

REPRESENTAÇÃO SOCIAL DAS PESSOAS IDOSAS COM DOENÇA DE PARKINSON

Rogério Donizeti Reis¹

Resumo:

Introdução: A doença de Parkinson é a segunda afecção neurodegenerativa mais prevalente e afeta 2% da população acima dos 65 anos de idade. **Objetivos:** 1) identificar as características sociodemográficas e de saúde da pessoa idosa com Doença de Parkinson; 2) identificar nas pessoas idosas com diagnóstico da doença as manifestações prevalentes e 3) conhecer a percepção dos idosos doentes quanto a sua identidade física, psíquica e social, a partir de uma vida com doença de Parkinson. **Método:** Estudo qualitativo, do tipo descritivo e exploratório. Participaram do estudo 20 pessoas idosas com doença de Parkinson residentes em Itajubá-MG. Para a análise de dados, utilizou-se o método do Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** De acordo com os dados do estudo, nota-se a prevalência de 70% de participantes do sexo masculino; 70% professavam a fé católica; 40% tinham ensino médio completo; 60% relataram o tempo de diagnóstico acima de 5 anos; as manifestações prevalentes foram: tremores (19), bradicinesia (14), rigidez articular (11), instabilidade postural (13) e 50% afirmaram ter uma regular percepção da saúde. Do tema explorado: “qual sua percepção de vida após o diagnóstico de doença de Parkinson?”, emergiram três ideias centrais agrupadas: “Despersonalização da figura humana, sentença de morte, depressão e falta de esperança”, “Limitação e dependência física” e “Medo do desconhecido”. **Conclusão:** Percepções negativas e limitantes foram as manifestações irrefutáveis evidenciadas pela representação social das pessoas idosas com doença de Parkinson.

Palavras-chave: Doença de parkinson; Idoso; Pesquisa qualitativa.

Introdução

O processo de envelhecimento da população mundial é explicado pelo aumento da expectativa de vida e pela queda da taxa de fecundidade.¹ Salienta-se que, no Brasil, essa taxa de envelhecimento segue uma tendência mundial e, com isso, nota-se o aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), e neurodegenerativas como a doença de Parkinson (DP). Frente a isso, a pessoa idosa diagnosticada com DP tem de reformular seu modo de viver e pensar, pois essa doença exerce uma grande influência na qualidade de vida, na saúde psicológica e social, na capacidade funcional e na autonomia, devido às limitações e à dependência que surgem para as atividades diárias.

As doenças neurodegenerativas constituem um grupo de enfermidades relativamente frequentes e extremamente incapacitantes. Acometem indivíduos em qualquer faixa etária, embora tendam a atingir mais os idosos, e caracterizam-se por possuírem curso progressivo.²

De acordo com Smeltzer et al.³ a DP é a segunda doença neurodegenerativa mais prevalente, com as formas degenerativa ou idiopática mais comumente encontradas. Existe, também, a forma secundária, com causa conhecida ou suspeita. Embora a etiologia da maioria dos casos não seja conhecida, as pesquisas sugerem diversos fatores causais, incluindo genética, aterosclerose, acúmulo excessivo de radicais livres de oxigênio, infecções virais, traumatismo cranioencefálico, uso crônico de medicamento antipsicótico e algumas exposições ambientais.

Ainda a respeito dos impactos da DP, ressalta-se que ela afeta 2% da população acima dos 65 anos. Atualmente não há tratamento disponível para esta doença e os medicamentos normalmente prescritos permitem apenas minimizar alguns dos sintomas, não impedindo a progressão da neurodegeneração.⁴

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram que aproximadamente 1% da população mundial com idade superior a 65 anos tem a doença. No Brasil, estima-se que cerca de 200 mil pessoas sofram com o problema. Descrita por James Parkinson em 1817, é uma das doenças neurológicas mais intrigantes da atualidade.⁵

Desde sua descrição até os estudos da contemporaneidade, sabe-se que ocorre degeneração de neurônios dopaminérgicos do mesencéfalo, particularmente da substância negra, onde os neurônios pigmentados projetam-se para a região do corpo estriado, local em que os neurotransmissores são essenciais para o controle dos movimentos corporais complexos. Através da acetilcolina e dopamina, o núcleo estriado retransmite as mensagens aos centros motores superiores que controlam e refinam os movimentos. Consequentemente, a perda das reservas de dopamina nessa área resulta em maior quantidade de neurotransmissores excitatórios, levando a um desequilíbrio que afeta o movimento voluntário.²⁻³

Os sintomas clínicos só aparecem quando 60% dos neurônios pigmentados estão perdidos e o nível de dopamina do estriado está diminuído em 80%. A degeneração celular compromete os tratos extrapiramidais que controlam funções semiautomáticas e movimentos coordenados; as células motoras

do córtex motor e os tratos piramidais não são afetados. As teorias atuais sugerem que essa degeneração resulta do estresse oxidativo nos corpos de Lewy, da agregação de proteínas ou da combinação dos mecanismos.³

As manifestações clínicas tipo parkinsoniana são: bradicinesia, rigidez, tremor de repouso e instabilidade postural. O início da DP é de caráter assimétrico, insidioso e de evolução lenta, o prognóstico é variável e a velocidade de progressão e as manifestações que incapacitam o indivíduo são diferentes entre os pacientes.⁶

Para Fernandes⁷ a principal manifestação motora é a bradicinesia, indispensável para o diagnóstico clínico de parkinsonismo. Caracteriza-se como uma lentidão e redução de amplitude dos movimentos. Por outra via, o tremor de repouso, apesar de característico, não é essencial para diagnóstico. Acomete especialmente partes distais das extremidades, lábios e mento e pode se manifestar como movimentos rítmicos e lentos; eles aumentam quando o paciente caminha, concentra-se ou fica ansioso.

Ainda, segundo Fernandes⁷ a progressão, os sinais de acometimento axial se tornam mais importantes e debilitantes, visto que o paciente adquire uma postura em flexão do tronco e dos braços. Surge instabilidade postural, com dificuldade em manter a postura após ser desequilibrado, contribuindo para quedas e morbimortalidade. Outros achados comuns são hipofonia, micrografia e hipomímia facial.

O diagnóstico é basicamente clínico, caracterizado na presença de no mínimo duas manifestações da tétade clássica, excluindo outras causas de parkinsonismo. Ademais, sintomas unilaterais e resposta ao uso de levodopa reforça o diagnóstico clínico de DP.⁸

Nesse sentido, os objetivos do estudo em questão são: 1) identificar as características sociodemográficas e de saúde da pessoa idosa com Doença de Parkinson; 2) identificar nas pessoas anosas com diagnóstico da doença as manifestações prevalentes e 3) conhecer a percepção dos idosos doentes quanto a sua identidade física, psíquica e social, a partir de uma vida com doença de Parkinson.

Métodos

O presente estudo foi desenvolvido por meio da abordagem qualitativa, do tipo descritivo e exploratório.⁹ Participaram do estudo pessoas idosas com DP residentes em Itajubá-MG. A amostra foi constituída por 20 pessoas idosas com DP, de acordo com as características mencionadas anteriormente.

Os critérios de inclusão foram: ter 60 anos ou mais e ter sido diagnosticado com a DP há pelo menos 6 meses. O critério de inclusão a respeito do tempo mínimo de convivência com a doença deve-se ao fato de que, segundo Monteiro,¹⁰ toda adaptação a qualquer situação nova ocorre, geralmente, após o período de vivência e experiência. Os critérios de exclusão foram: conteúdo das entrevistas gravadas que não atendem ao teor das perguntas e instrumento de caracterização sociodemográfica e de saúde incompleto quanto ao preenchimento.

Para a análise de dados, utilizou-se o método do Discurso do Sujeito Coletivo, que consiste em um discurso-síntese elaborado com partes de discursos de sentido semelhante, por meio de procedimentos sistemáticos e padronizados, fundamentado na Teoria das Representações Sociais e representado por quatro figuras metodológicas: 1) Expressão-chave (ECH), que são partes ou todo o conteúdo das transcrições literais do discurso de cada sujeito; 2) Ideia Central (IC), que são nomes ou expressões linguísticas que revelam e descrevem, da maneira mais sintética, precisa e fidedigna possível, o sentido de cada um dos discursos analisados; 3) Ancoragem (AC), que é a manifestação linguística explícita de uma determinada teoria, ou crença que o autor do discurso professa e que, na qualidade de afirmação genérica, está sendo utilizada pelo enunciador para “enquadrar” uma situação específica; e 4) Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), reunião das ECH presentes nos depoimentos, que têm ICs e/ ou ACs de sentido semelhante ou complementar.¹¹

No presente estudo, adotou-se três figuras metodológicas, excluindo a Ancoragem. Levando em consideração a tipologia dos participantes, a dispensa dessa figura, motivada pelas respostas empíricas proferidas, não traz alteração alguma ao método do DSC.¹¹

A coleta de dados teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa de Itajubá, sob o parecer número 4.993.313.

Resultados

Os resultados estão apresentados em dois momentos: 1) **Tabela 1** com a identificação dos dados relacionados à caracterização sociodemográfica e de saúde de pessoas idosas com doença de Parkinson, 2) análise dos resultados do tema explorado e seu DSC, organizados conforme os **Quadros 1, 2, 3 e 4**.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e de saúde dos participantes do estudo – MG. (n=20)

	Frequência Absoluta (F.A.)	Frequência Relativa (F.R.)	Média (M)	Desvio Padrão (D.P.)
Idade			71,35	8,44%
Sexo				
Masculino	14	70,0%		
Feminino	6	30,0%		
Religião				
Católica	14	70,0%		
Evangélica	6	30,0%		
Escolaridade				
Ensino fund. incompleto	5	25%		
Ensino fund. completo	2	10%		
Ensino médio completo	8	40%		
Ensino superior completo	5	25%		
Tempo de diagnóstico				
6 a 11 meses	3	15%		
1 a 4 anos	5	25%		
Acima de 5 anos	12	60%		
Tipo de Manifestação				
Tremores	19	95%		
Bradicinesia	14	70%		
Rigidez articular	11	55%		
Instabilidade postural	13	65%		
Percepção da Saúde				
Ótima	1	5%		
Boa	5	25%		
Regular	10	50%		
Ruim	4	20%		

Fonte: Elaboração dos autores

De acordo com os dados do estudo, nota-se a prevalência de 70% de pacientes do sexo masculino; 70% professavam a fé católica; 40% tinham ensino médio completo; 60% relataram o tempo de diagnóstico acima de 5 anos; dentre os tipos de manifestações os participantes apresentavam tremores (19), bradicinesia (14), rigidez articular (11), instabilidade postural (13) e 50% afirmaram ter uma regular percepção da saúde.

A seguir, no **Quadro 1**, estão agrupadas as ideias centrais e a frequência das falas dos participantes; já nos **Quadros 2, 3 e 4**, estão evidenciadas as ideias centrais e o respectivo DSC, relacionados ao tema “percepção da vida após o diagnóstico de doença de Parkinson”.

Quadro 1. Ideias centrais agrupadas e frequência dos participantes da pesquisa

Ideias centrais agrupadas	Frequência
Despersonalização da figura humana, sentença de morte, depressão e falta de esperança	1, 2, 3, 6, 11, 12
Limitação e dependência física	4, 7, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19
Medo do desconhecido	5, 14, 18, 20

Fonte: Elaboração dos autores

Quadro 2. Tema, ideia central agrupada e seu respectivo DSC

Tema: Percepção da vida após o diagnóstico de doença de Parkinson
IC agrupada: Sentença de morte, despersonalização da figura humana, depressão e falta de esperança
<i>DSC</i> “Minha percepção foi uma sentença de morte após o diagnóstico da doença; morri e deixei de existir para o mundo; sou a verdadeira despersonalização da figura humana; percebi que não somos nada; preferia ter morrido, porque quando você começa a ler sobre a doença te leva a depressão; não tenho mais vida, ela acabou pra mim; acabou com todos os meus sonhos; meu psicológico está muito abalado; já perdi a esperança.”

Fonte: Elaboração dos autores

Quadro 3. Tema, ideia central agrupada e seu respectivo DSC

Tema: Percepção da vida após o diagnóstico de doença de Parkinson
IC agrupada: Limitação e dependência física
<i>DSC</i> “Vivo na solidão dependendo dos cuidados dos cuidadores; passei a ficar dependente de uma pessoa para tudo; no início da doença até conseguia fazer as coisas, mas agora que evoluiu sou apenas um boneco na cama que sofre invasão constante; nada mais é no meu tempo, dependo de tudo e de todos e às vezes não tenho paciência para esperar; minha vida ficou muito limitada, quase não saio de casa; a cada dia tenho mais dificuldades, que pioram sempre, como para andar e fazer tarefas simples que realizava anteriormente; sinto que cada dia que passa minha independência diminui; parece que perdi o controle, sou um peso.”

Fonte: Elaboração dos autores

Quadro 4. Tema, ideia central agrupada e seu respectivo DSC

Tema: Percepção da vida após o diagnóstico de doença de Parkinson
IC agrupada: Medo do desconhecido
<i>DSC</i> “Estou com medo do futuro e das situações que ainda vão acontecer; tenho muito medo do que está por vir; espero que eu consiga enfrentar todos os desafios; sei que a evolução é lenta e progressiva, as manifestações são diversas e isto me assusta; de modo geral, tenho muito medo do que pode vir a acontecer e essa sensação do desconhecido me assusta e me dá medo.”

Fonte: Elaboração dos autores

Discussão

Diante dos resultados obtidos durante o estudo qualitativo desenvolvido, é possível observar que existe relação entre os dados encontrados quando observado o quadro geral da incidência da doença de Parkinson. Dessa maneira, a média de idade encontrada no estudo desenvolvido foi de 71,3 anos. Analisando os dados da literatura é importante ressaltar que ocorre concordância quanto ao aumento do número de casos de DP com a idade, após os 60 anos, o que corrobora com os dados.¹²

De acordo com a variante do gênero, o sexo masculino é o mais afetado pela doença. Da mesma maneira, estudos desenvolvidos por Clementino et al.¹³ demonstraram a mesma perspectiva, tendo como alguns fatores determinantes para a diminuição da prevalência no sexo feminino a neuroproteção

estrogênica, em contrapartida com a maior exposição ocupacional a fatores desencadeantes no sexo masculino.¹²

Ainda, a religião foi um fator reconhecido e presente em 100% dos entrevistados no estudo. Diversos estudos já provaram que a fé é um importante aliado ao lidar com o processo de adoecimento, uma vez que a meditação e a oração são compreendidas como uma maneira de treinar a mente para fortalecer áreas do sistema nervoso que são mais acometidas por doenças neurodegenerativas, como ocorre no Alzheimer e na Doença de Parkinson. Essas práticas são capazes de alterar a neuroquímica cerebral, com fortalecimento das funções neurais e sensação de felicidade, paz e resiliência. Dessa forma, vale ressaltar o papel importante da religião no processo saúde-doença desses indivíduos.¹⁴

Os dados encontrados a respeito da variante “escolaridade” demonstraram uma maior presença de portadores com ensino médio completo. Este dado vem de encontro com a Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio (PNAD), apenas 48,8% da população com idade superior a 25 anos concluíram o ensino médio. Ainda, a pesquisa evidenciou que quanto mais longo é a população, maior é número de analfabetos.¹⁵

A relação entre a escolaridade e a DP vai além das avaliações neuropsicológicas e de acordo com Renteria et al.¹⁶ a baixa escolaridade além de aumentar as chances de desenvolver demência, torna a pessoa idosa com Parkinson mais propensas a apresentar pior memória, linguagem e habilidades visuoespaciais.

Outra questão observada foi de que a evolução da doença de acordo com o tempo de diagnóstico é um importante fator contributivo relacionado às apresentações clínicas da DP. A tetrade de manifestações clínicas da doença se apresenta com o quadro de tremor em repouso, bradicinesia, instabilidade postural e rigidez articular, o que pode ser visto no estudo, como demonstrado por Fernandes e Andrade Filho⁸ que geralmente ocorrem com menor tempo de diagnóstico.¹⁷⁻¹⁸

Para início das repercussões clínicas, os pacientes precisam de uma perda superior a 60% dos neurônios da substância negra, o que acarreta na diminuição de neurotransmissores como dopamina, catecolaminas e serotonina. Essa depleção acarreta a evolução da doença em um quadro de disfunções não motoras, podendo levar até mesmo a distúrbios cognitivos e demência, nos casos mais avançados. Essas considerações são importantes por demonstrar que a variante relacionada à presença das manifestações clínicas é diretamente proporcional ao tempo de diagnóstico na maioria dos casos.¹⁷⁻¹⁹

Além disso, com relação à percepção sobre a saúde dos pacientes pesquisados no estudo frente à DP, foi possível observar que a maior parte do grupo apresentava sentimentos regulares. Nesses casos, o maior apontamento se deu referente ao impacto da doença nas vidas, com limitações ocupacionais, sociais e em diversos âmbitos da vida pessoal. Essa visão é corroborada por estudos realizados, como o de Santos et al.²⁰ Em contrapartida a esse posicionamento negativo, apenas alguns participantes relataram uma boa perspectiva de vida, sendo observado que eles apresentavam um melhor relacionamento familiar e a presença de assistência, o que foi um fator importante na resiliência para o enfrentamento do quadro clínico após o diagnóstico.²⁰

Acerca das ideias centrais agrupadas obtidas por meio da pesquisa, foi possível perceber que a pessoa idosa com diagnóstico de Parkinson apresenta diversos sentimentos negativos.

Refletindo a ideia central agrupada “*sentença de morte, despersonalização da figura humana, depressão e falta de esperança*”, evidencia-se o desarranjo de ordem pessoal refletida e analisada sob a ótica dos discursos das pessoas idosas.

Estudos relatam que há aumento dos estados depressivos em pacientes diagnosticados com DP, sendo essa uma manifestação não motora recorrente segundo Fernandes et al.¹⁷ Dessa maneira, esse fenômeno tem embasamento na perda do sentido da vida, encontrado nos vários depoimentos colhidos na pesquisa. Além disso, é possível observar que esse sentimento corrobora para a percepção de despersonalização da visão como ser humano, porque os pacientes ficam mais limitados e restritos nas suas atividades diárias, levando em consideração a falta de esperança com relação às perspectivas de melhoras no futuro.^{17,20}

Sobre a ideia central agrupada “*limitação e dependência física*” ficam evidentes os déficits de autocuidado diante as manifestações clínicas produzidas pelas falas dos participantes da pesquisa.

Com a evolução da DP, muitas modificações ocorrem no cotidiano dos pacientes e suas limitações e dificuldades para realizar atividades diárias aumentam significativamente. Isso faz com que sua qualidade de vida diminua, conseqüentemente comprometendo sua participação social no ambiente em que vive, uma vez que suas limitações causam uma lentidão nas execuções de atividades e muitas vezes necessitam de dispositivo para facilitar sua locomoção e a dos cuidadores. Tais fatos colocam em evidência a dependência física, como foi possível observar nos estudos de Silva et al. e Valcarengi et al.^{18,21}

As doenças crônicas degenerativas, como a DP, acarretam incapacidades, o que inevitavelmente ocasiona dependência física, cognitiva e social, representando significativo impacto no seu autocuidado e na sua percepção de vida. A enfermidade pode resultar em limitações nas atividades básicas, instrumentais e avançadas de vida diária, fazendo sobremaneira necessários os cuidadores formais e informais.²²

Por fim, a ideia central agrupada “*medo do desconhecido*” aponta para a presença constante do medo pela evolução rápida da doença. Deste modo, evidencia-se o desenvolvimento da ansiedade e isso fundamenta um estado emocional de medo e aflição gerada pela antecipação de algumas circunstâncias, tais como o aumento dos sintomas de doença de base, depressão e medo de morrer. A ansiedade está ligada à qualidade de vida e à saúde das pessoas idosas, o que faz emergirem manifestações motoras e gera maiores danos para a qualidade de vida desta população.²³

Por fim, pesquisas recentes demonstram que além de depressão, sentimentos de solidão e tristeza, os portadores da Doença de Parkinson se mostram preocupados com o futuro, em como será a evolução da doença e com a invalidez, voltando novamente ao ponto da dependência física, que os afligem constantemente e fortalece os achados encontrados no presente estudo.²⁴⁻²⁵

Conclusão

Buscou-se trazer à baila uma temática de grande impacto para a sociedade frente ao processo de envelhecimento populacional. É notório dizer que a DP é uma doença que merece ser compreendida no seu aspecto biológico e pessoal. Este estudo oportunizou às pessoas idosas com Parkinson expressar sua percepção frente a essa patologia e notoriamente as percepções negativas e limitantes foram as manifestações irrefutáveis evidenciadas pelas representações sociais.

Considerando a complexidade da doença, é sabido que os resultados obtidos neste estudo são prevalentes e condizentes com a literatura nacional e internacional. Assim, é de fundamental importância buscar estratégias políticas, de saúde, de proteção e de amparo para as pessoas acometidas pela Doença de Parkinson.

Referências

ANDRADE, A. K. M. Fé e espiritualidade no processo saúde - doença: uma revisão de literatura. 2018 [monografia]. Campina Grande: Universidade Federal de Campina Grande; 2018. Disponível em: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/handle/riufcg/4450>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Biblioteca Virtual em Saúde. Dia mundial de conscientização da Doença de Parkinson. Internet. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/dia-mundial-de-conscientizacao-da-doenca-de-parkinson/2017>. Acesso em 12 nov. 2022.

CHAVES, I. C. B. ET AL. Avaliação da qualidade de vida em portadores da doença de Parkinson. Revista Brasileira de Qualidade de Vida, Curitiba, v, 18, n. 1, p. 358-367. 2021 Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/11744/pdf>. Acesso em: 17 abr. 2021.

CLEMENTINO, A. C. C. R. ET AL. Perfil epidemiológico de pessoas com doença de parkinson / Perfil epidemiológico de pessoas com doença de parkinson. Revista Brasileira de Desenvolvimento , [S. l.] , v. 7, n. 12, pág. 115963–115975, 2021. DOI: 10.34117/bjdv7n12-384. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/41164>. Acesso em: 22 set. 2022.

ELBAZ, A. ET AL. Epidemiology of parkinson's disease. Revista Neurologia, Paris, v. 172, n.1, p. 14-26. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26718594/>. Acesso em: 3 jun. 2022.

FERNANDES, G. C. Estudos dos fatores clínicos e epidemiológicos associados com a mortalidade na doença de Parkinson [dissertação]. Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/116770/000955802.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 30 nov. 2022.

FERNANDES, H. C. O. ET AL. Depressão entre idosos portadores de doença de Parkinson: opinião dos membros da Associação Capixaba de Parkinson. Revista APS, Juiz de Fora, v, 22, n. 3, p. 554-773. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2019.v22.15920>. Acesso em: 14 out. 2022.

FERNANDES, I; ANDRADE FILHO, A. S. Estudo clínico-epidemiológico de pacientes com Doença de Parkinson em Salvador-Bahia. *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria*. Salvador, v, 22, n. 1, p. 45-59. 2018. Disponível em: <https://www.revneuropsiq.com.br/rbnp/article/view/244/141>. Acesso em: 11 jan. 2022.

HERNÁNDEZ, S. R; FERNÁNDEZ, C. C; BAPTISTA, L. P. Metodologia de pesquisa. Porto Alegre: Penso; 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA. PNAD Educação 2019: mais da metade das pessoas de 25 anos ou mais não completaram o ensino médio. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [acesso em 2023 fev 11]. Disponível em:

<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28285-pnad-educacao-2019-mais-da-metade-das-pessoas-de-25-anos-ou-mais-nao-completaram-o-ensino-medio>

Koizumi M, Diccini S. Enfermagem em neurociência: fundamentos para a prática clínica. São Paulo: Atheneu; 2006.

LEFÈVRE, F; LEFÈVRE, A. M. C. Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília, DF: Liberlivro; 2005.

MACLEOD, A. D; TAYLOR, K. S. M, COUNSELL, C. E. Mortality in Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. *Movement Disorders*, Milwaukee, v. 29, n. 13, p. 1615-1622. Disponível em: <https://movementdisorders.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/mds.25898>. Acesso em: 15 mai. 2022.

MONTEIRO, I. Antropologia: uma nova concepção. Petrópolis: Vozes; 2007.

MOREIRA, R. C. ET AL. Quality of life in Parkinson's disease patients: progression markers of mild to moderate stages. *Arquivo de Neuro-Psiquiatria*. Internet, São Paulo, v, 75, n. 8, p. 497-502. 2017 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0004-282X20170091>. Acesso em: 21 abr. 2022.

OLIVEIRA, D. V. ET AL. Os fatores sociodemográficos e de saúde são intervenientes no nível de ansiedade de idosos da atenção básica a saúde?. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, Caçador, v. 7, n. 2, p. 181–192, 2018. DOI: 10.33362/ries.v7i2.1444. Disponível em: <https://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/ries/article/view/1444>. Acesso em: 20 jul. 2023.

REIS, C.; BARBOSA, L. M. L. H.; PIMENTEL, V. P. O desafio do envelhecimento populacional na perspectiva sistêmica da saúde. BNDES Setorial. Internet, v. 44, n. 1, p. 87-124. Disponível em: https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/bitstream/1408/9955/2/BS%2044%20O%20desafio%20do%20envelhecimento%20populacional%20na%20perspectiva%20sistemica%20da%20saude_P.pdf . Acesso em 28 mar. 2023.

RENTERÍA, M.A. ET AL. Illiteracy, dementia risk, and cognitive trajectories among older adults with low education. *Neurolog*, Bethesda, v. 93, n. 24, p. 2247-2256, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6937498/>. Acesso em: 11 fev. 2022.

SILVA, A. B. G. ET AL. Doença de Parkinson: revisão de literatura / Doença de Parkinson: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Desenvolvimento** , Curitiba , v. 7, n. 5, p. 47677–47698, 2021. DOI: 10.34117/bjdv.v7i5.29678. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/29678>. Acesso em: 17 fev. 2023.

SMELTZER S. ET AL. BRUNNER & SUDDARTH tratado de enfermagem médico cirúrgica. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016.

TENÓRIO, J. C. S. Eu não sou mais o mesmo: das representações sociais aos processos identitários do sujeito diagnosticado com Doença de Parkinson [dissertação] [Internet]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2021. Disponível em: [https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/40552/1/DISSERTA%
c3%87%c3%83O%20J%c3%a9ssica%20Caroline%20Silva%20Ten%c3%b3rio.pdf](https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/40552/1/DISSERTA%c3%87%c3%83O%20J%c3%a9ssica%20Caroline%20Silva%20Ten%c3%b3rio.pdf). Acesso em 14 dez. 2021.

TENREIRO, S.; OUTEIRO, T. F. A levedura como modelo para estudar as bases moleculares da doença de Parkinson. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 12, n. 3, 2016. DOI: 10.5335/rbceh.v12i3.6006. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/6006>. Acesso em: 22 jun. 2022.

VALCARENGHI, R. V. ET AL. Doença de Parkinson: enfrentamento e convívio. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v, 22, n. 6, p. 1-10, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/dsKRxdqYHCvmlJWhsdM66nF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 mai. 2022.

VALCARENGHI, R. V. ET AL. O cotidiano das pessoas com a doença de Parkinson. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v, 71, n. 2, p. 293-300. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0577>. Acesso em: 8 mai. 2021.

VALENÇA, T. D. C. ET AL. Impactos da doença de parkinson na vida dos idosos. **DESAFIOS - Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins**, Palmas, v. 6, n. 4, p. 12–22, 2019. DOI: 10.20873/uftv6-6765. Disponível em: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/desafios/article/view/6765>. Acesso em: 19 jan. 2022.

