

CONCEPÇÕES DE IDOSOS SOBRE A VIVÊNCIA COM A DOENÇA DE PARKINSON

ELDERLY PEOPLE'S CONCEPTIONS OF LIVING WITH PARKINSON'S DISEASE

CONCEPCIONES DE LOS ANCIANOS SOBRE LA VIVENCIA CON LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

Isleide Santana Cardoso Santos^I
Maria do Rosário de Menezes^{II}
Andréa dos Santos Souza^{III}

RESUMO: Através da história oral de pessoas idosas com Doença de Parkinson, este estudo objetivou conhecer suas concepções sobre a enfermidade. Os dados foram coletados junto a 13 pessoas idosas com Doença de Parkinson, que participam do Grupo de Ajuda Mútua de Parkinson da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié-BA, no período de março a junho de 2008. Foram utilizadas como instrumento entrevistas semiestruturadas, que foram gravadas, transcritas e submetidas à análise de conteúdo de Bardin. Os resultados indicam que a doença foi percebida como degeneração da saúde, produção de dependência, limitação do viver cotidiano, tratamento, constrangimento e instabilidade emocional. Nesse contexto, concluiu-se que a doença tem significados negativos para os idosos, cujo impacto maior em suas vidas foi a perda da capacidade para o trabalho, e que a família desempenha papel fundamental no cuidado com eles.

Palavras-chave: História oral; idoso; concepção; Doença de Parkinson.

ABSTRACT: From first person accounts by elderly people with Parkinson's Disease, this study aimed to learn these people's conceptions of the disease. The data were collected from 13 elderly people suffering from Parkinson's Disease who took part in the Parkinson's Mutual Help Group at *Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia* (GAM-UESB) Jequié (Bahia State), from March to June 2008, using semi-structured interviews that were recorded, transcribed and submitted to Bardin content analysis. The results indicate that the disease was seen in terms of degenerating health, production of dependence, limitations on everyday life, treatment, embarrassment and emotional instability. In this context, we concluded that the disease has negative meanings to the elderly, that the largest impact on their lives was the loss of the ability to work, and that the family plays a fundamental role as care-giver.

Keywords: Oral History; elderly; conception; Parkinson's Disease.

RESUMEN: Por la historia oral de personas ancianas con Enfermedad de Parkinson, este estudio objetivó conocer sus concepciones sobre la enfermedad. Los datos fueron colectados junto a 13 personas ancianas con Enfermedad de Parkinson, que participan del Grupo de Ayuda Mutua de Parkinson de la Universidad Estadual do Suroeste de Bahia, Jequié-BA-Brasil, en el período de marzo a junio de 2008, utilizando como instrumento entrevistas semiestruturadas, que fueron grabadas, transcritas y sometidas al análisis de contenido de Bardin. Los resultados indican que la enfermedad fue percibida como degeneración de la salud, producción de dependencia, limitación del vivir cotidiano, tratamiento, constreñimiento e inestabilidad emocional. En eso contexto, se concluyó que la enfermedad tiene significados negativos para los ancianos cuyo impacto mayor en sus vidas fue la pérdida de la capacidad para el trabajo y que la familia desempeña papel fundamental en el cuidado con ellos.

Palabras clave: Historia oral; anciano; concepción; Enfermedad de Parkinson.

INTRODUÇÃO

Embora a velhice não seja sinônimo de doença, a convivência com a enfermidade crônica é um fenômeno comum entre idosos¹. Das doenças neurodegenerativas mais frequentes neste grupo etário encontra-se a Doença de Parkinson (DP).

A DP afeta pessoas de ambos os sexos, independentemente de etnia ou classe social. O início do quadro clínico ocorre, geralmente, entre os 50 e 70 anos, atingindo cerca de 10 milhões de pessoas em todo mundo, enquanto que, no Brasil, estima-se que 300 mil pessoas são afetadas².

^IMestranda do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Professora Auxiliar da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – Departamento de Saúde – Campus de Jequié, membro do Grupo de Estudo e Pesquisa no Envelhecimento (GREPE), Bahia, Brasil. E-mail: isleide@uesb.br, isleide71@yahoo.com.br.

^{II}Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica e Administração em Enfermagem (DEMCAE), Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa no Envelhecimento (NESPE), Bahia, Brasil.

^{III}Mestre em Enfermagem. Professora Assistente da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – Departamento de Saúde – Campus de Jequié, membro do Grupo de Estudo e Pesquisa no Envelhecimento (GREPE), Bahia, Brasil.

^{IV}Trata-se de um recorte da dissertação de mestrado, com orientação da Doutora Maria do Rosário de Menezes, intitulada: Relatos orais de idosos com doença de Parkinson: concepção sobre a doença e o cuidado familiar EEUFB/2007-2009.

Assim, em virtude do acelerado envelhecimento populacional brasileiro, que tende para um incremento do número de pessoas com DP e consequente necessidade de profissionais competentes para o cuidado específico a estes clientes e sua família, e, ainda, considerando a carência de estudos envolvendo a temática, torna-se relevante esta investigação^{IV}.

Nesse contexto, o estudo tem por finalidade subsidiar o planejamento e implementação do cuidado à pessoa idosa, com base na integralidade e interdisciplinaridade, em conformidade com suas reais necessidades de saúde, de estabilidade emocional, de esclarecimento, de conhecimento sobre a doença e formas de enfrentamento do estigma. Por meio dos resultados, os profissionais poderão conhecer os significados que a DP tem para os clientes, ajudando-os na ressignificação da vida, mesmo na presença de limitações impostas pela condição de cronicidade.

Desse modo, o objetivo desta pesquisa foi conhecer a concepção que a pessoa idosa com DP tem da sua doença.

REFERENCIAL TEÓRICO

Envelhecer e conviver com a DP tem trazido como consequência alterações progressivas da capacidade funcional que implicam perdas de autonomia e independência. Tal situação exige mudanças na estrutura de vida dessas pessoas e dos seus cuidadores familiares, e pode ensejar diferentes significados para cada uma, de acordo com o ambiente em que vivem, sua história de vida e suas condições sociais, econômicas e culturais.

A DP relaciona-se à diminuição progressiva de dopamina, em consequência da morte dos neurônios dopaminérgicos da substância negra nos gânglios da base cerebral. Com a redução acentuada dos neurotransmissores, a doença manifesta-se com tremores, rigidez muscular, bradicinesia, marcha festinante, quedas frequentes e distúrbios de fala³.

Preconiza-se como tratamento medidas farmacológicas e não-farmacológicas para controle dos sintomas, pois ainda não existem medicamentos capazes de interromper o curso da doença nem de evitá-la.

Quanto ao tratamento farmacológico da DP, não se dispõe de muitas drogas no Brasil, entretanto o preconizado inclui a reposição de dopamina, que pode ser utilizada como monoterapia ou em associação, bem como agentes dopaminérgicos, anticolinérgicos e medicamentos neuroprotetores⁴. Na ausência de resposta satisfatória à terapêutica medicamentosa, pode ser realizada a neurocirurgia e a estimulação profunda do cérebro³.

A terapêutica não-farmacológica envolve cuidados complementares ao farmacológico, que incluem grupo de ajuda mútua, vivências corporais, musicoterapia, fonoaudiologia, fisioterapia, entre outras.

Tendo em vista o caráter crônico e progressivo da doença, ela pode levar a situações como: perda do emprego, aposentadoria precoce, perda da independência, da autonomia e dificuldades na comunicação. Tais perdas poderão repercutir em conflitos nas relações familiares, isolamento, depressão e exclusão social.

Portanto, o conhecimento da concepção de idosos sobre a vivência com a DP servirá de subsídios para o planejamento de cuidados envolvendo a participação da equipe interdisciplinar de saúde, na perspectiva de manter e/ou recuperar a autonomia e independência dos clientes nas atividades da vida diária, promovendo sua reinserção social, mesmo com limitações de ordem funcional.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa, desenvolvida junto a pessoas idosas com DP inscritas no Grupo de Ajuda Mútua de Parkinson da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (GAM – UESB) – Projeto de Extensão dessa Universidade, Jequié-BA.

A amostra intencional foi constituída de 13 clientes que atenderam os critérios de condições de expressão oral e participação voluntária, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob protocolo nº 038/2008, foram realizadas reuniões com a coordenadora local do projeto, a fim de solicitar informações cadastrais dos idosos com DP participantes do GAM. De posse dos endereços, foram agendadas as pré-entrevistas^{5,6}, realizadas em visitas domiciliares, para apresentação do projeto e convite para participação na pesquisa.

O instrumento utilizado foi a entrevista semi-estruturada, com roteiro constando de dados sociodemográficos e a questão norteadora: O que o (a) Sr. (a) entende por doença de Parkinson? Para início da coleta de dados, o instrumento foi previamente testado. Após os ajustes, foi realizado o levantamento dos dados nos domicílios dos clientes, que ocorreu no período de março a junho de 2008, seguindo a técnica da história oral⁶.

As entrevistas ocorreram nos domicílios, em local privativo indicado pelo cliente, onde foram gravadas em equipamento digital específico. Depois de transcritas, se procedeu à pós-entrevista, momento em que se deu a conferência⁶ das informações obtidas nas entrevistas e assinatura do termo de cessão dos relatos orais. Todos os idosos que participavam do grupo foram visitados, e a coleta foi encerrada quando houve saturação dos dados.

Foi aplicada a técnica de análise de conteúdo, conforme Bardin⁷, constituída de duas etapas: pré-análise e análise. Na primeira etapa foi efetuada a leitura flutuante dos relatos, em que se constituiu o *corpus*, seguindo com leitura exaustiva dos mesmos textos. Optou-se pela frase como unidade de registro e, com base nesse critério, se procedeu ao recorte dos relatos em unidades de registro, para posterior constituição do inventário e campo semântico. Na sequência, organizou-se a grade de eixos temáticos da qual emergiu uma categoria e seis subcategorias, que foram validadas por duas pesquisadoras com experiência na técnica.

Para apresentação dos dados e análise, foram utilizados recortes de relatos dos clientes, identificados pela letra C, seguido do número correspondente à ordem da entrevista.

RESULTADOS

Participaram do estudo oito homens, com idade entre 60 a 79 anos, e cinco mulheres, com idade entre 67 a 84 anos, sendo que três clientes mencionaram história familiar de DP. A situação conjugal predominante foi a de casado e, quanto à escolaridade, sete possuíam o ensino fundamental incompleto; quatro, o fundamental completo, e dois, o ensino médio completo.

No que se refere ao tempo de convivência com a DP, seis deles convivem com a doença de 1 a 5 anos; cinco, de 6 a 10 anos, e dois por mais de 11 anos.

Concepção da Pessoa Idosa com DP sobre a Doença

A concepção é entendimento, ponto de vista, interpretação, compreensão, opinião que se faz de alguma coisa. Conhecer a concepção da DP sob a ótica do portador é adentrar o universo singular não revelado e, portanto, negligenciado pelos profissionais de saúde e sociedade.

Considerando que a doença é tanto um fato clínico quanto um fenômeno sociológico⁸, uma vez que é sentida, percebida individualmente e afeta as relações no contexto da família, do trabalho e sociocultural, a categoria concepção do idoso com DP sobre a doença está impregnada de significados que expressam aspectos biopsicossociais e culturais dos clientes do estudo. Seis subcategorias sintetizam o conteúdo temático: degeneração da saúde, limitação do viver cotidiano, produção de dependência, tratamento, constrangimento e insegurança emocional.

Degeneração da saúde

As alterações da saúde apontadas pelos clientes refletem os sofrimentos, as dificuldades e experiências que estão vivenciando, demonstrando consciência da doença e de seu caráter crônico e evolutivo. A degeneração da saúde ocorre de forma processual e diversifi-

cada nos indivíduos, que associaram os sintomas à concepção da DP, conforme os seguintes relatos:

Ela [DP] vem minando todos os órgãos do corpo humano [...] Começa a afetar o pensamento [...]. (C1)

[...] Porque com o tempo, a tendência é piorar, até que venha a cura [...]. (C3)

A doença de Parkinson não é boa, doença nenhuma é boa, e essa é pior de tudo, de repente a gente está tremendo [...]. (C4)

Eu comecei a sentir muita fraqueza no corpo todo, a mente meio parada, a musculatura rígida, dificuldade de falar, de escrever e de andar, não tinha o tremor. Nos cinco anos que fiquei sem diagnóstico, procurando uma solução para meu problema de fraqueza, e não descobri. (C9)

[...] Quando andava, caía. (C10)

Limitação do viver cotidiano

As limitações físicas decorrentes dos sintomas comprometem a capacidade funcional, a realização da atividade profissional e de lazer. O aumento de custos com tratamento e diminuição da receita favorecem outra limitação, a financeira, de acordo com os relatos a seguir:

[...] ela limita passear, sair, viajar dificulta muito. A doença me limitou bastante culturalmente e quanto ao desenvolvimento social devido à dificuldade de falar, e andar também com muita dificuldade, pois estou muito fraco. (C9)

[...] nada melhor do que você acordar de manhã, tomar o seu café e saber o que vai fazer. [...] Eu fazia isso todos os dias e depois de 52 anos, não consigo mais trabalhar, porque tenho o problema do tremor [...]. (C5)

Produção de dependência

Como consequência das limitações e incapacidades associadas à DP, os idosos tornam-se dependentes de terceiros para a realização das suas atividades básicas e instrumentais da vida diária. Emerge de seus discursos a subcategoria doença como produção de dependência, sendo ela relacionada a necessidades dos cuidados familiares e de saúde continuados, o que é confirmado nos relatos:

O que incomoda mais na doença é isso essa falta de agir por conta própria, é depender de terceiros [...]. (C11)

Eu era muito alegre, eu ia à rua sozinha, recebia minha pensão, comprava minhas coisinhas e agora não vou só, de jeito nenhum. [...] Eu não desço aqui sozinha, se descer eu caio. (C13)

Não posso ir só à igreja e a fisioterapia. [...] Eu tomo meu banho, visto minha roupa com minha irmã ajudando. (C10)

[...] deixei de dirigir. (C11)

Tratamento

A necessidade da terapêutica é tão importante para o bem-estar dos idosos que eles, ao se referirem à doença, também se reportam ao tratamento como fonte de alívio para os sintomas, embora represente alto custo financeiro, conforme as falas a seguir:

[...] Essa droga melhorou minha atividade, se não fosse essa droga eu já estava paralisado. [...] Hoje, se não tivesse feito fisioterapia, estaria entredado. (C3)

Aí eu testei o comprimido e vi que não posso ficar sem ele. (C4)

Entrar para o grupo tem me trazido bastante alegria [...] tem me prestado serviços perfeitos sobre a minha doença e agradeço a Deus por isso [...]. (C5)

Vem a doença e o dinheiro que a gente tem vai comprar remédio. (C6)

Constrangimento

Os relatos orais dos clientes manifestaram a doença como um estigma relacionado principalmente ao tremor, à dificuldade da fala e à instabilidade postural, como mostram os seguintes depoimentos:

Eu sinto vergonha assim quando estou conversando que começa tremer a perna. (C2)

A família achava que era devido à cachaça, pois eu tomava um gorozinho (cachaça) de vez em quando. (C3)

Tive uma situação de constrangimento com a doença; foi uma queda na rua. (C8)

Quanto a pagar as contas eu me sinto muito inibido por causa da voz, quando eu falo os outros ficam perguntando: O quê? (C9)

[...] a gente é visado, as perguntas dos colegas: Por que você treme? (C12)

Insegurança emocional

Nesta subcategoria, os idosos expressaram a doença como insegurança emocional porque altera o humor, trazendo tristeza, desânimo e inclusive a depressão. Em alguns casos, ocorre o desejo de cometer suicídio, conforme se pode observar nos relatos seguintes:

A doença é um pesadelo. (C3)

[...] depois dessa doença eu só pensava em suicidar [...] a tristeza é tão grande que a gente só pensa na morte [...] tenho poucos amigos, quando a pessoa tem problema de saúde os amigos somem. (C7)

O certo é que eu não aceito, não queria que estivesse assim [...] A autoestima a gente perde, perde o interesse pela vida [...] entrei em depressão. (C12)

DISCUSSÃO

A compreensão que a pessoa idosa com DP tem da doença é de um processo insidioso, de início impreciso, desconhecido, singular. O incômodo advém das restrições do viver diário, impedindo a realização do autocuidado e manter-se ativo em sua comunidade.

A DP é uma afecção que lentamente deteriora a saúde; seus sintomas motores aparecem quando 50% dos neurônios da substância negra já morreram, e seu diagnóstico clínico ocorre na presença de três deles, tremor, rigidez e bradicinesia². A primeira subcategoria

emergida dos relatos orais dos idosos foi a *degeneração da saúde*, que aponta a experiência da doença como vivência dos sintomas e do sofrimento.

A principal alteração relatada pelos idosos foi o tremor de repouso, que se constitui o sinal marcante da afecção. No imaginário social, a DP é a doença do tremor, embora nem todos os idosos relatassem esta condição desde o começo, confirmando o descrito em estudo que refere estar presente em 80% dos casos como manifestação clínica inicial⁹.

Os clientes do estudo mencionaram diminuição do vigor e energia através de expressões como fraqueza, cansaço, fadiga e tontura. Em consequência da contratatura rígida e persistente de braços e pernas, desenvolve-se um trabalho muscular constante. Isto determina a exaustão dos músculos que não relaxam como deveriam.

Nas narrativas, estão explícitas a perda da coordenação motora, a dificuldade para andar e as quedas. Essas alterações são decorrentes da perda dos reflexos posturais, que também ocasionam o desequilíbrio, a incapacidade de ficar em pé sem auxílio e dificuldade para sentar¹⁰.

A DP deteriora ainda a capacidade de comunicação verbal e não verbal. As distorções da voz são decorrentes da rigidez da musculatura responsável pela fala, redução dos movimentos dos lábios e da língua e comprometimento da coordenação dos movimentos respiratórios.

Vale ressaltar que após 5 anos com a DP e em uso da levodopa, a resposta à terapêutica medicamentosa sofre efeito de desgaste¹¹. Visto que a maioria dos idosos deste estudo convive com a DP há mais de 6 anos, a piora dos sintomas começa a interferir na qualidade de vida, trazendo determinadas incapacidades.

A subcategoria *limitação do viver cotidiano* emergiu dos relatos dos clientes quanto à redução da capacidade de executar atividades da vida diária, de se comunicar, de interagir socialmente, de autocuidado, de movimentação. Tais restrições reforçam a importância da família e do suporte formal na adoção de medidas preventivas de complicações, promotoras de reabilitação e manutenção da independência.

A *dependência de terceiros* é vista negativamente e com pesar. Entretanto, em outros estudos que investigaram a dependência de idosos na cultura nipo-brasileira, os sujeitos aceitam resignadamente e não sofrem como na cultura ocidental, que vê a dependência como desagradável e inaceitável¹².

A concepção da DP como *tratamento* se deve ao uso das medicações e a realização de atividades fisioterápicas, que contribuem para melhora da capacidade funcional.

A principal medicação utilizada são os precursores de dopamina, que, em uso prolongado, se torna necessário o aumento da frequência de administração

da droga, caso contrário, apresentarão flutuações conhecidas como *wearing-off*¹³.

Como tratamento não-medicamentoso, a fisioterapia objetiva manter e/ou recuperar a funcionalidade e a independência do idoso, maximizando o seu potencial e melhorando o desempenho nas atividades de vida diária¹⁴.

O apoio do GAM, referido pelos clientes, contribui para a melhoria da qualidade de vida de pessoas com DP, corroborando resultados de estudo anterior, no qual se constatou que o sofrimento pode ser amenizado com informações profissionais precisas, sensíveis e animadoras, pois o conviver nesse grupo anima, socializa e funciona como nova rede de suporte social¹⁵.

Mesmo sendo esclarecidos sobre a doença e suas características, os idosos referiram *constrangimento*, especialmente relacionado ao tremor. O *deficit* na autoestima e na autoimagem, proveniente do tremor, somado ao olhar preconceituoso do outro, altera as emoções, causando vergonha, ansiedade, risco para depressão, acanhamento de permanecer em espaços públicos, favorecendo o isolamento social.

Outro aspecto mencionado como fonte de constrangimento foi a não inteligibilidade da voz, que interfere na comunicação verbal, obrigando a pessoa com DP a repetir sucessivamente uma mesma fala ou expressão.

Da mesma forma, a queda foi citada pelos clientes como evento desencadeante de vergonha, medo, fragilidade e dependência de cuidados. Nessa perspectiva, pesquisas recentes concluíram que os idosos manifestaram medo de voltar a cair e vergonha da situação, levando-os a hesitarem em fazer atividades e limitarem a participação social, resultando em prejuízo da qualidade de vida¹⁶.

Por fim, a doença foi concebida como *insegurança emocional*, proveniente da condição de inércia e de lentidão que impedem a realização das ações, gerando o sofrimento psicológico e melancolia. Todavia, se o idoso não se adapta utilizando estratégias eficazes de enfrentamento, esse estado emocional pode intensificar-se culminando na depressão e até em suicídio.

Estudos apontam que as doenças crônicas podem interferir na autoestima de pessoas idosas em razão das alterações do estado emocional, como tristeza, desânimo, desmotivação, nervosismo, aborrecimento, perda de prazer, insegurança, sensação de inutilidade e insatisfação com a autoimagem¹⁷⁻¹⁹.

CONCLUSÃO

Resguardadas as restrições interpretativas, a pesquisa permitiu conhecer as concepções de pessoas idosas com DP sobre a doença, quais sejam: degeneração da saúde, limitação do viver cotidiano, produção de dependência, tratamento, constrangimento e insegura-

rança emocional. Tais concepções emergiram da vivência com a DP e das mudanças necessárias que impeliram a ressignificar a vida a partir da doença.

Os achados remetem à necessidade de implementar políticas públicas na atenção à saúde da pessoa com DP no âmbito individual e coletivo.

Assim, este estudo pode subsidiar o planejamento do cuidado, cujo principal desafio é a preservação da qualidade de vida mesmo na presença do declínio funcional causado pela doença crônica e longevidade¹⁸.

REFERÊNCIAS

1. Lebrão ML, Duarte YAO. Saúde e independência: aspirações centrais para os idosos. Como estão sendo satisfeitas; In: Neri AL, Venturi G, Bokany V, Santos GA, Lopes A, Lopes D, et al. Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, Edições SESC SP, 2007. p. 191-207.
2. Reis T. Doença de Parkinson: pacientes, familiares e cuidadores. Porto Alegre (RS): Palotti; 2004.
3. Pinheiro JES. Distúrbios do movimento: Doença de Parkinson e não Parkinson. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzone ML. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006, p. 355-60.
4. Teive HAG. Tratamento da Doença de Parkinson no paciente idoso. In: Pereira CU, Andrade Filho AS. Neurogeriatria. Rio de Janeiro: Editora Revinter; 2001. p. 117-25.
5. Merhy MM. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
6. Meihy JCSB. Manual de história oral. São Paulo: Loyola; 1996.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa(Po): Edições 70; 1977.
8. Minayo MCS. Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. Rev Saúde Pública. 1991; 25(3):233-38.
9. Cambier J, Masson M, Dehen H. Neurologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
10. Fahn S, Przedborski S. Parkinsonismo. In: Rowland LP. Tratado de neurologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p.591-602.
11. Moran M. Doença de Parkinson. In: Kauffman TL. Manual de reabilitação geriátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p.123-7.
12. Pinto MEB, Neri AL. Discutindo mitos, desvendando sentidos: velhice, dependência e cuidado segundo jovens, adultos e idosos de origem japonesa. In: Neri AL, Sommerhalder C, Pinto B, Perracine MR. Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais. Campinas(SP): Editora Alínea; 2002. p. 63-132.
13. Barbosa ER. Tratamento da Doença de Parkinson. In: Glagliardi RJ, Reimão R. Clínica neurológica. São Paulo: Lemos Editorial; 1998.
14. Kurowski ER, Gonçalves JS, Guimarães RC. Atendimento médico multidisciplinar: fisioterapia. In: Reis T. Doença de Parkinson: pacientes, familiares e cuidadores. Porto Alegre(RS): Palotti; 2004. p. 239-65.
15. Gonçalves LHT, Alvarez AM, Arruda MC. Pacientes portadores de Doença de Parkinson: significado de suas

vivências. *Acta Paul Enferm.* 2007; 20(1): 62-8

16. Fabrício SCC, Rodrigues RAP. Percepção de idosos sobre alterações das AVDs após acidentes por queda. *Rev enferm UERJ.* 2006; 14: 531-7.

17. Martins IM, Franca APD, Kimura M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. *Rev Latino-am Enfermagem.* 1996; 4(3): 5-18.

18. Silva DCN, Ribeiro AA, Fabrício SCC. Produção de conhecimento sobre a SAE a idosos. *Rev enferm UERJ.* 2007; 15: 406-10.

19. Martins JJ, Silva RM, Nascimento ER, Coelho FL, Schweitzer G, Silva RDM, Erdmann AL. Idosos com necessidades de cuidado domiciliar. *Rev enferm UERJ.* 2008; 16: 319-25.