 de abril e a tulipa é o símbolo da patologia? Quais são os sintomas? Lentificação dos movimentos e os tremores nas extremidades das mãos, muitas vezes notados apenas por pessoas mais próximas, costumam ser os primeiros sinais da enfermidade, além da diminuição do tamanho das letras ao escrever, assim como rigidez muscular, instabilidade postural, bradicinesia (redução da quantidade de movimentos), distúrbios da fala como rouquidão, dificuldade para engolir, depressão, dores, tontura e distúrbios do sono, respiratórios e urinários e também caminhar arrastando os pés e postura inclinada. 2	Diagnóstico O diagnóstico da doença é feito com base no que a pessoa conta que está sentindo e no exame neurológico. Não há nenhum teste específico para o seu diagnóstico ou para a sua prevenção. Como a doença evolui A progressão é muito variável e desigual entre as pessoas. Em geral, possui um curso vagaroso, regular e sem rápidas ou dramáticas mudanças. Tratamento Não existe cura para a doença, porém, ela pode e deve ser tratada, não apenas combatendo os sintomas, como também retardando o seu progresso. A grande barreira para se curar a doença está na própria genética humana, pois, no cérebro, ao contrário do restante do organismo, as células não se renovam. Por isso a Doença de Parkinson não tem cura. O modo de combate da ciência são os medicamentos e, em alguns casos, a cirurgia, além da fisioterapia e outras especialidades como neurologia, nutrição, fonoaudiologia, terapia ocupacional, enfermagem, geriatria. Todas elas combatem apenas os sintomas. Por isso, vislumbrar outros tratamentos teria por objetivo o alcance de um maior bem-estar da pessoa com Parkinson. E é neste ponto que abordamos as Práticas integrativas. 3
---	---

Fonte: elaborado pela própria autora, 2024.

Práticas Integrativas

São recursos terapêuticos que objetivam a prevenção de doenças e a recuperação da saúde, com foco no acolhimento, na assistência humanizada, na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com meio ambiente e a sociedade (BRASIL, 2006)

Já existem estudos diversos, inclusive no âmbito da Atenção Primária, que trazem os benefícios da utilização das PICS em diversos quadros e doenças, fomentando assim a prevenção e promoção da saúde por meio destas tecnologias leves e demonstrando as vantagens trazidas às pessoas adoecidas.

São técnicas seguras, integrativas, de baixo custo, eficientes, que são capazes de gerar bem-estar físico e mental.

Neste estudo trabalharemos com três Práticas: Auriculoterapia, Ventosaterapia e Reflexologia Podal, descritas a seguir.



Estas são as 29 PICS existentes na atualidade

Quer saber o que são PICS?

29 Práticas Integrativas e Complementares

2006	2017	2018
Acupuntura	Arteterapia	Apiterapia
Homeopatia	Ayurveda	Aromaterapia
Fitoterapia	Biodança	Bioenergética
Antroposofia	Dança Circular	Constelação familiar
Termalismo	Meditação	Cromoterapia
	Musicoterapia	Geoterapia
	Naturopatia	Hipnoterapia
	Osteopatia	Imposição de mãos
	Quiropraxia	Ozonioterapia
	Reflexoterapia	Terapia de Florais
	Reiki	
	Shantala	
	Terapia Comunitária Integrativa	
	Yoga	

SUS

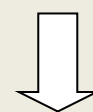
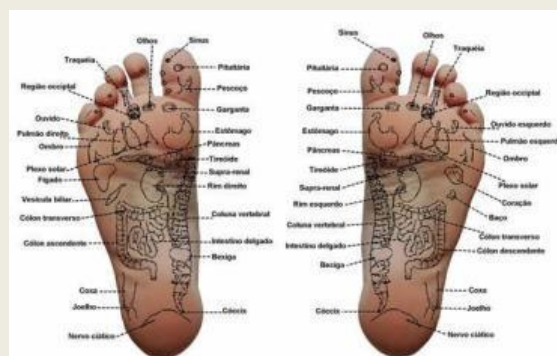
(BRASIL, 2006, 2017, 2018)

Fonte: elaborado pela própria autora, 2024.

Reflexologia Podal

É uma terapêutica, na qual é realizada uma massagem plantar realizada em pontos reflexos dos pés realizada com as mãos do terapeuta ou em alguns casos com auxílio de instrumentos, que favorece benefícios terapêuticos através do toque. Estes pontos reflexos, que estão interligados diretamente a partes do nosso corpo, quando pressionados corretamente podem contribuir na atenuação da dor, no relaxamento e na eliminação de toxinas, pode ser útil para cuidar dos próprios pés, auxiliando no restabelecimento da sua mobilidade e a elasticidade por meio de manobras de alongamento, rotações e flexões. Além disso, serve para diversos outros problemas como redução de tensão muscular, estresse, possuindo efeito relaxante geral, ativando a circulação sanguínea e promovendo o bem-estar.

Contraindicações: primeiro trimestre de gravidez, quadros de dermatite, febre de causa desconhecida, em casos de diarreia e vômito, em casos de doenças infecciosas, doenças degenerativas, cardiopatias com uso de marca-passo, diabetes (pé diabético), varizes expostas e de reações à aplicação da técnica



Agendamento de Sessões				Anotações	
Nº	Dia	Hora	Comparecimento		
1			☐ Sim	☐ Não	
2			☐ Sim	☐ Não	
3			☐ Sim	☐ Não	
4			☐ Sim	☐ Não	
5			☐ Sim	☐ Não	
6			☐ Sim	☐ Não	
7			☐ Sim	☐ Não	
8			☐ Sim	☐ Não	
9			☐ Sim	☐ Não	
10			☐ Sim	☐ Não	
11			☐ Sim	☐ Não	
12			☐ Sim	☐ Não	

8

9

Fonte: elaborado pela própria autora, 2024.

Referências	
BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a portaria de consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas Práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC. Diário Oficial da União, 22 de março. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. 2ª Ed. Ministério da saúde. 2018a. 10	11

Fonte: elaborado pela própria autora, 2024.

APÊNDICE H - Entrevista Semiestruturada: Pessoas Idosas com Parkinson



Entrevista Semiestruturada: Pessoas Idosas com Parkinson		
1. CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO:		2. PRONTUÁRIO:
3. IDADE:	4. GÊNERO:	5. COR (AUTODECLARAÇÃO):
6. PROFISSÃO/OCUPAÇÃO:		
7. ESCOLARIDADE		
	Sem escolaridade	
	Educação Infantil (anos iniciais)	
	Ensino fundamental I (do 1º ao 5º ano)	
	Ensino Fundamental II (do 6º ao 9º ano)	
	Ensino médio (1º ao 3º ano do segundo grau)	
	Graduação (Faculdade)	
	Pós-graduação (Especialização, Mestrado, Doutorado)	
8. RENDA FAMILIAR:		
	Até 1 salário mínimo:	
	De 1 a 3 salários mínimos	
	De 3 a 5 salários mínimos	
	Mais de 5 salários mínimos	
9. RELIGIÃO:		
	Católica	
	Protestante	
	Não tem	
	Outras	
10. ESTADO CIVIL:		
	Solteiro (a)	
	Casado (a)	

	União estável
	Divorciado (a)
	Viúvo (a)
	Outros
11. Nº DE FILHOS:	
	Sem filhos
	Apenas 1 filho
	De 2 a 4 filhos
	Maior ou igual a 5
12. CUIDADOR/RESPONSÁVEL:	
	Filho (a)
	Cônjuge
	Pai/mãe
	Irmão (a)
	Outro Familiar
	Cuidador sem vínculo familiar
13. CONDIÇÃO DE MORADIA:	
	Casa própria quitada
	Casa própria em financiamento
	Aluguel
	Outros
14. HA QUANTO TEMPO CONVIVE COM A DP (DIAGNOSTICADA)?	
	Há 1 ano
	Há 2 anos
	Há 3 anos
	Há 4 anos
	De 5 a 10 anos
	Há mais de 10 anos
15. POSSUI OUTRAS DOENÇAS ALÉM DO PARKINSON?	
	Hipertensão Arterial
	Cardiopatia
	Diabetes Mellitus
	Asma
	Depressão/Ansiedade/Insônia

	Doenças osteomusculares
	Outras
16. FAZ USO DE ALGUMA DESTAS SUBSTÂNCIAS?	
	Bebidas alcoólicas
	Cigarro/Charuto
	<i>Cannabis sativa</i>
	Outras substâncias
17. QUAIS OS PROFISSIONAIS QUE O ACOMPANHA PARA O CONTROLE DA DP?	
	Neurologista
	Médico Clínico
	Enfermeiro
	Nutricionista
	Fonoaudiólogo
	Fisioterapeuta
	Geriatra
	Urologista
	Psicólogo
	Psiquiatra
	Outros
18. QUAIS SINAIS E SINTOMAS VOÇÊ APRESENTA?	
	Tremores
	Rigidez
	Dores
	Cãibras
	Cefaléia
	Marcha arrastada
	Inclinação de postura
	Bradicinesia
	Quedas
	Engasgos
	Desmaios
	Insônia
	Outros

19. QUAIS MEDICAMENTOS FAZ USO PARA O PARKINSON?	
	Levodopa + Benserazida 100/25
	Levodopa + Benserazida 200/50
	Amantadina 100mg
	Bromocriptina 2,5 mg
	Clozapina 100 mg
	Clozapina 25 mg
	Entacapona 200 mg
	Pramipexol 0,125 mg
	Pramipexol 0,25 mg
	Pramipexol 1 mg
	Rasagilina 1 mg
	<i>Cannabis sativa</i>
20. FAZ TRATAMENTOS ADICIONAIS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA A DP?	
	Terapias psicológicas
	Acompanhamento Religioso (orações, centros espíritas, candomblé, outros)
	Atividades físicas (anda, corre, faz academia, outros)
	Atividades de lazer
	Práticas Integrativas
	Outros
21. Me conta como você se sente no seu dia a dia física e emocionalmente depois da DP? (humor, disposição, pensamentos e atitudes)?	
22. Me conta quais atividades de vida diária você realiza sozinho e quais têm maior dificuldade? (Banho, higiene íntima e oral, vestir-se, alimentar-se, caminhar, dormir)?	
23. Me conta como estão as suas relações com familiares e amigos após o diagnóstico da doença?	
24. Me conta o que você acha que pode ser feito para que você se sinta melhor frente a DP?	

Fonte: elaborado pela própria autora, 2024.

APÊNDICE I – Entrevista Estruturada - Pessoas Idosas com Parkinson



Entrevista Estruturada - Pessoas Idosas com Parkinson							
CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO:				PRONTUÁRIO:			
QUESTÕES	APÓS ____ SESSÃO						
PERCEPÇÕES DO ESTADO GERAL NO DECORRER DAS SESSÕES							
O que você percebeu durante a sessão?	Nada	Bem-estar	Mal-estar	Relaxamento	Preocupação	Segurança	Insegurança
O que você percebeu após a sessão?	Nada	Bem-estar	Mal-estar	Relaxamento	Preocupação	Segurança	Insegurança

PERCEPÇÕES SOBRE O ESTADO GERAL RELACIONADAS A ASPECTOS DA DOENÇA DE PARKINSON			
Você percebeu melhora de algum dos sintomas da DP?			
SINTOMAS	Sim	Não	Não se aplica
Dor			
Tremor			
Rigidez			
Cãibras			
Cefaléia			
Insônia			
Marcha			
Postura			
Bradicinesia			
Quedas			
Engasgos			
Humor			
Outros			

Fonte: elaborado pela própria autora, 2024.

APÊNDICE J – Transcrição das falas: Pessoas Idosas com Parkinson



21. ME CONTA COMO VOCÊ SE SENTE NO SEU DIA-A-DIA FÍSICA E EMOCIONALMENTE DEPOIS DA DP? (HUMOR, DISPOSIÇÃO, PENSAMENTOS E ATITUDES)?												
P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13
“Eu me sinto assim... um pouco triste, porque a minha infância eu tinha muita atividade e hoje eu me vejo debilitado ... não posso pegar uma vassoura para varrer um bairro, num posso	“É... antes eu gostava de sair, já hoje, de uns tempos pra cá, com essa doença, me tirou esse tipo de vontade. Não quer dizer que eu não saia né? Mas devido aos sintomas da doença é complicado. Meu humor, eu sou	“Bom eu me sinto inútil, mas eu não me abato, eu luto contra ela. Eu sei que eu não vou ficar boa., mas eu luto contra ela, não me abato, mas eu me sinto inútil. Não faça isso, não faça aquilo, oh pra não cair! Isso é difícil pra um	“Eu fiquei um pouco assim... com receio de me relacionar com outras pessoas, me resguardei mais um pouquinho. Eu fiquei evitando ter contato com muitas pessoas.”	21- “Eu me sinto bem que eu faço minhas coisas ainda.... se não fizesse minha coisa, era mais complicado. Mas tô me sentindo bem. Tenho ajuda da minha cunhada. Não tenho que me queixar de nada. Só tem	“Eu tô bem..., mas tem horas que eu fico ruim... Tem horas que eu fico alegre. Eu não fico triste não, fico alegre. Os pensamentos são negativos porque tem horas que eu penso assim... eu acho que eu não vou ficar boa não... oh	“Meu humor... eu me sinto bem no dia a dia, mas depois da Doença de Parkinson, principalmente quando eu tô travado... eu me sinto mal, porque vem o tremor e aí eu não me sinto com firmeza. Quanto eu tô bom eu fico com disposição de fazer as	“Eu não tô me sentindo igual como me sentia antes. Hoje eu tô sentindo muito problema pra vestir uma calça, pra vestir um short, por causa desse meu braço, aí não tô me sentindo muito bem não. Eu sinto	“Eu sou brincalhão, gosto de levar a vida na brincadeira, mas com essa Doença, não dá não viu! Eu não posso mais fazer atividade, aí dá uma tristeza danada. Agora não que eu tô bem melhor, mas em casos	“Me sinto muito mal, porque antes do Parkinson eu era uma pessoa ativa e agora não sou mais ágil, fico muito triste por causa da Doença também. Sinto muito cansaço físico. O humor anda abalado e a disposição	“Pensamento s normais, não oscilo nada, sempre respondo, não fico nervoso. O humor mudou um pouco, fico mal-humorado às vezes por conta da Doença, porque atinge os nervos, perguntas repetitivas.	- “Normal, eu não percebo nada de anormalidade. Pra mim tá tudo normal. Igual a antes.”	Diminui um pouco porque a deficiência de alcançar as coisas, de depender dos outros, tudo isso me afeta eu perdi a vontade de fazer as coisas, de cuidar de mim, dos meus dentes. Então, acho que isso é reflexo da Doença. Eu

fazer nada... é aquela indisposição. Agora, olho pra mim e agradeço a Deus, porque tenho muita fé em Deus, porque espero que ele me mande uma bênção futura.... Sou Católico, agradeço muito a Imaculada Conceição a graça que me deram...ultimamente não estou frequentando a Igreja, mas na semana eu tomo uma eucaristia.	brincalhão, parei mais... eu mesmo faço minha fisioterapia contra coisas que eu vejo que não vai adiantar. Eu falo sobre o dia a dia né...Aí eu fico em casa! E depois que minha mulher faleceu, aí eu fiquei ilhado. Eu tenho toda a liberdade pra sair, tenho um pouco de condição... eu falo financeira, mas não adianta, me tirou o humor das coisas, mas não tirou totalmente, porque eu tenho fé. Eu sou um dos	ser humano que trabalhava e fazia tudo, sabe? É difícil.”		horas que fico pensando muita besteira, e de primeira eu não pensava, só pensava em ficar rico. Se eu não tivesse orando muito, eu já tinha feito uma besteira comigo mesmo. Que a gente diz assim... ah, o cara se matou, mas não sabe o que tá passando pela cabeça das pessoas. A gente não se mata porque quer não. Com certeza. Várias vezes já me deu vontade disso, quando	meu Deus... Aí eu fico pensando isso. Não tenho disposição. Eu quero fazer, mas não consigo ficar em pé.”	coisas, mas quando eu tô travado não.”	aquela tristeza de não ser como era antes, que eu sentia muita vontade de trabalhar e até hoje ainda sinto, mas que por causa da Doença, não tô podendo mais fazer as coisas. Mas tenho muita vontade e disposição de fazer ainda. Isso me deixa muito triste. Tem dia até que eu peço pra morrer, porque viver desse jeito é um sofrimento na minha vida de como eram minhas condições. Até uns 4 a 5 anos eu fazia	assim de morte na família que me marca bastante, eu choro à toa. Aí eu vou no quarto e fico desabafando sozinho, mas no mais, tá tudo legal. Eu digo sempre que tá tudo bom, tá entendendo? Às vezes tô sentindo alguma dor e não gosto de transmitir para as pessoas não. Não gosto que as pessoas fiquem com pena de mim não.”	pra fazer as coisas é bem lenta.”	As pessoas perguntam uma coisa, aí daqui a pouco tá investigando, daqui a pouco tá procurando saber outras coisas sobre a Doença. Aí tudo isso me incomoda.”		tenho um lema comigo: eu não culpo ninguém por estar assim. Eu culpo a mim mesmo. Porque se eu fosse muito esportista, um cara que trabalha talvez eu não tivesse isso, mas como minha família toda tem esse problema, eu creio que eu passei a viver mais retraído, mas o humor, é o mesmo, a disposição que não. Porque depende de tudo dos outros. E eu por depender dos outros eu me sinto tolhido, parado, mas
--	---	---	--	---	---	--	--	--	-----------------------------------	--	--	---

Tem uma senhora que é da igreja, ela é eucarística , então ela me dá a comunhão. .. Então eu agradeço a Deus por esta bênção.... Eu vou dizer a senhora, eu sou calmo, agora não quero me irritar, porque reconheço que eu irritado, fico bravo.”	tais que se submeteu a vários exames no Hospital das Clínicas, eu com esperança de cura dessa Doença, mas estamos aí... quem tem fé em Deus, não cai.”			eu tava com depressão.... que eu entro em depressão. E eu sei quando eu entro. Eu começo a chorar. Mas tirando isso, tá tudo bem, graças a Deus. Deus é maravilhoso e fez eu dar a volta por cima.”			tudo, e hoje eu quero fazer e não posso mais fazer nessa condição. Mas só me sinto assim, em alguns momentos, não é o tempo todo não.”				na realidade eu dou Glória porque eu tô vivo, eu tô comendo. Agora na realidade, eu sinto, depois dessa doença, o distanciamento dos meus filhos que sumiram. Então eu só tenho ela, é uma guerreira... É uma sargenta sabe? Mas eu tenho uma tristeza por causa daquele elo de pai e filho. Existe, não vou dizer que não, mas é um negócio assim muito científico, muito formal. Eu queria que fosse melhor. Não
---	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

												é que eu queira passar de pobre coitado não. Eu quero ter uma vida normal com meus filhos, mas eu sou muito carente nesse ponto. Eu sempre fui independente . Eu, desde 10 anos, eu sou funcionário. Minha primeira carteira foi assinada com 10 anos, eu era boy, office boy. Eu não aceito a submissão. Eu sou muito rebelde nesse ponto. Eu sou diferente. Na realidade eu fico triste por causa dessa doença,
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

												sabe?"
22. ME CONTA QUAIS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA VOCÊ REALIZA SOZINHO E QUAIS TÊM MAIOR DIFICULDADE? (BANHO, HIGIENE ÍNTIMA E ORAL, VESTIR-SE, ALIMENTAR-SE, CAMINHAR, DORMIR)?												
P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13
“Caminhar. .. pra andar é preciso eu ter muito cuidado pra não levar uma queda, porque eu tenho muito medo de queda. Agora o banho, eu entro no banho e tenho medo também, porque o banheiro lá de casa, é um piso que é preciso ter cuidado pra não	“É... hoje eu sinto dificuldade em tudo né, mas dá pra ... vamos dizer... eu vou vestir uma calça, uma bermuda, uma cueca, eu tenho que me apoiar mesmo, não é como qualquer outra pessoa né? Às vezes eu quero até testar, ficar de um pé igual a Saci, mas eu não vou cair nessa, senão eu caio	“Eu tomo banho sozinha, eu visto a roupa sozinha.... eu faço tudo sozinha. Cuido das minhas plantas, como, só não corto a carne, não escrevo, não leio porque fico assim... e aí não leio. E... o que é mais? Caminho em casa mesmo perto das plantas, mas tem barra para eu	- “Eu realmente não sinto nada não, é tranquilo, esses dias que tava sentindo dificuldades pra vestir a roupa, mas foi por causa da coluna, mas agora tá bem melhor. Só isso. Não tem nada não. Eu faço tudo, tudo, sozinho.”	“Olhe... tomo banho sozinho, limpo minha casa sozinho, lavo minhas roupas, passo roupa, tudo sozinho! Não preciso de ninguém. Totalmente independente, graças a Deus. O dia que eu tiver assim, precisando dos outros, Ave Maria, só Deus é que sabe.”	“O banho, me vestir, ir no banheiro, faço com acompanhant e... eu não faço nada sozinha não. Me alimento só, mas pra outras coisas não. Pra caminhar preciso de auxílio senão eu caio toda hora... É meu marido que faz pra mim tudo. Porque eu não consigo tomar banho sozinha. Me trava tudo... a	“Todas elas, eu consigo, mas quando eu tô travado.... aí quando eu tô travado eu sinto dificuldade de tomar banho, de ir no banheiro, pra levantar, pra dormir, me virar de um lado pra outro...aí eu deixo destravar pra não ficar abusando as pessoas toda hora.”	“Eu faço tudo sozinho: meu banho, visto minhas roupas sozinho. Caminhar eu caminho sozinho também sem depender. Só uma vez ou outra que eu dependo de uma pessoa pra ajudar a vestir minha roupa: vestir meu short, uma calça comprida quando eu quero sair pra um lugar que eu não devo ir de bermuda, aí	“Eu tenho um pouco de dificuldade, sabe? Neris me ajuda bastante, mas não é sempre não, é de vez em quando. Eu tomo banho só, faço as coisas sozinho mesmo. Dificuldade de escovar os dentes por causa da mão direita. Mas eu consigo fazer tudo tranquilo, não tenho muita dificuldade não. Tento	“Eu faço tudo normal. Agora pra dormir que eu tô com dificuldade pra dormir, me virar na cama dá trabalho e caminhar. A marcha tá reduzida, aí eu sinto dificuldade, mas as outras coisas eu faço sozinha, devagar, mas faço. Meu sono tá fracionado, tô dormindo bem pouco e eu creio que	- “Faço todas normais. Caminho normal, me visto normal, faço minha higiene normal, durmo normal, me viro na cama normal. Todas essas atividades. Cuido das minhas plantas, ando, caminho normal. Mesmo com dificuldade faço tudo sozinho.”	Eu faço tudo sozinho, não tenho nenhuma dificuldade não, por enquanto não. Graças a Deus. Faço tudo sozinho, não preciso de ajuda.”	“Eu tomo banho sozinho, eu me visto sozinho. É eu me servir, ou seja, devido à dificuldade do tremor, é difícil a gente se alimentar. Tomo banho, escovo os dentes. Só não faço a barba né? Ai meu genro, que é meu anjo, que faz a barba pra mim.

escorregar, mas eu sou acostumado a tomar banho com o pé no chão, eu não uso sandália, e me mete medo, mas mesmo assim eu tomo meu banho sozinho, me alimento sozinho, me visto só.”	mesmo. A vida diária, graças a Deus, inventou a máquina de lavar que já me tira desse sacrifício. Agora, eu faço de tudo um pouquinho né, com cautela, principalmente na cozinha... eu entendo um pouco da culinária, tem que ter cuidado com a faca, tem que ter cuidado com o piso antiderrapante. Na minha residência tem um pouco de escada, na subida, na descida, tem que segurar no corrimão, apoios no	segurar.”			perna eu peço pra tirar e não consigo.”		eu peço sempre ajuda do meu neto que já tem 14 anos. Comer eu como sozinho com minhas próprias mãos.	fazer pra me superar, porque se eu for me entregar eu tô ferrado.”	é por causa do Parkinson.”			
---	---	------------------	--	--	--	--	---	---	-----------------------------------	--	--	--

	coco, tirava a casca, hoje não... hoje eu prefiro que alguém quebre e tire a casca e de preferência bata no liquidificador.”											
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

23. ME CONTA COMO ESTÃO AS SUAS RELAÇÕES COM FAMILIARES E AMIGOS APÓS O DIAGNÓSTICO DA DOENÇA?

P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13
“Doutora... não tem problema nenhum, a família, é a filha que me trata muito bem, que tem um filho que é Síndrome de Down que vive com um celular na mão e uma colher... é o único que me dá	“É. Boa pergunta! Os amigos, se for amigo de verdade, eles ficam sentidos né... é complicado os sintomas dessa doença, mesmo que vocês não... quem tem ela, ela reage com tremor, é um balé. É complicado. Então os amigos, de	“Os familiares são cheios de dedo, sabe? Fica com muito.... como é que chama? Apapricame, to. E os amigos nem aparece. Aí ficam me tratando tudo como se eu fosse... fica cheia de dedos, cheia	“Continua tranquilo, não tem problema nenhum não. É tudo normalmente como era antigamente.”	“Tão bem. Me dou bem com todos eles. Não sinto nada. A gente sai, bate papo...tudo. Coisa Maravilhosa, graças a Deus. Nada mudou depois do diagnóstico.”	“Meus amigos é até bom, as minhas irmãs, meus parentes, meus cunhados... tudo é bem comigo. Eu tenho a Doença, mas eu tenho outro sobrinho que é doente igual a mim, a mesma coisa de	“No caso de minha família (minha ex esposa, meu genro, minha filha), eu me sinto bem e me dou bem com eles. Os amigos também continuam a mesma coisa, igualmente. Tem muitos deles que me diz: “rapaz você nem	“Bom, eu e minha família anda muito bem, graças a Deus, tudo em paz, sem problema nenhum. Meus amigos também são muito excelentes. Nenhum deles se afastou de mim. Nós conversamos quase todo	“Os amigos, só de longe mesmo. Eles se afastaram, a gente não tem contato. Pô, mas também não são culpados, porque eu não tenho saído. Eles ficam só no bate papo amigo. Mas no mais a família está muito bem, muito bem	“Tá ruim porque eu tô me isolando, eu mesma tô me isolando do convívio. Quero ficar mais sozinha. Tipo depressão né? Aí eu fico mais sozinha em casa por vergonha e por me sentir mal também.”	“É mais duvidosa porque eu fico pensando que as pessoas estão perguntando demais, daí eu procuro ficar em um lugar mais isolado pra poder evitar perguntas que eu não possa responder e não ser		“Não tem nenhuma anormalidade, agora eu me reservo muito. Eu fiquei bem reservado. Essa Doença ela tira aquele orgulho de se produzir. Hoje o que me der pra vestir eu visto, o que me der pra comer eu como. Eu

pancada. Fora disso, meu único problema é esse, hoje eu sou uma pessoa que eu vou dizer a senhora, eu na infância, não levava desaforo pra casa, mas hoje eu olho pro mundo e digo... tudo passa na vida!! E não adianta intriga nem briga. Hoje eu não quero briga e intriga com ninguém, quero viver em paz e harmonia.”	qualquer maneira eles ficam sentidos e os familiares, infelizmente, minha família, um problema disso, outro daquilo... tudo na área da saúde, então, é um ajudando o outro né? Mas é complicado... é complicado. Se depender da minha parte, eu só não dou minha vida né? Mas um ajuda o outro.”	de histórias. Se eu não saio assim pra rua. Ando mais é em casa, cuidando do meu jardinzinho. Aí ficam dizendo... oh coitada...eu não sou coitada.”			mim. Todos eles são bons, gosta de mim, tudo ótimo, não tenho do que dizer.”	parece que tem Mal de Parkinson”. Eu digo...é, muita gente me diz isso quando eu tô destravado.”	dia pelo celular. Meus amigos ligam, as amigas também liga. São excelentes.”	estruturada e meus filhos, como eu disse a você, são muito dóceis comigo, são ótimos. Os melhores filhos do mundo, minha esposa também e meu sogro que também mora com a gente...		agressivo também dentro da resposta que eu tenho que dar. Por isso eu me isolo. Às vezes eu procuro ficar a sós pra poder evitar o tremor da doença aumentar. Por isso então eu procuro estar sempre sozinho nos lugares, trancado as vezes se possível, assistindo jogo de futebol e outras coisas que me emocionem. Então aí eu procuro me reservar a sós.”	nunca tive isso, sabe? Eu sempre fui uma pessoa muito simples. Mas infelizmente Deus quis assim, que eu tivesse essa Doença, e eu tenho que aceitar. Mas eu tenho uma relação normal. Só sinto distância dos meus parentes de sangue: irmão, pai. Tiraram meu pai daqui e levaram para Aracaju. Ele tem 104 anos Ele não foi essas grandes coisas, mas eu tinha uma afinidade com ele grande. Tendo meu canto e minha televisão pra
--	--	---	--	--	--	--	--	---	--	---	---

												eu ver. Eu não consigo mais ler. Eu era um papa letras, mas hoje eu não consigo. A doença, nesse ponto, ela é cruel. Ela tira toda a intelectualidade da pessoa. Deixa você viver exclusivamente de doença, de restrição. Ela impõe uma restrição muito violenta. Eu acho que a ciência poderia tentar mudar isso através de medicação. Eu vejo essas pessoas que dirigem, e eu não faço mais nada.
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

24. ME CONTA O QUE VOCÊ ACHA QUE PODE SER FEITO PARA QUE VOCÊ SE SINTA MELHOR FRENTE A DP?

P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13
“Olhe Doutora, ultimamente, eu vou dizer a senhora, o que eu quero é ver a felicidade dos meus dois filhos, com uma casa própria pra sair do aluguel, poque aluguel não é casa de moradia de ninguém... e no mais entrego a Deus, e seja o que Deus quiser. Eu não sei ler, porque não conheci a	“É... o que deveria ser feito né? Nesse caso aí, eu em primeiro lugar, nunca perdi as esperanças de vir a cura e se eu tivesse dinheiro eu investia nos eletrodos, alguma coisa que faz lá por São Paulo, nos países estrangeiros pra curar! Mas a gente não tem recursos. E o que eu posso fazer é tá com a cabeça preparada, porque eu creio que não tem uma	“Eu acho que tudo que o pessoal faz e tem feito pra eu ser independente, mas tem coisa que você não consegue. Então o que se pode fazer, eles fazem e eu tento me enquadrar.”	“Não ter ela.... (risos). Não ter, seria melhor, mas já que tem, tem que encarar né?”	“Passear, fazer minhas coisas, fazer fisioterapia, pedir a Deus mais anos de vida e saúde. Porque se eu ficar dentro de casa, essa doença só quer ficar.... que a pessoa se arreie. Se eu não me levantar, fica só deitado, pioro. Eu tenho que sair. Então é isso que faz bem pra minha saúde.”	“Eu sair um pouquinho, porque eu não consigo sair sozinha, aí seria bom, eu sair de casa um pouquinho pra me divertir.... passear na praça, na casa de minhas parentes. Só!”	“Melhorar medicação, atividade que às vezes empata de fazer... aí eu ia me sentir bem melhor.”	“Eu me sinto bem porque meus amigos me dão apoio, não se afastaram de mim. Eu me sinto bem quando estou conversando com os amigos. Com todos eles. E eu sinto que eles me dão apoio. Minha família também me dá apoio, me trata muito bem, me pede paciência, porque uma vez ou outra eu fico com nervoso, mas aquilo eu esqueço, é de momento, acaba tudo e eu me sinto	“Esse bate papo já me ajuda bastante, uma pessoa pra estar conversando, porque a gente se sente só. Embora não esteja sozinho direto, é uma vez ou outra.”	“Dormir mais, passear mais. Ter uma rotina diferente da que eu tenho. Porque eu tô muito presa dentro de casa. Mas não tenho força pra sair, daí isso me deixa triste.”	“Primeiro os atendimentos médicos na rede SUS que deveria ser mais pontual, deveria ser mais frequente. Isso tudo implica na Doença, nas pessoas, às vezes, que não tem condições de ter uma consulta particular. Isso tudo. Me falta poderes aquisitivos para que eu possa ter isso, então eu me sinto nervoso porque demora muito para	“O atendimento pelo SUS fosse melhorado. Porque eu faço minhas consultas todos particulares, meus exames tudo particulares porque o SUS não é bom.”	“Melhor mobilidade. Um melhor discernimento do que eu posso ser, do que eu gostaria que fosse. Eu sempre fui muito conformado com tudo. Então se a doença vier uma reverberação disso eu vou aceitar, senão eu vou me conformar e esperar o dia chegar. Eu não espero muito de ninguém não. Eu espero que se a ciência não conseguir, eu vou me conformar,

Doença de Parkinson, se ela não tem cura, eu olho pro mundo e peço muito a Deus que ele me dê minha cura, porque só ele pode dar jeito... e de mais me conformar com o que tá acontecendo comigo.”	pessoa que tenha essa doença e que não perca a esperança. Mas eu tenho esperança e por mim, aqui mesmo em Salvador, teria que ter pessoal pra dar mais atenção, porque é uma Doença que destrói mesmo né? Ainda não teve a cura, mas vamos chegar lá.”						feliz.”			fazer uma marcação, uma remarcação, por isso agride meu psicológico, justamente nesse tom aí que a gente não vai poder conseguir que o governo mude a opinião deles. Um governo bom que a gente tem tudo, mas falta uma boa administração. É o que tá faltando dentro do nosso governo, que se tenha uma boa administração para que se tenha um atendimento melhor, porque tem	não vou me desesperar e nem perder a razão. Se eu tenho isso é porque minha fisiologia ter essa situação. Se vier alguma coisa boa pra melhorar, que me deixe semi independente, eu vou ficar muito feliz.”
--	--	--	--	--	--	--	---------	--	--	--	---

										recursos, são bem aplicados, mas são desviados para poder atender a área de saúde. Isso implica muito nos governantes que deverão aplicar mais frequente fiscalização pra que as pessoas se sintam bem no poder público com um atendimento médico às pessoas.		
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--

Fonte: elaborado pela própria autora, 2024.

APÊNDICE L – Discursos, Unidades de Contexto e Unidades de Registro: Pessoas Idosas com Parkinson



21. ME CONTA COMO VOCÊ SE SENTE NO SEU DIA-A-DIA FÍSICA E EMOCIONALMENTE DEPOIS DA DP? (HUMOR, DISPOSIÇÃO, PENSAMENTOS E ATITUDES)?				
IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTES	FALAS	UNIDADE DE CONTEXTO	UNIDADE DE REGISTRO	
P1	<u>“Eu me sinto assim... um pouco triste, porque a minha infância eu tinha muita atividade e hoje eu me vejo debilitado ... não posso pegar uma vassoura para varrer um bairro, não posso fazer nada... é aquela indisposição. Agora, olho pra mim e agradeço a Deus, porque tenho muita fé em Deus, porque espero que ele me mande uma bênção futura.</u> Sou Católico, agradeço muito a Imaculada Conceição a graça que me deram...ultimamente não estou frequentando a Igreja, mas na semana eu tomo uma eucaristia. Tem uma senhora que é da igreja, ela é eucarística, então ela me dá a comunhão... Então eu agradeço a Deus por esta bênção.... Eu vou dizer a senhora, eu sou calmo, agora não quero me irritar, porque reconheço que eu irritado, fico bravo.”	Eu me sinto assim... um pouco triste, porque a minha infância eu tinha muita atividade e hoje eu me vejo debilitado ... não posso pegar uma vassoura para varrer um bairro, não posso fazer nada... é aquela indisposição. Agora, olho pra mim e agradeço a Deus, porque tenho muita fé em Deus, porque espero que ele me mande uma bênção futura.	1. Modificação das condições físicas: contraste temporal (passado e presente) 2. Impacto emocional: tristeza pela debilitação 3. Religiosidade/fé como busca para o equilíbrio emocional.	
	<u>“É... antes eu gostava de sair, já hoje, de uns tempos pra cá, com essa doença, me tirou esse tipo de vontade. Não quer dizer que eu não saia né? Mas devido aos sintomas da doença é complicado. Meu humor, eu sou brincalhão, parei mais... eu mesmo faço minha fisioterapia contra coisas que eu vejo que</u>	“É... antes eu gostava de sair, já hoje, de uns tempos pra cá, com essa doença, me tirou esse tipo de vontade.” “Mas devido aos sintomas da doença é complicado.”	1. Modificação das condições físicas: contraste temporal (passado e presente) 2. Impacto emocional: humor	

P2	não vai adiantar. Eu falo sobre o dia a dia né...Aí eu fico em casa! <u>E depois que minha mulher faleceu, aí eu fiquei ilhado. Eu tenho toda a liberdade pra sair, tenho um pouco de condição... eu falo financeira, mas não adianta, me tirou o humor das coisas, mas não tirou totalmente, porque eu tenho fé.</u> Eu sou um dos tais que se submeteu a vários exames no Hospital das Clínicas, eu com esperança de cura dessa Doença, mas estamos aí... quem tem fé em Deus, não cai.”	“Meu humor, eu sou brincalhão, parei mais.” “E depois que minha mulher faleceu, aí eu fiquei ilhado. Eu tenho toda a liberdade pra sair, tenho um pouco de condição... eu falo financeira, mas não adianta, me tirou o humor das coisas, mas não tirou totalmente, porque eu tenho fé.” “... quem tem fé em Deus, não cai.”	alterado 3. Religiosidade: como instrumento para força interior	
P3	<u>“Bom eu me sinto inútil, mas eu não me abato, eu luto contra ela. Eu sei que eu não vou ficar boa., mas eu luto contra ela, não me abato, mas eu me sinto inútil. Não faça isso, não faça aquilo, oh pra não cair! Isso é difícil pra um ser humano que trabalhava e fazia tudo, sabe? É difícil.”</u>	“Bom eu me sinto inútil, mas eu não me abato, eu luto contra ela. Eu sei que eu não vou ficar boa., mas eu luto contra ela, não me abato, mas eu me sinto inútil. Isso é difícil pra um ser humano que trabalhava e fazia tudo, sabe?”	1. Impacto emocional da doença: sensação de inutilidade 2. Resistência e força 3. Contraste temporal: modificações nas condições físicas	
P4	<u>“Eu fiquei um pouco assim... com receio de me relacionar com outras pessoas, me resguardei mais um pouquinho. Eu fiquei evitando ter contato com muitas pessoas.”</u>	“Eu fiquei um pouco assim... com receio de me relacionar com outras pessoas, me resguardei mais um pouquinho. Eu fiquei evitando ter contato com muitas pessoas.”	1. Impacto emocional da doença: medo ou insegurança de relacionar-se	
P5	“Eu me sinto bem que eu faço minhas coisas ainda.... se não fizesse minha coisa, era mais complicado. Mas tô me sentindo bem. Tenho ajuda da minha cunhada. Não tenho que me queixar de nada. <u>Só tem horas que fico pensando muita besteira, e de primeira eu não pensava, só pensava em ficar rico. Se eu não tivesse orando muito eu já tinha feito uma besteira comigo mesmo.</u> Que a gente diz assim... ah, o cara se matou, mas não sabe o que tá passando pela cabeça das pessoas. A gente não se mata porque quer não. Com certeza. <u>Várias vezes já me deu vontade disso, quando eu tava com depressão....</u> que	“Só tem horas que fico pensando muita besteira, e de primeira eu não pensava, só pensava em ficar rico. Se eu não tivesse orando muito, eu já tinha feito uma besteira comigo mesmo.” “Várias vezes já me deu vontade disso, quando eu tava com depressão...” “Mas tirando isso, tá tudo bem, graças a	1. Impacto emocional: pensamentos negativos, ideias suicidas e depressão 2. Presença de fé como meio de recuperação emocional	

	eu entro em depressão. E eu sei quando eu dentro. Eu começo a chorar. <u>Mas tirando isso, tá tudo bem, graças a Deus. Deus é maravilhoso e fez eu dar a volta por cima.</u>	Deus. Deus é maravilhoso e fez eu dar a volta por cima.”		
P6	“ <u>Eu tô bem, mas tem horas que eu fico ruim.</u> Tem horas que eu fico alegre. Eu não fico triste não, fico alegre. <u>Os pensamentos são negativos porque tem horas que eu penso assim: eu acho que eu não vou ficar boa não! Oh meu Deus...</u> Aí eu fico pensando isso. <u>Não tenho disposição. Eu quero fazer, mas não consigo ficar em pé.</u> ”	“Eu tô bem, mas tem horas que eu fico ruim.” “Os pensamentos são negativos porque tem horas que eu penso assim: eu acho que eu não vou ficar boa não... oh meu Deus...” Não tenho disposição. Eu quero fazer, mas não consigo ficar em pé.”	1. Impacto emocional: variação de bem-estar e pensamentos negativos 2. Limitação física: falta de disposição, debilidade corporal devido a doença	
P7	“ <u>Meu humor... eu me sinto bem no dia a dia, mas depois da Doença de Parkinson, principalmente quando eu tô travado... eu me sinto mal, porque vem o tremor e aí eu não me sinto com firmeza.</u> Quanto eu tô bom eu fico com disposição de fazer as coisas, mas quando eu tô travado não.”	“Meu humor... eu me sinto bem no dia a dia, mas depois da Doença de Parkinson, principalmente quando eu tô travado... eu me sinto mal, porque vem o tremor e aí eu não me sinto com firmeza”	1. Impacto emocional: humor alterado 2. Limitação física: tremores, falta de firmeza	
P8	“ <u>Eu não tô me sentindo igual como me sentia antes. Hoje eu tô sentindo muito problema pra vestir uma calça, pra vestir um short, por causa desse meu braço, aí não tô me sentindo muito bem não. Eu sinto aquela tristeza de não ser como era antes, que eu sentia muita vontade de trabalhar e até hoje ainda sinto, mas que por causa da Doença, não tô podendo mais fazer as coisas.</u> <u>Mas tenho muita vontade e disposição de fazer ainda. Isso me deixa muito triste. Tem dia até que eu peço pra morrer, porque viver desse jeito é um sofrimento na minha vida de como eram minhas condições.</u> Até uns 4 a 5 anos eu fazia tudo, e hoje eu quero fazer e não posso mais fazer nessa condição. Mas só me sinto assim, em alguns momentos, não é o tempo todo não.”	“Eu não tô me sentindo igual como me sentia antes. Hoje eu tô sentindo muito problema pra vestir uma calça, pra vestir um short, por causa desse meu braço, aí não tô me sentindo muito bem não.” “Eu sinto aquela tristeza de não ser como era antes, que eu sentia muita vontade de trabalhar e até hoje ainda sinto, mas que por causa da Doença, não tô podendo mais fazer as coisas”. “Mas tenho muita vontade e disposição de fazer ainda. Isso me deixa muito triste. Tem dia até que eu peço pra morrer, porque viver desse jeito é um sofrimento na minha vida de como eram minhas condições.”	1. Modificação das condições físicas: contraste temporal (passado e presente) 2. Impacto emocional da doença: tristeza, pensamentos sobre a morte. 3. Resistência e força	

P9	<u>“Eu sou brincalhão, gosto de levar a vida na brincadeira, mas com essa Doença, não dá não viu! Eu não posso mais fazer atividade, aí dá uma tristeza danada.</u> <u>“Agora não, que eu tô bem melhor, mas em casos assim de morte na família que me marca bastante, eu choro à toa. Aí eu vou no quarto e fico desabafando sozinho, mas no mais, tá tudo legal. Eu digo sempre que tá tudo bom, tá entendendo? As vezes tô sentindo alguma dor e não gosto de transmitir para as pessoas não. Não gosto que as pessoas fiquem com pena de mim não.”</u>	“Eu sou brincalhão, gosto de levar a vida na brincadeira, mas com essa Doença, não dá não viu! Eu não posso mais fazer atividade, aí dá uma tristeza danada. “Agora não, que eu tô bem melhor, mas em casos assim de morte na família que me marca bastante, eu choro à toa. Aí eu vou no quarto e fico desabafando sozinho, mas no mais, tá tudo legal” “Às vezes tô sentindo alguma dor e não gosto de transmitir para as pessoas não. Não gosto que as pessoas fiquem com pena de mim não.”	1. Impacto emocional: mudança comportamental frente a condição atual, tristeza, choro fácil. 2. Resistência e autossuficiência: não transmite o que sente	
P10	<u>“Me sinto muito mal, porque antes do Parkinson eu era uma pessoa ativa e agora não sou mais ágil, fico muito triste por causa da Doença também. Sinto muito cansaço físico.</u> <u>O humor anda abalado e a disposição pra fazer as coisas é bem lenta.”</u>	“Me sinto muito mal, porque antes do Parkinson eu era uma pessoa ativa e agora não sou mais ágil, fico muito triste por causa da Doença também. Sinto muito cansaço físico. O humor anda abalado e a disposição pra fazer as coisas é bem lenta.”	1. Modificação das condições físicas: redução da agilidade, cansaço físico 2. Impacto emocional: tristeza, humor alterado	
P11	<u>“Pensamentos normais, não oscilo nada, sempre respondo, não fico nervoso. O humor mudou um pouco. Fico mal-humorado às vezes por conta da Doença, porque atinge os nervos. Perguntas repetitivas. As pessoas perguntam uma coisa, aí daqui a pouco tá investigando, daqui a pouco tá procurando saber outras coisas sobre a Doença. Aí tudo isso me incomoda.”</u>	“O humor mudou um pouco. Fico mal-humorado às vezes por conta da Doença, porque atinge os nervos. Perguntas repetitivas. As pessoas perguntam uma coisa, aí daqui a pouco tá investigando, daqui a pouco tá procurando saber outras coisas sobre a Doença.”	1. Impacto emocional: alterações de humor, irritabilidade	

P12	<u>“Normal, eu não percebo nada de anormalidade. Pra mim tá tudo normal. Igual a antes.”</u>	“Normal, eu não percebo nada de anormalidade. Pra mim tá tudo normal. Igual a antes.”	1. Sem alterações	
P13	<u>“Diminui um pouco porque a deficiência de alcançar as coisas, de depender dos outros, tudo isso me afeta eu perdi a vontade de fazer as coisas, de cuidar de mim, dos meus dentes. Então, acho que isso é reflexo da Doença. Eu tenho um lema comigo: eu não culpo ninguém por estar assim. Eu culpo a mim mesmo. Porque se eu fosse muito esportista, um cara que trabalha, talvez eu não tivesse isso, mas como minha família toda tem esse problema, eu creio que eu passei a viver mais retraído, mas o humor, é o mesmo, a disposição que não. Porque depende de tudo dos outros. E eu por depender dos outros eu me sinto tolhido, parado, mas na realidade eu dou Glória porque eu tô vivo, eu tô comendo. Agora na realidade, eu sinto, depois dessa doença, o distanciamento dos meus filhos que sumiram. Então eu só tenho ela, é uma guerreira... é uma sargenta sabe? Mas eu tenho uma tristeza por causa daquele elo de pai e filho. Existe, não vou dizer que não, mas é um negócio assim muito científico, muito formal. Eu queria que fosse melhor. Não é que eu queira passar de pobre coitado não. Eu quero ter uma vida normal com meus filhos, mas eu sou muito carente nesse ponto. Eu sempre fui independente. Eu, desde 10 anos, eu sou funcionário. Minha primeira carteira foi assinada com 10 anos, eu era boy, office boy. Eu não aceito a submissão. Eu sou muito rebelde nesse ponto. Eu sou diferente. Na realidade eu fico triste por causa dessa doença, sabe?”</u>	“Diminui um pouco porque a deficiência de alcançar as coisas, de depender dos outros, tudo isso me afeta eu perdi a vontade de fazer as coisas, de cuidar de mim, dos meus dentes” “Eu culpo a mim mesmo. Porque se eu fosse muito esportista, um cara que trabalha, talvez eu não tivesse isso.” “E eu por depender dos outros eu me sinto tolhido, parado, mas na realidade eu dou Glória porque eu tô vivo, eu tô comendo. Agora na realidade, eu sinto, depois dessa doença, o distanciamento dos meus filhos que sumiram.” “Existe, não vou dizer que não, mas é um negócio assim muito científico, muito formal. Eu queria que fosse melhor.”	1. Impacto emocional: dependência, limitações da doença, culpabilidade, alterações nas relações familiares	

22. ME CONTA QUAIS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA VOCÊ REALIZA SOZINHO E QUAIS TEM MAIOR DIFICULDADE? (BANHO, HIGIENE ÍNTIMA E ORAL, VESTIR-SE, ALIMENTAR-SE, CAMINHAR, DORMIR)?				
IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTES	FALAS	UNIDADE DE CONTEXTO	UNIDADE DE REGISTRO	
P1	“Caminhar... pra andar é preciso eu ter muito cuidado pra não levar uma queda, porque eu tenho muito medo de queda. Agora o banho, eu entro no banho e tenho medo também, porque o banheiro lá de casa, é um piso que é preciso ter cuidado pra não escorregar, mas eu sou acostumado a tomar banho com o pé no chão, eu não uso sandália, e me mete medo, mas mesmo assim, eu tomo meu banho sozinho, me alimento sozinho, me visto só.”	“..., mas assim eu tomo meu banho sozinho, me alimento sozinho, me visto só.” “...pra andar é preciso eu ter muito cuidado pra não levar uma queda...” “...porque o banheiro lá de casa é um piso que é preciso ter cuidado pra não escorregar...”	1. Condição de independência: friza realização das AVD com cautela	
P2	“É... hoje eu sinto dificuldade em tudo né, mas dá pra ... vamos dizer... eu vou vestir uma calça, uma bermuda, uma cueca, eu tenho que me apoiar mesmo, não é como qualquer outra pessoa né? <u>Às vezes eu quero até testar, ficar de um pé igual a Saci, mas eu não vou cair nessa, senão eu caio mesmo.</u> A vida diária, graças a Deus inventaram a máquina de lavar que já me tira desse sacrifício. <u>Agora, eu faço de tudo um pouquinho né, com cautela, principalmente na cozinha...</u> eu entendo um pouco da culinária, tem que ter cuidado com a faca, tem que ter cuidado com o piso antiderrapante. <u>Na minha residência tem um pouco de escada, na subida, na descida, tem que segurar no corrimão, apoios no banheiro, porque a gente senta, pra levantar, fica difícil porque o Parkinson tira nossas forças.</u> Mas estamos aí e vamos vencer. ...eu ultimamente estou deixando de usar o garfo, eu uso a colher porque quando a gente	“Agora, eu faço de tudo um pouquinho né, com cautela, principalmente na cozinha...” <u>“Às vezes eu quero até testar, ficar de um pé igual a Saci, mas eu não vou cair nessa, senão eu caio mesmo.”</u> “Na minha residência tem um pouco de escada, na subida, na descida, tem que segurar no corrimão, apoios no banheiro, porque a gente senta, pra levantar, fica difícil porque o Parkinson tira nossas forças. Mas estamos aí e vamos vencer. ...eu ultimamente estou deixando de usar o garfo, eu uso a colher porque quando a gente pega um alimento pra levar até a boca, com a colher e com a tremedeira, com a colher a comida não foge muito.”	1. Condição de independência: friza realização das AVD com cautela	

	pega um alimento pra levar até a boca, com a colher e com a tremedeira, com a colher a comida não foge muito. Tomo banho sozinha, passo roupa, um pouco deficiente, mas passo. Antes eu fazia um cuscuz, quebrava o coco, tirava a casca, hoje não... hoje eu prefiro que alguém quebre e tire a casca e de preferência bata no liquidificador.”			
P3	<u>“Eu tomo banho sozinha, eu visto a roupa sozinha.... eu faço tudo sozinha.</u> Cuido das minhas plantas, como, só não corto a carne, não escrevo, não leio porque fico assim... e aí não leio. E... o que é mais? <u>Caminho em casa mesmo perto das plantas, mas tem barra para eu segurar”</u>	“Eu tomo banho sozinha, eu visto a roupa sozinha.... eu faço tudo sozinha” “Caminho em casa mesmo perto das plantas, mas tem barra para eu segurar”	1. Condição de independência: friza realização das AVD com cautela	
P4	“Eu realmente não sinto nada não, é tranquilo, esses dias que tava sentindo dificuldades pra vestir a roupa, mas foi por causa da coluna, mas agora tá bem melhor. Só isso. Não tem nada não. Eu faço tudo, tudo, tudo, sozinho.”	“Eu realmente não sinto nada não, é tranquilo, esses dias que tava sentindo dificuldades pra vestir a roupa, mas foi por causa da coluna, mas agora tá bem melhor.” Eu faço tudo, tudo, tudo, sozinho.”	1. Condição de independência	
P5	<u>“Olhe... tomo banho sozinho, limpo minha casa sozinho, lavo minhas roupas, passo roupa, tudo sozinho. Não preciso de ninguém. Totalmente independente, graças a Deus.</u> O dia que eu tiver assim, precisando dos outros, Ave Maria, só Deus é que sabe.”	“Olhe... tomo banho sozinho, limpo minha casa sozinho, lavo minhas roupas, passo roupa, tudo sozinho.” Não preciso de ninguém. Totalmente independente, graças a Deus.	1. Condição de independência	
P6	<u>“O banho, me vestir, ir no banheiro, faço com acompanhante... eu não faço nada sozinha não. Me alimento só, mas pra outras coisas não. Pra caminhar preciso de auxílio senão eu caio toda hora... É meu marido que faz pra mim tudo.</u> Porque eu não consigo tomar banho sozinha. Me trava tudo... a perna eu pejejo pra tirar e não consigo.”	“O banho, me vestir, ir no banheiro, faço com acompanhante... eu não faço nada sozinha não. Me alimento só, mas pra outras coisas não. Pra caminhar preciso de auxílio senão eu caio toda hora... É meu marido que faz pra mim tudo.”	1. Condição de dependência elevada	

P7	<u>“Todas elas, eu consigo, mas quando eu tô travado.... aí quando eu tô travado eu sinto dificuldade de tomar banho, de ir no banheiro, pra levantar, pra dormir, me virar de um lado pra outro...aí eu deixo destravar pra não ficar abusando as pessoas toda hora.”</u>	“Todas elas, eu consigo, mas quando eu tô travado.... “ “... aí quando eu tô travado eu sinto dificuldade de tomar banho, de ir no banheiro, pra levantar, pra dormir, me virar de um lado pra outro...aí eu deixo destravar pra não ficar abusando as pessoas toda hora.”	1. Condição de independência: preferência pela manutenção da autonomia	
P8	<u>“Eu faço tudo sozinho: meu banho, visto minhas roupas sozinho. Caminhar eu caminho sozinho também sem depender. Só uma vez ou outra que eu dependo de uma pessoa pra ajudar a vestir minha roupa: vestir meu short, uma calça comprida quando eu quero sair pra um lugar que eu não devo ir de bermuda, aí eu peço sempre ajuda do meu neto que já tem 14 anos. Comer eu como sozinho com minhas próprias mãos.</u>	“Eu faço tudo sozinho: meu banho, visto minhas roupas sozinho. Caminhar eu caminho sozinho também sem depender. “Comer eu como sozinho com minhas próprias mãos.” “Só uma vez ou outra que eu dependo de uma pessoa pra ajudar a vestir minha roupa.”	1. Condição de independência 2. Aceitação de ajuda	
P9	<u>“Eu tenho um pouco de dificuldade, sabe? Neris me ajuda bastante, mas não é sempre não, é de vez em quando. Eu tomo banho só, faço as coisas tudo sozinho mesmo. Dificuldade de escovar os dentes por causa da mão direita. Mas eu consigo fazer tudo tranquilo, não tenho muita dificuldade não. Tento fazer pra me superar, porque se eu for me entregar eu tô ferrado.”</u>	“Eu tenho um pouco de dificuldade, sabe? Neris me ajuda bastante, mas não é sempre não, é de vez em quando.” “Eu tomo banho só, faço as coisas tudo sozinho mesmo. Dificuldade de escovar os dentes por causa da mão direita. Mas eu consigo fazer tudo tranquilo, não tenho muita dificuldade não. Tento fazer pra me superar, porque se eu for me entregar eu tô ferrado.”	1. Condição de independência 2. Aceitação de ajuda	
P10	<u>“Eu faço tudo normal. Agora pra dormir que eu tô com dificuldade pra dormir, me virar na cama dá trabalho e caminhar. A marcha tá reduzida, aí eu sinto dificuldade, mas as outras coisas eu faço sozinha, devagar, mas faço. Meu sono</u>	“Eu faço tudo normal. Agora pra dormir que eu tô com dificuldade pra dormir, me virar na cama dá trabalho e caminhar.”	1. Condição de independência	

	tá fracionado, tô dormindo bem pouco e eu creio que é por causa do Parkinson.”			
P11	“ <u>Faço todas normais. Caminho normal, me visto normal, faço minha higiene normal, durmo normal, me viro na cama normal. Todas essas atividades. Cuido das minhas plantas, ando, caminho normal. Mesmo com dificuldade faço tudo sozinho.</u> ”	Faço todas normais. Caminho normal, me visto normal, faço minha higiene normal, durmo normal, me viro na cama normal. Todas essas atividades. Cuido das minhas plantas, ando, caminho normal. Mesmo com dificuldade faço tudo sozinho	1. Condição de independência	
P12	“ <u>Eu faço tudo sozinho, não tenho nenhuma dificuldade não, por enquanto não.</u> Graças a Deus. <u>Faço tudo sozinho, não preciso de ajuda.</u> ”	“Eu faço tudo sozinho, não tenho nenhuma dificuldade não, por enquanto não. Faço tudo sozinho, não preciso de ajuda.”	1. Condição de independência	
P13	“ <u>Eu tomo banho sozinho, eu me visto sozinho. É eu me servir, ou seja, devido a dificuldade do tremor, é difícil a gente se alimentar. Tomo banho, escovo os dentes. Só não faço a barba né? Ai meu genro, que é meu anjo, que faz a barba pra mim.</u> ”	“Eu tomo banho sozinho, eu me visto sozinho. É eu me servir, ou seja, devido a dificuldade do tremor, é difícil a gente se alimentar. Tomo banho, escovo os dentes.” “Só não faço a barba né? Ai meu genro, que é meu anjo, que faz a barba pra mim.”	1. Condição de dependência leve-moderada 2. Aceitação de ajuda	

23. ME CONTA COMO ESTÃO AS SUAS RELAÇÕES COM FAMILIARES E AMIGOS APÓS O DIAGNÓSTICO DA DOENÇA?				
IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTES	FALAS	UNIDADE DE CONTEXTO	UNIDADE DE REGISTRO	
P1	“<u>Doutora...não tem problema nenhum, a família, é a filha que me trata muito bem</u>, que tem um filho que é Síndrome de Down que vive com um celular na mão e uma colher... é o único que me dá pancada. Fora disso, meu único problema é esse. <u>Hoje eu sou uma pessoa que eu vou dizer a senhora, eu na infância, não levava desaforo pra casa, mas hoje eu olho pro mundo e digo... tudo passa na vida!! E não adianta intriga nem briga.</u> Hoje eu não quero briga e intriga com ninguém, quero viver em paz e harmonia.”	“Doutora...não tem problema nenhum, a família, é a filha que me trata muito bem...” “Hoje eu sou uma pessoa que eu vou dizer a senhora, eu na infância, não levava desaforo pra casa, mas hoje eu olho pro mundo e digo... tudo passa na vida!! E não adianta intriga nem briga”.	1. Relações preservadas (familiares e amizades)	
P2	“<u>É. Boa pergunta! Os amigos, se for amigo de verdade, eles ficam sentidos né...</u> é complicado os sintomas dessa doença, mesmo que vocês não... quem tem ela, ela reage com tremor, é um balé. É complicado. Então os amigos, de qualquer maneira eles ficam sentidos e os familiares, infelizmente, minha família, um tem um problema disso, outro daquilo... tudo na área da saúde, então, é um ajudando o outro né? Mas é complicado... é complicado. Se depender da minha parte, eu só não dou minha vida né? Mas um ajuda o outro.”		1. Relações preservadas (familiares e amizades)	
P3	“<u>Os familiares são cheios de dedo, sabe?</u> Fica com muito.... como é que chama?...<u>Apaparamento. E os amigos nem aparece.</u> Aí ficam me tratando tudo como se eu fosse... fica me tratando cheia de dedos, cheia de histórias. Se eu não saio assim pra rua. Ando mais é em casa, cuidando do meu jardimzinho. Aí ficam dizendo... oh coitada...eu não sou coitada.”	“Os familiares são cheios de dedo, sabe? Apaparamento.” “E os amigos nem aparece.”	1. Relações familiares e de amizade alteradas	

P4	<u>“Continua tranquilo, não tem problema nenhum não. É tudo normalmente como era antigamente.”</u>	“Continua tranquilo, não tem problema nenhum não. É tudo normalmente como era antigamente.”	1. Relações preservadas (familiares e amizades)	
P5	“Tão bem. <u>Me dou bem com todos eles.</u> Não sinto nada. A gente sai, bate papo...tudo. Coisa Maravilhosa, graças a Deus. <u>Nada mudou depois do diagnóstico.”</u>	“Me dou bem com todos eles.” “Nada mudou depois do diagnóstico.”	1. Relações preservadas (familiares e amizades)	
P6	<u>“Meus amigos é até bom, as minhas irmãs, meus parentes, meus cunhados... tudo é bem comigo.</u> Eu tenho a Doença, mas eu tenho outro sobrinho que é doente igual a mim, a mesma coisa de mim. <u>Todos eles são bons, gosta de mim, tudo ótimo, não tenho do que dizer.”</u>	“Meus amigos é até bom, as minhas irmãs, meus parentes, meus cunhados... tudo é bem comigo.” Todos eles são bons, gosta de mim, tudo ótimo, não tenho do que dizer.”	1. Relações preservadas (familiares e amizades)	
P7	“No caso de minha família (minha ex esposa, meu genro, <u>minha filha</u>), eu me sinto bem e me dou bem com eles. Os <u>amigos também continuam a mesma coisa, igualmente.</u> Tem muitos deles que me diz: “rapaz você nem parece que tem Mal de Parkinson”. Eu digo...é, muita gente me diz isso quando eu tô destravado.”	“No caso de minha família (minha ex esposa, meu genro, minha filha), eu me sinto bem e me dou bem com eles. Os amigos também continuam a mesma coisa, igualmente.”	1. Relações preservadas (familiares e amizades)	
P8	<u>“Bom, eu e minha família anda muito bem, graças a Deus, tudo em paz, sem problema nenhum. Meus amigos também são muito excelentes. Nenhum deles se afastou de mim.</u> Nós conversamos quase todo dia pelo celular. Meus amigos ligam, as amigas também liga. São excelentes.”	“Bom, eu e minha família anda muito bem, graças a Deus, tudo em paz, sem problema nenhum. Meus amigos também são muito excelentes. Nenhum deles se afastou de mim.”	1. Relações preservadas (familiares e amizades)	
P9	<u>“Os amigos, só de longe mesmo. Eles se afastaram, a gente não tem contato. Pô, mas também não são culpados, porque eu não tenho saído. Eles ficam só no bate papo amigo. Mas no mais, a família está muito bem, muito bem estruturada e meus filhos, como eu disse a você, são muito doces comigo, são ótimos.</u> Os	“Os amigos, só de longe mesmo. Eles se afastaram, a gente não tem contato.” Eles ficam só no bate papo amigo. “Mas no mais, a família está muito bem,	1. Relações de amizade distanciadas e familiares preservadas	

	melhores filhos do mundo, minha esposa também e meu sogro que também mora com a gente...	muito bem estruturada e meus filhos, como eu disse a você, são muito dóceis comigo, são ótimos.”		
P10	<u>“Tá ruim porque eu tô me isolando, eu mesma tô me isolando do convívio. Quero ficar mais sozinha. Tipo depressão né? Aí eu fico mais sozinha em casa por vergonha e por me sentir mal também.”</u>	“Tá ruim por que eu tô me isolando, eu mesma tô me isolando do convívio.” “Aí eu fico mais sozinha em casa por vergonha e por me sentir mal também.”	1. Relações alteradas por isolamento próprio: vergonha	
P11	<u>“É mais duvidosa porque eu fico pensando que as pessoas estão perguntando demais, daí eu procuro ficar em um lugar mais isolado pra poder evitar perguntas que eu não possa responder e não ser agressivo também dentro da resposta que eu tenho que dar. Por isso eu me isolo. Às vezes eu procuro ficar a sós pra poder evitar o tremor da doença aumentar. Por isso então eu procuro estar sempre sozinho nos lugares, trancado as vezes se possível, assistindo jogo de futebol e outras coisas que me emocionem. Então aí eu procuro me reservar a sós.”</u>	É mais duvidosa porque eu fico pensando que as pessoas estão perguntando demais, daí eu procuro ficar em um lugar mais isolado pra poder evitar perguntas que eu não possa responder e não ser agressivo também dentro da resposta que eu tenho que dar. Por isso eu me isolo.”	1. Relações alteradas por isolamento próprio: preservar individualidade	
P12				
P13	<u>“Não tem nenhuma anormalidade, agora eu me reservo muito. Eu fiquei bem reservado.</u> <u>Essa Doença ela tira aquele orgulho de se produzir. Hoje o que me der pra vestir eu visto, o que me der pra comer eu como.</u> Eu nunca tive isso, sabe, eu sempre fui uma pessoa muito simples. Mas infelizmente Deus quis assim, que eu tivesse essa Doença, e eu tenho que aceitar. <u>Mas eu tenho uma relação normal.</u> Só sinto a distância dos meus parentes de sangue: irmão, pai.	“Não tem nenhuma anormalidade, agora eu me reservo muito. Eu fiquei bem reservado.” Essa Doença tira aquele orgulho de se produzir. Hoje o que me der pra vestir eu visto, o que me der pra comer eu como. Mas eu tenho uma relação normal A doença, nesse ponto ela é cruel. Ela tira toda a intelectualidade da pessoa. Deixa você	1. Relações alteradas por isolamento próprio: depressão	

	Tiraram meu pai daqui e levaram para Aracaju. Ele tem 104 anos Ele não foi essas grandes coisas, mas eu tinha uma afinidade com ele grande. Tendo meu canto e minha televisão pra eu ver. Eu não consigo mais ler. Eu era um papa letras, mas hoje eu não consigo. <u>A doença, nesse ponto ela é cruel. Ela tira toda a intelectualidade da pessoa. Deixa você viver exclusivamente de doença, de restrição. Ela impõe uma restrição muito violenta.</u> Eu acho que a ciência poderia tentar mudar isso através de medicação. Eu vejo essas pessoas que dirigem, e eu não faço mais nada.	viver exclusivamente de doença, de restrição.		
--	--	---	--	--

24. ME CONTA O QUE VOCÊ ACHA QUE PODE SER FEITO PARA QUE VOCÊ SE SINTA MELHOR FRENTE A DP?				
IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTES	FALAS	UNIDADE DE CONTEXTO	UNIDADE DE REGISTRO	
P1	“Olhe Doutora, ultimamente, eu vou dizer a senhora, <u>o que eu quero é ver a felicidade dos meus dois filhos, com uma casa própria pra sair do aluguel, porque aluguel não é casa de morada de ninguém...</u> e no mais entrego a Deus, e seja o que Deus quiser. Eu não sei ler, porque não conheci a Doença de Parkinson, se ela não tem cura, eu olho pro mundo e peço muito a Deus que ele me dê minha cura, porque só ele pode dar jeito... e de mais, me conformar com o que tá acontecendo comigo.”	“...o que eu quero é ver a felicidade dos meus dois filhos, com uma casa própria pra sair do aluguel, porque aluguel não é casa de morada de ninguém... e no mais, entrego a Deus, e seja o que Deus quiser.	1. Felicidade dos filhos 2. Conformismo frente à doença 3. Religiosidade como instrumento para cura	
P2	“É... o que deveria ser feito né? <u>Nesse caso aí, eu em primeiro lugar, nunca perdi as esperanças de vir a cura e se eu tivesse dinheiro eu investia nos eletrodos, alguma coisa que faz lá por São Paulo, nos países estrangeiros pra curar!</u> Mas a gente não tem recursos. E o que eu posso fazer é tá com a cabeça preparada, porque eu creio que não tem uma pessoa que tenha essa doença e que não perca a esperança. <u>Mas eu tenho esperança e por mim, aqui mesmo em Salvador, teria que ter pessoal pra dar mais atenção, porque é uma Doença que destrói mesmo né?</u> Ainda não teve a cura, mas vamos chegar lá.”	Nesse caso aí, eu em primeiro lugar, nunca perdi as esperanças de vir a cura e se eu tivesse dinheiro eu investia nos eletrodos, alguma coisa que faz lá por São Paulo, nos países estrangeiros pra curar! Mas eu tenho esperança e por mim, aqui mesmo em Salvador, teria que ter pessoal pra dar mais atenção, porque é uma Doença que destrói mesmo né?	1. Descoberta da cura 2. Investimentos em tecnologia e profissionais	
P3	“<u>Eu acho que tudo que o pessoal faz e tem feito pra eu ser independente, mas tem coisa que você não consegue.</u> Então o que se pode fazer, eles fazem e eu tento me enquadrar.”	“Eu acho que tudo que o pessoal faz e tem feito pra eu ser independente, mas tem coisa que você não consegue.”	1. Preservação da independência/autonomia	

P4	“<u>Não ter ela.... (risos). Não ter, seria melhor, mas já que tem, tem que encarar né?”</u>	“Não ter ela.... (risos). Não ter, seria melhor, mas já que tem, tem que encarar né?”	1. Inexistência da doença	
P5	“<u>Passear, fazer minhas coisas, fazer fisioterapia, pedir a Deus mais anos de vida e saúde. Porque se eu ficar dentro de casa, essa doença só quer ficar.... que a pessoa se arreie.</u> <u>Se eu não me levantar, fica só deitado, pioro. Eu tenho que sair. Então é isso que faz bem pra minha saúde.</u>”	“Passear, fazer minhas coisas, fazer fisioterapia, pedir a Deus mais anos de vida e saúde. Porque se eu ficar dentro de casa, essa doença só quer ficar.... que a pessoa se arreie.” “Se eu não me levantar, fica só deitado, pioro. Eu tenho que sair.”	1. Preservação da independência/autonomia	
P6	“<u>Eu sair um pouquinho, porque eu não consigo sair sozinha, aí seria bom, eu sair de casa um pouquinho pra me divertir.... passear na praça, na casa de minhas parentes. Só!”</u>	“Eu sair um pouquinho, porque eu não consigo sair sozinha, aí seria bom, eu sair de casa um pouquinho pra me divertir.... passear na praça, na casa de minhas parentes. Só!”	1. Atividades de lazer.	
P7	“<u>Melhorar medicação, atividade que as vezes empata de fazer... aí eu ia me sentir bem melhor.</u>”	“Melhorar medicação, atividade que às vezes empata de fazer... aí eu ia me sentir bem melhor”	1. Ajustes nos medicamentos	
P8	“<u>Eu me sinto bem porque meus amigos me dão apoio, não se afastaram de mim. Eu me sinto bem quando estou conversando com os amigos. Com todos eles. E eu sinto que eles me dão apoio.</u> <u>Minha família também me dá apoio, me trata muito bem, me pede paciência, porque uma vez ou outra eu fico com nervoso, mas aquilo eu esqueço, é de momento, acaba tudo e eu me sinto feliz.</u>”	“Eu me sinto bem porque meus amigos me dão apoio, não se afastaram de mim. Eu me sinto bem quando estou conversando com os amigos. Com todos eles. E eu sinto que eles me dão apoio. Minha família também me dá apoio, me trata muito bem...”	1. Continuidade do apoio familiar e amigos	
P9	“<u>Esse bate papo já me ajuda bastante, uma pessoa pra estar conversando, porque a gente se sente só. Embora não esteja sozinho direto, é uma vez ou outra.</u>”	“Esse bate papo já me ajuda bastante, uma pessoa pra estar conversando, porque a gente se sente só.”	1. Alguém para dialogar.	

P10	<u>“Dormir mais, passear mais. Ter uma rotina diferente da que eu tenho. Porque eu tô muito presa dentro de casa. Mas não tenho força pra sair, daí isso me deixa triste.”</u>	“Dormir mais, passear mais. Ter uma rotina diferente da que eu tenho. Porque eu tô muito presa dentro de casa.”	1. Atividades de lazer	
P11	<u>“Primeiro os atendimentos médicos na rede SUS que deveria ser mais pontual, deveria ser mais frequente. Isso tudo implica na Doença, nas pessoas, às vezes, que não tem condições de ter uma consulta particular. Isso tudo.</u> Me falta poderes aquisitivos para que eu possa ter isso, então eu me sinto nervoso porque demora muito para fazer uma marcação, uma remarcação, por isso agride meu psicológico, justamente nesse tom aí que a gente não vai poder conseguir que o governo mude a opinião deles. Um governo bom que a gente tem tudo, mas falta uma boa administração. É o que tá faltando dentro do nosso governo, que se tenha uma boa administração para que se tenha um atendimento melhor, porque tem recursos, são bem aplicados, mas são desviados para poder atender a área de saúde. Isso implica muito nos governantes que deverão aplicar mais frequente fiscalização pra que as pessoas se sintam bem no poder público com um atendimento médico às pessoas.”	“Primeiro os atendimentos médicos na rede SUS, que deveria ser mais pontual, deveria ser mais frequente.” “Um governo bom que a gente tem tudo, mas falta uma boa administração.”	1. Organização dos serviços de saúde no SUS	
P12	<u>“O atendimento pelo SUS fosse melhorado. Porque eu faço minhas consultas todos particulares, meus exames tudo particulares porque o SUS não é bom.”</u>	“O atendimento pelo SUS fosse melhorado. Porque eu faço minhas consultas todos particulares, meus exames tudo particulares porque o SUS não é bom.”	1. Organização dos atendimentos do SUS	

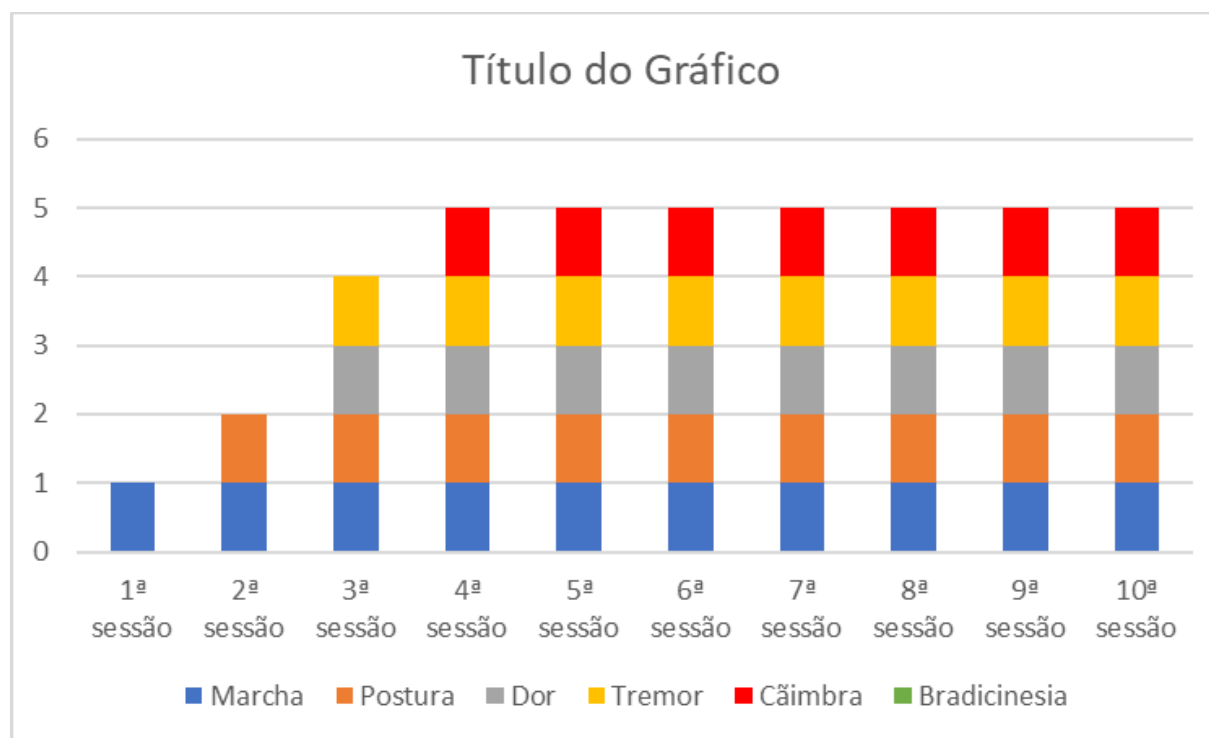
P13	“<u>Melhor mobilidade. Um melhor discernimento do que eu posso ser, do que eu gostaria que fosse.</u> Eu sempre fui muito conformado com tudo. Então se a doença vier uma reverberação disso eu vou aceitar, senão eu vou me conformar e esperar o dia chegar. Eu não espero muito de ninguém não. Eu espero que se a ciência não conseguir, eu vou me conformar, não vou me desesperar e nem perder a razão. Se eu tenho isso é porque minha fisiologia ter essa situação. Se vier alguma coisa boa pra melhorar, que me deixe semi independente, eu vou ficar muito feliz.”	“Melhor mobilidade. Um melhor discernimento do que eu posso ser, do que eu gostaria que fosse.”	1. Melhor condição de mobilidade/ autonomia	
-----	--	--	--	--

Fonte: elaborado pela própria autora, 2024.

APÊNDICE M – Gráficos por Paciente: Sinais e Sintomas Beneficiados com as Sessões de Reflexologia Podal

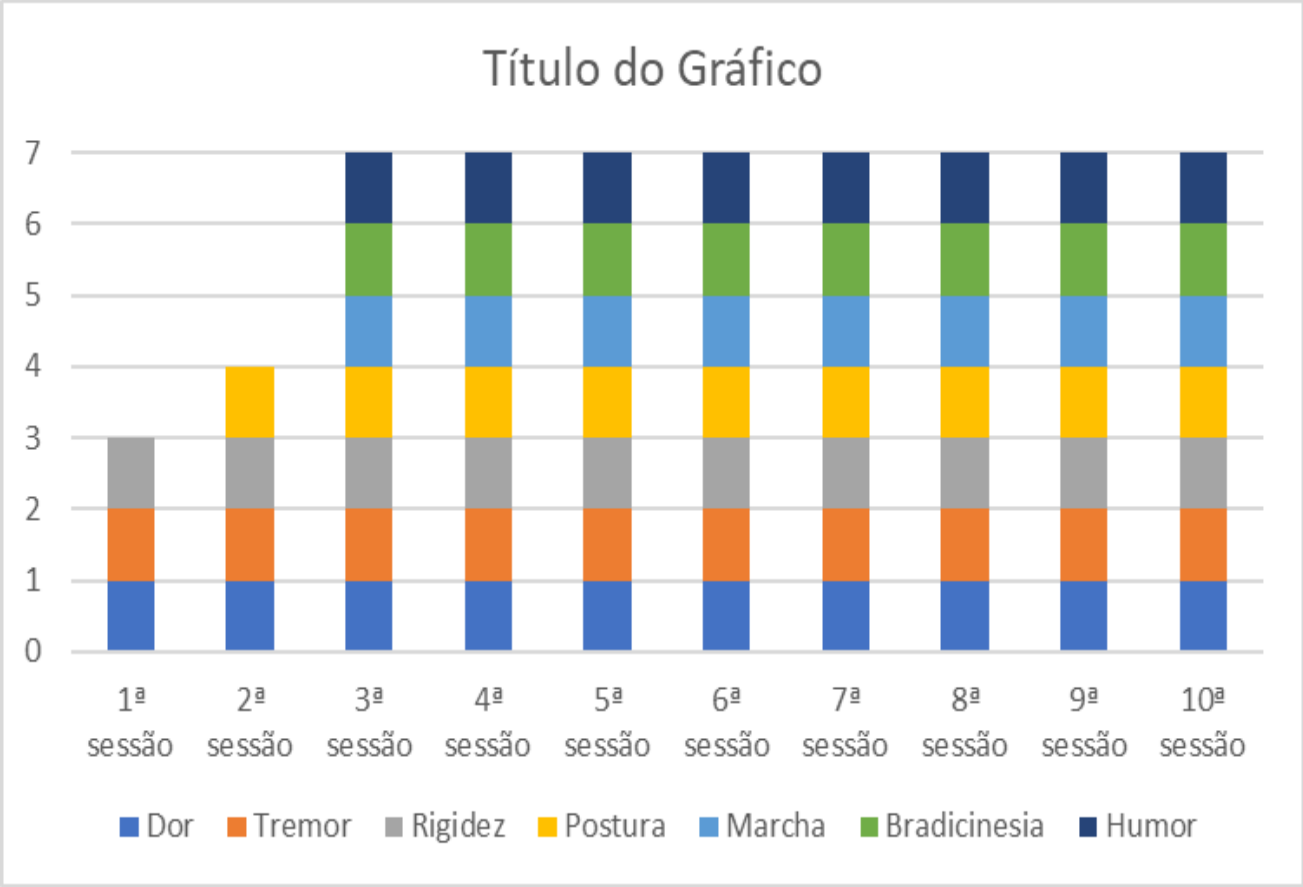


Sinais e Sintomas beneficiados - P1



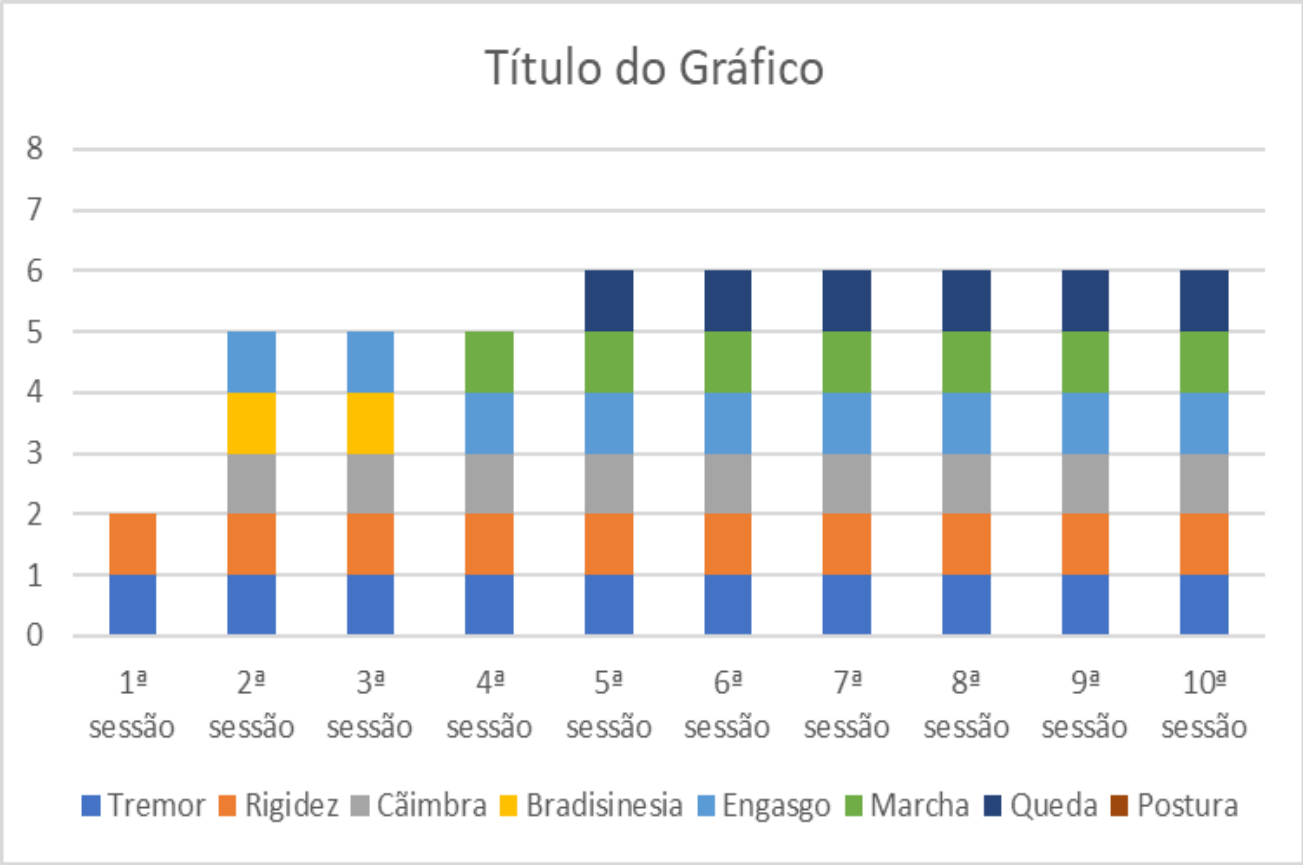
Fonte: elaborado pela própria autora, 2024.

Sinais e Sintomas beneficiados - P2

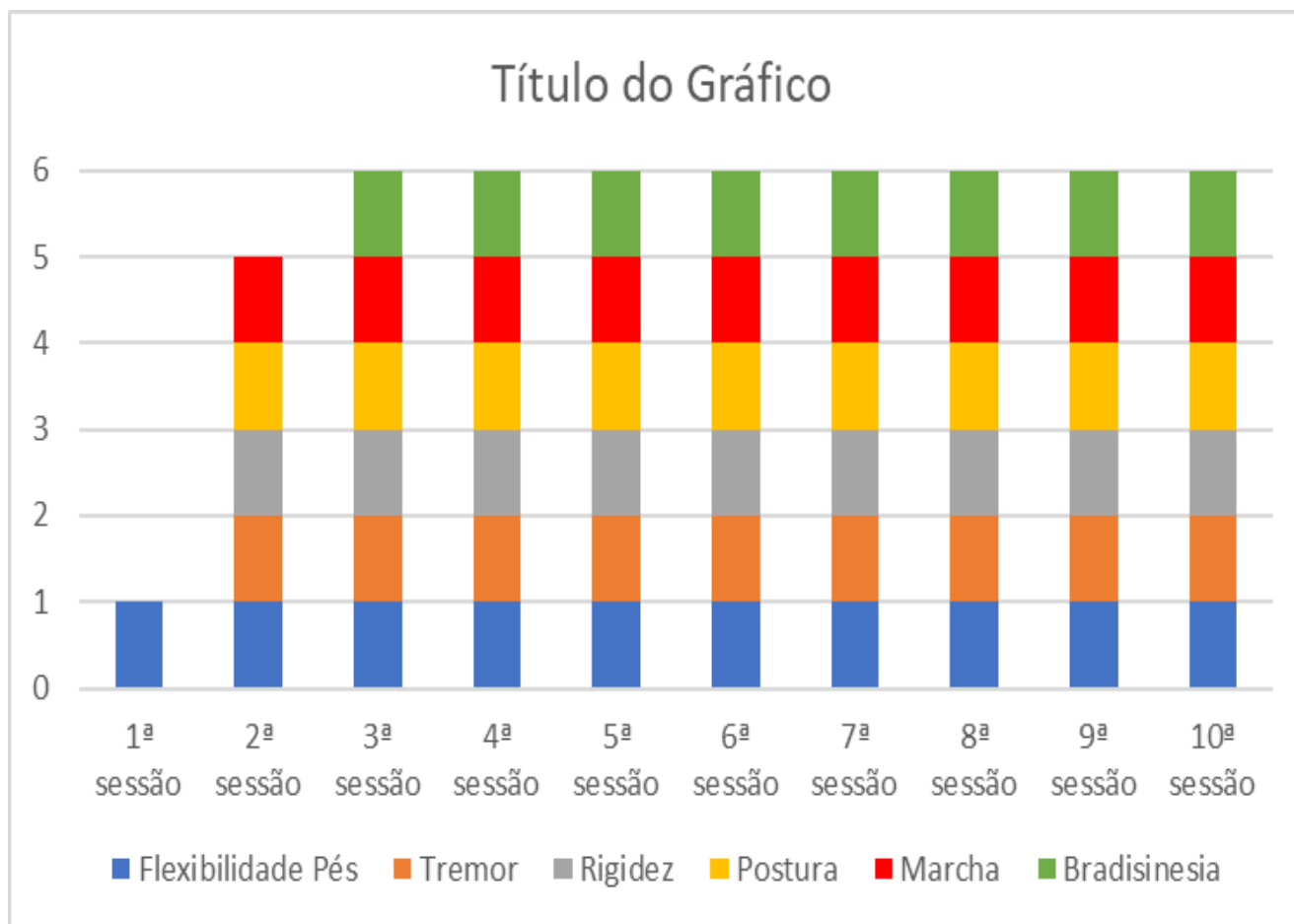


Fonte: elaborado pela própria autora, 2024.

Sinais e Sintomas beneficiados - P3

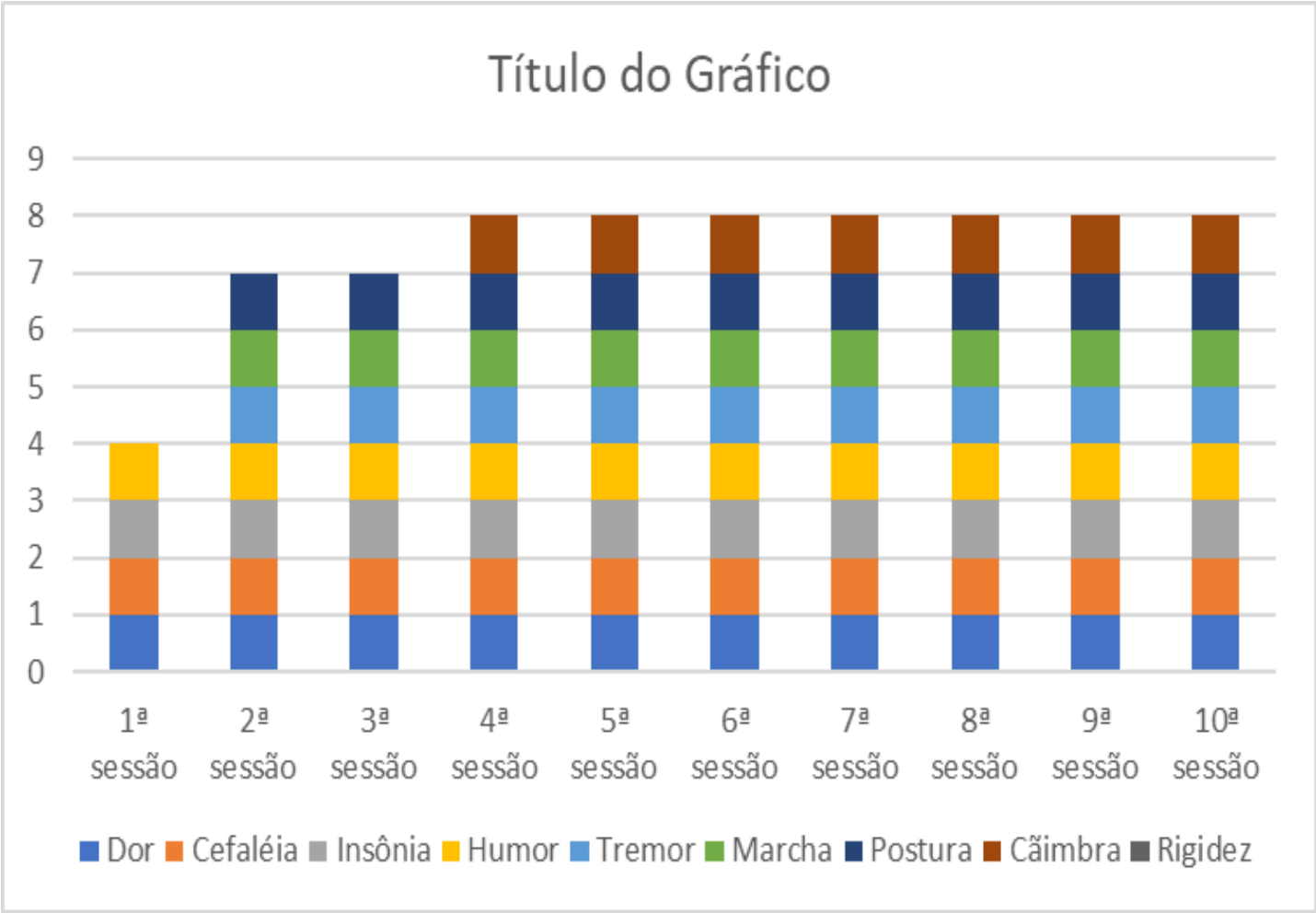


Fonte: elaborado pela própria autora, 2024.

Sinais e Sintomas beneficiados - P4

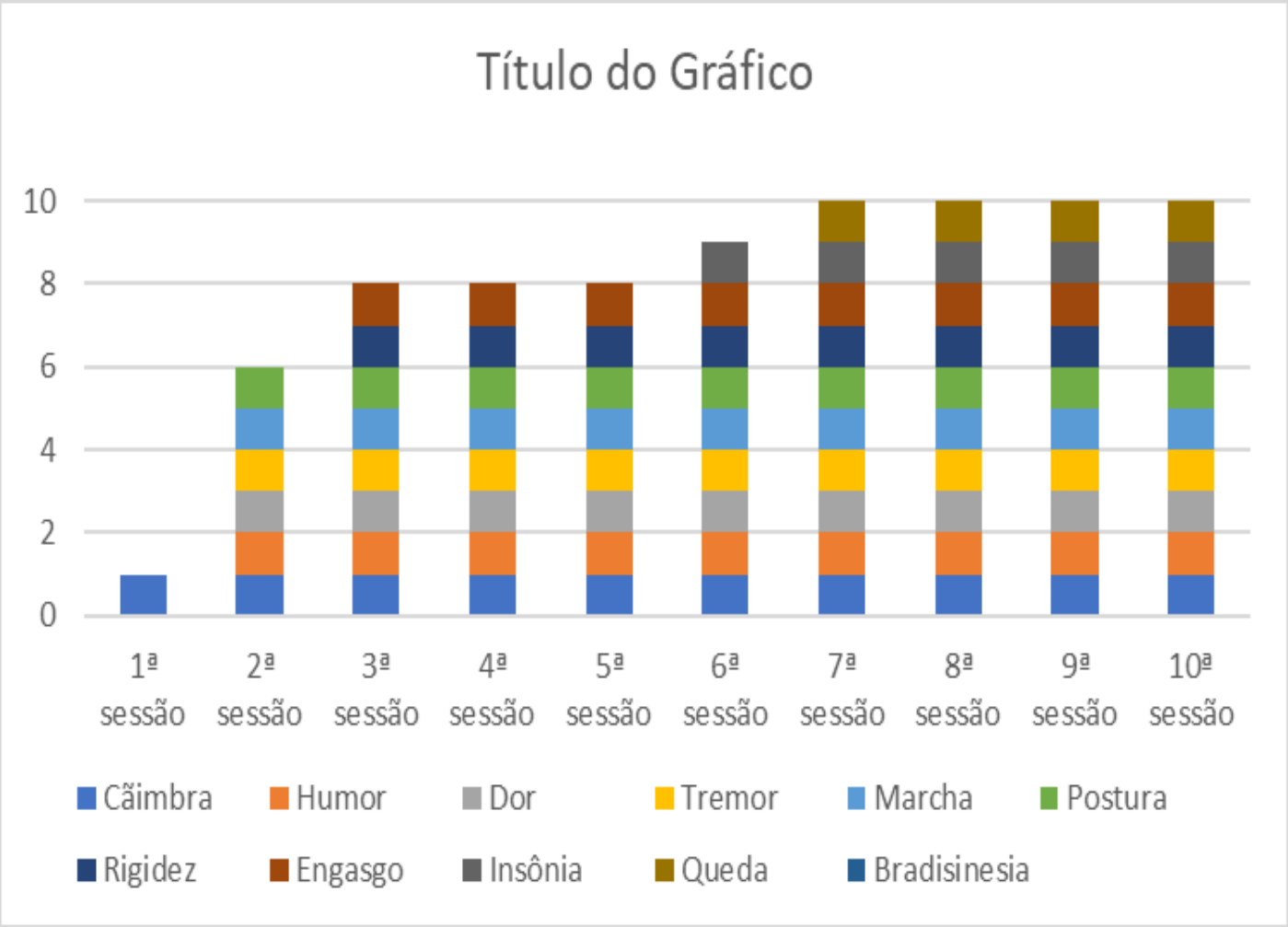
Fonte: elaborado pela própria autora, 2024.

Sinais e Sintomas beneficiados - P5



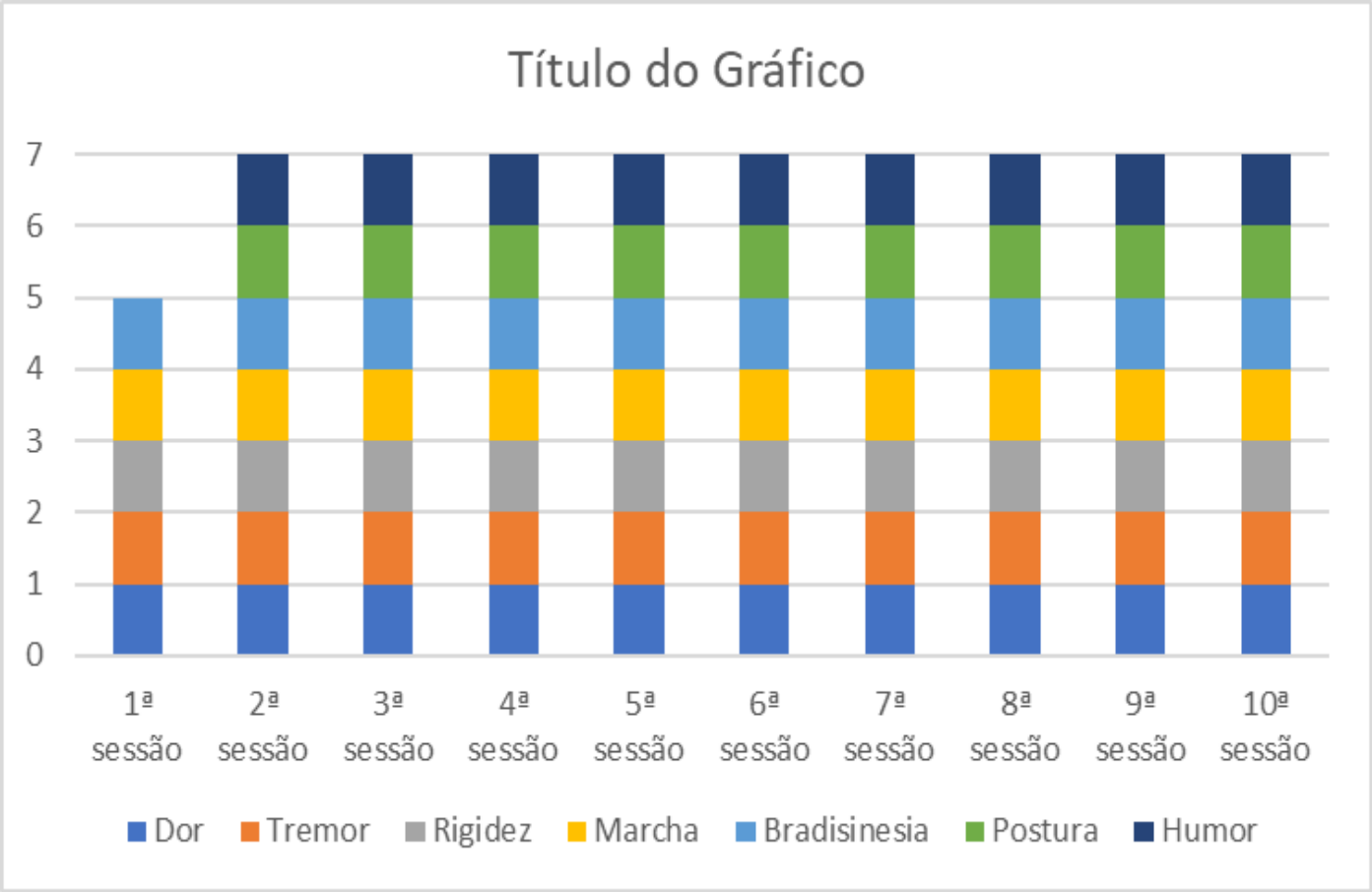
Fonte: elaborado pela própria autora, 2024.

Sinais e Sintomas beneficiados - P6



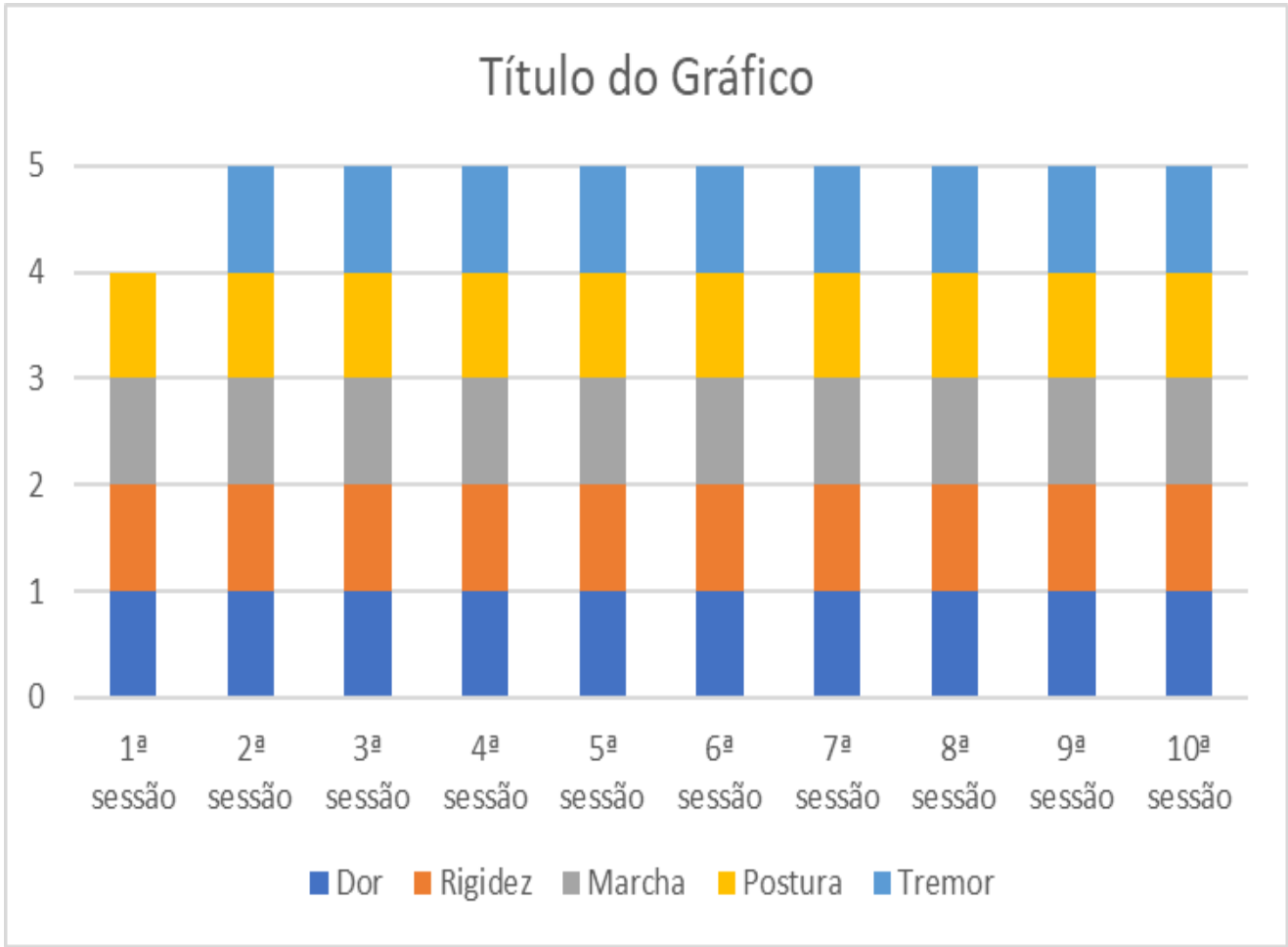
Fonte: elaborado pela própria autora, 2024.

Sinais e Sintomas beneficiados - P7



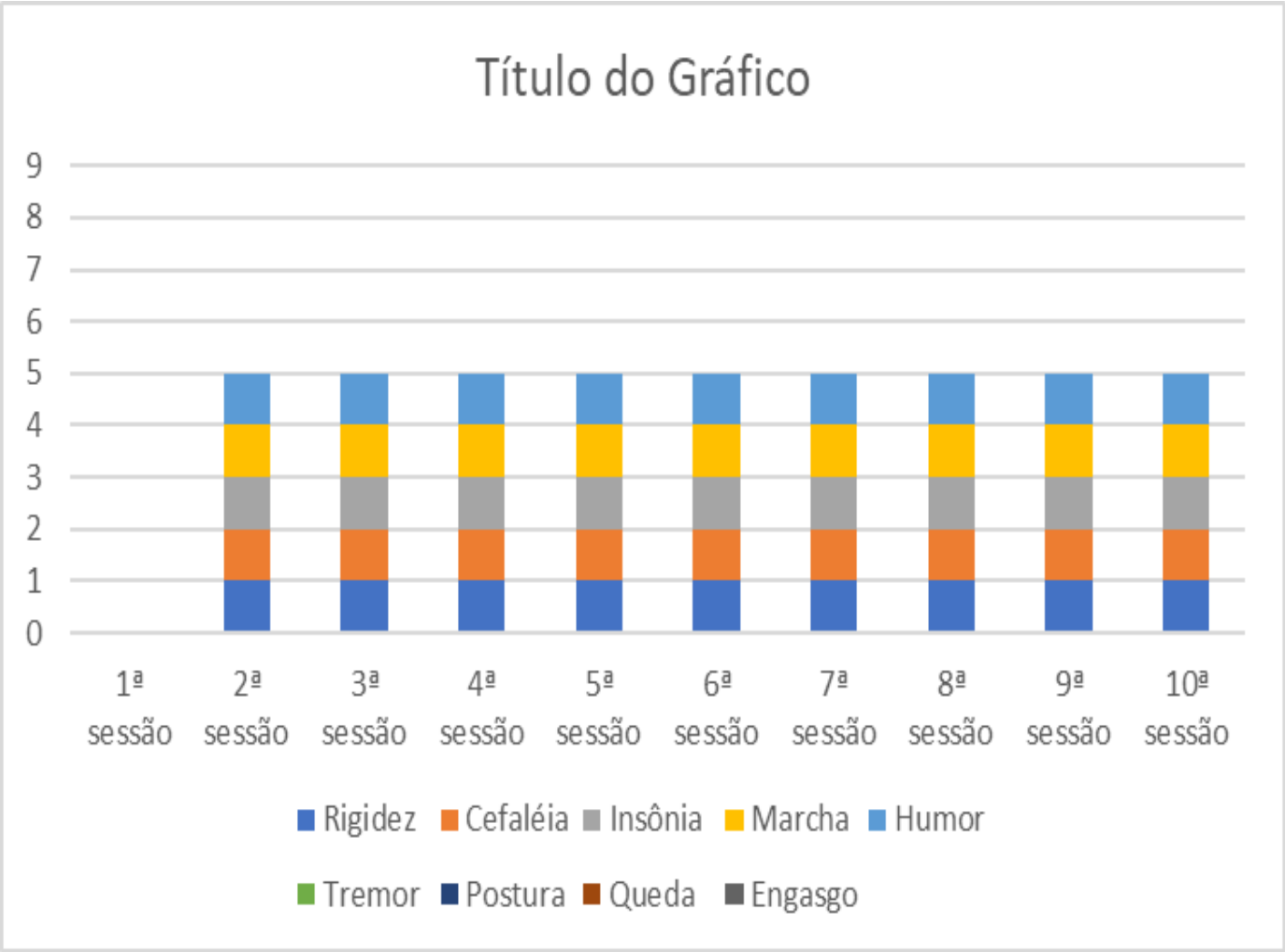
Fonte: elaborado pela própria autora, 2024.

Sinais e Sintomas beneficiados - P8



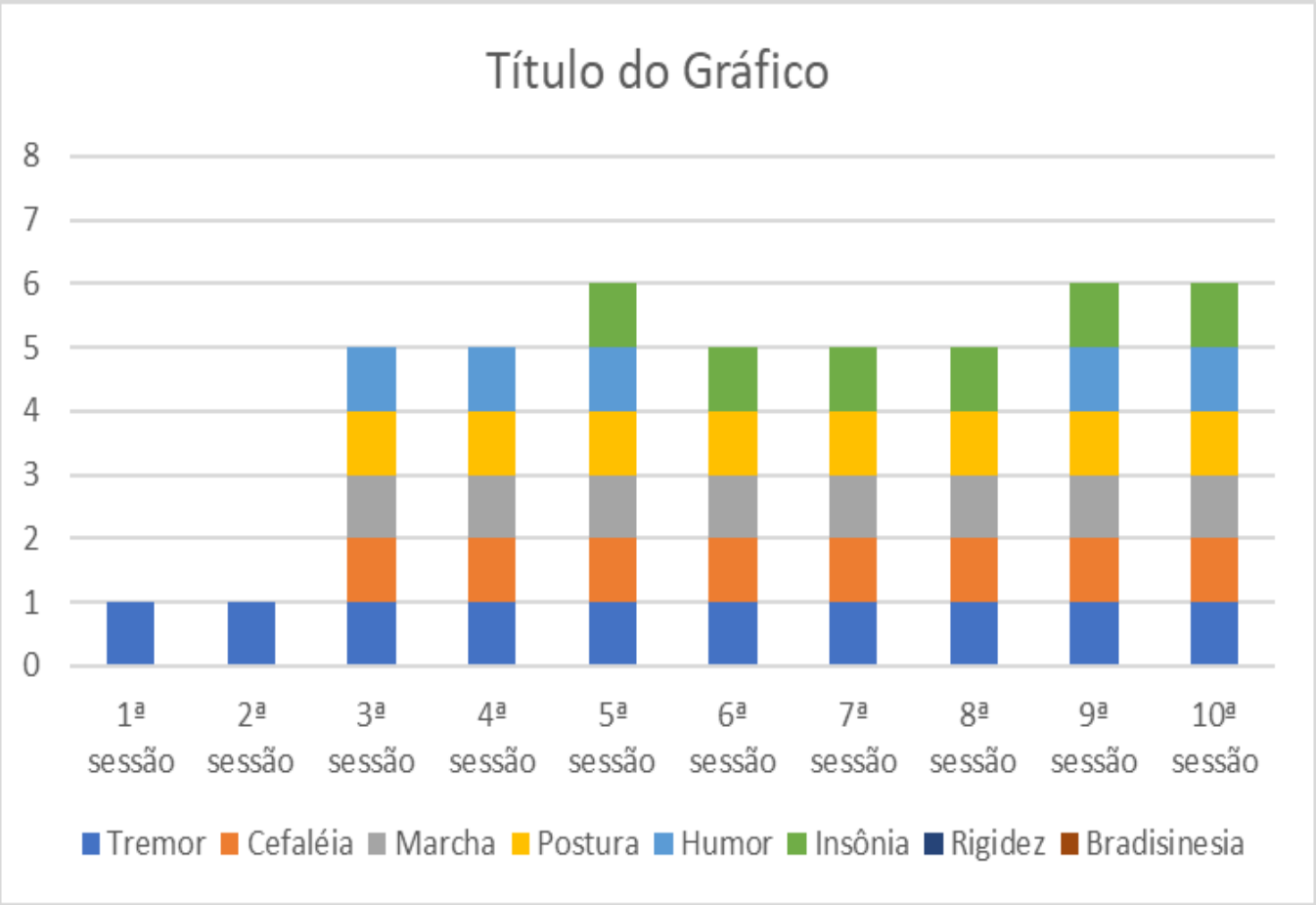
Fonte: elaborado pela própria autora, 2024.

Sinais e Sintomas beneficiados - P9



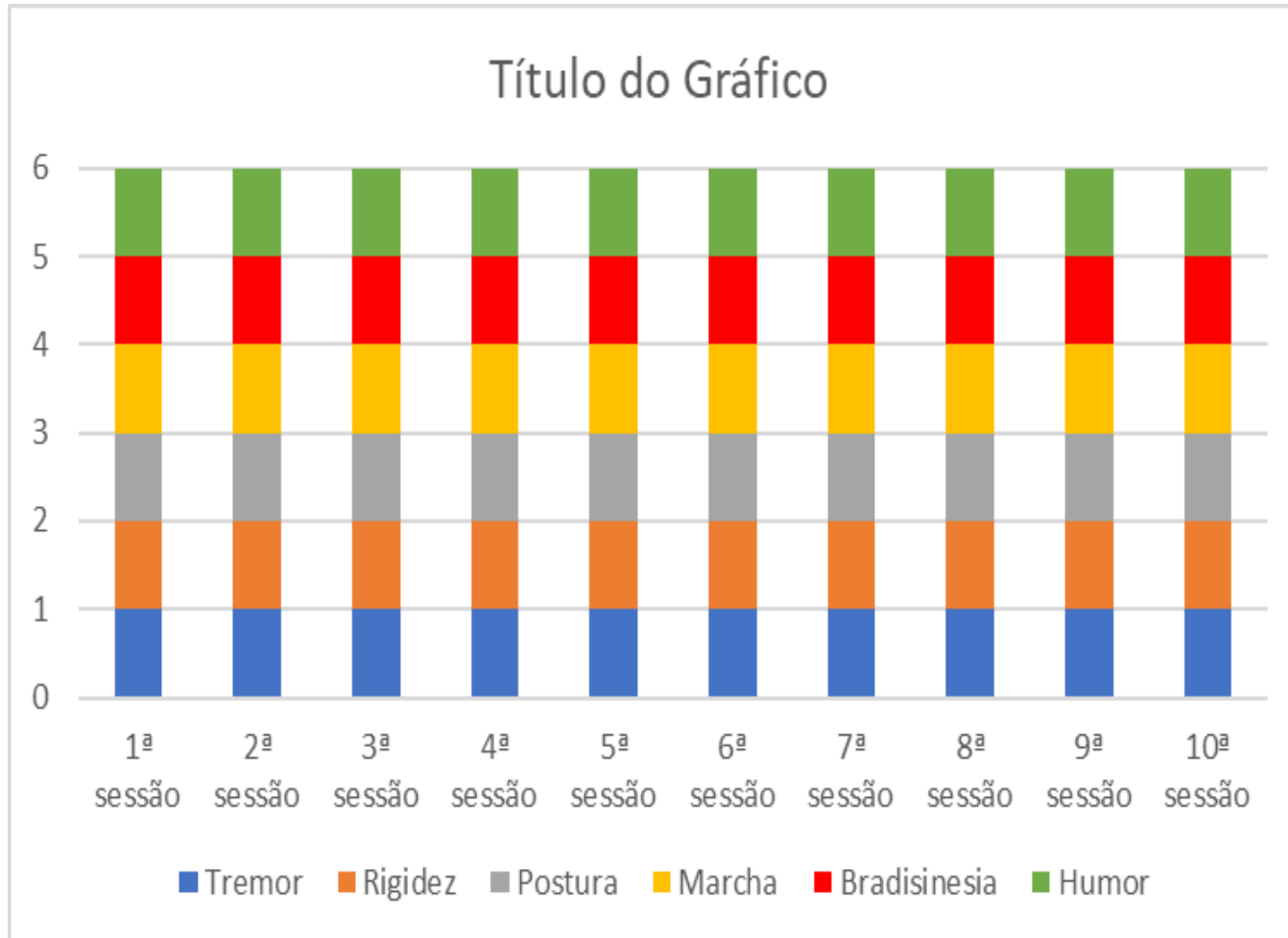
Fonte: elaborado pela própria autora, 2024.

Sinais e Sintomas beneficiados - P10



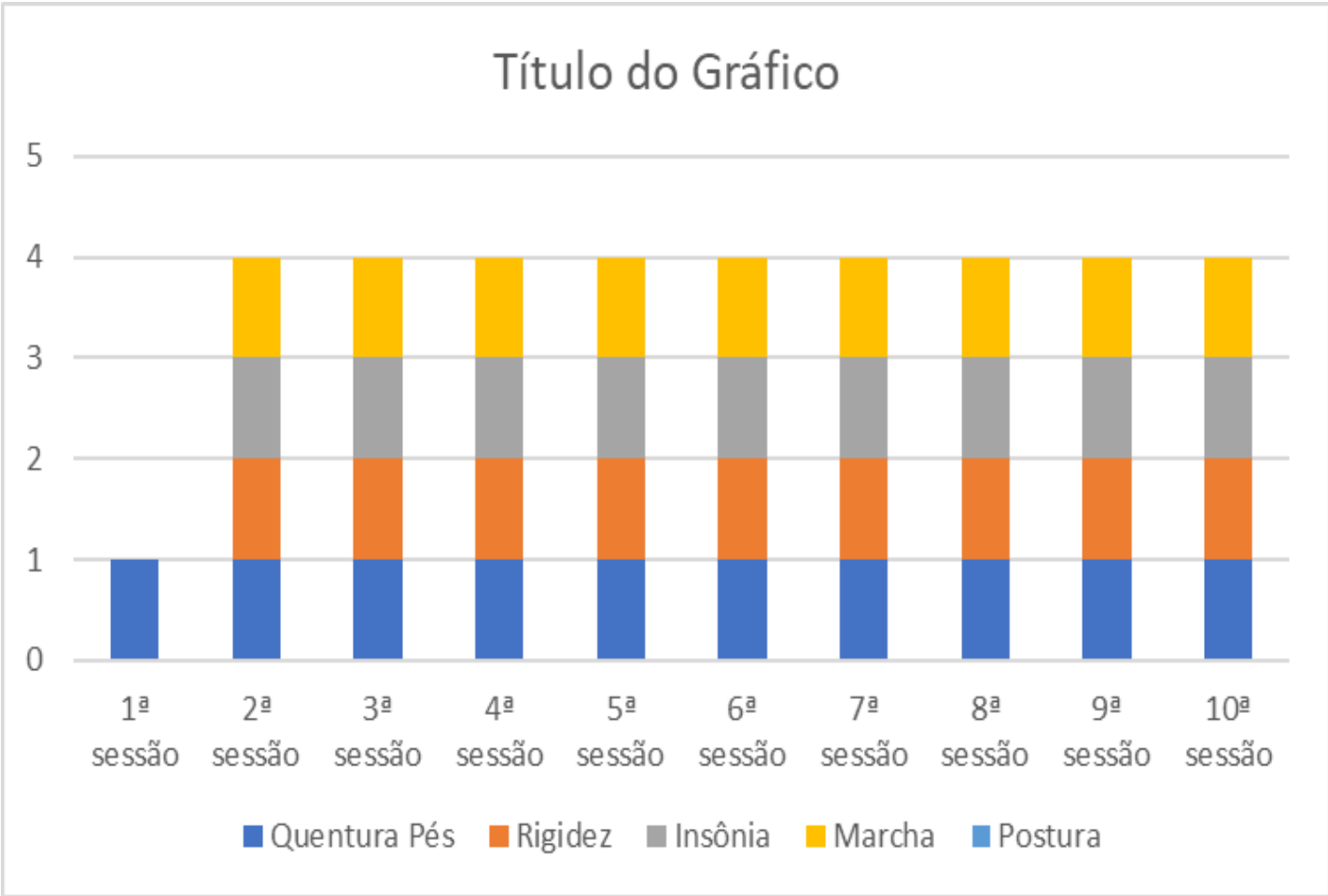
Fonte: elaborado pela própria autora, 2024.

Sinais e Sintomas beneficiados - P11



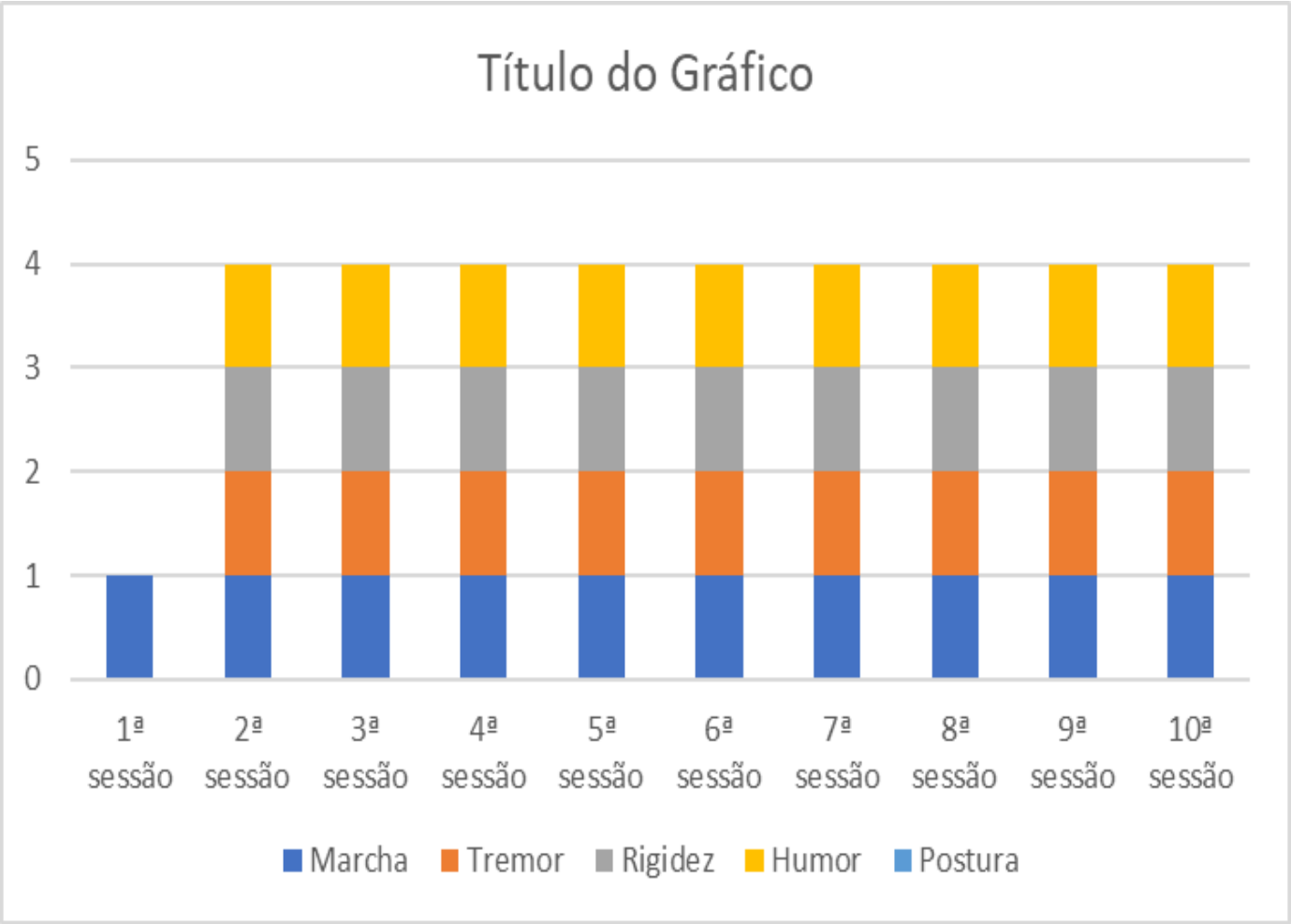
Fonte: elaborado pela própria autora, 2024.

Sinais e Sintomas beneficiados - P12



Fonte: elaborado pela própria autora, 2024.

Sinais e Sintomas beneficiados - P13



Fonte: elaborado pela própria autora, 2024.

APÊNDICE N – Folder PICS



Práticas Integrativas



São recursos terapêuticos que objetivam a prevenção de doenças e a recuperação da saúde, com foco no acolhimento, na assistência humanizada, na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com meio ambiente e a sociedade (Brasil, 2006)

Já existem estudos diversos, inclusive na Atenção Primária, que trazem os benefícios da utilização das PICS em diversos quadros e doenças, ajudando assim a prevenção e promoção da saúde por meio destas tecnologias leves e demonstrando as vantagens trazidas às pessoas adoecidas.

São técnicas seguras, integrativas, de baixo custo, eficientes, que são capazes de gerar bem-estar físico e mental.

Em Camaçari, muitos profissionais já trabalham com estas Práticas em suas Unidades de Saúde e conseguem proporcionar uma melhor qualidade de vida a inúmeros pacientes.

Quer saber mais? Se interessou em fazer alguma Prática? Procure o serviço de saúde mais perto de você e tire suas dúvidas

Estas são as 29 PICS existentes na atualidade

APITERAPIA	AROMATERAPIA	ARTETERAPIA
AYURVEDA	BIODANÇA	BIOENERGÉTICA
CONSTELAÇÃO FAMILIAR	CROMOTERAPIA	DANÇA CIRCULAR
GEOTERAPIA	HIPNOTERAPIA	HOMEOPATIA
IMPOSIÇÃO DE MÃOS	ANTROPOSOFIA	ACUPUNTURA E MTC
MEDITAÇÃO	MUSICOTERAPIA	NATUROPATIA
OSTEOPATIA	OZONIOTERAPIA	PLANTAS MEDICINAIS FITOTERAPIA
QUIROPRAXIA	REFLEXOTERAPIA	REIKI
SHANTALA	TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA	TERAPIA DE FLORAIS
TERMALISMO SOCIAL/ CRENOTERAPIA		YOGA





UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA

MESTRADO PROFISSIONAL
EM
ENFERMAGEM

PREFEITURA
MUNICIPAL
DE
CAMAÇARI

PRÁTICAS INTEGRATIVAS REALIZADAS NO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI




AURICULOTERAPIA

REFLEXOLOGIA PODAL



ACUPUNTURA




LIAN GONG

REIKI

ELABORAÇÃO: Adriana F. Delouche Maneira
REVISÃO: Profa. Dra. Rita da Cruz Amorim
Profa. Dra. Cleuma Sueli Santos Suto

Fonte: elaborado pela própria autora, 2024.

APÊNDICE O – Resumos de Perfil por Participante de pesquisa

P1: sexo masculino, pardo, 83 anos, de baixa estatura, aposentado pela marinha, casado, pai de 2 filhos, católico praticante. Tem diagnóstico de Parkinson há 6 anos, e desde então está sob os cuidados da filha. Realiza suas atividades de vida diária sozinho e com cautela, o que demonstra seu discernimento frente às limitações da doença. É hipertenso, cardiopata e diabético, fazendo acompanhamento apenas com médico neurologista devido a DP e convive com tremores visíveis, principalmente, em mãos, rigidez, dores, câimbras, marcha arrastada, inclinação de postura para a direita, bradicinesia e quedas. Faz uso de Rasagilina e Pregabalina. Seu maior passatempo é jogar dominó com um grupo de amigos e conhecidos. Sua fala é baixa, semblante sempre tranquilo, desenvolve conversas com facilidade, gostando de relembrar e relatar fatos da sua juventude. Caminha sempre com auxílio de sua bengala para lhe proporcionar maior estabilidade, já que devido a rigidez que apresenta não consegue levantar muito as pernas ao andar e mesmo diante das limitações, ainda leva uma vida independente e tranquila. Desde a primeira sessão de Reflexologia podal apresentou-se sereno, subiu na maca com auxílio e se acomodou sozinho. Com exceção da primeira sessão, todas as demais ocorreram com a luz apagada e ao som de música relaxante em volume ambiente. Durante as sessões permanecia na maior parte do tempo de olhos abertos, intercalando com curtos períodos de olhos fechados. Mantinha-se com semblante calmo e pensativo e dava preferência por permanecer calado. Em algumas ocasiões compareceu aos encontros com edema em pés e tornozelos, o que lhe acarretava dor em MMII. Nessas circunstâncias, a pressão das massagens era automaticamente reduzida para sua melhor aceitação. Compareceu em todas as sessões agendadas sempre trazido pela filha que, optava em o aguardar do lado de fora do consultório ou sair para resolver algumas questões e retornar para buscá-lo. Referiu em todos os encontros um “peso nas pernas” que não cessava, todavia, ao longo das sessões, declarou melhora deste sintoma, como também das dores nas pernas e câimbras, redução da intensidade dos tremores, maior leveza na marcha e uma sensação de maior equilíbrio. A filha, em algumas ocasiões também relatou ter percebido maior segurança e estabilidade postural dele ao levantar-se da cadeira do papai, não sendo preciso várias tentativas para erguer-se e ficar de pé. Entretanto, o participante declarou que estas

percepções possuíam tempo de duração limitado, perdurando por até 3 dias após a Reflexologia Podal. Ao término das sessões, descia da maca com ajuda e retornava para casa em companhia da filha que sempre andava lado a lado segurando pelo braço.

P2: sexo masculino, 67 anos, pardo, de estatura mediana, magro, aposentou-se pela polícia por conta da DP, diagnosticada há 25 anos atrás, viúvo, católico, pai de 2 filhos, mora sozinho, não possui comorbidades além do Parkinson. Faz uso de bebidas alcoólicas e cigarros. Faz acompanhamento médico indo a consultas com o neurologista para revisão dos medicamentos prescritos: Levodopa 100/25, Amantadina de 100mg e Pramipexol de 1 mg. Como sintomas da DP possui tremores em MMSS, movimentos incoordenados de cabeça, rigidez, dores, marcha arrastada, inclinação de postura para frente, bradicinesia. Porém, mesmo frente às suas manifestações clínicas, ainda possui uma vida ativa e com autonomia, morando sozinho e longe dos filhos: se reúne toda semana com os amigos para jogar dominó e cuida de um terreno que possui, organizando as plantas e o tanque de peixes que ajudou a construir. Tem facilidade em escrever poesias e transformá-las em sambas de roda, se configurando um artista nato por isso. Tranquilo, brincalhão, sorridente, gosta de dialogar e sempre traz consigo lições de vida e palavras amigas para oferecer ao próximo. Compareceu acompanhado apenas na primeira sessão, vindo nas demais sem acompanhante. Frequentou as sessões pontualmente, faltando em 1 ocasião apenas na qual necessitou ir à consulta médica em Salvador e pegar seus medicamentos do Parkinson. Esta falta foi compensada com a sessão de reposição. Em todos os encontros escolheu luz apagada e música relaxante ao fundo. Iniciava as sessões, acomodando-se na maca sozinho e dialogando sobre diversos assuntos, emocionando-se às vezes ao falar sobre a esposa e a falta que sentia dela. Comunicativo, por vezes trouxe lanches (frutas, doces e bolos) como demonstração da sua gratidão pelo bem-estar sentido. Ao longo das sessões, adormecia em algumas ocasiões ou apenas relaxava, o que favorecia a cessação dos tremores e movimentos incoordenados de cabeça. No decorrer da realização da Reflexologia Podal verbalizou perceber redução das suas dores pelo corpo, principalmente nos braços e pernas, diminuição na intensidade dos seus tremores e rigidez, maior facilidade na marcha, possibilitando um andar mais leve e ágil e mais disposição para cuidar de si. Ao término das massagens podais, descia tranquilamente da maca, despedia-se, retornando para sua residência sozinho.

P3: sexo feminino, 63 anos, estatura mediana, do lar, viúva, espírita, tem 3 filhos, mora com uma filha, a qual a acompanha sempre que necessário, magra, de estatura mediana,

diagnosticada com Parkinson há 11 anos, apresentando sintomas de tremores e movimentos involuntários constantes em MMSSII e cabeça, rigidez, principalmente em pernas, o que a fazia arrastar a marcha, postura encurvada, voz trêmula, dores no corpo, câimbras, bradicinesia, histórico de quedas frequentes dentro de casa e de engasgos, às vezes com a própria saliva. Faz uso de Levodopa de 100/25, Amantadina de 100mg e de Pramipexol de 0,25 mg. Não possui outras comorbidades. Realiza acompanhamento com equipe multiprofissional: neurologista, enfermeira, nutricionista, fisioterapeuta, urologista e educador físico, tendo uma vida ainda independente, realizando suas atividades diárias, geralmente sozinha, fazendo acompanhamento religioso, atividade física com o pilates e participa de passeios em família. Adora cuidar das suas plantas. Apresentava-se muito serena nas sessões e com uma boa relação com a filha. A família a incentiva a ter autonomia e independência. Demonstra-se forte frente a doença e não gosta que sintam pena dela. Para as sessões de Reflexologia Podal, compareceu sempre em companhia da filha que permanecia dentro do consultório aguardando o fim da sessão, observando-a e ao celular. Nas massagens podais, optou por iluminação ambiente e introdução de música relaxante ao fundo, dando preferência em permanecer calada, dormindo profundamente em todas as ocasiões, o que ocasionava a parada dos movimentos involuntários de MMSSII e de cabeça. Era possível notar em região de tornozelos rigidez durante massagem podal. Parece levar a vida de forma leve, aceitando a doença e enfrentando bem suas limitações com ajuda da família que a apoia bastante e a incentiva a realizar suas AVD. Como efeito das sessões, referiu que obteve diversos ganhos: redução dos tremores, rigidez, câimbras, melhora da marcha, depois de um tempo, cessaram-se os engasgos e as quedas, devido a maior firmeza que sentia ao caminhar. Demonstrava-se satisfeita e verbalizava frequentemente que “contava os dias para vir às sessões”. Declarou em uma ocasião que os profissionais de fisioterapia que a acompanham relataram ter percebido também maior flexibilidade aos movimentos do pilates. Fato interessante, pois, segundo informações dela, não havia dito nada sobre estar realizando as sessões de RP, o que comprova as mudanças físicas declaradas por ela. Além disso, alegava que se sentia tão bem pós massagens que por vezes optava em retornar para casa caminhando. Ao término das massagens podais era ajudada a descer da maca e a calçar suas sapatilhas. Lamentava sempre o término das sessões, despedia-se junto à filha que a levava de volta para casa.

P4: sexo masculino, 67 anos, pardo, alto, aposentado, católico, casado, morando com a esposa que é quem o acompanha quando preciso. Todavia, se necessário, também têm autonomia e capacidade para sair sozinho. Realiza todas as AVD sem auxílio, demonstrando sua

independência. Tem dois filhos. Diagnosticado com a Doença de Parkinson há apenas 3 anos, possui sintomas leves quase imperceptíveis: tremores discretos em MMSS, mais acentuados do lado direito, rigidez em MMII (tornozelos), voz ligeiramente rouca, marcha arrastada, mas sem auxílio, inclinação de postura para frente e para a direita, bradicinesia. Não possui outras comorbidades. Realiza acompanhamento com neurologista, médico clínico e urologista. Usa apenas levodopa de 100/25 mg. Como atividade física gosta de nadar na praia e fazer caminhadas. É uma pessoa serena, calma, de pouco diálogo, tímida. Nas sessões, compareceu na grande maioria das vezes acompanhado pela esposa que permanecia dentro do consultório o aguardando. Em apenas duas ocasiões, estava desacompanhado: em uma delas sua esposa estava doente e na outra, ela precisou resolver outros compromissos. Entretanto, já faz parte do seu cotidiano a autonomia e liberdade para sair, passear e resolver questões particulares, não sendo, portanto, empecilho, estar sozinho. Nos encontros sempre menciona a prática de exercícios físicos que realizava através de longas caminhadas (chegando a citar um alcance de 9 km) e do ato de nadar na praia. Desde a primeira sessão, optou pela música relaxante e iluminação apenas ambiente. Acomodava-se na maca sozinho para dar início às massagens podais. Não dialogava, priorizando ficar calado, às vezes intercalando olhos abertos e fechados e em outros momentos aparentava tirar breves cochilos, o que cessavam os tremores, contudo a rigidez acentuada na articulação do tornozelo era evidente. Confessa ter percebido contribuições positivas desde que iniciou a Reflexologia Podal, ainda dentro do primeiro mês de sessões, que o acompanharam até o término da prática em campo, lhe proporcionando maior bem-estar e disposição. Entre os ganhos, refere a redução da intensidade dos tremores e da rigidez (primordialmente uma flexibilidade acentuada nos pés), além de uma marcha menos arrastada, mais solta, uma postura sem tanta inclinação e sentindo-se mais estabilizado e ágil. Aos fins das sessões, descia sem ajuda da maca, e retornava em companhia da esposa para casa.

P5: Sexo masculino, 67 anos, pardo, aposentado pela marinha mercante, católico, estatura mediana, religião católica, divorciado, 1 filho, tendo como acompanhante a cunhada que o ajuda bastante, mas tendo autonomia suficiente e capacidade cognitiva e física para sair desacompanhado. Mora sozinho, realiza suas AVD sem auxílio. Recebeu o diagnóstico de Parkinson há 3 anos, iniciando o uso de levodopa 100/25 mg e pramipexol para estabilização das manifestações clínicas da doença. Hipertenso, refere depressão, ansiedade e insônia. Verbaliza já ter estado bem deprimido, choro fácil e pensamentos auto lesivos por causa dos sintomas e saber não ter cura. Atualmente afirma se encontrar estável quanto às questões emocionais, tendo aprendido a lidar melhor com a doença. Faz acompanhamento com

neurologista, médico clínico, nutricionista, fisioterapeuta, urologista, psicólogo e psiquiatra. Apresenta tremores bilaterais perceptíveis em MMSS, rigidez muscular acentuada em tornozelos, cefaleia, marcha arrastada, inclinação de postura e insônia. Usa Levodopa de 100/25 mg e Pramipexol de 0,25 mg. Realiza como tratamentos adicionais terapia psicológica, atividade física realizando caminhadas e atividades de lazer com idas à praia. Nota-se certa resistência na aceitação do diagnóstico, mas demonstra-se uma pessoa extrovertida, brincalhona, gosta de dialogar e tenta viver seu dia a dia com leveza, de maneira a minimizar o peso de possuir a patologia. Compareceu pontualmente em todas as sessões, faltando apenas em um encontro, justificado pela necessidade de ir a Salvador pegar seus medicamentos. Na maioria das vezes compareceu sozinho para as sessões, o que expressa sua autonomia e condições viáveis, mas em outras esteve acompanhado pela cunhada que permanecia na sala o observando. Dizia ficar “ansioso pelo dia da sessão”, por sentir-se muito bem e relaxado. Subia sem necessidade de auxílio na maca, acomodava-se para iniciar as massagens podais e pedia que apagasse as luzes e colocasse música relaxante. A depender do dia, dialogava um pouco, mas logo permanecia calado, para aproveitar o momento, de olhos abertos ou fechados, tirando discretos cochilos. Em poucos minutos seus tremores de MMSS cessavam ou diminuía significativamente. Ao longo dos encontros para realização da Reflexologia Podal manifestou ter percebido alterações positivas em seus sinais e sintomas, afirmando que as massagens possibilitaram a redução de suas dores pelo corpo, principalmente em MMSSII, diminuição da intensidade dos tremores e da rigidez, pelo relaxamento muscular provocado pós sessões, cessação das câimbras e da cefaleia, uma deambulação mais leve e menos travada, e estar tendo menos insônia e uma maior disposição para realização de atividades. Quanto ao humor, referiu sentir-se mais tranquilo e com menos pensamentos tristes, não tendo estado mais deprimido. Findado o tempo, descia da maca sozinho, agradecia e partia.

P6: sexo feminino, 71 anos, parda, casada, aposentada como doméstica, católica, 3 filhos, reside junto ao marido e filha, sendo estes seus principais cuidadores. Obteve diagnóstico de DP há 5 anos, realizando desde então acompanhamento com médico clínico e fisioterapeuta. Não possui uma frequência em ir ao neurologista. Tem problemas de artrite e artrose, principalmente nos joelhos, o que aliado ao Parkinson piora consideravelmente suas condições de locomoção, tendo por isso que deambular com auxílio de andador em casa e ao sair, faz uso de cadeira de rodas. No que tange às manifestações da doença, apresenta tremores visíveis em MMSS bilaterais e de mandíbula, fala rouca e trêmula, rigidez acentuada em MMII (joelhos e tornozelos) o que a impede de conseguir esticar as pernas por completo, deixando-as sempre

meio fletidas devido às dores no joelho, câibras, marcha bem arrastada ao uso do andador, inclinação cervical e de postura para frente, bradicinesia, histórico de quedas e de engasgos. Faz uso apenas de Levodopa 100/25 mg. No momento não está realizando tratamentos adicionais não farmacológicos para o Parkinson. Trazida as sessões sempre por uma das filhas, em cadeira de rodas pela sua dificuldade de deambulação e dores nas pernas. Faltou em apenas um encontro pois teve um imprevisto com o carro que a transportava, mas tendo, ao final, essa sessão reposta. Era colocada na maca com auxílio de um amigo da família que a carregava e a acomodava confortavelmente. Sempre optava por apagar as luzes e manter a música com sons da natureza como estímulo ao seu relaxamento. Mantinha-se calada e de olhos fechados nas sessões, sendo muito raro adormecer, mas afirmava um relaxamento intenso que favorecia a parada ou redução dos tremores das mãos. A filha passou a trazer travesseiros para apoiar em baixo na região de articulação dos joelhos que permanecia semi fletida para dar maior conforto. Com as sessões, pode perceber um pouco de melhora nas dores das pernas (principalmente), nos tremores e nas câimbras, além de benefícios no desenvolvimento de uma marcha menos tensa, o que a favorecia conseguir andar com auxílio do andador mais facilmente dentro de casa. A filha em alguns momentos também externou que a mãe parecia mais disposta e com maior equilíbrio. Afirmou ainda que houve melhoras também no humor, sentindo-se mais tranquila. Quanto ao sintoma da rigidez muscular, este foi melhorando, permitindo que seus joelhos que, geralmente não se esticavam totalmente na maca, permanecendo moderadamente dobrados conseguissem se estirar quase que por completo, sem esforços e de maneira espontânea. Ao fim de cada sessão, era carregada novamente e colocada de volta na cadeira de rodas, onde se despedia e era levada para casa. Mesmo mediante toda essa logística, em nenhum momento esteve ou manifestou tristeza, revolta ou agressividade, ao contrário, exprimindo sempre muita força, sabedoria, paciência, carinho e resiliência.

P7: sexo masculino, 63 anos, pardo alto, aposentado como motorista, católico, solteiro, mora junto com a única filha e genro, diagnosticado com a patologia há 11 anos, não possuindo outras comorbidades. Realiza acompanhamento com neurologista, médico clínico e fisioterapeuta. Possui como manifestações clínicas tremores de MMSS bem visíveis e em face, fala rouca, rigidez moderada desencadeando braços semifletidos, dores musculares, marcha arrastada, postura pendente para frente e bradicinesia. Para o Parkinson utiliza Levodopa de 100/25 mg, Pramipexol de 0,25 mg e Amantadina de 100 mg. Quanto aos tratamentos adicionais não farmacológicos, desenvolve acompanhamento religioso e para seu lazer, caminhadas, nada na praia, gosta de assistir TV, fazer jogo do bicho e ir à praia. Durante o tempo que realizou as

sessões, compareceu desacompanhado, configurando sua autonomia e poder de decisão, justificando que seus parentes próximos não podiam estar presentes, pois trabalhavam. Faltou em uma das sessões por ter consulta médica, mas teve a massagem reagendada para suprir e completar o total de 10 encontros. Algumas vezes chegou atrasado às sessões, sempre justificando a irregularidade do transporte público do seu bairro, mas mesmo diante das dificuldades sociais, geográficas e físicas, nunca deixou de comparecer. Optava por ter a luz apagada e pedia música relaxante. De pouco diálogo, postura mais séria, objetivo, deitava-se na maca sem necessitar ajuda, fechava os olhos e por vezes adormecia profundamente e seus tremores cessavam, indicando relaxamento extremo durante as massagens. Declarou perceber contribuições oriundas da Reflexologia Podal, relatando melhora em suas dores de MMISS, redução dos tremores e da intensidade da rigidez, (principalmente em pernas, sendo perceptível na marcha, verbalizando conseguir elevar mais as pernas após a massagem podal e se sentir menos "travado"). Isso foi confirmado, quando referiu que na única semana que faltou sentiu-se pior, tendo uma exacerbação dos seus sintomas, demonstrando modificações negativas do seu bem-estar como reflexo da ausência da massagem na sua rotina. Ao término das sessões, levantava-se da maca, arrumava-se e despedia-se, não desenvolvendo muita aproximação.

P8: sexo masculino, 73 anos, pardo, alto, aposentado com operador de máquinas pesadas, católico, viúvo, 5 filhos, tendo como responsável uma de suas filhas que quando necessário o acompanha em alguns compromissos. Diagnosticado com DP há apenas 3 anos, sendo também hipertenso e diabético, fazendo acompanhamento com as seguintes especialidades: neurologista, médico clínico e fisioterapia. Quanto às manifestações clínicas, possui tremores em MMSS, rigidez corporal, o que o faz andar de bengala para ter maior firmeza ao deambular, mas anda tranquilamente também sem ela. Apresenta ainda dores musculares, marcha arrastada, inclinação de postura para a frente e para a esquerda e bradicinesia. A Levodopa é a única medicação que utiliza para o Parkinson. Afirmar praticar atividades físicas, andando e nadando na praia e como atividades de lazer, realiza viagens com a família, onde se sente muito bem e querido. É uma pessoa sorridente, de feição serena, fala mansa que transmite tranquilidade, comunicativo, que compareceu regularmente aos encontros, faltando uma única vez quando necessitou extrair um dente. A sessão foi repostada, completando as 10 sessões previstas. Nos primeiros encontros compareceu acompanhado pela filha que permanecia na recepção ao seu aguardo, entretanto justificou vir desacompanhado nas demais sessões até o final, por causa de compromissos e motivos de trabalho dela. Entretanto afirmava ser essa sua realidade diária, “saber se virar,” já que ainda tinha independência suficiente e condições físicas e cognitivas

para sair sozinho. Por não possuir veículo próprio, atrasou-se algumas vezes, justificando com a demora dos transportes públicos. Ao percurso das sessões referiu “sentir-se muito bem”, desde que iniciou sua participação na pesquisa, conseguindo perceber boas contribuições, como melhora de dores nas pernas, braços e costas, redução na intensidade dos tremores e da rigidez, uma marcha mais leve e uma postura mais ereta menos pendida. Na única vez que faltou, queixou-se na consulta seguinte que sentiu mais forte as dores na coluna e em MMSS, além da marcha ter ficado mais lentificada e “pesada” na semana que não compareceu. Ao se acomodar na maca, fechava sempre os olhos, solicitava que a luz fosse apagada, escolhia música relaxante ao fundo, permanecendo em silêncio enquanto a RP era realizada. A depender do dia, só relaxava, em outros cochilava ou mesmo adormecia profundamente. Ao início das massagens podais seus tremores em mãos eram bem perceptíveis, cessando ou reduzindo (cíclicos) à medida que relaxava, apresentando também rigidez em articulação de tornozelos. Sem edemas. Alguns suspiros. Ao término das massagens, descia da maca sozinho, calçava seus sapatos, pegava sua bengala e partia.

P9: sexo masculino, 71 anos, pardo, alto, aposentado como professor de educação física, católico, casado, 2 filhos, sendo sua esposa, sua cuidadora. Com diagnóstico de Parkinson há 21 anos, apresenta tremores e espasmos musculares de MMSSII, rigidez muscular e em articulações, cefaleia, fala embolada, marcha muito arrastada, pernas ao andar semifletidas, inclinação significativa de postura para a esquerda e para frente, equilíbrio prejudicado desencadeando quedas, engasgos e insônia. É hipertenso, cardiopata, diabético, possuindo também doenças osteomusculares. É acompanhado por neurologista, nutricionista, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, urologista, psicólogo e oftalmologista. Especificamente para o Parkinson utiliza apenas a Levodopa de 100/25 mg. Como tratamentos adicionais não farmacológicos, faz terapia psicológica, atividade física (pilates) e como lazer gosta de viajar para sua “roça”, terreno que possui em meio a muita vegetação, plantações, aonde vai em busca de sossego com sua esposa. É comunicativo, brincalhão, sorridente e extrovertido. Compareceu às consultas com a esposa ou em companhia, algumas poucas vezes de sua filha, que davam preferência em aguardá-lo na recepção. Deambulando com auxílio de andador, de forma a preservar seu equilíbrio e evitar quedas, adentrava bem-disposto a sala do consultório para iniciar suas massagens podais. Iniciou suas sessões duas semanas após os demais participantes por motivo de viagem. Era ajudado para subir e acomodar-se na maca. Durante o desenvolvimento das sessões referiu ter observado percepções positivas frente aos sintomas da Doença de Parkinson: melhora de sua rigidez, essencialmente em MMII, proporcionando,

inclusive uma marcha mais facilitada e leve, redução da frequência de suas dores de cabeça e das suas insônias e um humor mais estável e disposto. Por ter gostado muito das modificações observadas, deu como sugestão a realização das sessões mais de uma vez na semana para manutenção por mais tempo do relaxamento sentido. Ao fim das massagens podais, tinha ajuda para erguer-se da maca e descer em direção ao seu andador. Agradecia, fazia muitos elogios às massagens e era encaminhado até a recepção ao encontro da sua esposa ou filha.

P10: sexo feminino, 61 anos, pensionista, evangélica, viúva, 2 filhos, diagnóstico de Doença de Parkinson há 5 anos, apresentando tremores, rigidez muscular intensa, inclusive cervical e de face, cefaleia, marcha arrastada, passos curtos, inclinação de postura para frente, voz levemente rouca, bradicinesia e insônia, usando Levodopa de 100/25 mg e Pramipexol de 0,750 mg para controle das manifestações clínicas. Consegue realizar de forma independente suas AVD, não necessitando de auxílio, tendo uma vida ativa e independente. Como outras comorbidades, possui depressão e ansiedade. Realiza acompanhamento com neurologista, fisioterapeuta e psicólogo. Faz tratamento adicional não farmacológico apenas com terapia psicológica. Tímida, de fala baixa, de pouca altura, mas de passos ligeiros e confiantes, ar tenso por sofrer por antecedência devido a sua ansiedade exacerbada, segue diante das suas limitações e problemas de saúde tentando driblar os obstáculos que se apresentam. Faltou a duas sessões que foram repostas ao final, sendo uma delas por conta de dificuldades de conseguir alguém para levá-la até a Unidade e a outra vez por estar com familiar (irmã) internada e ter ido dar um suporte. Contudo comparecia pontualmente, demonstrando gostar de realizar a Reflexologia Podal, sempre adentrando no consultório satisfeita por estar ali, vindo em companhia do filho inicialmente, da sobrinha, depois da cunhada e em algumas poucas vezes desacompanhada. Com o desenvolvimento das sessões, passou a perceber: melhora na rigidez muscular e no padrão do sono, trégua nas cefaleias frequentes, a marcha com discreta melhora no que tange a sensação de leveza nas pernas, mas ainda não consegue não ser arrastada. Quanto ao humor, tem se sentido menos ansiosa e mais relaxada. Recebia ajuda para subir na maca, por conta da doença e da sua baixa estatura, sendo auxiliada também a posicionar-se confortavelmente. Em todas as sessões escolheu luz apagada e a música relaxante ao fundo. Nas primeiras sessões, intercalava olhos fechados e abertos, mas conforme foi entendendo a técnica, o espaço e se vinculando a pesquisadora, passou a fechar os olhos e tentar relaxar, porém, respiração sempre meio ofegante, movimentação ocular presente e estado de alerta constante, não conseguia dormir, apenas distraia-se, apresentando nestes momentos alguns suspiros de relaxamento. Não se observava tremores visíveis nas massagens, mas uma rigidez intensa em todo corpo era

extremamente notável, inclusive em face (Face de porcelana), textura dos pés com pele grossa e suando muito. Ao terminar as massagens podais, era ajudada a descer da maca, calçar suas sandálias e era encaminhada até a recepção para aguardar seu familiar ou transportador. Foi um grande ganho sua participação no projeto até o final, por conta dos seus problemas de saúde, que por vezes, segundo ela, pensou em não ir aos encontros, desistindo da sua participação na pesquisa, mas que, por incentivo do filho e da pesquisadora, conseguiu concluir.

P11: sexo masculino, pardo, 79 anos, aposentado na área administrativa, católico, casado, 3 filhos, possui diagnóstico da DP há 16 anos, apresentando tremores moderados de MMSSII, marcha bem arrastada, postura fletida para frente e para o lado direito, bradicinesia. Faz uso de Levodopa 110/25 mg e de *Cannabis*. Não possui outras comorbidades, autônomo nas atividades de vida diária, realizando todas sem auxílio, dirigindo, resolvendo seus compromissos de forma amplamente independente e geralmente sozinho, ou quando estritamente necessário, com acompanhante. Mora com a esposa. Realiza acompanhamento com neurologista, médico clínico e urologista. Faz como tratamentos adicionais atividades físicas (pilates). Seu lazer, resume-se a viagens curtas. De aparência intelectual, gosta de dialogar e falar de política, muito comunicativo, faz reflexões e “filosofa” sobre a vida, sorridente, sempre bem-disposto nas sessões e sereno. Geralmente, comparecia às massagens podais pontualmente, sendo acompanhado na maioria das vezes por um dos seus filhos que permanecia dentro do consultório aguardando o fim da sessão, contudo em algumas poucas vezes, chegou sozinho. Referia se sentir extremamente bem após as massagens e ter percebido benefícios ao longo do desenvolvimento da pesquisa: tremores e rigidez diminuídos pós massagem, marcha facilitada com andar menos tenso, postura mais ereta, maior agilidade e com melhor humor e disposição. Subia na maca sem necessitar de auxílio e acomodava-se tranquilamente, optando por iluminação ambiente e música relaxante. Normalmente, nos primeiros 5 minutos de sessão, seus tremores de braços e pernas eram bem nítidos e intensos, mas à medida que relaxava e abstraía, cessavam por completo, dessa forma, na maioria dos encontros, cochilava ou adormecia profundamente. Ao fim, era auxiliado para descer da maca, e junto com o filho partiam.

P12: sexo masculino, 72 anos, aposentado como motorista, protestante, casado, 2 filhos, teve seu diagnóstico de Parkinson há 4 anos, apresentando sintomas leves da doença: tremores bem discretos em mãos que não se encontram presentes todo o tempo, rigidez em MMII, marcha arrastada, postura inclinada para frente e insônia, além de referir uma “quentura nos pés”, especialmente forte a noite ao deitar-se para dormir. Usa apenas a Levodopa de 100/25 mg para

manter controlada a sua patologia. Faz acompanhamento com neurologista e médico clínico. É diabético e hipertenso. Bem ativo, realizando todas as atividades da vida diária com facilidade, sem precisar de auxílio, resolvendo seus compromissos sozinho e dirige sem dificuldades. Como tratamento não farmacológico adicional realiza atividades físicas (caminhadas) e atividades de lazer faz viagens curtas. É uma pessoa de voz grave, paciente, extremamente pontual, tem ar reflexivo e intelectual, introspectivo, de pouco diálogo, comedido, observador, leva a vida em constante movimento, não demonstra muito suas emoções, sereno e bem-disposto. Compareceu em todas as consultas sozinho e quando indagado sobre a presença de um acompanhante, disse não ser necessário, pois já fazia parte da sua vida diária extrema independência, já que o grau da sua doença era bem leve. A partir da realização das sessões passou a perceber boas contribuições nos poucos sintomas que possui: maior flexibilidade e leveza nas pernas no que tange a marcha, sono mais contínuo e cessação completa da sua “quentura nos pés” o que segundo ele foi “impressionante” como desapareceu. Para dar início às massagens podais, acomodava-se sozinho na maca, após ter escolhido luz apagada e música relaxante, a qual gostava muito, inclusive perguntando como podia obtê-la para ouvir em casa. Orientado a respeito. No início, permanecia grande parte do tempo de olhos abertos, fechando-os poucas vezes por rápidos instantes, observando seu relógio de pulso. Todavia, conforme foi se adaptando ao ambiente e gostando de estar ali, passou a se demonstrar menos alerta, fazer breves diálogos, fechando os olhos facilmente e dando alguns suspiros de relaxamento, não mais sendo rotina a observação do relógio de pulso. Os tremores eram bem raros, sendo notados às vezes, na mão direita. Possuía uma rigidez acentuada em tornozelos. Ao término levanta-se, calça seus sapatos, descia da maca sem ajuda, agradecia e por vezes elogiou o bem-estar sentido, pós massagens podais, sugerindo que “poderiam durar mais tempo”, fato que demonstrava a sua adaptabilidade e aproximação com o momento.

P13: sexo masculino, 74 anos, pardo, alto, não é aposentado e não recebe benefícios até o momento, protestante, casado sendo a esposa sua cuidadora, com 3 filhos, recebeu diagnóstico de DP há 4 anos, passando a usar Levodopa 100/25. Seus sintomas são: tremores intensos em MMSS e de face, rigidez acentuada, marcha arrastada, passos curtos, "travas" ao andar, mudar de direção ou subir escadas, inclinação de postura para frente e insônia. Não faz todas as suas AVD sozinho, necessitando de auxílio para se alimentar. Realiza acompanhamento com neurologista, médico clínico e fisioterapeuta. É hipertenso, diabético e depressivo. Como atividade de lazer, assiste apenas TV. Possui sérias limitações por causa da doença que afeta o seu dia a dia, provocando oscilações de humor, não aceitação da sua condição de dependência,

crises de melancolia e restrições físicas. Contudo é uma pessoa carinhosa, atenciosa e muito comunicativa. Antes do início das sessões, sempre antes de deitar-se na maca, permanecia por alguns minutos sentado onde desabafava falando um pouco sobre si, dialogando acerca de suas condições de saúde, sua revolta por não aceitar o Parkinson lhe impondo restrições e a respeito de suas relações familiares. Apenas após este momento, onde descarregava suas emoções, sentia-se pronto para acomodar-se na maca para dar início às massagens, tendo todo o apoio, atenção, acolhimento e escuta ativa. Era trazido pela esposa para as massagens a qual o aguardava na recepção ou saía para resolver questões e retornava para buscá-lo. Faltou em duas consultas, que foram repostas ao final, por não estar em condições físicas e nem psicológicas de comparecer, conforme justificativas da esposa. Era auxiliado a subir na maca e a acomodar-se. No início escolhia luz apaga, música relaxante e permanecia calado, contudo, havia sessões onde preferia dialogar durante as massagens podais, por isso a luz era mantida acesa e a música em volume mais baixo para que se sentisse acolhido e ouvido. Durante a RP era extremamente perceptível seus tremores em MMSS, os quais reduziam de intensidade ou cessavam à medida que ele relaxava, porém, em dias em que estava mais tenso, precisando dialogar, os tremores permaneciam mais acentuados, pois, em suas falas, trazia à tona emoções e sentimentos. Por vezes, dialogou-se com a esposa acerca do acompanhamento com psicólogo e outras especialidades como angiologista e cardiologista por apresentar edemas moderados em MMII, dizendo que o levaria. Suas principais percepções quanto às contribuições das sessões foram: redução na intensidade dos tremores referindo que “se acalmam” pós massagens, na rigidez e no edema, principalmente em MMII, sentindo grande “alívio” em pés e pernas após as sessões e maior leveza para andar. Ao término, era ajudado a descer da maca, calçar os sapatos e a ser levado até a recepção ao encontro da esposa.

ANEXO A – Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Camaçari



CARTA DE ANUÊNCIA

A Diretoria de Planejamento, Avaliação e Monitoramento do SUS da Secretaria Municipal de Saúde de Camaçari – BA declara apoio à realização da pesquisa intitulada “**Reflexologia Podal: percepções da pessoa idosa com Parkinson frente a um cuidado integralista**” a ser realizada através de coleta de dados em 5 Unidades de Saúde da Família da costa de Camaçari com o público alvo pessoas de idosos com Parkinson residentes do município de Camaçari que sejam cadastradas no PEC.

O trabalho será desenvolvido por Adriana Freitas Delouche Almeida, vinculada à Universidade Estadual de Feira de Santana, sob orientação Profa. Dra. Rita da Cruz Amorim. O trabalho tem como objetivo compreender a percepção das pessoas idosas com Parkinson que utilizam a Reflexologia Podal como Prática Integrativa e Complementar em Saúde sobre seu estado geral, além de elaborar subsídios para implantação de um Protocolo Clínico em Reflexologia Podal como estratégia de cuidado à pessoas com DP.

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e da responsabilidade como pesquisadora da referida Instituição Proponente, **concedemos anuência para seu desenvolvimento.** Fica autorizada a divulgação dos nomes dos serviços de saúde em relatórios e futuras publicações.

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e o projeto somente poderá iniciar, mediante sua aprovação documental pelo Comitê de Ética em pesquisa.

Solicita-se que, ao concluir o estudo, a pesquisadora responsável apresente o relatório final da pesquisa para os gestores e interessados onde se desenvolveu o estudo.



ESTADO DA BAHIA
 PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMAÇARI
 SECRETARIA DE SAÚDE
 DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE
 Rua Oito de Dezembro, nº 43 - Centro.
 CEP: 42.800-000 – Camaçari-BA.
 Telefone: (71) 3644-5739
 E-mail: diretoriadepian.sesau@gmail.com
 CNPJ nº. 11.432.780/0001-65

No caso do não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer em penalização alguma.

Camaçari, 21 de dezembro de 2023.

gov.br

Documento assinado digitalmente
 HOSANA ALVES DA ROCHA
 Data: 21/12/2023 18:02:30-0300
 Verifique em: <https://validar.it.gov.br>

Hosana Alves da Rocha
 Coordenação COGETHS/ SESAU

Hosana Alves da Rocha
 COORDENAÇÃO COGETHS
 MAT.: 80459-5

ANEXO B – Parecer Consubstanciado- Conselho de Ética em Pesquisa

		UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA - UEFS									
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP											
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA											
Título da Pesquisa: REFLEXOLOGIA PODAL: PERCEPÇÕES DA PESSOA IDOSA COM PARKINSON FRENTE A UM CUIDADO INTEGRALISTA											
Pesquisador: ADRIANA FREITAS DELOUCHE MANEIRA											
Área Temática:											
Versão: 2											
CAAE: 77502824.1.0000.0053											
Instituição Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana											
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio											
DADOS DO PARECER											
Número do Parecer: 6.745.260											
Apresentação do Projeto: análise de pendências da pesquisa REFLEXOLOGIA PODAL: PERCEPÇÕES DA PESSOA IDOSA COM PARKINSON FRENTE A UM CUIDADO INTEGRALISTA Pesquisador Responsável: ADRIANA FREITAS DELOUCHE MANEIRA. CAAE: 77502824.1.0000.0053											
Objetivo da Pesquisa:											
Objetivo Primário: - Compreender a percepção das pessoas idosas com Parkinson que utilizam a Reflexologia Podal como Prática Integrativa e Complementar em Saúde sobre seu estado geral;- Elaborar subsídios para implantação de um Protocolo Clínico em Reflexologia Podal como estratégia de cuidado à pessoas com DP.											
Objetivo Secundário: - Apreender os aspectos do viver com Parkinson;- Identificar o estágio de adoecimento por meio da aplicação da Escala de Hoehn e Yahr que avaliam o grau de incapacidade de pessoas com DP;- Verificar possível melhora no estado geral das pessoas idosas com Parkinson diante do cuidado recebido com o uso da Reflexologia Podal;											
Avaliação dos Riscos e Benefícios:											
Riscos: No que tange aos riscos, os participantes poderão estar vulneráveis a possíveis desconfortos											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS</td> </tr> <tr> <td>Bairro: Módulo I, MA 17</td> <td>CEP: 44.031-460</td> </tr> <tr> <td>UF: BA</td> <td>Município: FEIRA DE SANTANA</td> </tr> <tr> <td>Telefone: (75)3161-8124</td> <td>E-mail: cep@uefs.br</td> </tr> </table>				Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS		Bairro: Módulo I, MA 17	CEP: 44.031-460	UF: BA	Município: FEIRA DE SANTANA	Telefone: (75)3161-8124	E-mail: cep@uefs.br
Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS											
Bairro: Módulo I, MA 17	CEP: 44.031-460										
UF: BA	Município: FEIRA DE SANTANA										
Telefone: (75)3161-8124	E-mail: cep@uefs.br										
Página 01 de 04											



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



Continuação do Parecer: 6.745.260

que a técnica de Reflexologia Podal pode gerar durante a realização da pressão exercida em seus pés, podendo o mesmo alertar a pesquisadora quanto a este fato para que possa adaptar a massagem podal ao seu bem estar. Além disso, pode ocorrer desconfortos emocionais relacionado ao resgate de vivências durante a entrevista semiestruturada uma vez que a mesma levanta questões subjetivas acerca da DP e das relações sociais e apresentarem sentimentos de insegurança, medo e desconforto, provavelmente, por estarem frente a um profissional novo e utilizando uma prática que talvez ainda seja desconhecida pelo mesmo.

Benefícios:

No que se refere aos benefícios, as pessoas idosas poderão usufruir de momentos de relaxamento e abstração durante a realização da técnica, minimizando os desconfortos diante da doença e a possibilidade de dialogar com a pesquisadora sobre o Parkinson e retirar suas dúvidas sobre a doença. Indiretamente também o estudo pode favorecer a incorporação de novas formas e complementares de cuidado frente a Doença de Parkinson na Atenção Primária.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

vide conclusao

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

vide conclusao

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

a análise das pendências no documento OficiorespostaoparecerdoCEPAFDM.pdf

análise do cep: solicitações atendidas

Considerações Finais a critério do CEP:

informo-lhe que seu Projeto de Pesquisa satisfaz às exigências da Res. 466/12 e 510/2016 e da norma operacional 001/2013. Assim, seu projeto foi Aprovado, podendo ser iniciada a coleta de dados com os participantes da pesquisa conforme orienta o Cap. X.3, alínea a - Res. 466/12 e Cap II da Res 510/2016. Relembro que conforme institui a Res. 466/12 e 510/2016, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída. Em nome dos membros CEP/UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

Bairro: Módulo I, MA 17

CEP: 44.031-460

UF: BA

Município: FEIRA DE SANTANA

Telefone: (75)3161-8124

E-mail: cep@uefs.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



Continuação do Parecer: 6.745.260

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2269268.pdf	29/03/2024 15:34:33		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	OficiorespostaaoparecerdoCEPAFDM.pdf	29/03/2024 15:20:51	ACRIANA FREITAS DELOUCHE MANEIRA	Aceito
Outros	TCUDsolicitadopeloCEPAFDM.pdf	29/03/2024 15:16:11	ACRIANA FREITAS DELOUCHE MANEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	RCLEpaginadoaposparecerCEPAFDM.pdf	29/03/2024 15:12:01	ACRIANA FREITAS DELOUCHE MANEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoModificadoaposparecerCEPAFDM.pdf	29/03/2024 15:10:42	ACRIANA FREITAS DELOUCHE MANEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAOPESQUISADORESCLEUMA.pdf	09/02/2024 15:53:55	ACRIANA FREITAS DELOUCHE MANEIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMACEP.pdf	08/02/2024 15:52:37	ACRIANA FREITAS DELOUCHE MANEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCOMPLETOCEP.pdf	08/02/2024 15:47:59	ACRIANA FREITAS DELOUCHE MANEIRA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTOCEP.pdf	03/01/2024 18:38:57	ACRIANA FREITAS DELOUCHE MANEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCOMPLETOCEP.pdf	03/01/2024 18:32:12	ACRIANA FREITAS DELOUCHE MANEIRA	Aceito
Outros	INSTRUMENTOSDECOLETADEDADOS.pdf	03/01/2024 18:03:01	ACRIANA FREITAS DELOUCHE MANEIRA	Aceito
Declaração de concordância	CARTADEANUENCIA.pdf	03/01/2024 17:50:13	ACRIANA FREITAS DELOUCHE MANEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	RCLE.pdf	03/01/2024 17:47:42	ACRIANA FREITAS DELOUCHE MANEIRA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTOPDFOK.pdf	03/01/2024 17:20:42	ACRIANA FREITAS DELOUCHE MANEIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMACEPPDF.pdf	02/01/2024 14:15:50	ACRIANA FREITAS DELOUCHE	Aceito

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

Bairro: Módulo I, MA 17

CEP: 44.031-460

UF: BA

Município: FEIRA DE SANTANA

Telefone: (75)3161-8124

E-mail: cep@uefs.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



Continuação do Parecer: 6.745.260

Cronograma	CRONOGRAMACEPPDF.pdf	02/01/2024 14:15:50	MANEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAOPESQUISADORESDRIANA.FDM.pdf	02/01/2024 14:13:59	ADRIANA FREITAS DELOUCHE MANEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAOPESQUISADORESRITA.pdf	02/01/2024 14:08:46	ADRIANA FREITAS DELOUCHE MANEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FEIRA DE SANTANA, 04 de Abril de 2024

Assinado por:

LIZ SANDRA SOUZA E SOUZA
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

Bairro: Módulo I, MA 17

CEP: 44.031-460

UF: BA

Município: FEIRA DE SANTANA

Telefone: (75)3161-8124

E-mail: cep@uefs.br

ANEXO D – Escala de Hoehn e Yahr



Escala de Hoehn e Yahr (1967) - Modificada

Anexo I . Escala de Estadiamento de Hoehn & Yahr (1967), modificada ¹⁰.

Nome: _____ I: _____

Neurologista: _____

Data: ____/____/____

ESTÁGIOS	SINAIS
Estágio 0	Sem sinais da doença.
Estágio 1	Doença unilateral.
Estágio 1,5	Acometimento unilateral mais axial.
Estágio 2	Doença bilateral, sem comprometimento dos reflexos posturais.
Estágio 2,5	Doença bilateral leve, com recuperação nos testes de reflexos posturais.
Estágio 3	Doença bilateral de leve a moderada. Há instabilidade postural, independente das atividades diárias.
Estágio 4	Alto grau de incapacitação; ainda consegue andar ou ficar em pé com auxílio.
Estágio 5	Confinado a cama ou a cadeira de rodas, a menos que ajudado.

ANEXO E – Certificados do Curso de Reflexologia Podal realizados por profissionais da rede municipal de Camaçari



