

## CUIDADOS PALIATIVOS PRESTADOS A PACIENTES TERMINAIS HOSPITALIZADOS DIAGNOSTICADOS COM PARKINSON

Irismar Pulquerio Teixeira<sup>1</sup>; Paulo Henrique da Silva Souza<sup>1</sup>; Deigilam Cestari Esteves<sup>2,4</sup>; Paula Roberta Otaviano Soares Ferreira<sup>3,4\*</sup>

<sup>1</sup> Graduando em Enfermagem, Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS; <sup>2</sup> Biomédica – Centro Universitário Barão de Mauá; Mestre em Meio Ambiente em Desenvolvimento – UNOESTE; <sup>3</sup> Mestre em Biologia Celular e Molecular – UFG; <sup>4</sup> Docente das Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS).

\* autor correspondente: soarespr2@gmail.com

### RESUMO

O presente estudo possibilitou descrever quais os possíveis cuidados paliativos prestados pela enfermagem aos pacientes diagnosticados com doença de Parkinson com diagnóstico terminal. A doença de Parkinson afeta a qualidade de vida e a autonomia dos pacientes com diagnóstico terminal e a importância dos cuidados paliativos prestados quando não há mais perspectiva de cura, mas proporciona alívio da dor ao paciente e familiares. A metodologia utilizada foi a revisão bibliográfica de artigos brasileiros e internacionais que mostra o quanto o enfermeiro é fundamental durante o tratamento e a prestação de cuidados paliativos em que a expectativa de cura é inatingível. A população idosa mais acometida pela doença de Parkinson após apresentar os primeiros sintomas motores ou não-motores, é evidente a necessidade de um acompanhamento diário por um cuidador. Com o diagnóstico da doença e recorrentes processos de hospitalizações o paciente perde a autoestima e sente abandonado pela família. Posteriormente o com o diagnóstico de terminalidade o parkinsoniano precisa de cuidados diferenciados da equipe de enfermagem, zelando pela humanização, tendo compaixão, afeto e respeito até a finitude de sua vida. A inclusão de educação continuada, preparo e aptidão dos profissionais de enfermagem diante de pacientes com Parkinson com diagnóstico de terminalidade é fundamental para o enfrentamento da situação, lembrando que a comunicação clara e objetiva entre paciente e profissional torna o tratamento mais humanizado.

**PALAVRAS-CHAVE:** doença de Parkinson; cuidados paliativos; pacientes terminais.

### 1 INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida da população brasileira é um ganho significativo na estrutura da pirâmide etária. Isso por que fatores ambientais, sociais e fisiológicos agravam e dificultam os diagnósticos de doenças crônicas degenerativas, entre elas a doença de Parkinson (DP) (NUNES et al., 2012). A DP é uma patologia crônica e progressiva do sistema nervoso central (SNS) que se caracteriza pela degeneração dos neurônios produtores de dopamina. E mesmo com várias pesquisas sobre o assunto, ainda não se tem o diagnóstico para a causa de morte desses neurônios (LEES; HARDY;

REVESZ, 2009). Essa doença afeta a capacidade funcional, independência e autoestima do paciente (BORN, 2008). Alguns fatores indicam que a doença de Parkinson esteja associada a fatores genéticos, toxinas ambientais, estresse oxidativo e anormalidades mitocondriais, além do processo de envelhecimento e acomete na sua maioria homens com idade superior a 50 anos (COSTA, 2006).

Normalmente, pacientes com DP apresentam comprometimento para realizar algumas funções, ou seja, surgem sinais de distúrbios motores progressivos que causa tremores involuntários nas mãos, rigidez muscular no rosto, braços, pernas e pescoços, lentidão de

movimentos, bradicinesia, alterações de postura e demência (CAROD-ARTAL et al., 2007). É imprescindível orientar tanto o doente quanto a família sobre as possíveis adversidades que pode surgir como: identificação e sinais de depressão, investigação e tratamento das limitações motoras, verbais que são fundamentais para o cuidado holístico da pessoa com DP (FREIRE et al., 2015).

Quando o diagnóstico do paciente em terminalidade é estabelecido, os cuidados paliativos (CP) são de extrema importância, sendo a melhor escolha de assistência ao paciente. Por mais que seja difícil aceitar ainda não há muito o que fazer pelo paciente dito terminal, do ponto de vista psicológico, o estímulo para mecanismos de enfrentamento que o paciente possa ter desenvolvido e utilizado em outras situações difíceis da vida são fundamentais para manter a autoestima e certa estabilidade emocional (SIMONETTE, 2004). É considerado paciente terminal aquele em que se esgotam as possibilidades e resgate de sua saúde, pois sua condição clínica é irreversível mesmo com tratamento direcionado e isso implicará de forma inevitável para a morte (SANTANA et al., 2009).

No processo de hospitalização, o paciente passa por vários estágios à medida que a morte se aproxima, a maioria dos doentes de forma quase sequencial passam pelas seguintes fases: negação, raiva, barganha (negociação), depressão e aceitação (KÜBLER-ROSS, 2002). Nesse momento, o enfermo pode apresentar instantes de hostilidade e agressividade direcionadas ao meio, a Deus, familiares, aos profissionais que cuidam dele devido sentimento de impotência diante da possibilidade de perda da própria integridade física (PIERRE, 1998).

Os CP segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), são as ações ativas e integrais prestadas a pacientes com diagnóstico de doença progressiva e incurável e a seus familiares. Além de proporcionar suporte

psicossocial e espiritual, em todos os estágios, desde o diagnóstico de uma doença incurável até o período de luto da família (CORREIA, 2012). No entanto, esses cuidados estão voltados para prevenção e alívio do sofrimento, tratamento da dor e sintomas físicos, psicossociais e espirituais na concepção da confirmação da vida e da morte como processo natural do ciclo da vida (SADALA; SILVA, 2009).

Os princípios que regem os CPs incluem reafirmar a importância da vida considerando a morte como um processo natural, promover cuidados que não acelerem a chegada da morte e nem prolongue com medidas desproporcionais (obstinação terapêutica), propiciar alívio da dor e de outros sintomas penosos, integrar os aspectos psicológicos e espirituais na estratégia do cuidado e oferecer um sistema de apoio à família para que ela possa enfrentar a doença do paciente e sobreviver ao período de luto (HERMES; LAMARCA, 2013).

As atitudes de cuidados constantes, combate da dor, realizadas pela equipe de saúde mostram ao paciente que não há abandono nessa fase e não precisam temer, porém alguns indivíduos em tal condição sentem mais receio da solidão do que da morte (MENDES et al., 2009). Respeitar e estimular a relação que o paciente e seus familiares têm com a religião e espiritualidade podem ser essenciais para a experiência paliativa. E a comunicação que subsidiada com uma relação de atitude, cooperação, sentimento e sensibilidade impulsiona a confiança entre o enfermeiro e o paciente terminal (MULLAN; KOTHE, 2010). Portanto, os dados apresentados mostram a relevância deste estudo por revisão bibliográfica de artigos brasileiros e internacionais que retratam a importância dos CP prestados a pacientes hospitalizados diagnosticados com doença de Parkinson. De modo que enfermeiros tenham maior conhecimento sobre a doença de Parkinson, para elaboração de intervenções adequadas aquele paciente em fase terminal e

assistência aos familiares mesmo sendo no contexto hospitalar. Tal estudo justifica-se pela necessidade de provocar uma reflexão sobre como enfermeiros devem ter compromisso e atenção, uma comunicação clara, empatia e compaixão, humanização com os pacientes terminais, cuidadores, familiares e todos envolvidos nesse momento tão improbo.

Este artigo tem como objetivo descrever os possíveis cuidados paliativos que o profissional da enfermagem pode aplicar aos indivíduos afetados com doença de Parkinson. Para tanto, realizou-se pesquisa bibliográfica de artigos científicos brasileiros e internacionais que mostram os possíveis CP em pacientes com doença de Parkinson hospitalizados com diagnóstico terminal e a importância do enfermeiro neste contexto.

## 2 POPULAÇÃO IDOSA

O fato de a população idosa ter aumentado nesses últimos anos mostra que mudanças devem acontecer tanto nas demandas sociais como nas de saúde. Isso redireciona para que novas estratégias para atenção e promoção de saúde, formulação e implementação de políticas públicas valorizem a autonomia e dê suporte as necessidades desse público (LIMA; TOCANTINS, 2009; KUCHEMANN, 2012; MINAYO, 2012; VERAS et al., 2008). As doenças crônicas degenerativas provocam efeitos progressivos e severos por estarem associadas a ausência de regeneração dos sistemas acometidos, e atinge de 1-3% da população idosa (MONTEIRO et al., 2014).

## 3 DOENÇA DE PARKINSON

A DP acomete cerca de 100-200 casos a cada 100.000 habitantes, incidência que aumenta com o avançar da idade, sendo a segunda patologia mais comum entre as doenças que degenera o sistema nervoso central (SNC) (ALVES et al., 2008; PRINGSHEIN et al., 2014). A

função dopaminérgica no eixo da substância negra estriada é comprometida devido a diminuição progressiva da perda neuronal, com isso acredita-se que outros neurotransmissores podem estar envolvidos na fisiopatologia dos sintomas da doença de Parkinson (WERNECK, 2012).

Comum na velhice com incidência maior em pessoas acima de 60 anos de idade, a doença de Parkinson é uma morbidade de causa ainda desconhecida, mas que se sobressai de outras doenças degenerativas devido a incapacidade motora e cognitiva que produz em seus portadores (MAIA et al., 2008). Alguns estudos revelam que a ocorrência da doença entre pessoas de 30-40 anos de idades pode estar relacionada a fatores genéticos ou a fatores ambientais como exposição de pesticidas ou substâncias químicas (AGUIAR; SEVERINO, 2010).

### 3.1 Sinais e sintomas motores

A DP apresenta alguns sinais e sintomas motores perceptíveis: tremor de repouso, déficits no equilíbrio e marcha, rigidez muscular, redução na amplitude dos movimentos e bradicinesia de início gradual e progride lentamente durante o curso crônico e prolongado da evolução da doença. O aumento do isolamento social do idoso se dá devido essas desordens motoras, perda da autonomia, dependência na execução das atividades diárias (ALVES et al., 2008; FILLIPPIN et al., 2014).

Em relação ao tremor de repouso que é o primeiro sinal reconhecido em cerca de 70% dos casos, inicia com acometimento unilateral e com o passar do tempo as manifestações se tornam contralaterais. Esse tremor tende a piorar com o estresse, aumenta quando está deambulando, concentrado, ansioso e desaparece durante o sono (MENESES; TEIVE, 2003). A bradicinesia que é lentidão dos movimentos ao iniciar ou a dificuldade de realizar atividades diárias, como o levantar e mudar de decúbito no leito. Esse retardo no movimento altera

ações de alcance, amplitude, equilíbrio e marcha e causa reflexos posturais onde a cabeça fica curvada para frente e a marcha propulsiva (O'SULLIVAN; SHIMITZ, 2004). A rigidez muscular que acomete rosto, pescoço, membros e outras partes do corpo acontece porque os músculos não recebem sinais para relaxar. Em alguns casos a rigidez muscular provoca o encurtamento anterior gradual da coluna dorsal afetando o equilíbrio quando a pessoa se desloca (ANDRADE, 2000).

### 3.2 Sinais e sintomas não motores

Os sinais e sintomas não motores podem estar presentes em pacientes com DP em virtude das dificuldades apresentadas pelos sinais motores, são eles: alterações neuropsiquiátricas (depressão, ansiedade, psicose e demência), transtorno do sono (insônia, sonolência excessiva diurna, parassonias, apneia obstrutiva do sono, síndrome das pernas inquietas, movimento periódico dos membros, transtorno comportamental do sono), disautonomias (sialorreia, hipotensão ortostática, disfunção gastrointestinal, disfunção urinária e sexual, distúrbios da termorregulação e respiratórios), sintomas sensoriais (dor, parestesias) entre outros (CHAUDHURI et al., 2009). Vale enfatizar sobre o quanto a DP pode comprometer de maneira específica a deglutição, ocasionando a disfagia orofaríngea neurogênica, pois causa prejuízos a saúde do paciente como desnutrição, desidratação e outros que podem inclusive levar a morte (ROBBINS; COTRAN, 2002).

### 4 DIAGNÓSTICO DA DOENÇA DE PARKINSON

O diagnóstico da DP é clínico, com base nos sinais e sintomas apresentados pelo paciente na avaliação clínica. Identifica-se dois ou três sinais motores e conclui com exames laboratoriais e tomografia computadorizada cerebral para que sejam descartadas também outras doenças (LEVY; JOAQUIM, 2003). Com o

diagnóstico da doença a rotina da família é afetada e passa a ter privações e modificações no estilo de vida. E os indivíduos com a DP tornam-se mais dependentes de um cuidador, à medida que a doença progride essa presença é indispensável no cotidiano do parkinsoniano.

### 5 HOSPITALIZAÇÃO

Quando o indivíduo com DP é submetido a frequentes internações, a rotina hospitalar, medicamentos e os riscos dos quais os doentes estão sujeitos implica em mais uma alteração da dinâmica familiar. Isso significa que ocorre a desestruturação do desenho familiar e a desorganização do todo devido angústia de morte e momentos delicados da doença (LUSTOSA, 2007). O parkinsoniano na condição de hospitalizado perde a autoestima, se sente abandonado mediante as situações em que a perda da capacidade funcional se torna eminente e entra em desespero com sua realidade (STEDFORD, 1988; ANGERAMI, 1984).

### 6 DIAGNÓSTICO DE PACIENTE TERMINAL

O indivíduo que toma consciência de sua condição de doente terminal ou da gravidade da doença em geral, desenvolve um processo de angústia, ansiedade de separação dos familiares e de pessoas próximas por conta do tratamento hospitalar e da vida com expectativa extremamente dolorosa (TORRES; GUEDES; TERRES, 1983). Durante a hospitalização o paciente perde sua autoestima, passa a não ser útil para a família e sociedade devido suas condições mudar drasticamente (STEDFORD, 1988). Nesse período o indivíduo sente-se abandonado e inválido, entra em desespero com sua realidade sendo tomado por revolta e tende a negar a doença, depois promete mudanças e faz barganhas. E com a evolução da doença se sente incapaz, deprimido e por fim aceita o fato

diante das evidências diárias (ANGERAMI, 1984; GUTIERREZ, 2001).

O parkinsoniano passa por várias fases para aceitar o diagnóstico de doença terminal. A primeira fase que é a negação, ocorre no momento quando recebe a confirmação do diagnóstico, mas é temporária. A pessoa se isola, não aceita o resultado, não quer conversar, ouvir ninguém. A segunda fase é a raiva, momento de revolta com a realidade, tem uma aceitação parcial da doença. Já a terceira fase é a barganha (negociação) no qual o paciente tenta negociar sua morte, coloca Deus como centro da negociação e faz uso de promessas, busca ajuda espiritual, impõe qualquer coisa em troca da cura. O quarto estágio é da depressão, fase em que o paciente não consegue mais negar sua doença, não quer lutar e o sentimento de perda é o que prevalece. E por fim, o estágio da aceitação, momento em que fica conformado com o que está acontecendo, com a situação. Isso não significa que o paciente está feliz, porém ele sente-se livre dos outros sentimentos de angústia que o perturba, nessa fase o enfermo precisa de todo apoio possível seja da equipe profissional e de seus familiares (KÜBLER-ROSS, 2002). Receber apoio psicossocial é muito importante e mesmo sabendo que apesar da finitude da vida fazer parte da rotina hospitalar, lidar com a morte causa desconfortos, estranheza, angústias e outros sentimentos ante os profissionais de saúde (SANTOS; CECATO; MARTINELLI, 2013).

Na situação de paciente terminal, os familiares têm necessidades específicas de querer estar próximo ao paciente, sentir-se útil, ter consciência das modificações do quadro clínico, compreender o que está sendo feito no cuidado e o motivo, ter garantias do controle do sofrimento e dar, estar seguro de que a decisão quanto a limitação do tratamento curativa foi apropriada, poder expressar os seus sentimentos e angústias, se confrontado e consolado, encontrar o

significado para a morte do ente querido (SOARES, 2007). Por esses motivos, recomenda-se não privar familiares de realizar visitas em horários acordados e ofertar assistência de psicólogo e assistência social para maiores esclarecimentos (MENDES; ANDRADE, 2009).

O paciente terminal deseja ser compreendido como um ser humano que sofre, de dor física, de conflitos existenciais e necessidades de fármacos ou aparelhos de alta tecnologia que não podem prover. É o momento em que a enfermagem cuida, ampara, conforta, compreende os medos, anseios que são compartilhados pelo paciente através da comunicação. Expressões de compaixão e de afeto na relação com o paciente trazem a certeza de que ele é parte importante de um conjunto, o que ocasiona sensação de proteção, de consolo e de paz interior (ARAÚJO; SILVA, 2012).

## 7 CUIDADOS PALIATIVOS

O CP tem como objetivo melhorar a qualidade de vida dos pacientes que se encontram na fase terminal da doença. Esse cuidado possibilita uma abordagem que foca na melhora da qualidade de vida deste paciente até sua morte, através de medidas que servem para sanar dor e sintomas, além de proporcionar suporte psicossocial (CRECENCIO, 2007). A palavra paliativa é originada do latim *pallium* que significa manto, proteção daqueles em que a medicina curativa já não atende mais, de acordo com o Manual de Cuidados Paliativos, 2009. Esse CP é o elo para relação as pessoas que cuidam e as que são cuidadas, sendo as intervenções técnicas secundárias a relação entre a equipe multiprofissional e paciente (SIMONI; SANTOS, 2003). Junto com o tratamento curativo/restaurativo os CP são oferecidos para prevenir e tratar o sofrimento do paciente e seus familiares, por isso que o paciente acometido pela DP deve receber informações sobre seu estado de saúde e doença. Isso o torna

efetivo nas decisões a serem tomadas do seu cotidiano no qual a enfermagem é o principal elo para desenvolver as ações educativas com os indivíduos e seus familiares (NAVARRO et al., 2012).

### **7.1 Cuidados prestados pela enfermagem**

A enfermagem deve focar num cuidado que permita ações planejadas por meio do conhecimento e respeito às individualidades e à realidade da pessoa em condição crônica e sua família. O processo de cuidar consiste em considerar o contexto biopsicossocial e espiritual vivenciado pela pessoa e família, no intuito de promoção do viver saudável, compensar limitações e incapacidades da doença, entre outras práticas de cuidado (GONÇALVES; ALVAREZ; SANTOS, 2007). Quando a cura é inatingível, a prioridade é o bem-estar do paciente permitindo-lhe uma morte digna e tranquila. Ajudar o paciente a encarar a morte como um processo natural, facilitar a compreensão de seus próprios sentimentos, afastar ou aproximar de relações com os quais ele deseja no momento, proporcionar o bem-estar e ajudar a viver intensamente quando possível até o fim faz a enfermagem ser indispensável para proporcionar qualidade de vida aos dias e não dias a vida (BRASIL, 2002; SIMONOTTE, 2004).

A priorização de cuidados essenciais através da promoção como cuidados de higiene oral e corporal, neutralização de odores desagradáveis, aspiração de secreções brônquicas, controle de edema periférico e pulmonar, prevenir e/ou cuidar de escaras entre outros cuidados proporcionam uma morte digna que pode ser traduzida em morrer sem muita dor, com níveis de angústia suportáveis e com dignidade mediante o cenário (SIMONOTTE, 2004). rios sentimentos, frente ao morrer e aproximá-lo ou afastar de relações com os quais ele deseja no momento são tarefas favoráveis para qualidade de morte de um paciente terminal.

Outro fator relevante é o enfermeiro transformar sua forma de assistir e passe a escutar, perceber, compreender e identificar as necessidades individuais para então planejar suas ações. O escutar não é apenas ouvir, mas também ficar em silêncio, demonstrar gestos de afeto seja um toque, abraços e sorrisos que estimulem a expressão de sentimentos (ARAÚJO; SILVA, 2007). A comunicação deve ser empregada de forma confiável para que o enfermeiro possa expandir a habilidade de aprender as mensagens implícitas e explícitas do paciente e familiares. Preocupar-se com o lado emocional é agir em prol da melhoria da qualidade de vida do paciente terminal e de sua família, desse modo o enfermeiro capacitado vai acompanhar, suportar a dor, a angústia e resgatar a vida num contexto de morte eminente (SANTANA, 2008).

O enfermeiro ao prestar assistência ao paciente terminal de forma holística e utilizar uma comunicação clara, compreensiva estabelece uma relação de confiança, atende as necessidades e fortalece o enfrentamento de perdas, de doença, incapacidade e de morte desse indivíduo (BUISÁN, 2007). Além disso precisa ter uma formação no que diz respeito a terminalidade, tenha uma comunicação efetiva e atenda com qualidade o paciente sem possibilidades de cura (ARAÚJO; SILVA, 2007). Respeitar e ser solidário a esse paciente é uma premissa do cuidado paliativo, que zele pela humanização, proteja o paciente contra ações desumanas e desnecessárias e garanta o respeito a sua autonomia e desejo até a finitude da vida (SALES et al., 2013; ALENCASTRE, 2003).

## **8 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Esse estudo mostra as dificuldades encontradas pelos pacientes com a Doença de Parkinson hospitalizados com diagnóstico de terminalidade, familiares, cuidadores e profissionais no enfrentamento da situação. Os profissionais

precisam estar aptos para que os cuidados e orientações aos familiares seja claro e objetivo, de forma humanizada, possibilidade de tratamento farmacológico e não farmacológico, possíveis intercorrências provenientes da doença, suporte emocional e atenção aos envolvidos nos cuidados ao paciente terminal. É muito válido que a comunicação seja efetiva entre o profissional, paciente e família/cuidador durante o processo de hospitalização, a confiança proporciona oportunidade e autonomia para que o paciente participe das decisões que lhe diz respeito. Contudo o processo de capacitação e educação permanente oferecidos aos profissionais de saúde torna os cuidados prestados aos pacientes terminais mais eficientes. A assistência a esses pacientes é construída de modo a promover cuidado humanizado indispensável a atenção paliativa seja no processo de evolução da doença e no impacto causado por ela. Lidar com paciente terminal não é fácil para quem está preparado para salvar vidas, nesse caso oferecer um cuidado diferenciado para que o paciente, familiares e cuidadores entendam a morte como um processo natural da vida, melhora qualidade de vida e o conforto tanto do paciente quanto da família assistida. No entanto, vale lembrar que a construção de conhecimentos da equipe profissional com educação continuada é um dos pilares de avanço para melhoria na qualidade de vida para aqueles que necessitam de CP no cenário hospitalar, acrescentando vida aos pacientes em seus últimos dias.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, P. M. C.; SEVERINO, P. Biomarcadores na doença de Parkinson: avaliação da expressão gênica no sangue periférico de usuários com e sem mutações nos genes PARK2 e PARK8. *Einstein*. v. 8, n. 3, p. 291-297, 2010.

ALVES, G. et al. Epidemiology of

Parkinson Disease. *J Neurol*. v. 255, S. 5, p. 18-32, 2008.

ANDRADE, L. A. F. de. Doença de Parkinson. In: SOUZA, Sebastião Eurico de Melo (Org.). Tratamento das doenças neurológicas. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2000.

ANGERAMI, V. A. Existencialismo & Psicoterapia. São Paulo: Traço editora, 1984.

ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 41, n. 4, p. 668-674, 2007.

ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. As estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. *Rev Esc Enferm USP*, v. 46, n. 3, p. 626-632, 2012.

BORN, T. Cuidar melhor e evitar a violência: manual do cuidador da pessoa idosa. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos do Sistema Único de Saúde. Ato Portaria n.19/GM, 03/01/2002.

BUISÁN, R.; DELGADO, J. C. El cuidado del paciente terminal. *An Sist Sanit Navar*, v. 30, supl. 3, p. 103-112, 2007.

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

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

CORREIA, F. R.; CARLO, M. M. R. P.

- Avaliação de qualidade de vida no contexto dos cuidados paliativos: revisão integrativa de literatura. *Rev. Lat. Am. Enfermagem*, v. 20, n. 2, p. 401-410, 2012.
- COSTA, A. L. R. A representação social da doença de Parkinson e sua relação com a qualidade de vida dos associados da ASP – PE. 2006. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) –Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2006.
- GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M.; ARRUDA, M. C. Pacientes portadores de doença de Parkinson: significado de suas vivências. *Acta Paul Enferm*, v. 20, n. 1, p. 62-68, 2007.
- GUTIERREZ, P. L. O que é paciente terminal? *Rev. Ass. Méd. Brasil*, v. 47, n. 2, p. 85-109, 2001.
- KÜBLER-ROSS, E. Sobre a Morte e o Morrer: o que os doentes têm para ensinar os médicos, enfermeiras, religiosos e os seus próprios parentes, 5ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- KUCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Sociedade e Estado*, Brasília, v. 27, n. 1, p. 165-180, 2012.
- LEES, A. J.; HARDY, J.; REVESZ, T. Parkinson's disease. *Lancet*, v. 373, n. 9680, p. 2055- 2066, 2009.
- LEVY, A.; JOAQUIM, F. Doença de Parkinson: manual prático. 2.ed. São Paulo: Lidel, 2003.
- LIMA, C. A.; TOCANTINS, F. R. Necessidades de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 62, n. 3, p. 367-373, 2009.
- LUSTOSA, M. A. A Família do Paciente Internado. *Revista da SBPH*. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 3-8, 2007.
- MAIA et al. Tremores no idoso: diagnóstico, tratamento e fisioterapia na doença de Parkinson. In: Moraes. *Princípios básicos de geriatria e gerontologia*. Belo Horizonte: Coopmed, p. 477- 485, 2008.
- MENESES, M. S.; TEIVE, H. A. G. Doença de Parkinson: aspectos clínicos e cirúrgicos. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2003.
- MINAYO, M. C. S. O Envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 208-209, 2012.
- MONTEIRO, D. et al. Relação entre disfagia e tipos clínicos na doença de Parkinson. *Revista CEFAC*, Campinas, v. 16, n. 2, p. 620-627, 2014.
- MULLAN, B. A; KOTHE, E. J. Evaluating a nursing communication skills training course: the relationships between self-rated ability, satisfaction, and actual performance. *Nurse Educ Pract*, v. 10, n. 6, p. 374-378, 2010.
- NUNES, M. I. et al. *Enfermagem em Geriatria e Gerontologia*. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, p. 4, 2012.
- O'SULLIVAN, S. B.; SCHMITZ, T. J. *Fisioterapia: avaliação e tratamento*. 4 ed. São Paulo: Manole Ltda., 2004.
- ROBBINS, L. S; COTRAN, S. R. *Patologia*. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2002.
- SADALA, M. L. A; SILVA, F. M. Cuidando de pacientes em fase terminal: a perspectiva de alunos de enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 43, n. 2, p. 287-294, 2009.
- SALES, C. A. et al. O processo morte –

morrer: definições de acadêmicos de enfermagem. Rev Rene, v. 14, n. 3, p. 521-530, 2013.

SANTANA, J. C. B. et al. Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de Enfermagem. Centro Universitário São Camilo, v. 3, n. 1, p. 77-86, 2009.

SANTANA, J. C. B. Significado do cuidar em unidades de terapia intensiva: percepção de um grupo de acadêmicos de enfermagem. Rev. Enf. UFPE, v. 2, n. 2, p. 163-170, 2008.

SANTOS, L. M. P.; CECATO, J. F.; MARTINELLI, J. E. Fatores relevantes no desempenho cognitivo de pacientes com doença de Parkinson: dados de um Instituto de Geriatria e Gerontologia de Jundiaí. Perspectivas Médicas, v. 24, n. 1, p. 24-30, 2013.

SIMONI, M.; SANTOS, M. L. Considerações sobre cuidado paliativo e trabalho

hospitalar: uma abordagem plural sobre o processo de trabalho de enfermagem. Psicologia USP, v. 14, n. 2, p. 169-194, 2003.

STEDFORD, A. Encarando a Morte: uma abordagem ao relacionamento com o paciente terminal. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

TORRES, W. da C.; GUEDES, W.G.; TERRES, R. C. A Psicologia e a Morte. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1983.

VERAS, R. P. et al. A assistência suplementar de saúde e seus projetos de cuidado para com o idoso. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1119-1126, 2008.

WERNECK, A. L. S. Doença de Parkinson: etiopatogenia, clínica e terapêutica. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ, v. 9, n. 1, p. 10-13, 2012.