UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM ASSISTENCIAL

SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CIPE® PARA PACIENTES COM
DOENÇA DE PARKINSON EM REABILITAÇÃO

Autora: Michelle Hyczy de Siqueira Tosin

Orientadora: Prof^a Beatriz Guitton Renaud Baptista de Oliveira

Linha de Pesquisa: O cuidado de Enfermagem para os grupos humanos

Niterói, Fevereiro 2016

Mestrado Profissional
Enfermagem
Assistencial

SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CIPE® PARA PACIENTES COM
DOENÇA DE PARKINSON EM REABILITAÇÃO

Autora: Michelle Hyczy de Siqueira Tosin

Orientadora: Profª Beatriz Guitton Renaud Baptista de Oliveira

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Enfermagem
Assistencial da Universidade Federal Fluminense/UFF como parte
dos requisitos para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa:

O cuidado de Enfermagem para os grupos humanos

Niterói, Fevereiro de 2016

MICHELLE HYCZY DE SIQUEIRA TOSIN

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CIPE® PARA PACIENTES COM
DOENÇA DE PARKINSON EM REABILITAÇÃO

Banca Examinadora

Prof. Dr^a Beatriz Guitton Renaud Baptista de Oliveira (Presidente)
Universidade Federal Fluminense – UFF

Enf^a Dr^a Marise Dutra Souto
Instituto Nacional de Câncer – INCA

Prof. Dr^a Patricia dos Santos Claro Fuly
Universidade Federal Fluminense – UFF

Prof. Dr^a Telma Ribeiro Garcia
Universidade Federal da Paraíba – UFPB

Prof. Dr^a Rosimere Ferreira Santana
Universidade Federal Fluminense – UFF

Ficha Catalográfica

T 714 Tosin, Michelle Hyczy de Siqueira.
 Subconjunto terminológico da CIPE® para pacientes com
 doença de Parkinson em reabilitação/ Michelle Hyczy de
 Siqueira Tosin. – Niterói: [s.n.], 2016.
 193 f.

 Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem
 Assistencial) - Universidade Federal Fluminense, 2016.
 Orientador: Prof^a. Beatriz Guitton Renaud Baptista de
 Oliveira.

 1. Doença de Parkinson. 2. Cuidados de enfermagem. 3.
 Classificação. 4. Diagnóstico de enfermagem. 5. Reabilitação.
I. Título.

CDD 616.833

Dedico este trabalho

“Assim como a nuvem só existe se chover,
assim como o poeta só é grande se sofrer,
assim como viver sem amor não é viver,
não há você sem mim,
eu não existo sem você.” - *Vinicius de Moraes*

Ao Rodrigo, meu amor e companheiro, compreensivo e incentivador de meu crescimento profissional, mesmo diante da abdicação necessária para essa conquista.

Aos meus lindos e queridos filhos, Otávio e Vitória, fonte de minhas inspirações e razão de meu viver.

Aos meus pais, Amilton e Liriane, que na origem de minha jornada, me ensinaram os princípios que se perpetuam ao longo dessa trajetória.

Às minhas queridas irmãs, Ana Carolina e Jéssica, que consolidam minha base familiar.

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades.
Lembraí-vos de que as grandes coisas do homem
foram conquistadas do que parecia impossível.” - *Charles Chaplin*

Aos pacientes com doença de Parkinson e seus familiares, que por meio de meus cuidados aprendem, mas sobretudo, me ensinam o verdadeiro valor da reabilitação neurológica.

Aos pesquisadores, anônimos ou não, os quais foram a base primordial do meu conhecimento, e que dedicam a sua vida a estudar as impossibilidades impostas por esta doença.

Agradecimentos

“O valor das coisas não está no tempo que elas duram,
mas na intensidade com que acontecem.
Por isso existem momentos inesquecíveis,
coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.” - *Fernando Pessoa*

À Prof^a Beatriz Guitton Renaud Baptista de Oliveira, mestra norteadora de meus objetivos.

Às professoras Rosimere Ferreira Santana, Telma Ribeiro Garcia e Patrícia do Santos Claro Fuly, pelos ensinamentos e pelo exemplo.

À coordenação do Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial, a todo corpo docente e à rede de apoio da Universidade Federal Fluminense, por viabilizar e gerir esplendidamente este programa.

“A amizade é uma predisposição recíproca
que torna dois seres igualmente ciosos da felicidade um do outro.” - *Platão*

À Débora, Luciana e ao Cláudio, amigos, incentivadores e apoiadores nas difíceis decisões desta jornada.

“Escolha um trabalho que você ama,
E você nunca terá que trabalhar um dia sequer em sua vida.” - *Confúcio*

Ao Comitê Científico da Rede SARA, à Ediane, Andresa e Selma, e a todos os meus colegas de trabalho, por apoiarem, subsidiarem e acreditarem nesta conquista. Que eu seja digna de retribuí-los.

À Rede SARA, por me proporcionar a honrosa possibilidade de aprender continuamente a arte da Enfermagem na Reabilitação Neurológica.

À todos os enfermeiros especialistas que participaram da fase de validação desta pesquisa.

Créditos

Revisão da Figura 13. “Classificação dos principais sinais e sintomas motores e não motores da doença de Parkinson”

Francisco Eduardo Costa Cardoso, PhD, Professor Titular do Departamento de Clínica Médica – Neurologia, da Universidade Federal de Minas Gerais e Secretário da International Parkinson and Movement Disorder Society (MDS).

Ivar Viana Brandi, MD, Neurologista, Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, Unidade Salvador-BA.

Revisão do inglês

Fernanda Ponce de Leon Arruda, Psicóloga, Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, Unidade Rio de Janeiro-RJ.

Assessoria estatística

Marcelo Barbosa Anzanello, Estatístico, Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, Unidade Rio de Janeiro-RJ.

Avaliação crítica do texto

Claudio Antonio da Cruz Mecone, Enfermeiro, Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, Unidade Rio de Janeiro-RJ.

“O começo de todas as ciências é o espanto de as coisas serem o que são”.

Aristóteles

Resumo

A doença de Parkinson é uma enfermidade neurodegenerativa, multissistêmica, incurável e com manifestações caracterizadas por sintomas motores e não motores. O cuidado especializado de enfermagem agrega qualidade e integralidade à assistência multidisciplinar. **Objetivo:** Construir um subconjunto terminológico da Classificação Internacional para Prática da Enfermagem CIPE® para pacientes com doença de Parkinson em reabilitação. **Método:** Estudo documental com mapeamento cruzado, onde foram analisados 352 prontuários de pacientes com doença de Parkinson submetidos à reabilitação em um centro especializado, no período de maio de 2009 a março de 2014. Desenvolveram-se quatro etapas metodológicas: 1- extração das características demográficas dos pacientes e das evidências empíricas de Diagnósticos/Resultados e de Intervenções de enfermagem; 2- normalização dos termos; 3- mapeamento cruzado das evidências empíricas com a CIPE®; 4- validação dos termos junto aos enfermeiros juízes. **Resultados:** O perfil dos pacientes caracterizou-se por 61,9% do gênero masculino, com idade entre 59 a 78 anos (67,0%), 77,0% cursava com tempo de evolução da doença entre 1 a 9 anos, 37,8% estava no estágio 2 da Escala de H&Y e a maioria possuía a forma Mista da doença (58,0%). No que se refere aos diagnósticos/resultados de enfermagem, emergiram 3.825 conceitos primitivos que resultaram em 155 conceitos pré-coordenados de acordo com a CIPE® ($10,9 \pm 0,1$). Destes, 113 estavam diretamente relacionados à doença de Parkinson, 65,5% foram considerados síndromes e 98,2% do total foram validados pelos juízes. Os sintomas não motores foram representados por 59,3% prevalecendo o diagnóstico/resultado síndrome “Processo do Sistema Urinário Prejudicado” (100,0%). Os sintomas motores foram representados por 15,9%, onde o diagnóstico/resultado síndrome “Hipoatividade” foi o mais prevalente (100,0%). Os diagnósticos/resultados relacionados aos princípios da reabilitação representaram 24,8% e a síndrome “Capacidade para Executar Autocuidado Positiva” representou o conjunto de diagnósticos mais prevalentes (57,1%). Em se tratando das Intervenções de Enfermagem, emergiram 3.695 conceitos primitivos que, após o cruzamento com a CIPE®, resultaram em 66 intervenções pré-coordenadas ($11,2 \pm 1,7$). Destas, 56 estavam relacionadas à doença de Parkinson e aos princípios da reabilitação e 91,0% foram validadas pelos juízes. As intervenções mais mapeadas foram: “Entrar em acordo para Adesão” (100%), “Orientar sobre Ingestão de Líquidos ao Paciente” (67,0%), “Orientar como lidar com a Medicação” (55,1%). **Conclusões:** Sugere-se a inclusão na CIPE® dos termos “Urgência miccional”, “Noctúria”, “Manobra de Valsalva”, “Manobra de Credé” e “Diário Miccional”, além da revisão do termo “Hipoatividade”. A criação do subconjunto terminológico subsidiará a elaboração de protocolos clínicos no contexto da reabilitação de pacientes com doença de Parkinson, e sobretudo, viabilizará a implantação da linguagem de especialidade do enfermeiro.

Descritores: Doença de Parkinson; Cuidados de Enfermagem; Classificação; Diagnóstico de Enfermagem; Reabilitação.

Abstract

Parkinson's disease is a neurodegenerative disorder, multisystemic, incurable and manifestations characterized by motor and non-motor symptoms. Specialized nursing care adds quality and integrality for the multidisciplinary care. **Objective:** To build a terminological subset of the International Classification for Nursing Practice ICNP® for patients with Parkinson's disease in rehabilitation. **Method:** Documentary study with cross mapping, which analyzed 352 medical records of patients with Parkinson's disease who underwent rehabilitation program in a specialized centre, from May 2009 to March 2014. Four methodological steps were developed: 1- data collection of the demographic characteristics of patients and empirical evidence of diagnosis/outcome and nursing interventions; 2- standardization of terms; 3- cross-mapping of empirical evidence to ICNP®; 4- validation of terms with nurses judges. **Results:** The profile of the patients was characterized by 61,9% men, aged between 59 and 78 years (67.0%), and 77.7% had the disease for 1 and 9 years, 37.8% in stage 2 of Hohen & Yahr scale and 58.0% had the mixed form of Parkinson's disease. 3.825 primitive concepts regarding nursing diagnosis/outcome emerged which resulted in 155 pre-coordinated concepts according to ICNP® (10.9±0.1). Among these, 113 were directly related to Parkinson's disease, 65.5% were considered syndromes and 98.2% of the total were validated by the judges. The non-motor symptoms were represented by 59.3% prevailing the diagnosis/outcome syndrome of "Impaired Urinary System Process" (100.0%). Motor symptoms were represented by 15.9%, where the diagnosis/outcome syndrome of "Hypoactivity" was the most prevalent (100.0%). Diagnostics/outcome related to the principles of rehabilitation accounted for 24.8% and the syndrome "Positive Ability To Perform Self Care" represented the set of most prevalent diagnosis (57.1%). In the case of the Nursing Interventions, 3.695 primitive concepts emerged from the records that after the cross-mapping with ICNP® resulted in 66 pre-coordinated interventions (11.2±1.7). Among these, 56 were related to Parkinson's disease and the principles of rehabilitation and 91.0% were validated by the judges. The interventions were: "Contracting For Adherence" (100%), "Advise Patient for Fluid Intake" (67.0%), "Teaching About Medication Handling" (55.1%). **Conclusions:** We suggest the inclusion in ICNP® of the terms "Urinary urgency", "Nocturia", "Valsalva Maneuver", "Credé's Maneuver" and "Voiding Diary" in addition to the revision of the term "Hypoactivity". The creation of terminology subset subsidizes the development of clinical protocols in the context of rehabilitation of patients with Parkinson's disease, and above all, enables the implementation of a nursing specialty language.

Keywords: Parkinson's disease; Nursing care; Classification; Nursing Diagnosis; Rehabilitation.

Sumário

Lista de ilustrações	14
Lista de Tabelas	17
Lista de siglas	18
CAPÍTULO I - Introdução	19
1.1 Justificativa e relevância	21
1.2 Objetivo geral	22
1.2.1 Objetivos específicos	22
CAPÍTULO II - Bases Conceituais	23
2.1 A Doença de Parkinson.....	23
2.2 A Enfermagem na reabilitação de pacientes com doença de Parkinson.....	29
2.3 O uso das linguagens de especialidade no âmbito da reabilitação	33
CAPÍTULO III - Método.....	39
3.1 Tipo de Estudo	39
3.2 Caracterização do local do estudo	39
3.3 População e amostra	43
3.4 Coleta dos dados	45
3.4.1 Primeira etapa: Extração das informações e das evidências empíricas que indicavam Diagnósticos/Resultados e Intervenções	46
3.4.2 Segunda etapa: Normalização dos termos.....	48
3.4.3 Terceira etapa: Mapeamento cruzado das evidências empíricas referentes aos Diagnósticos, aos Resultados e às Intervenções com a CIPE® versão 2013.....	48
3.4.4 Quarta etapa: Validação das afirmativas de diagnósticos e de intervenções de Enfermagem de acordo com a linguagem CIPE®	51
3.4.4.1 Seleção dos juízes.....	51
3.4.4.2 Processo de validação.....	52
3.5 Tratamento dos dados	54
3.6 Aspectos Éticos.....	54
CAPÍTULO IV - Resultados	55
4.1 Caracterização dos registros de enfermagem e dos pacientes que compuseram a amostra do estudo.....	55
4.2 Mapeamento Cruzado dos Diagnósticos/Resultados de Enfermagem.....	56

4.3 Mapeamento Cruzado das Intervenções de Enfermagem	65
4.4 Diagnósticos/Resultados e Intervenções de Enfermagem validados pelos juízes	73
4.4.1 Caracterização dos enfermeiros juízes	73
4.4.2 Processo de Validação	74
4.4.3 Diagnósticos/Resultados e Intervenções de Enfermagem validados e relacionados aos Sintomas Não Motores da doença de Parkinson.....	76
4.4.4 Diagnósticos/Resultados e Intervenções de Enfermagem validados e relacionados aos Sintomas Motores da doença de Parkinson	81
4.4.5 Diagnósticos/Resultados e Intervenções de Enfermagem validados e relacionados aos princípios da reabilitação	85
4.4.6 Diagnósticos/Resultados e Intervenções de Enfermagem que não foram validados pelos juízes.....	89
4.5 Subconjunto Terminológico da Classificação Internacional para Prática de Enfermagem CIPE® para pacientes com doença de Parkinson em reabilitação ...	91
CAPÍTULO V - Discussão	98
5.1 Da caracterização dos pacientes.....	98
5.2 Dos Diagnósticos/Resultados e Intervenções de Enfermagem	98
5.3 Do organograma para classificação dos principais sinais e sintomas motores e não motores da doença de Parkinson	101
5.4 Dos diagnósticos classificados como síndromes	104
5.5 Dos Diagnósticos/Resultados e Intervenções relacionados aos Sintomas Não Motores	106
5.6 Dos Diagnósticos/Resultados e Intervenções relacionados aos Sintomas Motores	108
5.7 Dos Diagnósticos/Resultados e Intervenções relacionados aos Princípios da Reabilitação.....	111
5.8 Dos Diagnósticos/Resultados e Intervenções não validados pelos juízes.....	112
CAPÍTULO VI – Conclusões.....	114
8. Referências	116
9. Apêndices	124
Apêndice A: Instrumentos para execução das etapas metodológicas.....	125

Apêndice B: Caderno de Validação.....	126
Apêndice C: Solicitação de dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido	179
Apêndice D: Distribuição dos Diagnósticos/Resultados de Enfermagem mapeados de acordo com CIPE®	180
Apêndice E: Distribuição das Intervenções de Enfermagem mapeadas de acordo com CIPE®	185
10. Anexos.....	188

Lista de ilustrações

Figura 1. Fases pré e pós motoras da doença de Parkinson.....	24
Figura 2. Estadiamento de Braak: correlação neuropatológica dos sintomas pré e pós-motores da doença de Parkinson	26
Figura 3. Modelo de competência profissional para enfermagem em reabilitação.	30
Figura 4. Modelo de Sete Eixos da CIPE®.	36
Figura 5. Atividades desenvolvidas pelos enfermeiros no programa de reabilitação para pacientes com doença de Parkinson na unidade SARAH do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015	43
Figura 6. Seleção dos prontuários eletrônicos para a pesquisa. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015	44
Figura 7. Etapas percorridas para a coleta e tratamento das evidências empíricas que representaram diagnósticos/resultados e intervenções, identificadas nos prontuários de pacientes com DP em reabilitação, e que foram mapeadas com a terminologia CIPE®	45
Figura 8. Procedimento para realização do mapeamento cruzado das evidências empíricas com os Diagnósticos/Resultados CIPE®. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015 ..	49
Figura 9. Procedimento para realização do mapeamento cruzado das evidências empíricas com as Intervenções da CIPE®. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015.....	50
Figura 10. Critérios para seleção dos juízes. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015	52
Figura 11. Distribuição dos registros de enfermagem de acordo com o ano das evoluções no período proposto para a pesquisa (Maio de 2009 a Março 2014). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015	55
Figura 12. Distribuição dos Diagnósticos/Resultados de Enfermagem mapeados no período de Maio de 2009 a Março de 2014. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015	57
Figura 13. Organograma da classificação dos principais sinais e sintomas motores e não motores da doença de Parkinson. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015	59
Figura 14. Estratificação dos diagnósticos/resultados relacionados aos sintomas não motores, motores e princípios da reabilitação mapeados de acordo com a CIPE® e caracterizados como síndromes. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015	60
Figura 15. Estratificação dos diagnósticos/resultados CIPE® relacionados aos sintomas não motores, motores e aos princípios da reabilitação alocados em categorias diversas. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015	62
Figura 16. Diagnósticos/Resultados CIPE® que não possuem relação com os sintomas não motores, motores e aos princípios da reabilitação. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015	64
Figura 17. Termos mapeados para os diagnósticos/resultados de acordo com os eixos da CIPE®. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2015.....	64
Figura 18. Distribuição das Intervenções de Enfermagem mapeadas no período de Maio de 2009 a Março de 2014. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015	65

Figura 19. Processo de seleção das Intervenções CIPE® para a etapa de validação. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015	66
Figura 20. Intervenções de enfermagem CIPE® que se repetiram nos contextos de diagnósticos/resultados. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015	71
Figura 21. Intervenções CIPE® que possuíam relação com outros diagnósticos/resultados. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015	71
Figura 22. Distribuição dos termos mapeados para as intervenções de acordo com os eixos da CIPE®. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2015	72
Figura 23. Z-escore para comparação dos 148 termos relacionados aos diagnósticos/resultados e intervenções CIPE® entre os juízes. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015	75
Figura 24. Índice de concordância dos juízes quanto aos Diagnósticos/Resultados de Enfermagem relacionados aos Sintomas Não Motores da doença de Parkinson. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015	76
Figura 25. Evidências empíricas mapeadas tanto para os diagnósticos relacionados à síndrome “Processo do Sistema Urinário Prejudicado” quanto para o próprio termo. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015	78
Figura 26. Distribuição dos diagnósticos/resultados CIPE® positivos relacionados aos sintomas não motores da doença de Parkinson mapeados nos prontuários dos 352 pacientes com doença de Parkinson. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015	79
Figura 27. Distribuição dos diagnósticos/resultados CIPE® negativos relacionados aos sintomas não motores da doença de Parkinson mapeados nos prontuários dos 352 pacientes com doença de Parkinson. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015	79
Figura 28. Índice de concordância dos juízes quanto às Intervenções de Enfermagem relacionadas aos sintomas não motores da doença de Parkinson. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015	80
Figura 29. Índice de concordância dos juízes quanto aos Diagnósticos/Resultados de Enfermagem relacionados aos Sintomas Motores da doença de Parkinson. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015	82
Figura 30. Distribuição dos diagnósticos/resultados CIPE® negativos relacionados aos sintomas motores da doença de Parkinson mapeados nos prontuários dos 352 pacientes com doença de Parkinson. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015	83
Figura 31. Distribuição dos diagnósticos/resultados CIPE® positivos relacionados aos sintomas motores da doença de Parkinson mapeados nos prontuários dos 352 pacientes com doença de Parkinson. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015	84
Figura 32. Distribuição dos diagnósticos/resultados CIPE® negativos relacionados aos princípios da reabilitação mapeados nos prontuários dos 352 pacientes com doença de Parkinson. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015	86
Figura 33. Distribuição dos diagnósticos/resultados CIPE® positivos relacionados aos princípios da reabilitação mapeados nos prontuários dos 352 pacientes com doença de Parkinson. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015	87

Figura 34. Opinião dos juízes a respeito dos termos não validados. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015.....	90
Figura 35. Subconjunto Terminológico da CIPE® para pacientes com doença de Parkinson em reabilitação. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015.....	97

Lista de Tabelas

Tabela 1. Pesos do grau de concordância para o cálculo do Índice de Concordância. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015	53
Tabela 2. Perfil dos pacientes com doença de Parkinson que participaram de programa de reabilitação no período de Maio de 2009 a Março de 2014 (n=352). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2015	55
Tabela 3. Categorias das evidências empíricas mapeadas de acordo com os Diagnósticos/Resultados da CIPE®. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015	57
Tabela 4. Distribuição das principais Intervenções de Enfermagem mapeadas de acordo com CIPE®. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015	68
Tabela 5. Caracterização dos enfermeiros juízes. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015	73
Tabela 6. Caracterização dos juízes em relação à experiência, atuação profissional desenvolvimento de pesquisa. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015	74
Tabela 7. Índice de Concordância total entre os juízes por categoria. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015	75
Tabela 8. Diagnósticos/Resultados de Enfermagem CIPE® relacionados aos Sintomas Não Motores da doença de Parkinson que alcançaram $IC \geq 0,80$ na média geral dos juízes. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015	76
Tabela 9. Intervenções CIPE® relacionadas aos sintomas não motores da doença de Parkinson que alcançaram $IC \geq 0,80$ na média geral dos juízes. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015	80
Tabela 10. Diagnósticos/Resultados de Enfermagem CIPE® relacionados aos Sintomas Motores da doença de Parkinson que alcançaram $IC \geq 0,80$ na média geral dos juízes. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015	82
Tabela 11. Intervenções de Enfermagem CIPE® relacionadas aos Sintomas Motores da doença de Parkinson que alcançaram $IC \geq 0,80$ na média geral dos juízes. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015	84
Tabela 12. Diagnósticos/Resultados de Enfermagem CIPE® relacionadas aos Princípios da Reabilitação que alcançaram $IC \geq 0,80$ na média geral dos juízes. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015	85
Tabela 13. Intervenções de Enfermagem CIPE® relacionadas aos Princípios da Reabilitação que alcançaram $IC \geq 0,80$ na média geral dos juízes. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015	87
Tabela 14. Diagnósticos/Resultados CIPE® que apresentaram $IC \leq 0,80$. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015	89
Tabela 15. Intervenções CIPE® que apresentaram $IC \leq 0,80$. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015	89

Lista de siglas

DP	Doença de Parkinson
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CIPE®	Classificação Internacional para Prática de Enfermagem
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade
ISO	Organização Internacional de Padronização
CIE	Conselho Internacional de Enfermeiros
ARN	Associação dos Enfermeiros de Reabilitação
NANDA-I	NANDA Internacional
NIC	Nursing Intervention Classification
NOC	Nursing Outcomes Classification
H&Y	Escala Hoehn & Yahr
IC	Índice de Concordância

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

O perfil epidemiológico atual sugere que aproximadamente cinco milhões de pessoas estão acometidas pela doença de Parkinson (DP) em todo o mundo ⁽¹⁾. Dados da Organização Mundial de Saúde mostram que aproximadamente 1% das pessoas com idade superior a 65 anos, tem a doença. Só no Brasil, estima-se que cerca de 200 mil pessoas sofram desta enfermidade ⁽²⁾, e as perspectivas futuras são de aumento expressivo desse número em virtude do envelhecimento populacional vivenciado pela sociedade mundial ⁽¹⁾.

Enfermidade neurodegenerativa e de característica multissistêmica, a DP é diagnosticada clinicamente por pelo menos dois dos seguintes sintomas motores: o tremor de repouso, a rigidez muscular, a bradicinesia e a instabilidade postural ⁽¹⁾.

Ao longo de décadas, os avanços das pesquisas redirecionaram o conhecimento científico a respeito da DP, começando com a melhor compreensão dos sintomas motores, mas também com a melhor caracterização de sintomas considerados não motores ⁽³⁾. Sabe-se que estes, além de muito comuns entre os pacientes, estão presentes em fases precoces do desenvolvimento da doença e, muitas vezes, antes mesmo do aparecimento dos sintomas motores e da possibilidade diagnóstica propriamente dita ⁽⁴⁾. Os sintomas não motores são descritos como disfunções autonômicas, cognitivas, neuropsiquiátricas, distúrbios do sono, sensoriais, dentre outros ⁽⁴⁾.

Ambas as categorias de sintomas, motores e não motores, impactam negativamente na qualidade de vida do paciente/família e contribuem para a hospitalização em fases avançadas da doença ⁽⁵⁾.

Portanto, considerando a magnitude sintomatológica da DP e o impacto na qualidade de vida dos pacientes/família, é inegável a importância da assistência multidisciplinar em saúde nos contextos da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

No âmbito da Enfermagem, as pesquisas mostram que os avanços no cuidado ao paciente com DP ainda são incipientes e regionalizados, em países como Estados Unidos da América, Canadá e Reino Unido ⁽⁵⁻⁷⁾. No Brasil, a produção científica que versa sobre o tema, principalmente no contexto da reabilitação, ainda é escassa ⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Por outro lado, destaca-se a crescente discussão na comunidade científica de Enfermagem e nas instituições de saúde onde enfermeiros atuam, a respeito da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). A SAE pode ser definida como a organização das condições necessárias para a realização do Processo de Enfermagem^(11, 12), que é definido como um instrumento metodológico do cuidar em enfermagem, utilizado para identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever as necessidades do indivíduo, família ou coletividade humana, no processo saúde-doença⁽¹³⁾.

Seu embasamento legal se deu em 1986 com a Lei 7.498, que dispõe sobre a regulamentação do Exercício da Enfermagem, onde se prevê como atividades privativas do enfermeiro o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem⁽¹⁴⁾. Mas somente em 2002 a SAE recebeu apoio legal do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), pela Resolução nº 272, para ser implementada em âmbito nacional nas instituições de saúde. Esta foi revogada pela Resolução COFEN-358/2009, a qual é a base legal vigente que dispõe sobre a SAE e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem⁽¹⁵⁾.

Em seu Artigo 2º, incisos I, II, III, IV e V, definem-se as etapas do Processo de Enfermagem: Coleta de dados (ou Histórico), Diagnóstico, Planejamento, Implementação e Avaliação de Enfermagem⁽¹⁵⁾.

Para tanto, sobrepõe-se a importância do uso de sistemas de linguagens padronizadas no Processo de Enfermagem. Isto se dá, uma vez que estas ferramentas tecnológicas proporcionam condições para melhor lidar com a crescente complexidade do cuidado, uma vez que permitem comunicar e comparar dados de enfermagem entre diversos contextos, países e idiomas, minimizando os ruídos comunicacionais. Assim, estes podem ser utilizados para apoiar a decisão clínica, analisar os cuidados de enfermagem e os resultados alcançados com os pacientes, desenvolver políticas de saúde e suscitar conhecimento pela investigação⁽¹⁶⁾.

Isto converge com o conceito de tecnologia em saúde que é definida como um produto, método ou técnica elaborado e utilizado para solucionar problemas de saúde, atendendo aos critérios de simplicidade e baixo custo, além de fácil aplicabilidade e impacto comprovado⁽¹⁷⁾.

Dentre as terminologias de enfermagem relacionadas às etapas de diagnósticos/resultados e de intervenções, ressalta-se a Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE®). Tal classificação integra a família das classificações reconhecidas pela Organização Mundial da Saúde, que também é composta pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) e a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF)⁽¹⁷⁾.

Terminologia constituída por eixos combinatórios, com conceitos primitivos e ontológicos, fundamentados na International Organization for Standardization (Norma ISO 18.104/2003) e regida pelas recomendações do Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), a CIPE® possui como versão mais atual a versão 2015, disponibilizada pelo CIE em setembro/2015⁽¹⁸⁾.

Esta é definida como um sistema unificado da linguagem de enfermagem, uma terminologia instrumental para a prática, que viabiliza a combinação cruzada de termos locais com as terminologias existentes⁽¹⁸⁾. É considerada um marco importante para articular a contribuição que a Enfermagem traz para a saúde, em todo o mundo, fomentando a harmonização com outras classificações utilizadas no trabalho dos grupos de normalização em saúde e em Enfermagem⁽¹⁹⁾.

A CIPE® ainda possibilita o desenvolvimento de subconjuntos terminológicos direcionados à áreas específicas da prática clínica. Estes, também conhecidos como catálogos, consistem em um conjunto de enunciados de Diagnósticos, de Resultados e de Intervenções de Enfermagem, focalizados em áreas específicas do cuidado, que favorecem a adoção de uma linguagem unificada e acessível aos enfermeiros em âmbito mundial, conforme preconiza o CIE⁽²⁰⁾.

1.1 Justificativa e relevância

Diante deste panorama contextual, reconhece-se o mérito de pesquisas que enfatizam a temática do cuidado de enfermagem ao paciente com doença de Parkinson, fundamentadas em terminologias padronizadas, utilizadas no Processo de Enfermagem. Pois, estas convergem com a necessidade atual global de maior consolidação e generalização do papel do enfermeiro reabilitador no contexto multidisciplinar em saúde, por intermédio dos recursos tecnológicos da profissão.

Assim sendo, constata-se que no cenário escolhido para este estudo, os enfermeiros não utilizam em suas evoluções afirmativas padronizadas de acordo com uma terminologia para a descrição dos Diagnósticos, dos Resultados e das Intervenções relacionadas aos cuidados aos pacientes com doença de Parkinson em reabilitação.

1.2 Objetivo geral

Construir um subconjunto terminológico da CIPE® para pacientes com doença de Parkinson em reabilitação.

1.2.1 Objetivos específicos

1. Identificar as principais evidências empíricas de Diagnósticos/Resultados e de Intervenções de Enfermagem descritas em prontuários de pacientes com doença de Parkinson atendidos na unidade Rio de Janeiro da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação;
2. Realizar o mapeamento cruzado das principais evidências empíricas de Diagnósticos/Resultados e de Intervenções de Enfermagem na reabilitação de pacientes com doença de Parkinson, de acordo com a linguagem CIPE® versão 2013;
3. Validar os Diagnósticos/Resultados e as Intervenções de Enfermagem, de acordo com a linguagem CIPE® versão 2013, junto a enfermeiros especialistas;

CAPÍTULO II - BASES CONCEITUAIS

2.1 A Doença de Parkinson

Compondo o rol das doenças denominadas “distúrbios do movimento”, o Parkinsonismo é uma enfermidade caracterizada pela combinação de seis características fundamentais: tremor em repouso, rigidez muscular, bradicinesia ou lentidão de movimentos, perda dos reflexos posturais, postura fletida e congelamento (bloqueio motor). A combinação desses sinais é usada para definir clinicamente o diagnóstico provável de Parkinsonismo ⁽²¹⁾.

Entre as diversas enfermidades que abrangem o espectro do Parkinsonismo destaca-se a variedade mais comum, a forma idiopática, conhecida como doença de Parkinson ⁽²¹⁾.

As primeiras descrições desta doença datam do ano 1000 a.C.. Antigos textos tradicionais indianos e chineses com a descrição de sintomas isolados forneceram subsídios para que no século XIX, em 1817, o médico inglês James Parkinson reunisse o conjunto de sinais e sintomas que determinariam a síndrome parkinsoniana. Em sua monografia a qual intitulou “*An Essay on the Shaking Palsy*” (“Um Ensaio sobre a Paralisia Agitante”), ele descreveu os sintomas de seis pacientes que apresentavam movimentos involuntários tremorígenos, diminuição da força muscular, propensão para inclinação anterior do tronco e alterações na marcha ⁽²²⁻²⁴⁾. James Parkinson morreu sem ter o reconhecimento frente à descoberta desta nova doença, sendo a atribuição de seu nome feita anos mais tarde por Jean Martin Charcot ⁽²²⁾.

Apesar de James Parkinson já fazer menções sobre outros sintomas que comporiam o conjunto de sintomas motores e não motores, a doença foi vista por muito tempo como um distúrbio do movimento, que apresentava como características principais, sintomas motores clássicos decorrentes da depleção de dopamina no sistema nervoso central ⁽²⁵⁾.

No entanto, as pesquisas voltadas para o conhecimento fisiopatológico da doença atingiram seu ápice com as publicações de Braak em 2003, com estudos realizados em cérebros humanos *pos mortem*. Braak e seus colaboradores descreveram os diferentes estágios da doença, o que contribuiu para a sua melhor compreensão e,

desta forma, para o raciocínio clínico a respeito dos sintomas e, consequentemente, para a elaboração dos planos de cuidados aos pacientes acometidos ⁽²⁶⁾.

Com os avanços no campo das pesquisas, sabe-se hoje que o processo patológico subjacente à DP requer anos para atingir sua extensão no sistema nervoso humano.

A doença progride inexoravelmente à síndrome clínica completa, desde que ela não seja interrompida pela morte do indivíduo. Durante seu curso, que pode durar até 40 anos, as lesões intraneuronais aumentam progressivamente em termos de gravidade, e as mudanças previsíveis ocorrem em seu padrão de distribuição. As alterações desenvolvem, em algum grau, disfunções motoras, e portanto, o curso da doença pode ser dividido em fases pré-sintomática e sintomática ⁽²⁶⁾.

De acordo com os conceitos de Braak, a DP avança em seis etapas neuropatológicas, onde cada uma delas é marcada pelo aparecimento contínuo de inclusões por corpos de Lewy nas células nervosas envolvidas ⁽²⁵⁾. Estes podem ser facilmente distinguidos e associados à outras doenças neurodegenerativas. Porém, a combinação de tipos específicos de neurônios vulneráveis em regiões cerebrais suscetíveis é peculiar à DP, proporcionando assim, o diagnóstico diferencial ⁽²⁶⁾.

Mesmo na ausência completa de sintomas clínicos detectáveis, os corpos de Lewy não são estruturas inócuas, que acompanham o envelhecimento saudável. Muito pelo contrário, esses corpos de inclusão são as marcas de estágios iniciais da DP, o que traz à tona indícios de que a doença apresenta estágios pré-sintomáticos ^(26, 27).

A figura 1 demonstra o caráter progressivo da doença e suas respectivas fases, de acordo com Braak.

Figura 1. Fases pré e pós motoras da doença de Parkinson

Fonte: Braak, H; Del Tredici, K; Rüb, U; *et al.* Staging of brain pathology related to sporadic Parkinson's disease. *Neurobiology of Aging*. 2003; 24(2): 197–211.

Sob essa ótica, Braak sugeriu o caráter ascendente de acometimento cerebral e o correlacionou com as áreas afetadas (figura 1, A e B). A descrição desses estadiamentos e a presença de corpos de Lewy em áreas distintas do sistema nervoso central (nervo vago, substância negra, mesocórtex, tálamo, neocórtex) corroborou a teoria de que a DP é um transtorno sistêmico e não apenas restrito a alterações na pars compacta da substância negra ^(22, 26).

Segundo Braak, quando um indivíduo começa a apresentar sintomas motores da DP ele já se encontra em estágio mais avançado. Ademais, ele revelou que previamente ao surgimento dos sintomas motores, ocorrem lesões em outras células específicas, localizadas fora da substância negra, que podem ser correlacionadas com alterações clínicas não motoras. Estas são definidas como disfunções autonômicas (vesicais, intestinais, cardiovasculares), sensoriais, alterações do sono, cognitivas e neuropsiquiátricas (figura 2), caracterizando-se assim, a fase pré-motora de desenvolvimento da doença ^(26, 27).

Figura 2. Estadiamento de Braak: correlação neuropatológica dos sintomas pré e pós-motores da doença de Parkinson

Fonte: Hawkes CH, Del Tredici K, Braak H. A timeline for Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord* 2010;16(2):79–84.

Observa-se na figura 2 que o indivíduo pode cursar com a doença por até 40 anos, onde nos 20 primeiros anos ele desenvolve sintomas não motores (hiposmia, constipação, disfunções vesicais, do sono, depressão) relacionado ao processo neurodegenerativo em regiões subcorticais. Os sintomas motores (rigidez, bradicinesia, tremor de repouso, instabilidade postural) e o seu diagnóstico clínico é feito após o acometimento mais intenso das áreas subcorticais com início do processo degenerativo em regiões supracorticais.

Mas apesar dos avanços nos estudos em relação aos aspectos fisio e neuropatológicos, a etiologia da doença de Parkinson ainda permanece obscura. Sabe-se que fatores genéticos associados à mecanismos moleculares de morte neuronal podem

ser os responsáveis (3, 25, 28).

A doença acomete indivíduos de ambos os sexos, principalmente na faixa etária dos 60 anos e com aumento progressivo da prevalência a cada década de vida subsequente. Na atualidade, cerca de cinco milhões de pessoas em todo o mundo possuem o diagnóstico desta doença, e a perspectiva é de que este número dobre até 2030, em virtude do envelhecimento populacional vivenciado pela humanidade ⁽¹⁾. No contexto gerontológico, é a segunda enfermidade neurodegenerativa mais comum, prevalecendo em 3,3% da população nacional de idosos ^(29, 30).

O diagnóstico da DP é estabelecido de acordo com os critérios recomendados pelo Banco de cérebros da Sociedade de Parkinson do Reino Unido, sendo a bradicinesia associada a pelo menos um dos seguintes sintomas: tremor de repouso, rigidez muscular e alterações posturais ⁽³¹⁾.

Muitos especialistas ainda acrescentam que a assimetria do quadro e a resposta inicial a uso de levodopa são critérios importantes para a determinação diagnóstica. Concluindo-se assim, que o estudo clínico do paciente ainda é condição essencial para o correto diagnóstico ⁽¹⁾.

Quanto ao tratamento, ainda não existem medicamentos capazes de interromper o curso da doença, nem de evitá-la. Os existentes visam ao controle dos sintomas com o objetivo de manter o paciente com autonomia, independência funcional e equilíbrio psicológico, o que se obtém, muitas vezes, com a reposição de dopamina estriatal.

A administração da levodopa é a terapia medicamentosa mais recomendada para o controle satisfatório dos sintomas. Porém, à medida que a doença progride, torna-se necessário aumentar a dose e diminuir o intervalo de administração. E, embora a levodopa permaneça como recurso de primeira linha para o tratamento da DP, em longo prazo surgem limitações ao seu emprego, representadas por perda da eficácia, flutuações do desempenho motor (fenômenos ON/OFF, wearing off, discinesias e distonias) e potencialização de possíveis alterações cognitivas e neuropsiquiátricas. Além disso, geralmente é necessário associar outros medicamentos para potencializar a ação da levodopa ou para combater os efeitos colaterais, como náuseas, vômitos e arritmias cardíacas ⁽³²⁾.

Quando o paciente não responde mais à farmacoterapia, o tratamento neurocirúrgico pode ser indicado (talamotomia, palidotomia ou estimulação cerebral profunda) ⁽²²⁾.

Entretanto, remédios e cirurgias não são os únicos recursos para combater os sintomas. São de fundamental importância os cuidados prestados pelos profissionais enfermeiros, médicos, educadores físicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, dentre outros, desenvolvidos tanto individualmente quanto em grupo. Esses tratamentos visam a restituição possível e otimização da capacidade funcional, do bem-estar e da qualidade de vida do paciente acometido por esta enfermidade ^(1, 10, 32, 33).

Em suma, considera-se a doença de Parkinson uma enfermidade com prevalência ascendente na população mundial, que possui caráter multissistêmico e neurodegenerativo, relacionada ao déficit de neurotransmissores, entre eles a dopamina, inicialmente em regiões sub-corticais e tardiamente em regiões corticais do encéfalo. É diagnosticada clinicamente pelos sintomas motores, mas a presença de sintomas não motores conferem à doença a complexidade de ações interdisciplinares necessárias para a manutenção da qualidade de vida do paciente/família.

2.2 A Enfermagem na reabilitação de pacientes com doença de Parkinson

As pesquisas de Florence Nightingale, em 1850, na epidemiologia e na detecção do contágio, marcou o início do processo de desenvolvimento da Enfermagem como profissão. Não obstante, a história da pesquisa da Enfermagem em reabilitação tem uma breve cronologia.

O que hoje é conhecido como reabilitação, teve suas raízes no século XX, após a Primeira Guerra Mundial. Pela primeira vez, uma grande proporção de soldados tinha sobrevivido às guerras e viveram até a idade adulta mais velha, porém com deficiência e doenças crônicas, como por exemplo, amputações e lesões da coluna e do crânio. Isto fez com que a comunidade científica voltasse o olhar para esse novo problema ⁽³⁴⁾.

Desde então, muitos estudos se focaram nessa problemática e, ampliando nesse universo da reabilitação, na primeira edição da revista “Pesquisa em Enfermagem”, foi publicado um artigo sobre o cuidado com idosos portadores de doenças crônicas que estavam recebendo atendimento domiciliar ⁽³⁴⁾.

Quase dez anos se passaram até que um artigo que descrevia mais diretamente os aspectos relacionados à Enfermagem de reabilitação fosse publicado. Este artigo discutiu o desenvolvimento de uma medida objetiva para prevenir “úlceras de decúbito”, termo assim utilizado naquela época. Em 1974, a Associação dos Enfermeiros de Reabilitação – Association of Rehabilitation Nursing (ARN) – foi fundada, e em 1976 o primeiro artigo da pesquisa foi publicado no recém-criado “ARN Journal”, periódico atualmente conhecido como “Rehabilitation Nursing”. Os autores do artigo focaram-se em descrever o cateterismo intermitente na reabilitação da bexiga neurogênica ⁽³⁴⁾.

Desde então, inúmeros trabalhos têm sido desenvolvidos em prol da construção dessa área do conhecimento, no entanto, a minoria deles voltado para a reabilitação neurológica. Mesmo assim, o papel do enfermeiro na reabilitação vem sofrendo avanços expressivos nas últimas décadas, alavancado pela construção do cuidado humano com alicerces calcados em bases científicas, humanísticas e tecnológicas e, assim, ganhando reconhecimento e notoriedade nesse campo de atuação.

Recentemente, um grupo de sete enfermeiros membros da ARN mobilizou-se em uma força tarefa para delinear o modelo de competências do enfermeiro reabilitador.

Este modelo prevê competências essenciais, presentes em quatro domínios – liderança, cuidado interprofissional, intervenções lideradas pelo enfermeiro, promoção de uma vida com sucesso – os quais são capazes de nortear enfermeiros do mundo todo para a prática clínica da reabilitação. Além disso, eles subsidiam a construção de ferramentas de avaliação, descrevem os papéis profissionais e orientam os cursos de especialização de enfermagem em reabilitação ⁽³⁵⁾ (Figura 3).

Figura 3. Modelo de competência profissional para enfermagem em reabilitação.

Fonte: Vaughn S, Mauk KL, Jacelon CS, Larsen PD, Rye J, Wintersgill W, et al. The Competency Model for Professional Rehabilitation Nursing. Rehabil Nurs. 2015;0:1-12.

Assim, considera-se o compromisso do enfermeiro de prestar atendimento de saúde aos indivíduos nas diferentes etapas do *continuum* saúde-doença ⁽³⁶⁾. A

Enfermagem é uma ciência que, em composição com as demais, trabalha em prol do desenvolvimento e da implementação do cuidado físico e psicossocial, envolvendo uma abordagem holística do indivíduo ⁽³⁷⁾.

O cuidado de Enfermagem de que se versa, é um trabalho profissional específico com ações dinâmicas e inter-relacionadas que implica na adoção de determinado modo de fazer, fundamentado em um modo de pensar – o Processo de Enfermagem ^(12, 13). A adoção de uma visão crítica e reflexiva, para a fundamentação e o planejamento das ações de Enfermagem, estruturado em base científica, se faz necessária para a eficácia do cuidado à pacientes com doenças crônicas neurodegenerativas, como é a doença de Parkinson. Pois, a complexidade que envolve o ser humano, sobretudo o indivíduo que cursa com os sintomas multissistêmicos da doença de Parkinson, somada à complexidade inerente ao processo de reabilitação, trazem à tona a discussão a respeito do papel a ser desempenhado por este profissional.

Em um estudo publicado em 2012 por uma enfermeira europeia, especialista em doença de Parkinson, são destacados cinco pontos chave em relação a este paciente: 1) cerca de um em cada 20, possuem idade acima de 40 anos; 2) a combinação de sintomas motores e não motores pode tornar difícil a realização de muitas atividades da vida diária; 3) os pacientes precisam receber medicamentos na hora certa para ter o controle ideal de seus sintomas; 4) enfermeiros devem orientar os pacientes com doença de Parkinson a administrar os seus medicamentos, devem ainda oferecer conselhos e informações e prestar apoio emocional; 5) o modo pelo qual a condição afeta os pacientes pode variar de hora para hora e de dia para dia ⁽⁶⁾.

Com base no primeiro ponto levantado pela autora, observa-se que o enfermeiro pode se deparar com indivíduos que, além da doença de Parkinson, podem ainda apresentar outras morbidades relacionadas ao processo de envelhecimento. Assim, todo este conjunto deverá ser considerado para a elaboração do plano de cuidados de enfermagem.

Analisando o segundo ponto chave, destaca-se a magnitude de aspectos referentes ao cotidiano de um paciente com DP que deverá ser considerado em um processo de reabilitação. Entre eles, destacam-se as atividades de vida diária, como:

capacidade para alimentação, higienização, vestimenta, locomoção, para tomar decisões relacionadas à sua vida, dentre outras.

Em se tratando dos terceiro e quarto pontos chave, sobreleva-se as ações de enfermagem voltadas para os aspectos de promoção da saúde e prevenção de complicações, que permeiam o conceito de reabilitação. Já o quinto ponto chave levantado pela autora, nos remete à necessidade de personalização do cuidado, devido à condição flutuante dos sintomas impostos por esta doença.

Portanto, considera-se que o papel do enfermeiro reabilitador junto aos pacientes com doença de Parkinson, requer muito mais que um amplo conhecimento fisiopatológico e farmacoterapêutico desta enfermidade e dos conceitos que envolvem a reabilitação neurológica. Requer, sobretudo, habilidades consideradas essenciais, como a liderança clínica, a consciência para pesquisa e para o desenvolvimento do conhecimento de enfermagem, atuando como educador, consultor, agente de mudança e de avaliação da assistência, para assim culminar na manutenção da qualidade de vida desta população ⁽³⁸⁾.

2.3 O uso das linguagens de especialidade no âmbito da reabilitação

A padronização da linguagem dos problemas e tratamentos de Enfermagem, como um recurso científico e tecnológico, tem sido desenvolvida para esclarecer e comunicar algumas regras essenciais na implementação dos cuidados ^(11, 12).

Autores apontam que estas linguagens possuem um papel fundamental em desenvolver e definir os fenômenos e ações da Enfermagem, assim como descrever claramente as contribuições da Enfermagem nos diferentes cenários de cuidados à saúde ^(11, 17, 39, 40).

Apesar de importante, sua utilização ainda é incipiente na realidade brasileira, onde se observam registros realizados sem a adoção de um sistema uniformizado com base em um sistema de classificação, em uma terminologia ou em uma taxonomia ^(8, 9, 41).

Na prática assistencial, percebe-se a necessidade de instrumentalizar os enfermeiros para implementar o Processo de Enfermagem de forma mais efetiva e com ações sistematizadas. Essa realidade tem grande impacto, sobretudo nas unidades de reabilitação de pacientes com doença de Parkinson, uma vez que as diretrizes norteadoras, inerentes ao Processo de Enfermagem, subsidiarão o cuidado assertivo, baseado em evidências e com vistas à qualidade do atendimento prestado a este paciente.

A estruturação de elementos substantivos de uma disciplina, organizados em grupos ou classes com base nas suas similaridades, conceitos ou ontologia, que visam denominar, relatar, descrever, referenciar, sintetizar, generalizar, instruir e traduzir, constituem a base das linguagens de especialidade. ^(42, 43).

Desde o advento da humanidade, a habilidade de especializar a linguagem tem sido vista como um comportamento de adaptação na evolução biológica. Ela é um importante aspecto de muitas ciências e, por esse motivo, tem sido desenvolvida em vários campos ⁽⁴²⁾.

Na Enfermagem, desde o início do século, tem-se desenvolvido tentativas de desenvolvimento da linguagem, sendo a primeira delas proposta em 1929 por Wilson,

que separou os problemas de Enfermagem dos problemas médicos, a fim de isolar os aspectos particulares da profissão ⁽⁴⁴⁾.

A primeira linguagem especializada relevante para a prática de Enfermagem foi descrita por Abdellah, em 1960, e por Henderson, em 1966, sendo estas duas consideradas as precursoras das tentativas para sistematização do conhecimento de abordagens taxonômicas na Enfermagem ⁽¹⁹⁾.

Na década de 70, começa a ser desenvolvida a linguagem de especialidade com enfoque para os diagnósticos de Enfermagem, denominada NANDA Internacional (NANDA-I). Esta contribuiu para o desenvolvimento de conceitos e a introdução do Processo de Enfermagem nos Estados Unidos da América e em todo mundo.

Reconhece-se atualmente diversas tipologias da linguagem de especialidade que, resumidamente, são definidas em ⁽⁴³⁾:

- 1.Taxonomias: organizações lógicas de objetos em gênero e espécies;
- 2.Ontologias: organização baseada na relação ontológica do objeto e suas partes;
- 3.Classificação: organização dos objetos por meio de relações lógicas e ontológicas.
- 4.Terminologias: fundamentadas na tríade termo, conceito e objeto. Priorizam a descrição precisa em detrimento à classificação.
- 5.Ontologia computacional: conjunto de conceitos e relações que podem ser compreendidas por máquinas e por seres humanos.

Na atualidade, existem na Enfermagem diversas linguagens de especialidade relacionadas com algumas fases do processo, sendo elas:

- Diagnóstico de Enfermagem – *NANDA Internacional* – NANDA-I;
- Classificação das Respostas Humanas de Interesse para a Prática da Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental;
- Problemas de Enfermagem – *Community Health System* – Sistema Comunitário de Saúde de Omaha;
- Intervenções de Enfermagem – *Nursing Intervention Classification* – NIC;
- Resultados esperados – *Nursing Outcomes Classification* – NOC; dentre outros.

A utilização dessas na prática de Enfermagem tem mobilizado as enfermeiras em todo o mundo, atendendo ao desafio de universalizar a sua linguagem e evidenciar os elementos da sua prática.

Como resultado dessa mobilização, em 1989, durante o Congresso Quadrienal do Conselho Internacional de Enfermeiros, realizado em Seul, foi votada e aprovada a proposta para desenvolver um Sistema de Classificação Internacional da Prática de Enfermagem - CIPE® ⁽⁴⁵⁾. Esta terminologia passou ao longo de décadas por diversas adaptações e reformulações, com a ajuda de diversas organizações constituídas por enfermeiros especialistas em vários locais do mundo, sendo destacadas suas versões CIPE®: Alfa (1996), Beta (1999), Beta 2 (2001), Versão 1.0 (2005), Versão 1.1 (2008), Versão 2 (2009), Versão 2.0 (2011), Versão 3.0 (2011), Versão 2013 e, por fim, a de 2015 ^(46, 47).

A CIPE® é considerada uma classificação multiaxial, constituída por eixos que, quando utilizados, possibilitam a combinação dos conceitos dos termos neles existentes, proporcionando mais solidez à classificação e, conseqüentemente, maior diversificação da expressão de seus conceitos. Os eixos que constam nessa classificação são definidos pelo CIE como (figura 4) ⁽⁴⁴⁾:

- 1.Foco (F): área de atenção que é relevante para a Enfermagem;
- 2.Julgamento (J): opinião clínica ou determinação relacionada ao foco da prática de Enfermagem;
- 3.Meios (M): uma maneira ou um método de desempenhar uma intervenção;
- 4.Ação (A): um processo intencional aplicado a um cliente;
- 5.Tempo (T): o momento, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência;
- 6.Localização (L): orientação anatômica e espacial de um diagnóstico ou intervenções;
- 7.Cliente (C): sujeito ao qual o diagnóstico se refere e que é o recipiente de uma intervenção.

Figura 4. Modelo de Sete Eixos da CIPE®.

Fonte: Furtado LG, Medeiros ACT, Nóbrega MML. Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE®) e o desenvolvimento de subconjuntos terminológicos. In: Nóbrega MML(Org.). Diagnósticos, resultados e intervenções de Enfermagem para clientes hospitalizados nas unidades clínicas do HULW/UFPB utilizando a CIPE®. João Pessoa: Ideia; 2011. p.44.

Após a definição dos eixos, é necessário elaborar as afirmativas de Diagnósticos, de Resultados e de Intervenções de Enfermagem. Neste contexto, o CIE, apoiado por diversas comunidades científicas da área, propôs a padronização destas afirmativas. Com intuito de estabelecer um modelo de terminologia de referência de Enfermagem, de acordo com as metas de outros modelos de terminologia de saúde específicos, a CIPE® buscou na Norma ISO um meio de efetivação deste objetivo ^(42, 48).

Com base na ISO 18.104:2003, para compor afirmativas/enunciados de Diagnósticos e de Resultados de Enfermagem, deve-se utilizar um termo do Eixo Foco e um termo do Eixo Julgamento e, ainda, incluir termos adicionais, se necessário, dos Eixos Foco, Julgamento ou de outros eixos. Nota-se que os mesmos eixos são utilizados para a construção dos diagnósticos e dos resultados de enfermagem, e o que determina a diferença entre os mesmos é a avaliação do enfermeiro sobre se é uma decisão a respeito do estado do cliente, problemas e/ou necessidades (Diagnóstico) ou se é a resposta após a implementação das intervenções (Resultado).

Em contrapartida, para compor as Intervenções de Enfermagem, recomenda-se incluir um termo do Eixo Ação e pelo menos, um termo Alvo (pode ser um termo de qualquer um dos eixos, exceto do Eixo Julgamento) e, se necessário, incluir termos adicionais do Eixo Ação ou de outro qualquer ⁽⁴⁴⁾.

A CIPE[®] em seu processo evolutivo, disponibilizou a partir da versão 1.0 conceitos pré-coordenados denominados “*Diagnosis Concepts*” (DC) e “*Interventions Concepts*” (IC). O elaboração desses conceitos elevou a CIPE[®] de uma terminologia combinatória a uma terminologia enumerativa que facilita a elaboração dos subconjuntos terminológicos ⁽⁴⁹⁾.

Além disso, a CIPE[®] reúne termos que permitem a elaboração de diagnósticos baseados em conceitos provenientes de um julgamento. Este julgamento identifica se um conceito é um problema (diagnóstico negativo/de risco) ou uma habilidade (diagnóstico positivo/melhora) ⁽⁴²⁾. E essa amplitude terminológica se faz extremamente necessária em populações acometidas por enfermidades progressivas, multissistêmicas e de caráter flutuante, como é o caso de muitas doenças crônicas, onde nelas insere-se a doença de Parkinson.

Por outro lado, há de se reconhecer que as linguagens de especialidade precisam ser utilizadas de forma simples e prática. Desta forma, o CIE tem incentivado enfermeiros pesquisadores no mundo inteiro a desenvolver subconjuntos terminológicos da CIPE[®] ou catálogos, para grupos de clientes e/ou prioridades de saúde selecionados ⁽⁴⁵⁾. Assim, estes são considerados uma referência acessível para os enfermeiros, pois além de conterem diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem específicos de uma especialidade do cuidar, podem ainda suprir necessidades práticas na construção de manuais e sistemas de prontuário eletrônico, como parte de um sistema de linguagem especializada unificado ⁽⁴⁵⁾.

De acordo com o CIE, as prioridades de saúde que se enquadram em uma dessas três áreas são: condições de saúde (por exemplo, a doença de Parkinson), especialidades de cuidados de saúde ou local do atendimento (por exemplo, a Reabilitação) e fenômenos de enfermagem ⁽⁵⁰⁾.

Assim, os enunciados que constituem um subconjunto terminológico podem traduzir o foco da assistência de enfermagem e representar um elemento norteador para

o gerenciamento do cuidado à clientela em questão, na medida em que favorece uma prática clínica e um processo de tomada de decisão melhores, assistindo-o em toda a sua complexidade ⁽¹⁹⁾. Pois, sobretudo, permitem a generalização do cuidado de enfermagem por meio da codificação de termos oriundos de uma linguagem fundamentada em uma terminologia que pode ser interpretada por diferentes profissionais e ainda por sistemas informatizados de saúde.

CAPÍTULO III - MÉTODO

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de estudo documental com mapeamento cruzado.

Na primeira fase foi realizada pesquisa com coleta primária de dados em prontuários eletrônicos de pacientes atendidos por enfermeiros em um programa de reabilitação. Na segunda fase foi realizado o Mapeamento Cruzado para a comparação da linguagem do cotidiano, por meio de evidências empíricas, com a linguagem padronizada da CIPE® (17, 18, 39, 51).

3.2 Caracterização do local do estudo

O estudo foi desenvolvido no Centro Internacional SARAH de Neuroreabilitação e Neurociência, na cidade do Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Este centro presta assistência médica qualificada e gratuita, formando e qualificando profissionais de saúde, desenvolvendo pesquisas científicas e gerando tecnologia. A Rede SARAH é uma das maiores Redes de Neuroreabilitação do mundo e dedica-se à reabilitação e ao tratamento de pessoas com deformidades, traumas, doenças neurológicas e problemas do neurodesenvolvimento.

Atualmente, a Rede SARAH conta com nove unidades localizadas em diferentes estados brasileiros, a saber: Brasília-DF, onde está localizada a primeira unidade da Rede, denominada SARAH Centro, e o Centro Internacional de Neurociências e Reabilitação no Lago Norte, voltado para pesquisa científica, desenvolvimento de novas tecnologias e cooperação internacional. Salvador-BA, onde, além da unidade de reabilitação, existe um centro de tecnologia para produção de equipamentos hospitalares utilizados nas unidades da Rede. São Luís-MA, que possui ainda um centro comunitário aberto à integração entre os pacientes e a população local. Belo Horizonte-MG, onde foi inaugurada a primeira unidade da região Sudeste. Fortaleza-CE, onde existe outra unidade voltada para reabilitação de adultos e crianças na região Nordeste. Rio de Janeiro-RJ, que possui o Centro Internacional SARAH de Neuroreabilitação e Neurociências, dedicado à reabilitação cognitiva, prática de esportes e integração com a

natureza. Macapá-AP e Belém-PA, onde a Rede SARAHA possui dois postos avançados, que atendem a população da região Norte, especializados em reabilitação de crianças e adolescentes⁽⁵²⁾.

Na unidade do Rio de Janeiro, são atendidos crianças e adultos com sequela neurológica decorrente de lesão congênita ou adquirida do sistema nervoso central. Os programas de reabilitação são, nesta unidade, basicamente divididos em: Programa de Reabilitação Infantil e Programa de Reabilitação Adulto, que contempla a população adulta de pacientes com doença de Parkinson.

Diferente da maioria dos centros da Rede SARAHA, a unidade do Rio de Janeiro oferece apenas serviços ambulatoriais, não possuindo, portanto, leitos de internação.

Os pacientes atendidos em todas as unidades demandam cuidados especializados. Para tanto, são formadas equipes multidisciplinares que atuam, conjuntamente, em todas as fases da reabilitação para atingir um dos principais objetivos da Instituição - a melhoria da qualidade de vida dos pacientes/famílias. Essa equipe é formada por diversos profissionais de saúde, entre eles os enfermeiros.

A equipe de Enfermeiros do programa de Reabilitação Adulto do SARAHA Rio de Janeiro, desde 2009 (data da inauguração deste centro), conta com profissionais que atuam em dedicação exclusiva, de segunda a sexta-feira. Cabe a estes, a prestação de cuidados diretos a esses pacientes compondo assim a equipe interdisciplinar de reabilitação, constituída também por médicos, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos, pedagogos, professores de artes e de dança, educadores físicos, farmacêuticos, dentre outros.

Os profissionais que assistem os pacientes na Rede SARAHA, inclusive os enfermeiros, buscam atingir os níveis de excelência. Dessa forma, são comprometidos com a saúde dos pacientes e de seus familiares, recebendo treinamento direcionado para o cuidado destes.

Além disso, procuram se manter atualizados, ampliando seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais, por meio de pesquisas e estudos clínicos, em benefício do paciente e do desenvolvimento da profissão. Avaliam continuamente o nível da qualidade dos cuidados prestados aos pacientes, propondo condutas para melhoria da

assistência de enfermagem. Entre essas condutas, está o desenvolvimento da sistematização da assistência de enfermagem.

A unidade SARAH do Rio de Janeiro está passando pelo processo de adequação do serviço de Enfermagem, tendo como premissa os princípios da Sistematização da Assistência de Enfermagem e do Processo de Enfermagem, conforme preconiza a Resolução COFEN nº 358/2009.

A terminologia escolhida por toda Rede SARAH a ser utilizado no Processo de Enfermagem foi a CIPE®. A sua aplicabilidade, no SARAH Rio de Janeiro, ainda está por ser testada, após os estudos que estão em fase de aprofundamento e construção das bases teóricas.

Algumas das unidades da Rede, como a de Salvador e de Belo Horizonte, já estão em fases mais avançadas desse processo. Na unidade SARAH de Belo Horizonte, por ser a CIPE® a linguagem padronizada já utilizada no Processo de Enfermagem, enfermeiros têm aprofundado os estudos sob a temática dos Diagnósticos e das Intervenções de Enfermagem na lesão medular ⁽⁵³⁾ e na validação de termos de linguagem especial de enfermagem em reabilitação física motora de pacientes adultos ⁽⁴⁶⁾.

A unidade SARAH do Rio de Janeiro principiou os estudos em 2013 e, desta forma, o cuidado prestado ao paciente é registrado sob a forma textual em prontuário eletrônico, a cada atendimento de enfermagem. Nesses prontuários, os enfermeiros descrevem os fenômenos por meio de termos contidos na linguagem habitualmente usada pela equipe – a linguagem não padronizada/informal. Para esta pesquisa, a autora considerou os trechos das evoluções que continham tais termos para identificar as “as evidências empíricas de diagnósticos/resultados e intervenções de Enfermagem”, pois não havia um campo específico para descrição destes no sistema eletrônico de prontuários.

Os enfermeiros da unidade SARAH do Rio de Janeiro prestam o cuidado integral ao paciente, ou seja, participam de todo o processo de reabilitação deste indivíduo, desde sua admissão até a alta. Isto permite a participação ativa nos processos de decisão em relação ao plano de cuidados a ser implementado ao paciente/família, tanto no nível individual quanto em equipe. Mas, sobretudo, possibilita a personalização

do cuidado implementado e sua constante avaliação para readequação das propostas, culminando assim, em um cuidado humanizado e com maior possibilidade de assertividade. Pois, acredita-se na extrema relevância do vínculo entre os componentes da tríade profissional-paciente-família para o alcance dos objetivos propostos.

Na unidade SARAH do Rio de Janeiro o programa de reabilitação é ambulatorial e geralmente com atendimentos semanais. É realizado de forma personalizada ao paciente com doença de Parkinson e seus familiares. Nos anos propostos para o desenvolvimento desta pesquisa, todos os pacientes eram admitidos por duplas de profissionais que, em sua maioria era composta por um enfermeiro. Em seguida, os pacientes/família eram encaminhados para participar dos grupos informativos como: orientação à enfermidade, orientação farmacêutica, orientação para controle das comorbidades (como Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Dislipidemia). Logo após, eram encaminhados para participar de abordagens individuais, em grupo ou para ambas, conforme as suas necessidades.

Assim, com base no programa de reabilitação para pacientes com doença de Parkinson instituído na unidade SARAH do Rio de Janeiro, os enfermeiros atuam diretamente nas seguintes atividades, conforme descrito na figura 5:

Atividades para abordagem individual ao paciente/família	Atividades para abordagem com grupos de pacientes/famílias
1. Admissão para delineamento das propostas de reabilitação com base no levantamento das demandas individuais;	1. Grupo de orientação à enfermidade (realizado em conjunto com o neurologista);
2. Avaliação direcionada para os sintomas motores e não motores da DP com intervenções de enfermagem e em equipe interdisciplinar;	2. Grupo de orientação farmacêutica (realizado em conjunto com o farmacêutico);
3. Avaliação e orientação quanto à enfermidade;	3. Grupo de orientação para a segurança e a independência nas Atividades de Vida Diárias;
4. Avaliação e orientação quanto ao uso dos medicamentos;	4. Grupo de orientação intestinal;
5. Avaliação e orientação quanto à segurança e a independência nas Atividades de Vida Diárias;	5. Grupo de orientação e acolhimento aos familiares e cuidadores de pacientes (realizado em conjunto com a psicóloga);
6. Abordagem para finalização da etapa do programa após o cumprimento das demandas e alcance dos objetivos.	6. Grupo de Percepção Corporal e Voz (realizado em conjunto com o professor de dança);
	7. Grupo de orientação para prática de atividade física (realizado em conjunto

	com o professor de Educação Física); 8.Grupo de orientação físico-funcional (realizado em conjunto com a equipe de fisioterapeutas);
--	---

Figura 5. Atividades desenvolvidas pelos enfermeiros no programa de reabilitação para pacientes com doença de Parkinson na unidade SARAH do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015

O tempo de duração do programa de reabilitação de cada paciente/família depende diretamente das demandas individuais, o que promove ao programa uma variabilidade cronológica personalizada. Da mesma forma, a equipe considera que um programa de reabilitação para pacientes/famílias com doenças progressivas, multissistêmicas e de caráter flutuante, como é o caso da doença de Parkinson, deve ser realizado em etapas.

Nesse sentido, há pacientes/famílias que concluem a primeira etapa do programa de reabilitação em dois meses, por exemplo, e depois retornam em uma segunda etapa de reabilitação, quatro meses após.

Ressalta-se que, independentemente do tempo de cada programa, a avaliação dos resultados em relação às intervenções propostas com base em um diagnóstico, é constante. E o fato dos enfermeiros participarem da maioria das abordagens individuais de admissão e de alta, possibilita as condições favoráveis para esta avaliação.

3.3 População e amostra

Os prontuários de pacientes com doença de Parkinson que participaram de um programa de reabilitação e que receberam os cuidados da equipe de enfermeiros compuseram o universo populacional deste estudo.

Desde a inauguração do centro, em maio de 2009, até o início deste estudo, em março de 2014, foram admitidos 9.783 pacientes no ambulatório de neurologia. Destes, 1.376 possuíam o diagnóstico de doença de Parkinson e, 882 foram admitidos no programa de reabilitação neurológica. Com base nestes, determinou-se como critério de inclusão, os prontuários que possuíam evoluções de enfermagem, obtendo-se o total de 823 prontuários. A seguir, foram excluídos os prontuários que continham, além do diagnóstico de doença de Parkinson, outros títulos diagnósticos médicos associados e que caracterizavam outras síndromes parkinsonianas, como Parkinsonismo secundário,

por exemplo. Isto se deve ao fator de dubiedade que pode ser gerado uma vez que a hipótese diagnóstica principal pode ainda não estar definida. Dessa forma, obteve-se o total de 803 prontuários.

Com base na população de 803 prontuários, foi realizado o cálculo amostral para estudos com amostra probabilística, do tipo aleatória simples, por meio da fórmula ⁽⁵⁴⁾:

$$n0 = \frac{1}{E0^2} \quad n = \frac{N.n0}{N+n0}$$

Foram considerados, neste caso: N = tamanho da população (803 prontuários), E0 = erro amostral tolerável (4%), n0 = primeira aproximação do tamanho da amostra (625 prontuários) e n = tamanho da amostra (352 prontuários).

Assim, a amostra foi composta por 352 prontuários, representando 44% da população total, considerando erro amostral de 4% (figura 6).

Figura 6. Seleção dos prontuários eletrônicos para a pesquisa. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015

Além disso, do total de 352 prontuários foram consideradas para o estudo todas as evoluções de Enfermagem, o que totalizou 2.123 registros analisados. Isto representou a média de seis evoluções de enfermagem por prontuário analisado.

Salienta-se, contudo, que o subconjunto de 352 prontuários foi selecionado, como descrito previamente, por meio da técnica de amostragem aleatória simples. Pois, esta técnica permite a seleção aleatória de um subconjunto representativo da população estudada ⁽⁵⁴⁾.

3.4 Coleta dos dados

A coleta dos dados foi realizada pela própria pesquisadora da forma em que está descrita no fluxograma (figura 7), em quatro etapas:

Figura 7. Etapas percorridas para a coleta e tratamento das evidências empíricas que representaram diagnósticos/resultados e intervenções, identificadas nos prontuários de pacientes com DP em reabilitação, e que foram mapeadas com a terminologia CIPE®

Fonte: elaboração da autora

Ressalta-se, ainda, que a pesquisadora participou no ano de 2013, neste mesmo cenário, de um estudo onde foram levantados, os Diagnósticos e as Intervenções de Enfermagem descritos com a linguagem não padronizada/informal, em prontuários de pacientes com DP em reabilitação. Estes foram comparados com as terminologias NANDA-I e NIC, por meio da realização da técnica do mapeamento cruzado.

Este estudo foi desenvolvido com uma amostra menor de prontuários (n=67), mas mesmo assim, possibilitou o aprimoramento da pesquisadora para a utilização desta ferramenta metodológica. Na ocasião, foram realizados intensos treinamentos para o mapeamento das evidências empíricas para o cruzamento com as terminologias

escolhidas. Estes treinamentos foram ministrados pelas Enfermeiras Pós-Doutoras Rosimere Ferreira Santana, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico e que compõe o núcleo que coordena o Grupo de Estudos em Sistematização da Assistência de Enfermagem e Beatriz Guitton Renaud Baptista de Oliveira, Professora Titular do Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração, ambas da Universidade Federal Fluminense.

Os resultados desse estudo foram publicados em periódicos nacionais para a divulgação para a comunidade científica de enfermagem^(8, 9).

Além disso, para o desenvolvimento do presente estudo, a pesquisadora aprofundou-se nos conhecimentos sobre a terminologia CIPE®, junto aos pesquisadores da área: Leonardo Tadeu de Andrade, da unidade da Rede SARAH de Belo Horizonte-MG; Rosimere Ferreira Santana e Patrícia dos Santos Claro Fuly, docentes de enfermagem da Universidade Federal Fluminense; Maria Miriam Lima da Nóbrega e Telma Ribeiro Garcia, membros diretores do Centro CIPE® brasileiro, dentre outros.

3.4.1 Primeira etapa: Extração das informações e das evidências empíricas que indicavam Diagnósticos/Resultados e Intervenções

A primeira etapa, que foi realizada no período de março a junho de 2014, consistiu na extração eletrônica na íntegra das informações presentes em todas as evoluções de enfermagem de cada prontuário, para a composição de um banco de dados contendo (apêndice A – instrumento 1):

1. Dados demográficos e clínicos dos pacientes:

- a. Ano em que a evolução de enfermagem foi realizada;
- b. Tempo de evolução da doença (em anos);
- c. Categorização da doença de Parkinson (formas tremorígena, rígido-acinética ou mista);
- d. Estadiamento de acordo com a Escala de Hoehn & Yahr Modificada (H&Y);

A Escala de H&Y Modificada (anexo 1) foi escolhida como uma variável a ser colhida nesta etapa, por ser uma escala de avaliação da incapacidade dos indivíduos com doença de Parkinson, capaz de indicar o estágio da doença de forma rápida e prática. Sua forma modificada compreende oito estágios de classificação para avaliar a

gravidade da DP e abrange essencialmente, sinais e sintomas que permitem classificar o indivíduo quanto ao nível de incapacidade. Os indivíduos classificados nos estágios de 1 a 3 apresentam incapacidade leve a moderada, enquanto os que estão nos estágios de 4 e 5 apresentam incapacidade grave ⁽⁵⁵⁾.

A utilização desta escala neste estudo possibilitou classificar os pacientes de acordo com a gravidade da DP. Além disso, contribuiu para o processo de análise das afirmativas de Diagnósticos, Resultados e de Intervenções de Enfermagem descritas nas evoluções, pois oportunizou a avaliação peculiar das ações de enfermagem a esta população de pacientes. Entretanto destaca-se que no cenário deste estudo, esta escala é comumente aplicada pela equipe médica, que a evolui em sua consulta de admissão do paciente no ambulatório de neurologia. Porém, nem todos os pacientes possuíam o escore de avaliação dos itens da escala descrito numericamente. Desta forma, para muitos pacientes, o escore desta escala foi definido pela própria pesquisadora, por meio da análise do registro médico dos itens da escala no campo denominado de exame clínico neurológico. Apesar disto, destaca-se a confiabilidade dos resultados, uma vez que todos os pacientes possuíam descritos os itens da escala tanto numericamente quanto qualitativamente.

2. Trechos extraídos das evoluções de enfermagem referente às evidências empíricas que correspondiam aos diagnósticos/resultados e às intervenções. Por exemplo:

a. No trecho descrito: “paciente refere incontinência de urgência”, o termo “incontinência de urgência” foi destacado por fragmentação do trecho da evolução.

b. No trecho descrito: “Realizada orientação sobre ingestão de líquidos”, o termo “orientação sobre ingestão de líquidos” foi destacado por meio da fragmentação do trecho da evolução.

3. Trecho referente às evidências empíricas que correspondiam aos diagnósticos/resultados e às intervenções. Por exemplo:

a. No trecho descrito: “queixa-se de dificuldade para deglutir os alimentos”, foram destacados os termos: “dificuldade” e “deglutir”.

b. No trecho descrito: “A paciente foi orientada quanto às estratégias de adaptação do domicílio para a promoção de maior segurança durante o

desempenho das atividades cotidianas”, os termos: “Orientada”, “Adaptação do Domicílio” e “Segurança”, foram colocados em destaque no banco de dados.

Esses dados foram arquivados em uma planilha do *Excel for Windows*.

3.4.2 Segunda etapa: Normalização dos termos

Os termos levantados na etapa anterior foram submetidos à normalização por meio da correção de ortografia, à adequação de tempos verbais, e à uniformização de gênero e de número, além de terem sido excluídas as repetições, sinonímias e expressões casuais que não designam conceitos particulares, reconhecidas como expressões pseudoterminológicas.

3.4.3 Terceira etapa: Mapeamento cruzado das evidências empíricas referentes aos Diagnósticos, aos Resultados e às Intervenções com a CIPE® versão 2013

Nesta etapa, no período de julho a dezembro de 2014, a autora procedeu ao mapeamento cruzado dos termos levantados na etapa anterior, com os Diagnósticos, Resultados e as Intervenções de Enfermagem da terminologia CIPE®.

Para tanto, foram utilizadas as seguintes regras do mapeamento cruzado ^(56, 57):

1. Determinar um termo (palavra utilizada na construção de um diagnóstico/resultado) constante no que foi prescrito, o qual auxiliará na identificação do diagnóstico/resultado de enfermagem mais apropriado na Nomenclatura CIPE®;
2. Selecionar um diagnóstico/resultado da Nomenclatura CIPE® com base na semelhança e na conceituação do diagnóstico/resultado de enfermagem registrado no prontuário;
3. Mapear o contexto do termo;
4. Identificar o diagnóstico/resultado de enfermagem prescrito que, por qualquer motivo, não puder ser mapeado.
5. Usar a “palavra-chave” na intervenção para mapear com a CIPE®;
6. Usar os verbos como as “palavras-chave” na intervenção;

7. Mapear a intervenção partindo do rótulo da CIPE® para o termo identificado nos prontuários;
8. Manter a consistência entre a intervenção sendo mapeada e a definição da intervenção CIPE®;
9. Usar o rótulo da intervenção CIPE® mais específico;
10. Mapear as intervenções que têm dois ou mais verbos para as duas ou mais intervenções CIPE® correspondentes.

Os termos não padronizados foram comparados aos eixos Foco (F), Julgamento (J), Meio (M), Tempo (T), Localização (L), Cliente (C) e Ação (A), além das afirmativas específicas de “*Diagnosis Concepts*” (DC) e “*Inteventions Concepts*” (IC) da terminologia CIPE®.

Foi realizada a categorização dos termos de Enfermagem, por meio da análise de combinação, a qual era adaptada. Isso porque quando o termo encontrado combinou exatamente com o termo da CIPE®, este foi categorizado como combinação exata; mas quando esse termo apresentou sinônimos, conceitos similares e termos relacionados, ele foi categorizado como combinação parcial (figura 8).

Figura 8. Procedimento para realização do mapeamento cruzado das evidências empíricas com os Diagnósticos/Resultados CIPE®. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015

Fonte: elaboração da autora

Para a apresentação dos resultados das análises, a autora considerou as combinações exatas e parciais com o mesmo valor. Salienta-se ainda, que de acordo com o que recomenda a Norma ISO 18.104:2003 ⁽⁴⁸⁾, para construção dos diagnósticos

e dos resultados de enfermagem são utilizadas as mesmas regras de combinação dos eixos, sendo a sua diferenciação baseada no julgamento clínico do enfermeiro. Desta forma, optou-se para este estudo expor esses dados de forma unificada. Assim, os resultados provenientes da combinação dos eixos foram expostos de forma única como: Diagnósticos/Resultados de Enfermagem.

Nos exemplos supracitados, os termos “incontinência de urgência”, extraídos da fragmentação do trecho da evolução considerado evidência empírica referente a um diagnóstico/resultados, foi considerado combinação exata com o Diagnóstico/Resultado CIPE® “Incontinência de Urgência”. Já os termos “dificuldade” e “deglutir” foram considerados combinação parcial e correlacionados aos termos padronizados CIPE® que levaram ao Diagnóstico/Resultado “Deglutição Prejudicada”.

Da mesma forma, a fragmentação do trecho considerado como evidência empírica referente a uma intervenção “orientação sobre ingestão de líquidos” foi considerado combinação exata com a Intervenção CIPE® “Orientar sobre Ingestão de Líquidos”. Assim como, os termos: “Orientada”, “Adaptação do Domicílio” e “Segurança”, foram considerados combinação parcial com a Intervenção CIPE® “Orientar sobre Segurança Domiciliar” (figura 9).

Figura 9. Procedimento para realização do mapeamento cruzado das evidências empíricas com as Intervenções da CIPE®. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015
Fonte: elaboração da autora

Os dados levantados nessa segunda etapa foram organizados em uma segunda planilha do *Excel for Windows* (apêndice A – instrumento 2), a qual foi constituída de: trechos referentes ao diagnóstico/resultados e à intervenção; termos não padronizados descritos pelos enfermeiros e termos padronizados CIPE®, que corresponderam às evidências clínicas confirmatórias da presença do diagnóstico/resultados e da intervenção CIPE®.

3.4.4 Quarta etapa: Validação das afirmativas de diagnósticos e de intervenções de Enfermagem de acordo com a linguagem CIPE®

Nesta última etapa, foi solicitado nos meses de setembro e outubro de 2015, que enfermeiros juízes realizassem a validação, por meio da determinação da concordância entre as evidências empíricas encontrados nas evoluções e que foram relacionadas aos Diagnósticos, Resultados e às Intervenções CIPE®.

O termo validar, dentre outras definições, quer dizer legitimar. Portanto, validar um Diagnóstico/Resultado e/ou uma Intervenção de Enfermagem significa torná-lo legítimo para aquela situação clínica e para todos os profissionais de enfermagem ⁽⁵⁸⁾.

Assim, para esta etapa, o modelo de Validação de Conteúdo, proposto por Fehring ^(58, 59), foi utilizado como referencial metodológico. Para este, foram estabelecidos os seguintes procedimentos: 1) seleção de juízes; 2) identificação pelos juízes da pertinência entre as evidências empíricas que determinam Diagnósticos/Resultados e Intervenções com os títulos e as definições CIPE®; 3) cálculo dos escores para cada Diagnóstico/Resultado e cada Intervenção de Enfermagem.

3.4.4.1 Seleção dos juízes

Para este estudo foram convidados enfermeiros juízes, que compuseram uma amostra de conveniência. Para a seleção destes, foram considerados critérios profissionais de experiência, conhecimentos, habilidades e prática do cuidado em relação ao assunto a validar. Foram considerados juízes desta pesquisa, aquele enfermeiro que apresentou pelo menos um dos quatro critérios abaixo (figura 10):

Critérios para seleção dos juízes
1. Ter prática clínica de pelo menos três anos em reabilitação física motora de pacientes com doença de Parkinson
2. Ter capacitação (especialização) em área reabilitação física motora ou em doença de Parkinson ou em Linguagem de Especialidade
3. Publicação de pesquisa ou artigo relacionado à reabilitação física motora ou em doença de Parkinson ou em Processo de Enfermagem ou em Linguagem de Especialidade
4. Ter titulação de mestre/doutor em Enfermagem com dissertação/tese apresentando conteúdo relacionado à reabilitação física motora ou à doença de Parkinson ou ao Processo de Enfermagem ou à Linguagem de Especialidade

Figura 10. Critérios para seleção dos juízes. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015

Como enfermeiros com experiência clínica em reabilitação física motora, foram considerados todos aqueles funcionários da Rede SARA, que atuam ou já atuaram prestando assistência a pacientes adultos em reabilitação física motora. Pois, reconhece-se a experiência clínica uma forte aliada no processo de raciocínio para determinação dos diagnósticos/resultados e das intervenções.

Sobreleva-se ainda, os requisitos necessários para o uso criterioso da linguagem de especialidade que baseia-se na análise das características do objeto para determinação de seus conceitos, que por sua vez será representado por um termo ⁽⁴³⁾. Assim, o uso da linguagem de especialidade com acurácia requer do enfermeiro características intelectuais que estão presentes naqueles que são especialistas em determinadas áreas do conhecimento.

3.4.4.2 Processo de validação

Foi entregue aos participantes, em mãos, o Caderno de Validação (apêndice B). Este foi composto por: Carta Convite, Termo de Consentimento Livre Esclarecido, Categorização do Perito, Instruções para avaliação dos juízes e, na sequência, todos os termos mapeados. Para facilitar o raciocínio clínico, os termos foram subdivididos em três seções: 1- sintomas não motores; 2- sintomas motores e 3- princípios da reabilitação. Em cada seção, os diagnósticos/resultados estavam relacionados às suas intervenções.

O Índice de Concordância (IC) foi utilizado como ferramenta metodológica de validação. Nesta fase, as sugestões dos participantes consideradas pertinentes em relação às definições das afirmativas de diagnósticos/resultados e de intervenções que alcançaram o IC desejado na etapa de validação, foram analisadas e acatadas, quando possível. As definições dos enunciados de diagnósticos/resultados e de intervenções que não alcançaram o IC desejado foram descartadas.

A validação de conteúdo é aplicável quando um pesquisador tem a intenção de saber se as questões que apresenta são representativas do conteúdo que pretende abordar ⁽⁵⁸⁾. No caso deste estudo, a intenção será verificar se as evidências empíricas de Diagnóstico/Resultado e de Intervenção de Enfermagem são mapeáveis com a terminologia CIPE® com base no seu conceito.

O uso do Índice de Concordância para tabulação e tratamento dos dados possibilita estimar a validade de um item de mensuração com base no julgamento de dois ou mais especialistas quanto à relação entre o objeto e os objetivos desta medida, que nesta pesquisa atendeu os seguintes critérios: adequação, pertinência, clareza, precisão e objetividade. Para cada um desses critérios, o cálculo do Índice de Concordância entre os juízes foi realizado com base em uma escala tipo Likert. O cálculo do IC foi realizado a partir da média estatística simples dos valores atribuídos a cada item pelos juízes (tabela 1).

Tabela 1. Pesos do grau de concordância para o cálculo do Índice de Concordância. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015

Grau de Concordância	1	2	3	4	5
Significado	Nada	Pouco	De alguma forma	Muito	Excelente
Pontuação	0	0,25	0,5	0,75	1

Os pesos foram definidos de modo que a pontuação total não ultrapassasse 1.

Foram consideradas validadas as afirmativas que atingiram escores iguais ou superiores a 0,80, conforme preconiza a literatura científica ⁽⁵⁸⁾.

No instrumento de validação também havia um espaço reservado para sugestões, justificativa e comentários em relação ao item avaliado, o que possibilitou aos especialistas apresentarem os motivos quando da seleção da sua resposta.

3.5 Tratamento dos dados

A análise descritiva trouxe as distribuições de frequências, cálculos das estatísticas mínimo, máxima, média, desvio padrão e percentual. Estas foram usadas para tratar os dados demográficos dos pacientes e dos enfermeiros juízes, além daqueles referentes aos enunciados de Diagnósticos/Resultados e de Intervenções de Enfermagem.

Os resultados provenientes das etapas metodológicas desta pesquisa foram apresentados sob a forma de gráficos, tabelas e quadros. O banco com o subconjunto terminológico da CIPE[®] para pacientes com doença de Parkinson em reabilitação, considerado o produto tecnológico deste estudo, foi apresentado em um quadro, em ordem alfabética crescente, conforme preconiza a terminologia CIPE[®].

3.6 Aspectos Éticos

Este estudo recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Rede SARA de Hospitais de Reabilitação, Brasília-DF, nº 778.072 (anexo 2).

Para a análise dos prontuários dos pacientes, foi solicitada a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice C) tendo em vista os seguintes argumentos:

1. Trata-se de pesquisa retrospectiva com uso de dados descritos em prontuários;
2. Em muitos dos casos, os pacientes já vieram a óbito;
3. Em muitos casos é difícil a localização de familiares, pois os mesmos nem sempre frequentam regularmente o hospital;
4. Alguns pacientes foram atendidos há muito tempo e o endereço e telefone já não são os mesmos.

Nestes termos, a autora cumpriu todas as diretrizes e normas reguladoras descritas na Resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012, referentes às informações obtidas com a pesquisa ⁽⁶⁰⁾.

Para os especialistas que participaram do processo de validação, foi solicitada assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice B).

CAPÍTULO IV - RESULTADOS

4.1 Caracterização dos registros de enfermagem e dos pacientes que compuseram a amostra do estudo

Considerando os 352 pacientes com doença de Parkinson atendidos pelos enfermeiros no período de Maio de 2009 a Março 2014, observa-se na figura 11 a distribuição das evoluções de enfermagem de acordo com o ano em que foram redigidas nos prontuários.

Figura 11. Distribuição dos registros de enfermagem de acordo com o ano das evoluções no período proposto para a pesquisa (Maio de 2009 a Março 2014). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2015

Com a utilização da técnica de amostragem aleatória simples, observa-se o predomínio de registros nos anos de 2010, 2011 e 2012 (75,0%).

Para caracterizar a amostra do estudo foram descritas as distribuições de: gênero, idade, tempo de evolução da doença, grau de incapacidade de acordo com a escala de Hoehn & Yahr e tipo de doença de Parkinson (Tabela 2).

Tabela 2. Perfil dos pacientes com doença de Parkinson que participaram de programa de reabilitação no período de Maio de 2009 a Março de 2014 (n=352). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2015

Variáveis	n	%	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Gênero						
Feminino	134	38,1	-	-	-	-

Masculino	218	61,9				
Idade						
39 - 49	35	9,9				
49 - 59	63	17,9				
59 - 69	132	37,5	39	89	66	11
69 - 79	104	29,5				
79 - 89	18	5,1				
Duração da DP						
1 - 10anos	271	77,0				
10 - 20anos	57	16,2				
20 - 30anos	24	6,8	1	45	7	5
mais de 30 anos	1	0,3				
Escala H&Y						
1	18	5,1				
1,5	9	2,6				
2	133	37,8	1	4	2,6	0,8
2,5	72	20,5				
3	74	21,0				
4	46	13,1				
Tipos de DP						
Mista	204	58,0				
Rígido-Acinética	118	33,5	-	-	-	-
Tremorígena	30	8,5				

Os resultados mostram que 61,9% dos pacientes são do gênero masculino, em sua maioria com idade entre 59 a 78 anos (67,0%). No que se refere à doença de Parkinson, observou-se que 77,0% dos pacientes cursava com tempo de evolução da doença entre 1 a 9 anos, 37,8% estava no estágio 2 da Escala de H&Y e a maioria possuía a forma Mista da doença (58,0%).

4.2 Mapeamento Cruzado dos Diagnósticos/Resultados de Enfermagem

Os Diagnósticos/Resultados mapeados foram distribuídos de acordo com o recorte temporal determinado desta pesquisa (Figura 12).

Figura 12. Distribuição dos Diagnósticos/Resultados de Enfermagem mapeados no período de Maio de 2009 a Março de 2014. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015

A maioria dos diagnósticos/resultados foi identificada imediatamente no início do mapeamento (2009 = 67,7%), e confirmados nos anos subsequentes, quando identifica-se a saturação dos termos após 2012.

Dos 352 prontuários de pacientes com doença de Parkinson em reabilitação, emergiram 3.825 evidências empíricas que, após o cruzamento com a terminologia, resultaram em 155 Diagnósticos/Resultados padronizados de acordo com a CIPE® (Apêndice D). Isto representou média de $10,9 \pm 0,1$ Diagnósticos/Resultados de Enfermagem por paciente.

Quando tratados os Diagnósticos/Resultados relacionados aos sintomas motores e não motores da doença de Parkinson e aos princípios da reabilitação neurológica, foram reconhecidas 3.013 (78,8%) evidências empíricas, representadas por 113 Diagnósticos/Resultados CIPE® (Tabela 3), as quais foram submetidas à etapa de validação junto aos juízes.

Tabela 3. Categorias das evidências empíricas mapeadas de acordo com os Diagnósticos/Resultados da CIPE®. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015

Categorias	Diagnósticos/Resultados			
	Evidências Empíricas (CIPE®)	%	Média	Desvio Padrão
Sintomas Não Motores	1.818 (67)	59,3	5,2	41,2
Sintomas Motores	731 (18)	15,9	2,1	31,8
Princípios da Reabilitação	464 (28)	24,8	1,3	17,4
Total	3.013 (113)	100		

Houve prevalência dos sintomas não motores (59,3%) que, por meio do mapeamento resultaram em 1.818 evidências empíricas e que após o cruzamento com a CIPE® geraram 67 diferentes diagnósticos/resultados.

Os resultados do mapeamento cruzado juntamente com a literatura científica, possibilitou a elaboração do organograma dos principais sinais e sintomas motores e não motores da doença de Parkinson (Figura 13).

Figura 13. Organograma da classificação dos principais sinais e sintomas motores e não motores da doença de Parkinson. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015

Este organograma fundamentou o agrupamento dos diagnósticos/resultados em categorias as quais foram denominadas síndromes. Para estas, foram considerados os diagnósticos/resultados de enfermagem que incluíam no mínimo dois diagnósticos relevantes da CIPE® (Figura 14).

Sintomas Não Motores			Sintomas Motores
Disautônômico	Disfunção Sensorial	Neuro Comportamental	
Urogenital - Disfunção Vesical			
I- Processo do Sistema Urinário Prejudicado	V- Percepção Sensorial Alterada	VII- Equilíbrio de Humor Prejudicado	XI- Hipoatividade
1.Incontinência de Urgência	17.Dor	23.Ansiedade	45.Capacidade para Comunicar-se pela Fala Prejudicada
2.Incontinência Urinária	18.Tontura	24.Tristeza crônica	46.Atividade Psicomotora Prejudicada
3.Incontinência Urinária por Estresse	19.Fraqueza	25.Depressão	47.Capacidade para Transferência Prejudicada
4.Urina Prejudicada	20.Fadiga	26.Enfrentamento Prejudicado	48.Mobilidade Prejudicada
5.Enurese		27.Adaptação Prejudicada	49.Disartria
		VIII- Cognição Prejudicada	50.Mobilidade na cama Prejudicada
		28.Memória Prejudicada	XII- Deambulação Prejudicada
			51.Mobilidade em Cadeira de Rodas

Figura 14. Estratificação dos diagnósticos/resultados relacionados aos sintomas não motores, motores e princípios da reabilitação mapeados de acordo com a CIPE® e caracterizados como síndromes. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015

Com base nos dados acima, dos 113 Diagnósticos/Resultados CIPE® que foram selecionados para o processo de validação 74 (65,5%) compuseram aqueles considerados como síndrome, o que possibilitou o agrupamento de 60 diagnósticos/resultados em 14 subconjuntos, sendo 10 (60,3%) presentes na categoria de sintomas não motores e 4 (28,6%) que compuseram igualmente as categorias dos sintomas motores (14,3%) e dos princípios da reabilitação (14,3%).

Considerando os Diagnósticos/Resultados CIPE® que foram selecionados para o processo de validação mas que não foram considerados síndromes (n=40), observa-se que 17 (42,5%) enquadram-se na categoria dos princípios da reabilitação (Figura 15).

Sintomas Não Motores	Sintomas Motores	Princípios da Reabilitação
<i>Disautônômico - Urogenital - Disfunção Vesical</i>	<i>Marcha e Quedas</i>	<i>Socialização e Qualidade de Vida</i>
1. Risco de Infecção de Urina	15.Risco de Queda	24.Socialização Prejudicada
2. Infecção de Trato Urinário	16.Risco de Lesão por Queda	25.Qualidade de Vida Prejudicada
3. Função do Sistema Urinário Eficaz	17.Queda Ausente	26.Qualidade de Vida
	18.Deambulação Eficaz	27.Capaz de Socializar-se
<i>Disautônômico - Urogenital - Disfunção Sexual</i>	<i>Movimentos corporais</i>	<i>Rotina e Autocuidado</i>
4. Impotência Sexual	19.Tremor	28.Segurança Domiciliar Eficaz
5. Funcionamento Sexual Eficaz	20.Capacidade para Executar Função Motora Fina	29.Segurança Domiciliar Prejudicada
<i>Disautônômico - Cardiovascular</i>	21.Capaz de Transferir-se	30.Rotina Adequada
6. Edema Periférico	22.Capaz de Mover-se na Cama	31.Rotina Inadequada
7. Hipotensão	<i>Comunicação</i>	<i>Terapêutico/Medicamentoso</i>
8. Edema Periférico Ausente	23.Capacidade para Comunicar-se pela Fala Eficaz	32.Capacidade para Gerenciar o Regime Medicamentoso
9. Pressão Arterial, nos Limites Normais		33.Capacidade para gerenciar o Regime Medicamentoso Prejudicada
<i>Disautônômico - Gastrintestinal</i>		34.Déficit de Suprimento de Medicação
10. Ingestão Nutricional, nos Limites Normais		35.Resposta à Medicação Eficaz
11. Hidratação Adequada		36.Resposta a Medicação Ineficaz
12. Apetite Eficaz		37.Falta de Conhecimento sobre o Regime Medicamentoso
13. Deglutição Eficaz		<i>Envolvimento para Reabilitação</i>
<i>Disfunção do Sono</i>		38.Adesão ao Regime de Reabilitação
14. Sono Adequado		39.Falta de Conhecimento sobre a Doença
		40.Estresse do Cuidador

Figura 15. Estratificação dos diagnósticos/resultados CIPE® relacionados aos sintomas não motores, motores e aos princípios da reabilitação alocados em categorias diversas. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015

Foram expostos também os diagnósticos/resultados correspondentes às evidências empíricas que não tinham relação direta com as categorias dos sintomas não motores, motores e aos princípios da reabilitação no contexto da doença de Parkinson (Figura 17).

Diagnósticos/Resultados CIPE®	Evidências Empíricas
1.Abuso de Álcool Ausente	histórico de etilismo
2.Abuso de Drogas	uso de drogas ilícitas
3.Abuso de Tabagismo	tabagismo, fumante
4.Capacidade para Enxergar Prejudicada	visão dupla, glaucoma, degeneração macular, déficit da acuidade visual
5.Capacidade para Ouvir Prejudicada	perda auditiva, redução da acuidade auditiva
6.Capacidade para Ver	nega dificuldade para ler/leitura
7.Comportamento de Atividade Física Prejudicado	preguiça para atividade física, sedentarismo
8.Comportamento de Busca de Saúde	possui acompanhamento urológico/ ginecológico/odontológico/clínico adequado
9.Comportamento de Busca de Saúde Prejudicado	não possui acompanhamento urológico/ ginecológico/odontológico/clínico adequado
10.Condição Financeira Prejudicada	recursos financeiros restritos, problemas financeiros
11.Convulsão	crise convulsiva
12.Diarréia	diarréia
13.Exposição à Contaminação	atividade laboral com metais e produtos químicos
14.Ferida Traumática	escoriação
15.Flatulência	flatulência
16.Função Renal Eficaz	função renal preservada/normal
17.Função Renal Prejudicada	insuficiência renal crônica
18.Hipertensão	hipertensão, HAS
19.Hipertermia	hipertermia, elevação da temperatura corporal
20.Infecção de Pele	lesão por herpes zoster
21.Infecção de Unha	unicomicose
22.Integridade da Pele Melhorada	ferida cicatrizada
23.Integridade da Pele Prejudicada	pele ressecada, ressecamento labial
24.Medo de Queda	receio de queda por labirintite
25.Morte	faleceu por hemorragia estomacal/por infarto/fratura de fêmur/pneumonia
26.Perfusão Tissular Periférica Prejudicada	Insuficiência arterial periférica
27.Pressão Sanguínea Alterada	pressão arterial atual 160X90, oscilações pressóricas
28.Processo do Sistema Circulatório Prejudicado	dislipidemia, insuficiência cardíaca
29.Processo do Sistema Imune Prejudicado	artrite reumatóide
30.Processo do Sistema Musculoesquelético Prejudicado	artrose em coluna, fratura de vértebra, hérnia de disco, radiculopatia cervical, fissura óssea, artrose em joelhos
31.Processo do Sistema Nervoso Prejudicado	polineuropatia diabética

32.Processo do Sistema Regulatório Prejudicado	hipo/hipertireoidismo, hiperglicemia
33.Processo do Sistema Respiratório Prejudicado	DPOC, pneumonia, infecção respiratória
34.Processo Neurovascular Prejudicado	Acidente Vascular Encefálico, ruptura de aneurisma cerebral
35.Processo Vascular Prejudicado	púrpura trombocitopênica, trombocitopenia
36.Próstata Grande	aumento do volume prostático, hiperplasia prostática benigna
37.Risco de Infecção Hospitalar	apresentou infecção hospitalar
38.Sobrepeso	obesidade
39.Tabagismo ausente	ex-tabagista
40.Úlcera por Pressão	úlceras por pressão
41.Urina Positiva	aspecto normal da urina, urina clara e com odor característico

Figura 16. Diagnósticos/Resultados CIPE® que não possuem relação com os sintomas não motores, motores e aos princípios da reabilitação. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015

Os 41 diagnósticos/resultados CIPE® não foram expostos para a validação.

Considerando os eixos da CIPE® *Diagnosis Concepts*, Foco, Julgamento, Localização e Cliente, foram contabilizados os termos mapeados (Figura 17).

Figura 17. Termos mapeados para os diagnósticos/resultados de acordo com os eixos da CIPE®. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2015

Legenda: DC – Diagnosis Concepts; F – Foco; J – Julgamento; L – Localização; C – Cliente.

Houve predomínio de Diagnósticos/Resultados pré-coordenados, os “*Diagnosis Concepts*” (DC), os quais representaram 67% do total, seguido dos termos presentes no eixo Foco (22%).

4.3 Mapeamento Cruzado das Intervenções de Enfermagem

As Intervenções mapeadas foram distribuídas de acordo com o recorte temporal determinado desta pesquisa (Figura 18).

Figura 18. Distribuição das Intervenções de Enfermagem mapeadas no período de Maio de 2009 a Março de 2014. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015

A maioria das intervenções foi identificada imediatamente no início do mapeamento (2009 = 62,1%), e confirmadas nos anos subsequentes, quando identifica-se a saturação dos termos após 2013 (100,0%).

Dos 352 prontuários de pacientes com doença de Parkinson em reabilitação, emergiram 3.695 evidências empíricas que, após o cruzamento com a terminologia resultaram em 66 intervenções padronizadas de acordo a CIPE® (Apêndice E). Isto representa média de $10,5 \pm 1,7$ intervenções por paciente.

Quando tratadas as intervenções relacionadas aos 113 diagnósticos/resultados estratificados como sintomas não motores e motores da doença de Parkinson e princípios da reabilitação, foram reconhecidas 3.586 evidências empíricas, representadas por 56 (84,8%) Intervenções CIPE®.

O tratamento das intervenções foi realizado da forma como representado no exemplo (Figura 19).

Figura 19. Processo de seleção das Intervenções CIPE® para a etapa de validação. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015

Os resultados foram agrupados em contextos de intervenção: Gastrointestinal, Terapêutico/Medicamentoso, Geniturinário, Envolvimento para reabilitação,

Atividades educativas, Autocuidado, Encaminhamento para equipe multiprofissional, Intervenções clínicas, Qualidade de vida, Intervenção focada na família (Tabela 4).

As intervenções “Orientar sobre Ingestão de Líquidos ao Paciente” e “Orientar sobre Ingestão de Líquidos para Grupo” não foram agrupadas, pois elas podem ser contextualizadas tanto na categoria “Gastrintestinal” quanto na “Geniturinária”.

Tabela 4. Distribuição das principais Intervenções de Enfermagem mapeadas de acordo com CIPE®. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015

Intervenções de Enfermagem CIPE®	Evidências Empíricas n (%)	Por Prontuário média (n=352)
<i>Gastrintestinal</i> Orientar em Grupo sobre Processo do Sistema Gastrintestinal, Orientar o Paciente sobre Processo do Sistema Gastrintestinal, Obter Dados sobre Condição Intestinal, Orientar em Grupo Sobre Padrão de Ingestão de Alimentos, Orientar o Paciente Sobre Padrão de Ingestão de Alimentos, Coletar Amostra de Fezes, Prescrever Medicação	762 (21,2)	2,2
<i>Terapêutico/Medicamentoso</i> Orientar a Lidar com Medicação, Orientar Sobre Medicação em Grupo, Orientar ao Paciente Sobre Medicação, Orientar em Grupo Sobre Regime Terapêutico, Encaminhar para Grupo para Orientar Sobre Regime Terapêutico	611 (17,0)	
<i>Geniturinário</i> Medir (ou Verificar) Débito de Líquidos, Medir (ou Verificar) Ingestão de Líquidos, Gerenciar Micção, Obter Dados sobre Retenção Urinária usando Ultrassom, Orientar Paciente sobre Processo do Sistema Urinário, Avaliar a Condição Geniturinária, Cateterizar Bexiga para Coletar Amostra de Urina, Coletar Amostra de Urina, Instruir Paciente para Micção Controlada, Orientar Autocateterismo	593 (16,5)	1,7
<i>Envolvimento para reabilitação</i> Entrar em acordo para Adesão, Obter Dados sobre Resposta à Orientação, Encorajar Afirmações Positivas, Orientar Paciente a Contatar a Instituição de Atenção à Saúde	454 (12,7)	1,3
Orientar o Paciente sobre Ingestão de Líquidos, Orientar em Grupo sobre Ingestão de Líquidos	413 (11,5)	1,2
<i>Atividades educativas</i> Encaminhar Paciente e Família para Grupo para Orientar Sobre Doença e Orientar Sobre Reabilitação, Orientar o Paciente Sobre Doença, Orientar em Grupo Sobre Doença e Orientar Sobre Reabilitação, Orientar o Paciente Sobre Doença e Orientar Sobre Reabilitação, Encaminhar a Família para Grupo para Orientar Sobre Reabilitação	274 (7,6)	0,8
<i>Autocuidado</i> Orientar o Paciente sobre Autocuidado, Orientar Paciente a Aplicar Dispositivos de Segurança para o Autocuidado, Orientar sobre Dispositivo para Alimentação, Orientar sobre Uso de Dispositivo de Apoio, Orientar sobre Técnica de Transferência, Orientar a Família Sobre Prevenção de Queda, Orientar Adaptação para a Comunicação, Orientar Adaptação para a Rotina, Orientar o Paciente sobre Segurança do Domicílio	211 (5,9)	0,6
<i>Encaminhamento para equipe multiprofissional</i> Encaminhar para Equipe Interprofissional, Encaminhar para Serviço Comunitário, Encaminhar para Fisioterapia	192 (5,4)	0,5
<i>Intervenções clínicas</i> Orientar sobre Sono, Obter Dados sobre Humor, Orientar sobre Manejo (Controle) de Sintomas, Orientar Medir da Pressão Arterial, Medir da Pressão Arterial	32 (0,9)	0,1

<i>Qualidade de vida</i>		
Obter Dados sobre Qualidade de Vida, Orientar sobre Comportamento de Busca de Saúde, Promover Socialização	27 (0,8)	0,1
<i>Intervenção focada na família</i>		
Facilitar Capacidade da Família para Participar no Plano de Cuidado, Orientar a Família para Contratar Cuidador, Orientar Apoio Familiar	17 (0,5)	0
Total	3.586 (100,0)	10,2

Constata-se que as intervenções do contexto “Gastrintestinal” prevaleceu com 21,4%, com média de 2,2 intervenções por prontuário.

Em se tratando da intervenção isolada, observa-se que “Entrar em acordo para Adesão” foi a mais mapeada e esteve presente em todos os prontuários analisados, repetindo-se em alguns deles (n=443).

Observou-se que 15 (26,8%) intervenções se repetiram em diferentes contextos diagnósticos/resultados, onde 60,0% destas estão relacionadas à diagnósticos considerados síndromes, são elas (Figura 20):

Intervenções de Enfermagem CIPE®	Contextos de Diagnósticos/Resultados relacionados
1.“Orientar o Paciente sobre o Processo do Sistema Urinário”	1. Processo do Sistema Urinário Prejudicado 2. Risco de Infecção de Urina 3. Infecção de Trato Urinário
2.“Avaliar Condição Geniturinária”	1. Processo do Sistema Urinário Prejudicado 2. Risco de Infecção de Urina 3. Infecção de Trato Urinário
3.“Orientar ao Paciente e em Grupo sobre Ingestão de Líquidos”	1. Processo do Sistema Urinário Prejudicado 2. Risco de Infecção de Urina 3. Infecção de Trato Urinário 4. Condição Nutricional Prejudicada 5. Processo do Sistema Gastrointestinal Prejudicado
4.“Orientar Autocateterismo”	1. Processo do Sistema Urinário Prejudicado 2. Risco de Infecção de Urina
5.“Orientar sobre Uso de Dispositivo de Apoio”	1. Processo do Sistema Urinário Prejudicado 2. Edema Periférico
6.“Encaminhar para Equipe Interprofissional”	1. Impotência Sexual 2. Processo do Sistema Gastrointestinal Prejudicado 3. Condição Nutricional Prejudicada 4. Hipotensão 5. Percepção Sensorial Alterada 6. Sono Prejudicado 7. Equilíbrio de Humor Prejudicado 8. Cognição Prejudicada 9. Hipoatividade 10. Deambulação Prejudicada 11. Tremor
7.“Obter Dados sobre Qualidade de Vida”	1. Impotência Sexual 2. Qualidade de Vida Prejudicada
8.“Orientar o Paciente sobre Doença”	1. Impotência Sexual 2. Edema Periférico 3. Hipotensão 4. Percepção Sensorial Alterada 5. Cognição Prejudicada 6. Tremor 7. Falta de Conhecimento sobre a Doença
9.“Orientar o Paciente e Grupo sobre Padrão de Ingestão de Alimentos”	1. Processo do Sistema Gastrointestinal Prejudicado 2. Condição Nutricional Prejudicada 3. Hipotensão
10.“Orientar o Paciente sobre Medicação”	1. Edema Periférico 2. Hipotensão 3. Capacidade para Manejar (Controlar) o Regime Medicamentoso Prejudicada
11.“Orientar sobre Técnica de Transferência”	1. Hipoatividade 2. Hipotensão
12.“Encaminhar para Fisioterapia”	1. Deambulação Prejudicada 2. Risco de Lesão por Queda
13.“Entrar em acordo para Adesão”	1. Capacidade para Manejar (Controlar) o Regime Medicamentoso Prejudicada 2. Resposta a Medicação Negativa

	3. Falta de Conhecimento sobre o Regime Medicamentoso
14. “Orientar o Paciente sobre Autocuidado”	1. Déficit de Autocuidado 2. Risco de Lesão por Queda 3. Tremor
15. “Orientar Apoio Familiar”	1. Estresse do Cuidador 2. Cognição Prejudicada

Figura 20. Intervenções de enfermagem CIPE® que se repetiram nos contextos de diagnósticos/resultados. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015

Considerando as intervenções que não foram expostas ao processo de validação, observa-se que 10 (17,9%) possuíam relação com outros diagnósticos/resultados CIPE® (Figura 21).

Intervenções de enfermagem CIPE®	Evidências Empíricas
1. Encaminhar para Grupo para Orientar sobre Diabetes e Hipertensão	encaminhado paciente para participar do grupo de orientação para prevenção dos fatores de risco para doenças cerebrovasculares.
2. Agendar Consulta Subsequente	após o término do exame foi encaminhado para agendamento de revisão médica.
3. Administrar Medicação e Solução	administrado 13ml de contraste paramagnético; administrado captopril
4. Orientar em Grupo sobre Controle do Diabetes e da Hipertensão	paciente participou do grupo de orientação para prevenção dos fatores de risco para doenças cerebrovasculares.
5. Interromper Plano de Cuidados	programa interrompido devido a internação hospitalar por pneumonia/cirurgia para correção de catarata/cirurgia ortopédica.
6. Assegurar Continuidade de Cuidado	reforçado com o paciente sobre a importância de ingerir líquidos após o exame com contraste.
7. Obter Dados sobre Risco de Resposta Negativa	paciente mantido em observação para avaliar possíveis manifestações de processo alérgico secundárias ao exame.
8. Orientar sobre Cuidados com a Ferida	orientada a aplicar óleo reparador de epitélio em toda região, inclusive na lesão, e a realizar um curativo diário para proteção da ferida contra traumas.
9. Orientar sobre Prevenção de Úlcera por Pressão	reforçamos a importância da mudança de decúbito com proteção de extremidades ósseas.
10. Cuidar de Úlcera por Pressão	realizado o curativo em região sacrococcígea.

Figura 21. Intervenções CIPE® que possuíam relação com outros diagnósticos/resultados. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015

Considerando os eixos da CIPE® *Interventions Concepts*, Cliente, Ação, Foco e Meio, foram contabilizados os termos mapeados (Figura 22).

Figura 22. Distribuição dos termos mapeados para as intervenções de acordo com os eixos da CIPE®. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2015

Legenda: IC – Interventions Concepts; C – Cliente; A – Ação; F – Foco; M – Meio.

Houve predomínio de Intervenções pré-coordenadas da CIPE®, os “*Interventions Concepts*” (IC), os quais representaram 43% do total, seguido de termos presentes no eixo Ação (20%).

4.4 Diagnósticos/Resultados e Intervenções de Enfermagem validados pelos juízes

4.4.1 Caracterização dos enfermeiros juízes

Para caracterizar o grupo de juízes que participou do processo de validação foram descritas as distribuições de: idade, gênero, tempo de formação em Enfermagem e titulação (Tabela 5).

Tabela 5. Caracterização dos enfermeiros juízes. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015

Variáveis	n	%	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade						
30 - 40	8	62				
40 - 50	5	38	30	44	37,4	4,4
Gênero						
Feminino	10	77	-	-	-	-
Masculino	3	23				
Tempo Formação						
8 -15	9	69				
15 - 22	3	23	8	25	14,2	5,4
22 - 26	1	8				
Maior Titulação						
Graduação	1	8				
Especialista	9	69	-	-	-	-
Mestre	3	23				

O grupo foi constituído por treze enfermeiros, com idade média de 37,4 anos ($\pm 4,4$), 77% mulheres, com tempo médio de formação em Enfermagem de 14,2 anos ($\pm 5,4$), tendo Especialização como a maior titulação em 69% dos casos.

No que se refere à prática clínica e de pesquisa dos profissionais, estes foram avaliados de acordo com as áreas temáticas “doença de Parkinson”, “Classificação Internacional para Prática da Enfermagem” e “Reabilitação” (Tabela 6).

Tabela 6. Caracterização dos juízes em relação à experiência, atuação profissional desenvolvimento de pesquisa. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015

Variáveis	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
<i>Experiência</i>						
Trabalhou/ Conhece a CIPE®	11	85	2	15	13	100
Presta/ Prestou assistência a pacientes com DP	10	77	3	23	13	100
Utiliza/ Utilizou Sistema de Classificação na Prática Clínica	7	54	6	46	13	100
<i>Atuação Profissional</i>						
Reabilitação	13	100	0	0	13	100
Doença de Parkinson	13	100	0	0	13	100
Pesquisa	5	38	8	62	13	100
Ensino	1	8	12	92	13	100
<i>Desenvolvimento de pesquisas na temática</i>						
Reabilitação	4	31	9	69	13	100
Terminologias de Enfermagem	3	23	10	77	13	100
Diagnósticos/Resultados ou Intervenções na DP	1	8	12	92	13	100

Observa-se que 100% dos participantes possui experiência clínica em doença de Parkinson, onde 77% presta a assistência direta a estes pacientes e 8% está desenvolvendo estudos com base nos Diagnósticos/Resultados ou Intervenções na DP.

Em relação à CIPE®, 85% dos juízes já usou ou conhece essa terminologia, sendo que 54% a utiliza em sua prática clínica por um período que varia de 2 a 10 anos e 23% desenvolveu ou está desenvolvendo estudos nesta área temática.

No contexto da reabilitação, constata-se que 100% deles atua nesta área e 31% desenvolveu ou está desenvolvendo estudos focalizados neste tema.

4.4.2 Processo de Validação

O processo de validação foi estabelecido por meio do cálculo do Índice de Concordância (IC) para cada um dos cinco critérios de mensuração referentes aos termos: 14 subconjuntos de diagnósticos/resultados síndromes, 40 referentes a diagnósticos/resultados alocados em diversos contextos e 94 intervenções. Estes totalizaram 148 termos relacionados aos diagnósticos/resultados e intervenções CIPE®.

Como dito anteriormente, das 56 intervenções mapeadas, 15 termos se repetiram em diferentes contextos, que somando ao total de termos dispostos no caderno de validação, totalizou 94 intervenções.

O somatório geral do desvio padrão dos 148 termos, calculado com base no índice de concordância total gerado por cada juiz, foi exposto na figura 23.

Figura 23. Z-escore para comparação dos 148 termos relacionados aos diagnósticos/resultados e intervenções CIPE® entre os juízes. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015

Os resultados mostram que os juízes 2, 5, 6 e 7, os quais representaram 30,8% do total, estabeleceram IC mais baixos em relação aos demais.

Foi calculada a média de concordância entre os juízes de acordo com cada categoria de termos (Tabela 7).

Tabela 7. Índice de Concordância total entre os juízes por categoria. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015

Cálculo Estatístico	Categoria dos termos		
	Sintoma Não Motor	Sintoma Motor	Princípios da Reabilitação
Soma	69,70	18,39	39,16
Média	0,86	0,92	0,91
Desvio Padrão	0,05	0,05	0,05

Observa-se que categoria de sintomas motores apresentou média de concordância superior (0,92).

4.4.3 Diagnósticos/Resultados e Intervenções de Enfermagem validados e relacionados aos Sintomas Não Motores da doença de Parkinson

4.4.3.1 Diagnósticos/Resultados de Enfermagem

Foram considerados validados os diagnósticos/resultados que alcançaram média geral do IC $\geq 0,80$ (Figura 24).

Figura 24. Índice de concordância dos juízes quanto aos Diagnósticos/Resultados de Enfermagem relacionados aos Sintomas Não Motores da doença de Parkinson. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015

Legenda: IC – Índice de Concordância

Observa-se que dos 23 diagnósticos/resultados relacionados aos sintomas não motores da doença de Parkinson, 96% foram validados pelo grupo de juízes.

A tabela 8 mostra a média dos critérios pontuados pelos juízes de acordo com o diagnóstico/resultados CIPE®, os critérios de validação e a respectiva média geral.

Tabela 8. Diagnósticos/Resultados de Enfermagem CIPE® relacionados aos Sintomas Não Motores da doença de Parkinson que alcançaram IC $\geq 0,80$ na média geral dos juízes. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015

Diagnósticos/Resultados CIPE® relacionados aos Sintomas Não Motores da doença de Parkinson	Média dos Critérios					Média Geral	Desvio Padrão
	Adequação	Pertinência	Clareza	Precisão	Objetividade		
Sono Prejudicado	0,94	0,94	0,94	0,90	0,90	0,93	0,02
Processo do Sistema Gastrointestinal Prejudicado	0,94	0,94	0,88	0,90	0,90	0,92	0,02

Dor Ausente	0,94	0,94	0,88	0,90	0,92	0,92	0,02
Cognição Prejudicada	0,92	0,92	0,92	0,90	0,90	0,92	0,01
Risco de Infecção de Urina	0,90	0,90	0,90	0,90	0,87	0,90	0,02
Condição Gastrointestinal Eficaz	0,92	0,92	0,90	0,88	0,88	0,90	0,02
Edema Periférico	0,94	0,94	0,88	0,87	0,88	0,90	0,03
Hipotensão	0,94	0,94	0,87	0,87	0,88	0,90	0,04
Percepção Sensorial Alterada	0,90	0,90	0,90	0,90	0,90	0,90	0,00
Processo do Sistema Urinário Eficaz	0,88	0,90	0,87	0,87	0,88	0,88	0,01
Hidratação Adequada	0,90	0,88	0,87	0,87	0,88	0,88	0,01
Infecção de Trato Urinário	0,88	0,90	0,85	0,85	0,85	0,87	0,02
Funcionamento Sexual Eficaz	0,85	0,85	0,85	0,85	0,85	0,85	0,00
Edema Periférico Ausente	0,87	0,85	0,85	0,87	0,85	0,85	0,01
Equilíbrio de Humor Prejudicado	0,90	0,90	0,83	0,83	0,81	0,85	0,04
Condição Nutricional Prejudicada	0,85	0,85	0,83	0,79	0,79	0,82	0,03
Sono Adequado	0,79	0,79	0,81	0,87	0,87	0,82	0,04
Cognição Eficaz	0,81	0,83	0,81	0,79	0,81	0,81	0,01
Impotência Sexual	0,85	0,85	0,77	0,77	0,77	0,80	0,04
Ingestão Nutricional Positiva	0,85	0,85	0,75	0,77	0,81	0,80	0,04
Equilíbrio de Humor	0,83	0,83	0,77	0,77	0,79	0,80	0,03
Processo do Sistema Urinário Prejudicado	0,83	0,85	0,83	0,75	0,73	0,80	0,05

Observa-se que “Sono Prejudicado” apresentou a média geral maior (IC=0,93), seguido por “Processo do Sistema Gastrointestinal Prejudicado”, “Dor Ausente” e “Cognição Prejudicada”, os quais pontuaram igualmente IC=0,92.

Da mesma forma, constata-se que os diagnósticos/resultados “Impotência Sexual”, “Ingestão Nutricional Positiva” e “Equilíbrio de Humor”, apesar de apresentarem média geral do IC=0,80, obtiveram notas menores nos critérios “Clareza”, “Precisão” e “Objetividade”.

Para “Ingestão Nutricional Positiva” e “Equilíbrio de Humor” dois validadores preencheram o campo sugestões/comentários, onde um deles referiu não compreender os termos “Positivo” e “Equilíbrio” e o outro sugeriu adequar para “Ingestão Nutricional nos Limites Normais”, conforme descrito na CIPE® versão 2015.

Para o diagnóstico/resultado “Processo do Sistema Urinário Prejudicado” observa-se a perda de pontos nos quesitos “Precisão” e “Objetividade”, onde quatro juízes descreveram no campo reservado para comentários/sugestões que o termo era muito amplo e pouco preciso.

O termo “Processo do Sistema Urinário Prejudicado” foi relacionado a 10 evidências empíricas gerais. Mas também, foi considerado uma síndrome, pois englobou outros cinco diagnósticos/resultados os quais foram mapeados por meio de evidências empíricas específicas. O processo de mapeamento cruzado foi realizado da forma como descrito na figura 26:

Figura 25. Evidências empíricas mapeadas tanto para os diagnósticos relacionados à síndrome “Processo do Sistema Urinário Prejudicado” quanto para o próprio termo. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015

Constata-se nos prontuários que as evidências empíricas mais mapeadas foram “Urgência miccional” e “Noctúria”.

Os diagnósticos/resultados validados pelos juízes foram também categorizados em positivos e negativos. Os positivos foram expostos conforme a figura 26:

Figura 26. Distribuição dos diagnósticos/resultados CIPE® positivos relacionados aos sintomas não motores da doença de Parkinson mapeados nos prontuários dos 352 pacientes com doença de Parkinson. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015

Observa-se que dos 25,4% termos positivos, a síndrome “Condição Gastrointestinal Eficaz” foi a mais mapeada nos prontuários (31,5%).

Os diagnósticos/resultados negativos totalizaram 74,6% do total (Figura 27).

Figura 27. Distribuição dos diagnósticos/resultados CIPE® negativos relacionados aos sintomas não motores da doença de Parkinson mapeados nos prontuários dos 352 pacientes com doença de Parkinson. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015

A síndrome “Processo do Sistema Urinário Prejudicado” foi a mais mapeada (100,0%), seguida pela síndrome “Processo do Sistema Gastrointestinal Prejudicado” (88,9%).

4.4.3.2 Intervenções de Enfermagem

Em se tratando das Intervenções de Enfermagem CIPE® relacionadas aos Sintomas Não Motores da doença de Parkinson, constata-se na figura 28 que das 59, 86% atingiram $IC \geq 0,80$.

Figura 28. Índice de concordância dos juízes quanto às Intervenções de Enfermagem relacionadas aos sintomas não motores da doença de Parkinson. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015

Legenda: IC – Índice de Concordância

A tabela 9 mostra a média dos critérios pontuados pelos juízes de acordo com a Intervenção CIPE®.

Tabela 9. Intervenções CIPE® relacionadas aos sintomas não motores da doença de Parkinson que alcançaram $IC \geq 0,80$ na média geral dos juízes. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015

Intervenções CIPE® relacionadas aos sintomas não motores da doença de Parkinson	Média dos Critérios					Média Geral	Desvio Padrão
	Adequação	Pertinência	Clareza	Precisão	Objetividade		
Orientar a Paciente e Grupo sobre Processo Gastrointestinal	0,94	0,96	0,94	0,92	0,94	0,94	0,01
Orientar Família sobre Prevenção de Quedas	0,94	0,94	0,92	0,92	0,92	0,93	0,01
Coletar Amostra de Urina	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92	0,00
Orientar sobre Manejo dos Sintomas	0,92	0,92	0,90	0,88	0,90	0,91	0,01
Coletar Amostra de Fezes	0,90	0,90	0,90	0,90	0,90	0,90	0,00
Orientar o Paciente sobre Doença	0,90	0,90	0,88	0,88	0,90	0,90	0,01
Orientar Medir a Pressão Sanguínea	0,90	0,90	0,90	0,90	0,90	0,90	0,00
Medir Pressão Sanguínea	0,90	0,90	0,88	0,90	0,90	0,90	0,01
Orientar sobre Padrão de Sono	0,92	0,92	0,88	0,88	0,88	0,90	0,02
Encaminhar para Equipe Interprofissional	0,90	0,92	0,90	0,88	0,90	0,90	0,01
Orientar o Paciente sobre Ingestão de Líquidos	0,92	0,92	0,87	0,87	0,87	0,89	0,03

Orientar o Paciente sobre Processo do Sistema Urinário	0,92	0,92	0,88	0,85	0,88	0,89	0,03
Orientar o Paciente e Grupo sobre Ingestão de Líquidos	0,90	0,92	0,90	0,85	0,87	0,89	0,03
Cateterizar Bexiga para Coletar Amostra de Urina	0,90	0,90	0,87	0,87	0,88	0,88	0,02
Orientar sobre Técnica de Transferência	0,90	0,90	0,85	0,85	0,88	0,88	0,03
Avaliar Condição Geniturinária	0,88	0,92	0,85	0,85	0,87	0,87	0,03
Orientar o Paciente sobre o Processo do Sistema Urinário	0,87	0,88	0,87	0,81	0,88	0,86	0,03
Instruir Paciente para Micção Controlada	0,88	0,90	0,81	0,83	0,87	0,86	0,04
Avaliar Condição Geniturinária	0,87	0,88	0,85	0,85	0,85	0,86	0,02
Obter Dados sobre Condição Intestinal	0,88	0,90	0,83	0,85	0,85	0,86	0,03
Orientar Apoio Familiar	0,90	0,90	0,83	0,83	0,83	0,86	0,04
Obter Dados sobre Retenção Urinária usando Ultrassom	0,87	0,87	0,85	0,83	0,87	0,85	0,02
Orientar Autocateterismo	0,87	0,87	0,85	0,85	0,85	0,85	0,01
Orientar o Paciente sobre Padrão de Ingestão de Alimentos	0,87	0,87	0,85	0,85	0,85	0,85	0,01
Orientar sobre Uso de Dispositivo de Apoio	0,90	0,90	0,81	0,81	0,85	0,85	0,04
Orientar sobre Doença	0,88	0,88	0,83	0,83	0,85	0,85	0,03
Orientar o Paciente sobre Processo do Sistema Urinário	0,87	0,90	0,79	0,79	0,83	0,83	0,04
Orientar o Paciente e Grupo sobre Padrão de Ingestão de Alimentos	0,85	0,87	0,79	0,79	0,83	0,82	0,03
Orientar o Paciente sobre Medicação	0,83	0,87	0,79	0,79	0,83	0,82	0,03
Medir Débito de Líquidos	0,83	0,83	0,79	0,77	0,77	0,80	0,03
Medir Ingestão de Líquidos	0,83	0,81	0,77	0,79	0,83	0,80	0,02
Orientar sobre Manipulação de Medicação	0,81	0,83	0,83	0,77	0,77	0,80	0,03
Encorajar Afirmativas Positivas	0,81	0,87	0,77	0,79	0,79	0,80	0,03

Observa-se que a intervenção “Orientar o Paciente e Grupo sobre Processo Gastrointestinal” apresentou a média geral maior (IC=0,94), seguida pelas intervenções “Orientar Família sobre Prevenção de Quedas” e “Coletar Amostra de Urina”, as quais pontuaram respectivamente IC=0,93 e 0,92.

Da mesma forma, constata-se que a intervenção “Encorajar Afirmativas Positivas”, apesar de apresentar média geral do IC=0,80, obteve notas menores nos critérios “Clareza”, “Precisão” e “Objetividade”. Não houve qualquer comentário/sugestão dos juízes a respeito desta intervenção.

4.4.4 Diagnósticos/Resultados e Intervenções de Enfermagem validados e relacionados aos Sintomas Motores da doença de Parkinson

4.4.4.1 Diagnósticos/Resultados de Enfermagem

A figura 29 mostra que dos 11 diagnósticos/resultados relacionados aos Sintomas Motores da doença de Parkinson, 91% alcançaram média geral do IC $\geq 0,80$.

Figura 29. Índice de concordância dos juizes quanto aos Diagnósticos/Resultados de Enfermagem relacionados aos Sintomas Motores da doença de Parkinson. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015

A tabela 10 mostra a média dos critérios pontuados pelos juizes de acordo com o diagnóstico/resultados CIPE®, os critérios de validação e a respectiva média geral.

Tabela 10. Diagnósticos/Resultados de Enfermagem CIPE® relacionados aos Sintomas Motores da doença de Parkinson que alcançaram IC $\geq 0,80$ na média geral dos juizes. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015

Diagnóstico/Resultado CIPE® relacionadas aos Sintomas Motores da doença de Parkinson	Média dos Critérios					Média Geral	Desvio Padrão
	Adequação	Pertinência	Clareza	Precisão	Objetividade		
Risco de Queda	0,94	0,94	0,94	0,94	0,94	0,94	0,00
Risco de Lesão por Queda	0,94	0,94	0,92	0,92	0,92	0,93	0,01
Deambulação Prejudicada	0,90	0,90	0,92	0,92	0,92	0,92	0,01
Tremor	0,88	0,90	0,88	0,88	0,90	0,89	0,01
Queda Ausente	0,88	0,88	0,88	0,88	0,88	0,88	0,00
Deambulação Eficaz	0,87	0,87	0,87	0,87	0,87	0,87	0,00
Capacidade para Comunicar-se pela Fala Eficaz	0,87	0,87	0,87	0,87	0,87	0,87	0,00
Mobilidade no Leito Positiva	0,87	0,87	0,87	0,87	0,87	0,87	0,00
Capacidade para Transferência Eficaz	0,87	0,87	0,83	0,85	0,87	0,85	0,02

Hipoatividade	0,81	0,81	0,79	0,79	0,79	0,80	0,01
---------------	------	------	------	------	------	------	------

Observa-se que “Risco de Queda” apresentou a média geral maior (IC=0,94), seguido por “Risco de Lesão por Queda” e “Deambulação Prejudicada”, os quais pontuaram igualmente IC=0,92.

Para o diagnóstico/resultados “Hipoatividade”, um validador comentou no campo reservado para comentários/sugestões que considerava este termo muito amplo e pouco preciso, e não sugeriu adequação. Ressalta-se que este foi considerado uma síndrome, pois contempla os diagnósticos: “Capacidade para comunicar-se pela fala prejudicada”, “Atividade psicomotora prejudicada”, “Capacidade para transferência prejudicada”, “Mobilidade prejudicada”, “Disartria”, “Mobilidade na cama prejudicada”.

Os diagnósticos/resultados validados pelos juízes foram também categorizados em positivos e negativos. Os negativos foram expostos conforme a figura 30:

Figura 30. Distribuição dos diagnósticos/resultados CIPE® negativos relacionados aos sintomas motores da doença de Parkinson mapeados nos prontuários dos 352 pacientes com doença de Parkinson. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015

Observa-se que dos 87,3% termos negativos, onde “Hipoatividade” foi a síndrome mais mapeada (100,0%), seguido por “Risco de Lesão por Queda” e “Risco de Queda”, representados por 28,7% cada.

Já os diagnósticos/resultados positivos totalizaram 12,7% do total (Figura 31).

Figura 31. Distribuição dos diagnósticos/resultados CIPE® positivos relacionados aos sintomas motores da doença de Parkinson mapeados nos prontuários dos 352 pacientes com doença de Parkinson. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015

O diagnóstico/resultado positivo mais mapeado foi “Queda Ausente” (13,1%).

4.4.4.2 Intervenções de Enfermagem

Em se tratando das Intervenções de Enfermagem CIPE® relacionadas aos Sintomas Motores da doença de Parkinson, constata-se que 100% atingiram $IC \geq 0,80$.

A tabela 11 mostra a média dos critérios pontuados pelos juízes de acordo com a Intervenção CIPE®.

Tabela 11. Intervenções de Enfermagem CIPE® relacionadas aos Sintomas Motores da doença de Parkinson que alcançaram $IC \geq 0,80$ na média geral dos juízes. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015

Intervenções CIPE® relacionadas aos Sintomas Motores da doença de Parkinson	Média dos Critérios					Média Geral	Desvio Padrão
	Adequação	Pertinência	Clareza	Precisão	Objetividade		
Orientar sobre Técnica de Transferência	0,92	0,94	0,92	0,88	0,92	0,92	0,02
Encaminhar para Fisioterapia	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92	0,00
Orientar o Paciente sobre Doença	0,92	0,92	0,90	0,92	0,92	0,92	0,01
Orientar o Paciente sobre Autocuidado	0,90	0,92	0,90	0,90	0,92	0,91	0,01
Orientar Adaptação para Comunicação	0,88	0,88	0,79	0,77	0,83	0,83	0,05
Encaminhar para Equipe Interprofissional	0,81	0,79	0,77	0,77	0,85	0,80	0,03

Observa-se que “Orientar sobre Técnica de Transferência”, “Encaminhar para Fisioterapia” e “Orientar o Paciente sobre Doença” apresentaram a média geral maior (IC=0,92 cada).

Além disso, constata-se que a intervenção “Encaminhar para Equipe Interprofissional”, apesar de apresentar média geral do IC=0,80, obteve notas menores nos critérios “Pertinência”, “Clareza”, “Precisão”. Apenas um juiz comentou a respeito desta intervenção e sugeriu adequá-la para: “Encaminhar para médico ou avaliação médica”.

4.4.5 Diagnósticos/Resultados e Intervenções de Enfermagem validados e relacionados aos princípios da reabilitação

4.4.5.1 Diagnósticos/Resultados de Enfermagem

Dos 19 diagnósticos/resultados relacionados aos Princípios da Reabilitação, 100% foram validados pelo grupo de juízes, pois alcançaram $IC \geq 0,80$.

A tabela 12 mostra a média dos critérios pontuados pelos juízes de acordo com o diagnóstico/resultados CIPE® proposto.

Tabela 12. Diagnósticos/Resultados de Enfermagem CIPE® relacionadas aos Princípios da Reabilitação que alcançaram $IC \geq 0,80$ na média geral dos juízes. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015

Diagnósticos/resultados CIPE® relacionadas aos Princípios da Reabilitação	Média dos Critérios					Média Geral	Desvio Padrão
	Adequação	Pertinência	Clareza	Precisão	Objetividade		
Falta de Conhecimento sobre a Doença	0,96	0,96	0,94	0,94	0,92	0,95	0,01
Falta de Conhecimento sobre o Regime Medicamentoso	0,96	0,94	0,94	0,94	0,92	0,94	0,01
Rotina Inadequada	0,92	0,92	0,90	0,92	0,92	0,92	0,01
Capacidade para Manejar (Controlar) o Regime Medicamentoso	0,92	0,92	0,90	0,92	0,92	0,92	0,01
Adesão a Regime de Reabilitação	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92	0,00
Estresse do Cuidador	0,94	0,94	0,90	0,90	0,90	0,92	0,02
Resposta à Medicação Eficaz	0,92	0,90	0,90	0,90	0,90	0,91	0,01
Déficit de Suprimento de Medicação	0,92	0,92	0,88	0,87	0,87	0,89	0,03
Segurança do Domicílio Prejudicada	0,90	0,90	0,88	0,88	0,88	0,89	0,01

Déficit de Autocuidado	0,92	0,92	0,88	0,85	0,85	0,88	0,03
Rotina Adequada	0,88	0,88	0,87	0,88	0,88	0,88	0,01
Socialização Prejudicada	0,88	0,90	0,87	0,87	0,87	0,88	0,02
Capacidade para Manejar (Controlar) o Regime Medicamentoso Prejudicada	0,90	0,90	0,87	0,87	0,87	0,88	0,02
Resposta a Medicação Negativa	0,90	0,90	0,87	0,87	0,87	0,88	0,02
Qualidade de Vida Prejudicada	0,92	0,92	0,83	0,85	0,85	0,87	0,04
Socialização Eficaz	0,85	0,85	0,85	0,85	0,85	0,85	0,00
Segurança do Domicílio Eficaz	0,87	0,87	0,83	0,85	0,87	0,85	0,02
Qualidade de Vida	0,85	0,85	0,83	0,83	0,85	0,84	0,01
Capacidade para Executar Autocuidado Positiva	0,83	0,83	0,81	0,81	0,79	0,81	0,01

Observa-se que “Falta de Conhecimento sobre a Doença” apresentou a média geral maior (IC=0,95), seguido por “Falta de Conhecimento sobre o Regime Medicamentoso” que pontuou IC=0,94.

Da mesma forma, constata-se que o diagnóstico/resultado “Capacidade para Executar Autocuidado Positiva” apesar de apresentar média geral do IC=0,81, obteve nota menor no critério “Objetividade”. Não houve qualquer comentário/sugestão dos juízes a respeito deste diagnóstico/resultado.

Os diagnósticos/resultados validados pelos juízes foram também categorizados em positivos e negativos. Os negativos foram expostos conforme a figura 32.

Figura 32. Distribuição dos diagnósticos/resultados CIPE® negativos relacionados aos princípios da reabilitação mapeados nos prontuários dos 352 pacientes com doença de Parkinson. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015

Orientar o Paciente sobre Doença e Orientar sobre Reabilitação	0,96	0,96	0,96	0,96	0,96	0,96	0,00
Instruir o Paciente para Contatar a Instituição de Atenção à Saúde	0,96	0,96	0,96	0,94	0,94	0,95	0,01
Encaminhar o Paciente e Família para Grupo para Orientar sobre Doença e Orientar sobre Reabilitação	0,96	0,96	0,92	0,96	0,96	0,95	0,02
Orientar o Paciente sobre Doença	0,96	0,96	0,94	0,94	0,92	0,95	0,01
Encaminhar para Grupo para Orientar sobre Regime Terapêutico	0,94	0,94	0,94	0,94	0,94	0,94	0,00
Orientar como lidar com Medicação	0,94	0,94	0,94	0,92	0,92	0,93	0,01
Orientar sobre Segurança Domiciliar ao Paciente	0,94	0,94	0,92	0,92	0,92	0,93	0,01
Orientar o Paciente sobre Medicação	0,94	0,94	0,90	0,92	0,92	0,93	0,01
Orientar Adaptação para Rotina	0,94	0,94	0,88	0,90	0,90	0,92	0,02
Orientar o Paciente a Aplicar Dispositivos para o Autocuidado	0,94	0,94	0,88	0,88	0,87	0,90	0,03
Orientar o Paciente sobre Autocuidado	0,94	0,92	0,88	0,85	0,87	0,89	0,04
Orientar Apoio Familiar	0,92	0,92	0,85	0,87	0,88	0,89	0,03
Facilitar Capacidade da Família para Participar no Plano de Cuidado	0,90	0,90	0,87	0,87	0,87	0,88	0,02
Obter Dados sobre Risco de Resposta Negativa	0,88	0,88	0,87	0,88	0,88	0,88	0,01
Orientar a Família para Contratar Cuidador	0,88	0,90	0,87	0,87	0,87	0,88	0,02
Orientar sobre Dispositivo para Alimentação	0,90	0,90	0,85	0,85	0,87	0,87	0,03
Orientar em Grupo sobre Regime Terapêutico	0,88	0,88	0,85	0,87	0,87	0,87	0,01
Orientar em Grupo sobre Medicação	0,88	0,88	0,83	0,87	0,87	0,87	0,02
Obter Dados sobre Qualidade de Vida	0,88	0,88	0,88	0,83	0,83	0,86	0,03
Promover Socialização	0,87	0,85	0,85	0,85	0,83	0,85	0,01
Orientar sobre Comportamento de Busca de Saúde	0,87	0,83	0,79	0,87	0,87	0,84	0,03
Entrar em acordo para Adesão	0,85	0,83	0,79	0,81	0,79	0,81	0,02

Observa-se que “Orientar em Grupo sobre Doença e Orientar sobre Reabilitação” e “Orientar o Paciente sobre Doença e Orientar sobre Reabilitação” apresentaram a média geral maior (IC=0,96 cada).

Além disso, constata-se que a intervenção “Entrar em acordo para Adesão”, apesar de apresentar média geral do IC=0,81, obteve notas menores nos critérios “Clareza” e “Objetividade”. Quatro juízes comentaram a respeito desta intervenção e três deles relataram não observar a relação entre a evidência empírica e a intervenção. E outro sugeriu adequar para a intervenção: “Reforçar sobre medicação ao paciente e cuidador”.

4.4.6 Diagnósticos/Resultados e Intervenções de Enfermagem que não foram validados pelos juízes

4.4.6.1 Diagnósticos/Resultados de Enfermagem

Dos 53 diagnósticos/resultados submetidos ao processo de validação, apenas 2 (3,8%) não foram validados (tabela 14).

Tabela 14. Diagnósticos/Resultados CIPE® que apresentaram $IC \leq 0,80$. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015

Diagnóstico/Resultado CIPE®	Média dos Critérios					Média Geral	Desvio Padrão
	Adequação	Pertinência	Clareza	Precisão	Objetividade		
Apetite Positivo	0,75	0,75	0,67	0,67	0,67	0,70	0,04
Atividade Psicomotora Eficaz	0,77	0,77	0,77	0,77	0,77	0,77	0,00

Constata-se que são termos presentes apenas nas categorias de sintomas motores e não motores, representados por 50% cada. Destes, “Apetite Positivo” apresentou o menor índice ($IC=0,70$), onde apenas um juiz descreveu no campo reservado para comentários/sugestões que discordava do termo “Positivo”, sugerindo “Preservado”.

Para “Atividade Psicomotora Eficaz” apenas um juiz comentou que não compreende o motivo do enfermeiro descrever diagnósticos positivos.

4.4.6.2 Intervenções de Enfermagem

Das 56 Intervenções de Enfermagem CIPE® submetidas ao processo de validação, 6 (10,7%) não foram validadas (Tabela 15).

Tabela 15. Intervenções CIPE® que apresentaram $IC \leq 0,80$. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015

Intervenções CIPE®	Média dos Critérios					Média Geral	Desvio Padrão
	Adequação	Pertinência	Clareza	Precisão	Objetividade		
Gerenciar Micção	0,67	0,69	0,62	0,63	0,63	0,65	0,03

Prescrever Medicação	0,73	0,75	0,75	0,69	0,71	0,73	0,02
Encaminhar para Serviço Comunitário	0,79	0,79	0,73	0,75	0,75	0,76	0,02
Orientar sobre Uso de Dispositivo de Apoio	0,79	0,79	0,73	0,75	0,75	0,76	0,02
Obter Dados sobre Qualidade de Vida	0,85	0,81	0,75	0,77	0,75	0,78	0,04
Obter Dados sobre Humor	0,81	0,85	0,79	0,75	0,75	0,79	0,04

A intervenção “Gerenciar Micção” obteve a menor média do IC (0,65).

Observa-se na figura 34 os comentários e as sugestões dos juízes em relação às intervenções que não foram validadas.

Intervenções CIPE®	Nº de juízes que opinaram	Comentários/Sugestões
Gerenciar Micção	3	<i>Comentário:</i> Termo muito amplo e pouco preciso à evidência empírica “diário miccional”.
Prescrever Medicação	3	<i>Sugestão:</i> “Orientar uso da medicação”.
Encaminhar para Serviço Comunitário	4	<i>Comentário:</i> Termo muito amplo e pouco preciso. <i>Sugestão:</i> “Encaminhar para Serviço Médico”.
Orientar sobre Uso de Dispositivo de Apoio	2	<i>Comentário:</i> Termo muito amplo e pouco preciso. <i>Sugestão:</i> “Orientar sobre uso de meia compressiva como dispositivo de apoio”.
Obter Dados sobre Qualidade de Vida	0	Não foram descritos.
Obter Dados sobre Humor	2	<i>Comentário:</i> Essa avaliação visa o encaminhamento para profissional habilitado para identificar este tipo de alteração. <i>Sugestão:</i> “Obter dados sobre padrão de humor ou sintomas”.

Figura 34. Opinião dos juízes a respeito dos termos não validados. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015

4.5 Subconjunto Terminológico da Classificação Internacional para Prática de Enfermagem CIPE® para pacientes com doença de Parkinson em reabilitação

Após o cumprimento de todas as etapas metodológicas desta pesquisa emerge o produto tecnológico que cumpre com o objetivo principal do estudo – construir o Subconjunto Terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) para pacientes com doença de Parkinson em reabilitação.

Este produto agrega termos e conceitos relacionados aos sintomas motores e não motores da doença de Parkinson e aos princípios da reabilitação, os quais foram ordenados em categorias baseadas no organograma, com termos distribuídos em ordem alfabética (Figura 35).

Tipo de Conceito	Categoria	Sub-categoria	Código	CIPE® versão 2013
Diagnósticos/ Resultados				
Sintomas Não Motores				
<i>Disautonômicos - Urogenital</i>				
			10026824	Enurese
			10028194	Funcionamento Sexual Eficaz
			10009886	Impotência Sexual
			10026882	Incontinência de Urgência
			10025686	Incontinência Urinária
			10026797	Incontinência Urinária por Estresse
			10029915	Infecção de Trato Urinário
			10028615	Processo do Sistema Urinário Eficaz
			10001359	Processo do Sistema Urinário Prejudicado
			10015133 10020478	Risco de Infecção de Urina
			10020478	Urina Prejudicada
<i>Disautonômicos – Gastrintestinal</i>				
			10002455 10012938	Apetite Prejudicado
			10033732	Condição Gastrointestinal Eficaz
			10025746	Condição Nutricional Prejudicada
			10000567	Constipação
			10001392	Constipação Percebida
			10027891	Constipação Percebida Melhorada
			10028295	Deglutição Eficaz

10001033	Deglutição Prejudicada
10037572	Hidratação Adequada
10027718	Incontinência Intestinal
10008015	Ingestão de Líquidos Insuficiente
10025115	Ingestão Nutricional Positiva
10000859	Náusea
10027290	Problema de Peso Corporal
10022931	Processo do Sistema Gastrointestinal Prejudicado
10017460	Salivação Anormal
10013269	
<i>Disautonômicos - Cardiovascular</i>	
10027482	Edema Periférico
10029020	Edema Periférico Ausente
10009534	Hipotensão
<i>Sensoriais</i>	
10023130	Dor
10029008	Dor Ausente
10000695	Fadiga
10022880	Fraqueza
10001242	Percepção Sensorial Alterada
10006160	Tontura
<i>Distúrbios do Sono</i>	
10039968	Pesadelo
10024930	Sono Adequado
10027226	Sono Prejudicado
10040141	Sonolência
<i>Neuro Comportamental</i>	
10022027	Adaptação Prejudicada
10025705	Agitação
10027843	Agitação Melhorada
10022500	Alucinação
10008635	Alucinação Ausente
10000477	Ansiedade
10022571	Baixa Iniciativa
10028367	Cognição Eficaz
10022321	Cognição Prejudicada
10014816	Comportamento Positivo
10012545	Comportamento Prejudicado
10005334	Compulsão
10022091	Delírio
10005692	Delírio Ausente

10022402	Depressão
10027901	Depressão Melhorada
10001235	Desorientação
10022378	Enfrentamento Eficaz
10001120	Enfrentamento Prejudicado
10035792	Equilíbrio de Humor
10035785	Equilíbrio de Humor Prejudicado
10036241	Humor Melhorado
10026692	
10000703	Medo
10028435	Memória Eficaz
10001203	Memória Prejudicada
10000551	Tristeza crônica
Sintomas Motores	
<i>Tremor</i>	
10022846	Tremor
<i>Rigidez Muscular e Bradicinesia</i>	
10025087	Atividade Psicomotora Prejudicada
10025039	Capacidade para Comunicar-se pela Fala Eficaz
10014956	
10025039	Capacidade para Comunicar-se pela Fala Prejudicada
10028322	Capacidade para Transferência Eficaz
10001005	Capacidade para Transferência Prejudicada
10028333	Deambulação Eficaz
10001046	Deambulação Prejudicada
10018304	Disartria
10009466	Hipoatividade
10021068	Mobilidade em Cadeira de Rodas
10029240	Mobilidade no Leito Positiva
10001067	Mobilidade no leito Prejudicada
10001219	Mobilidade Prejudicada
<i>Instabilidade Postural</i>	
10034683	Queda Ausente
10038521	Risco de Lesão por Queda
10015122	Risco de Queda
Princípios da Reabilitação	
<i>Doença de Parkinson e Reabilitação</i>	
10021994	Falta de Conhecimento sobre a Doença
10033671	Adesão a Regime de Reabilitação
<i>Autocuidado e Segurança</i>	
10025714	Capacidade para Executar Autocuidado Positiva
10028708	Capacidade para Executar a Higiene

10000987	Capacidade para Executar a Higiene Prejudicada
10000166	Capacidade para Alimentar-se, por si próprio Prejudicada
10028269	Capacidade para Arrumar-se Eficaz
10029632	Capacidade para Arrumar-se Prejudicada
10028224	Capacidade para Banho Eficaz
10000956	Capacidade para Banho Prejudicada
10028211	Capacidade para Vestir-se Eficaz
10027578	Capacidade para Vestir-se Prejudicada
10023410	Déficit de Autocuidado
10031397 10014956	Segurança do Domicílio Eficaz
10031397 10012938	Segurança do Domicílio Prejudicada
Qualidade de Vida	
10027773	Estresse do Cuidador
10040875	Qualidade de Vida
10040643 10012938	Qualidade de Vida Prejudicada
10017384	Rotina Adequada
10017384	Rotina Inadequada
10028282	Socialização Eficaz
10001022	Socialização Prejudicada
Regime Medicamentoso	
10029272	Capacidade para Manejar (Controlar) o Regime Medicamentoso
10022635	Capacidade para Manejar (Controlar) o Regime Medicamentoso Prejudicada
10023937	Déficit de Suprimento de Medicação
10021941	Falta de Conhecimento sobre o Regime Medicamentoso
10028670	Resposta à Medicação Eficaz
10033381	Resposta a Medicação Negativa
Intervenções	
Sintomas Não Motores	
Disautonômicos – Urogenital	
10034011	Avaliar Condição Geniturinária
10030884 10004588 10020478	Cateterizar Bexiga para Coletar Amostra de Urina
10004588 10020478	Coletar Amostra de Urina
10019502 10020450 10005142	Instruir o Paciente para Micção Controlada
10039250	Medir Débito de Líquidos

10039245	Medir Ingestão de Líquidos
10030656	Obter Dados sobre Retenção Urinária usando Ultrassom
10033135	Orientar Autocateterismo
10019502 10014132 10020445	Orientar o Paciente sobre Processo do Sistema Urinário
<i>Disautonômicos – Gastrintestinal</i>	
10004588 10007764	Coletar Amostra de Fezes
10036475	Obter Dados sobre Condição Intestinal
10019502 10008544 10008366	Orientar o Grupo sobre Processo Gastrointestinal
10019502 10014132 10008366	Orientar o Paciente sobre Processo Gastrointestinal
10032939 10014132	Orientar o Paciente sobre Ingestão de Líquidos
10032939 10008544	Orientar em Grupo sobre Ingestão de Líquidos
10032918 10014132	Orientar o Paciente sobre Padrão de Ingestão de Alimentos
10032918 10008544	Orientar o Grupo sobre Padrão de Ingestão de Alimentos
<i>Disautonômicos – Cardiovascular</i>	
10031996	Medir Pressão Sanguínea
10019502 10031996	Orientar Medir a Pressão Sanguínea
10024116 10014132	Orientar o Paciente sobre Doença
<i>Sensoriais</i>	
10016576 10039400	Encaminhar para Equipe Interprofissional
10024116 10014132	Orientar o Paciente sobre a Doença
10038725	Orientar sobre Manejo dos Sintomas
<i>Distúrbios do Sono</i>	
10016576 10039400	Encaminhar para Equipe Interprofissional
10040380	Orientar sobre Padrão de Sono
<i>Neuro Comportamental</i>	
10016576 10039400	Encaminhar para Equipe Interprofissional
10007499 10035894	Facilitar Capacidade da Família para Participar no Plano de Cuidado
10019502 10023680	Orientar Apoio Familiar
<i>Sintomas Motores</i>	
10024019	Encaminhar para Fisioterapia
10040269	Orientar Família sobre Prevenção de Quedas

10041489	Orientar sobre Técnica de Transferência
<i>Doença de Parkinson e Reabilitação</i>	
10016576	Encaminhar o Paciente e Família para Grupo para Orientar sobre Doença e Orientar sobre Reabilitação
10014132	
10007554	
10008544	
10024116	
10033017	
10024377	Encorajar Afirmações Positivas
10024349	Entrar em acordo para Adesão
10019502	Instruir o Paciente para Contatar a Instituição de Atenção à Saúde
10005038	
10008730	
10032956	Orientar sobre Comportamento de Busca de Saúde
10024116	Orientar o Paciente sobre Doença e Orientar sobre Reabilitação
10033017	
10014132	
10024116	Orientar em Grupo sobre Doença e Orientar sobre Reabilitação
10033017	
10008544	
<i>Autocuidado e Segurança</i>	
10019502	Orientar a Família para Contratar Cuidador
10007554	
10013572	
10003958	
10019502	Orientar Adaptação para Comunicação
10001741	
10004705	
10019502	Orientar o Paciente a Aplicar Dispositivos para o Autocuidado
10014132	
10002472	
10017661	
10019502	Orientar o Paciente sobre Autocuidado
10014132	
10017661	
10019502	Orientar sobre Dispositivo para Alimentação
10007803	
10032960	Orientar o Paciente sobre Segurança Domiciliar
10014132	
<i>Qualidade de Vida</i>	
10019502	Orientar Adaptação para Rotina
10001741	
10017384	
10015801	Promover Socialização
10018391	
<i>Regime Medicamentoso</i>	
10016576	Encaminhar para Grupo para Orientar sobre Regime Terapêutico
10008544	
10024625	
10038566	Obter Dados sobre Risco de Resposta Negativa à Medicação
10040712	Orientar como lidar com Medicação
10014132	Orientar o Paciente sobre Medicação

10019470	
10019470	Orientar em Grupo sobre Medicação
10008544	
10024625	Orientar em Grupo sobre Regime Terapêutico
10008544	

Figura 35. Subconjunto Terminológico da CIPE® para pacientes com doença de Parkinson em reabilitação. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015

CAPÍTULO V - DISCUSSÃO

5.1 Da caracterização dos pacientes

O perfil dos pacientes que compuseram a amostra deste estudo converge com as pesquisas que revelam que a DP tende a ocorrer com maior prevalência em homens idosos ^(1, 32, 61). O predomínio da forma sintomatológica mista, caracterizada pela associação dos sintomas tremorígeno e rígido acinético, também é sustentado pela literatura científica ^(21, 32). E o desenvolvimento cronológico converge com estudos que indicam que pacientes podem cursar com a DP por até 40 anos, sendo a progressão diretamente relacionada à aspectos individuais ^(26, 61).

No que se refere à funcionalidade dos pacientes, medida por meio da escala de Hoehn & Yahr Modificada, constata-se que a maioria apresenta acometimento motor bilateral leve a moderado, com nenhuma ou alguma instabilidade postural, e com sua independência física preservada. Estes resultados estão representados nesta escala pelos scores 2, 2.5 e 3 e indicam, segundo o estadiamento de Braak, que os pacientes estão entre os estágios 4 e 5 da DP ⁽²⁶⁾.

5.2 Dos Diagnósticos/Resultados e Intervenções de Enfermagem

Constatou-se que a maioria dos diagnósticos/resultados e intervenções foi identificada no princípio do mapeamento e confirmados nos anos subsequentes, quando observou-se a saturação dos termos após os anos 2012 e 2013, o que revela que o tempo para o mapeamento dos termos foi suficiente. Pois, observou-se que o maior número de termos passou a se repetir e, um número menor de novos termos tiveram acréscimos pouco significativos ⁽⁶²⁾.

No que se refere à terminologia CIPE®, os conceitos pré-coordenados foram mais prevalentes após o mapeamento cruzado, seguido pela combinação dos demais eixos da terminologia. Isto mostra que a presença de conceitos pré-coordenados – os *Diagnosis Concepts (DC)* e os *Interventions Concepts (IC)* – facilita o processo de denominação terminológica dos diagnósticos/resultados e das intervenções. Mas mesmo na ausência destes, os critérios da Norma ISO 18.104:2003, para formulação dos

diagnósticos/resultados e das intervenções, possibilitou a combinação dos conceitos primitivos em relação aos eixos da terminologia ⁽⁴⁹⁾.

E em se tratando da doença de Parkinson, os resultados desta pesquisa convergem com os estudos que mostram que até 98% dos pacientes têm ao menos um sintoma não motor ao longo do desenvolvimento da doença ^(4, 63). E apesar da descrição original realizada por James Parkinson enfatizar os sintomas motores, volumosa literatura científica contemporânea chama a atenção para as manifestações não motoras. Estas são caracterizadas por sintomas disautonômicos, sensoriais, do sono e neuro-comportamental ^(4, 63-74).

Em se tratando dos termos categorizados como “Princípios da reabilitação”, os quais nesta pesquisa representaram a segunda categoria mais mapeada, observa-se ações de enfermagem com enfoque para o cuidado interprofissional, para a promoção da saúde, para os aspectos de liderança e para intervenções específicas do enfermeiro. Este enfoque se equivale ao Modelo de Competência Profissional do Enfermeiro de Reabilitação, proposto pela “*Association of Rehabilitation Nursing*” ⁽³⁵⁾.

Equitativamente, os resultados convergem com o conceito de reabilitação descrito pela Organização Mundial da Saúde ⁽⁷⁵⁾, onde:

Reabilitação de pessoas com deficiência é um processo destinado a permitir-lhes alcançar e manter seus níveis funcionais físicos, sensoriais, intelectuais, psicológicos e sociais ótimos. A reabilitação proporciona às pessoas com deficiência as ferramentas que elas precisam para alcançar a independência e a auto-determinação.

Isto é demonstrado pelo número de termos relacionados ao contexto do autocuidado, da qualidade de vida, do conhecimento sobre a doença e sobre a terapia medicamentosa.

E em se tratando das Intervenções de Enfermagem, a média contabilizada por paciente nos prontuários denota a relevância deste profissional no contexto multidisciplinar de reabilitação. Os resultados deste estudo mostraram alto índice de intervenções focadas nos principais diagnósticos/resultados encontrados, o que permitiu estabelecer análise coerente do processo de enfermagem utilizado na prática clínica.

Assim, pode-se afirmar que as intervenções fizeram parte do processo de enfermagem, no qual o plano assistencial foi traçado com o objetivo de eliminar ou minimizar um diagnóstico de enfermagem ⁽⁴⁹⁾.

Para aqueles termos de diagnósticos/resultados e de intervenções que não possuíram relação com os sintomas motores, não motores e os princípios da reabilitação, observa-se a amplitude do olhar dos enfermeiros que transcendeu o conhecimento fisiopatológico da doença de Parkinson, e focalizou-se para o indivíduo que desta enfermidade padece.

A extrapolação investigativa e intervencionista destes profissionais pôde ser avaliada nos diagnósticos/resultados e intervenções relacionados ao abuso de álcool/drogas/tabagismo, alterações clínicas e de pele, por exemplo.

Isto vai de encontro ao conceito que fundamenta a complexidade do cuidado de enfermagem, onde qualquer aproximação matemática e analítica, ou qualquer formalização, levará a uma simplificação representacional, que dificulta sobremaneira a compreensão do cuidado ⁽⁷⁶⁾. Portanto, é de extrema relevância afirmar que o subconjunto terminológico proveniente desta pesquisa, direciona para os principais diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem relacionados ao contexto da reabilitação na doença de Parkinson, mas que o olhar de enfermagem deve sempre ampliar-se ao indivíduo, à família e ao contexto geral em que se situam.

E no que se refere ao processo de validação dos diagnósticos/resultados e das intervenções CIPE®, destaca-se que apesar do perfil jovem dos enfermeiros juízes, o tempo de experiência profissional foi superior a oito anos, sendo a maioria portadora dos títulos de especialista ou mestre. E a porcentagem integral de juízes com experiência clínica em doença de Parkinson, aliado ao conhecimento a respeito da CIPE®, endossam a qualidade do perfil de validadores.

Estes resultados estão fundamentados no fato de que até dezembro de 2015, 7.467 pacientes com doença de Parkinson foram atendidos na Rede Sarah, com maior prevalência nas unidades do Rio de Janeiro (2.125), Salvador (1.181) e Belo Horizonte (1.534), justamente as três unidades das quais formou-se o grupo de juízes. Na unidade do Rio de Janeiro, a doença de Parkinson representa 2,7% do total de diagnósticos médicos atendidos no ambulatório de neurologia.

Isto reforça tanto o nível de especialidade dos enfermeiros juízes quanto dos da prática clínica, uma vez que dados epidemiológicos de dois dos maiores ambulatórios de neurologia do mundo – The Movement Disorder Clinics at Columbia University

Medical Center (Nova York) e Baylor College of Medicine (Houston) – mostraram que até 2009, 10.182 pacientes haviam sido atendidos e diagnosticados com esta doença ⁽²¹⁾.

E no que se refere ao julgamento dos juízes em relação aos termos submetidos à validação, infere-se por meio dos resultados comparativos entre os índices de concordância, o quão desafiador foi estabelecer a validade entre o conceito de cada termo e a sua aplicabilidade prática ⁽⁵⁸⁾. Por este motivo, estabelecer o consenso entre juízes apesar de não ser uma tarefa fácil, é necessária para legitimar o termo à situação clínica para todos os profissionais, de forma generalizada ⁽⁷⁷⁾.

5.3 Do organograma para classificação dos principais sinais e sintomas motores e não motores da doença de Parkinson

Com base no organograma, são categorizados como sintomas motores da doença de Parkinson o tremor de repouso, a rigidez muscular, a bradicinesia e a instabilidade postural. Todos estes sintomas foram descritos por James Parkinson em 1817 em sua monografia ⁽²⁴⁾, e na atualidade conferem aos médicos os sinais cardinais que possibilitam o diagnóstico clínico da doença ⁽⁶⁸⁾.

O tremor de repouso é um sintoma que pode acometer até 75% dos pacientes com DP. É caracterizado por movimentos involuntários tremorígenos, de intensidade de 4 a 6 Hertz, que podem estar presentes em mãos, lábios, queixo ou mandíbula. Ocorrem durante o repouso mas podem se agravar em situações de estresse ou ainda estar presentes durante a caminhada, cessando quando ações são executadas pelo membro afetado ⁽³¹⁾.

A rigidez muscular é caracterizada pela desarmonia flexora e extensora dos músculos, comprometendo a mobilidade das articulações, tornando-as rígidas. Este sintoma motor pode resultar, dentre outros problemas, em redução do padrão da letra, que na DP também é chamada de micrografia. Sua prevalência nesta população varia de 10 a 63,2% ⁽⁷⁸⁾.

A bradicinesia é definida como uma dificuldade ou lentidão para a iniciação do movimento, podendo afetar a capacidade de realização de tarefas simultâneas assim como lentificar o tempo de reação ⁽⁷⁹⁾. Está associada a outras disfunções, como: a diminuição do balanço dos braços, a hipomimia e a disartria hipocinética.

A diminuição do balanço dos braços ocorre de forma assimétrica em estágios iniciais da doença de Parkinson ⁽⁶⁸⁾. Já a diminuição dos movimentos orofaciais voluntários, que resultam em diminuição da expressão facial em pacientes com DP, a hipomimia, pode relacionar-se tanto com a bradicinesia ⁽⁶⁸⁾, quanto à disfunções cognitivas que dificultam o reconhecimento emocional para a expressão facial ⁽⁸⁰⁾.

A falta de controle motor da fala, a disartria hipocinética, é um sintoma que pode afetar cerca de 90% dos pacientes com DP. É caracterizada pelo déficit na vocalização relacionado à variabilidade de altura e intensidade durante a fala ⁽⁸¹⁻⁸³⁾. Seus mecanismos fisiopatológicos têm sido estudados e há evidências empíricas de que além dos mecanismos motores associados à bradicinesia, mecanismos cognitivos de autopercepção e auto-monitoramento da fala estão envolvidos ^(81, 82).

A instabilidade postural está relacionada à perda dos reflexos posturais, que ocorre em fases tardias na DP. O teste em que o paciente é rapidamente puxado para trás ou para frente, pelos ombros, é utilizado para avaliar o grau de retropulsão ou propulsão, respectivamente. Considera-se instabilidade postural quando há mais do que dois passos para trás ou para frente, ou a ausência de qualquer resposta postural. Este sintoma é a causa mais comum de quedas e contribui significativamente para o risco de fraturas ⁽⁷⁴⁾.

Em se tratando dos sintomas não motores, observa-se na organização hierárquica que estes são subdivididos em: disautonômicos (urogenital, gastrointestinal e cardiovascular, termorregulação), do sono, neuro-comportamental (humor, cognição, psiquiátrico), sensorial e outros sintomas.

No que se refere aos sintomas urogenitais vesicais estes podem estar presentes em até 96% dos pacientes com DP e são caracterizados como da fase de armazenamento (urgência miccional, incontinência de urgência, aumento da frequência urinária diurna em mais de oito micções e noturna em duas ou mais micções), e da fase de esvaziamento (hesitação, jato urinário diminuído ou intermitente, sensação de esvaziamento incompleto ou retenção urinária) ^(84, 85).

As disfunções sexuais incluem a dificuldade de ereção, a perda de libido e ausência de orgasmo, como resultado do processo neurodegenerativo. Contudo, sintomas opostos também podem ser vivenciados por pacientes com DP, como obsessão

e compulsão por sexo como consequência, principalmente, da terapia com agonistas dopaminérgicos ^(63, 86).

Dos sintomas gastrintestinais, observa-se que o comprometimento degenerativo do nervo vago – que é o responsável pela inervação do esôfago, estômago e intestino por meio de conexões nervosas com o sistema parassimpático e medular – provoca a disfunção da motilidade de todo o tubo gastrintestinal. Manifestando-se assim, os sintomas: disfagia oroesofágica, sialorréia (a diminuição/ausência do reflexo da deglutição leva ao acúmulo de saliva em cavidade oral), estase gástrica e constipação (pela motilidade lenta) e/ou dissinergia esfinteriano ^(87, 88). Um estudo de revisão revelou resultados que indicam ainda que sialorréia pode relacionar-se tanto ao aumento da produção de saliva como à lentificação dos movimentos orofaciais ⁽⁸⁹⁾.

Dos sintomas cardiovasculares destacam-se a hipotensão ortostática e a hipertensão supina, como alterações que geralmente coexistem e relacionados a alteração do ritmo circadiano da pressão arterial ⁽⁹⁰⁾. A hipotensão ortostática pode acarretar em tontura nas mudanças de posição (sobretudo para o ortostatismo), fadiga ou até desmaios, que podem ocasionar quedas. Pode ser sutil na fase inicial da DP e não, necessariamente, piorar com o avanço da doença ^(63, 86). Afeta cerca de 40 a 60% dos pacientes com DP, porém apenas 20% são sintomáticos ⁽⁹¹⁾. Já a hipertensão supina é uma alteração recentemente debatida entre os cientistas que estão em fases iniciais de estudos sobre os mecanismos fisiopatológicos deste sintoma ⁽⁹²⁾.

Os déficits na capacidade de termorregulação podem levar pacientes com DP a experimentar intolerância ao frio ou calor, sendo o problema mais comum a sudorese excessiva (hiperidrose). A transpiração excessiva ocorre principalmente na face, cabeça e tronco e pode ser explicada pela diminuição da ativação das glândulas de suor nas palmas das mãos, o que sugere que a hiperidrose axial pode ser um fenômeno compensatório para redução da função simpática nas extremidades ⁽⁸⁶⁾.

As alterações do sono na doença de Parkinson, por serem sintomas usualmente presentes nesta população, têm sido extenuantemente estudadas pelos cientistas. Sua fisiopatologia é complexa e acarreta em disfunção global do ciclo sono-vigília ^(93, 94). Estas alterações podem comprometer muitas das funções biológicas e potencializar outros sintomas associados, como os cognitivos e neuropsiquiátricos, além de impactar na qualidade de vida do paciente/família ⁽⁷²⁾.

Os transtornos de humor, como sintomas neuro-comportamentais, estão presentes em 40 a 70% dos pacientes com DP. Os mecanismos fisiopatológicos de regulação neurotransmissora estão comprovadamente envolvidos nas causas da depressão, apatia e isolamento social na DP ^(86, 95, 96). Porém, seria arbitrário desconsiderar o impacto dos demais sintomas, inclusive os motores, no comprometimento do humor destes pacientes ⁽⁹⁶⁾. O que faz considerar estes sintomas como decorrentes de causas multifatoriais.

Na DP as alterações cognitivas (prejuízo cognitivo mínimo e demência) e psiquiátricas (alucinação, delírio, ilusão, transtorno do controle dos impulsos) também possuem fisiopatologia complexa e suas manifestações variam em termos de gravidade, tendendo a piorar com o avanço da doença ⁽⁹⁶⁾. Merecem atenção especial da equipe multidisciplinar em saúde uma vez que podem colocar em risco a saúde do paciente e ainda sobrecarregar os familiares/cuidadores ⁽⁹⁷⁾.

Por fim, dos sintomas sensoriais diretamente relacionados à fisiopatologia da DP destaca-se a hiposmia/anosmia, a ageusia, a dor e a parestesia ^(63, 86, 96, 98). A fadiga é um sintoma que tem sido recentemente estudado. Sua prevalência varia de 33 a 58%, e pode estar relacionada à depressão/apatia, à alteração do sono, às disfunções cardiovasculares, aos sintomas motores, ao uso de fármacos ou ainda ao fluxo sanguíneo insuficiente em lobo frontal ⁽⁹⁸⁾. Já a perda de peso foi descrita em um estudo de revisão como um sintoma muito presente em pacientes com DP, pois estes apresentam baixo índice de massa corporal em comparação com controles saudáveis pareados por sexo e idade. A etiologia foi descrita como multifatorial, relacionada com sintomas motores, mudança nos hábitos alimentares, uso de medicamentos (principalmente levodopa), além de ser potencialmente relacionada com alterações fisiológicas intrínsecas do processo neurodegenerativo ⁽⁹⁶⁾.

A construção do organograma, além de ter fundamentado a categorização dos diagnósticos/resultados em síndromes, poderá no futuro conduzir o raciocínio clínico de profissionais de saúde que atendem pacientes com doença de Parkinson.

5.4 Dos diagnósticos classificados como síndromes

A organização dos diagnósticos considerados síndromes baseou-se no documento da NANDA-Internacional, denominado “*Declaração de Posição: a estrutura e desenvolvimento dos diagnósticos de síndrome*” (Anexo 3), o qual diz o seguinte:

A NANDA International acredita que uma síndrome, no contexto do conhecimento de enfermagem, é um julgamento clínico a respeito de um conjunto específico de diagnósticos de enfermagem que ocorrem simultaneamente e são melhor tratados em conjunto e por meio de intervenções de enfermagem semelhantes. Um exemplo seria o diagnóstico da NANDA International Síndrome da Dor Crônica.

Um diagnóstico de enfermagem de síndrome deve incluir como características definidoras no mínimo dois diagnósticos relevantes aprovados pela NANDA International. Um exemplo seria o diagnóstico da NANDA International Síndrome pós-trauma, que inclui como características definidoras vários diagnósticos de enfermagem da NANDA International, incluindo Ansiedade, Medo, Luto e Desesperança. Síndrome pós-trauma, no entanto, tem várias outras características definidoras que não são diagnósticos de enfermagem da NANDA International, sem os quais a síndrome não seria completa.

Não há número máximo de características definidoras e aquelas que não são diagnósticos de enfermagem da NANDA International podem ser retiradas de qualquer outra fonte baseada em evidências.

Independentemente da terminologia, NANDA-I ou CIPE®, este é o conceito de síndrome e o seu raciocínio pode ser reproduzido em qualquer contexto da saúde. Pois, em sua origem, síndrome é um termo grego que significa “simultaneidade” ⁽⁹⁹⁾, que neste caso refere-se a sinais e sintomas estreitamente correlacionados com a patogênese da doença.

Explica-se com isso a não inserção dos termos “Infecção de Trato Urinário” e “Risco de Infecção de Urina”, por exemplo, à síndrome “Processo do Sistema Urinário Prejudicado”, uma vez que aqueles são complicações reais ou potenciais consequente à síndrome.

Portanto, no contexto da CIPE® considera-se, por exemplo que, “Incontinência de urgência/urinária/por estresse”, “Enurese” e “Urina Prejudicada” são fenômenos que podem coexistir na doença de Parkinson e assim, serem melhor caracterizados como uma síndrome. O mesmo se aplica ao diagnóstico síndrome “Déficit de Autocuidado” e seus diagnósticos relacionados “Capacidade para colocação de roupas/autoalimentação/banho/autocuidado com aparência externa/auto-higienização Prejudicadas”.

Contudo, a subordinação que resultou no diagnóstico síndrome não foi tão

simples de se praticar, pois esta nem sempre foi lógica ⁽⁴³⁾ e demandou conhecimento técnico e científico. A exemplo disso analisa-se o diagnóstico/resultado “Atividade Psicomotora Prejudicada”, o qual foi inserido na síndrome “Hipoatividade”. A evidência empírica que determinou este termo foi “micrografia”, que na análise conceitual converge com a definição da CIPE[®] que descreve “Atividade Psicomotora” ⁽¹⁰⁰⁾.

Processo do Sistema Nervoso: Ordenação do movimento em atividades mentais conscientes, modo voluntário de mover e mobilizar o aparato corporal, requerendo algum grau de coordenação neuromuscular.

Além disso, insere-se adequadamente à definição proposta pela CIPE[®] do diagnóstico/resultado “Hipoatividade” que, dentre outros sintomas, correlaciona-se à rigidez muscular.

Enfatiza-se ainda que, o ordenamento em síndromes possibilitou a organização das intervenções contextualmente semelhantes. Fato comprovado pelo número elevado de intervenções que se repetiram nos diversos contextos de diagnósticos/resultados considerados como síndrome, como por exemplo: “Orientar o Paciente sobre o Processo do Sistema Urinário”, “Avaliar Condição Geniturinária”, “Orientar sobre Ingestão de Líquidos ao Paciente”, dentre outros.

5.5 Dos Diagnósticos/Resultados e Intervenções relacionados aos Sintomas Não Motores

Em se tratando dos sintomas não motores, do mapeamento cruzado emergiram as disfunções autonômicas como as mais prevalentes.

Sabe-se da grande variedade de sintomas autonômicos presentes em pacientes com DP e, dentre eles, incluem-se os cardiovasculares, gastrintestinais, urinários e a disfunção sexual. O perfil destes sintomas é consistente com os resultados de estudos neuropatológicos, que demonstraram a perda de células e a inclusão por corpos de Lewy em regiões de regulação autonômica, como o hipotálamo, sistemas simpático e parassimpático, medula adrenal e nos plexos neurais que inervam o intestino, coração e pelve ⁽⁶³⁾.

No presente estudo, o diagnóstico CIPE® “Processo do Sistema Urinário Prejudicado” foi o mais mapeado. E a presença do diagnóstico “Incontinência de Urgência”, como o segundo mais mapeado nesta categoria, consolida a variabilidade de sintomas urinários que podem estar presentes nesta população e que caracterizam-se por sintomas das fases de enchimento e de esvaziamento ^(8, 101).

Estes resultados convergem com estudos que mostram que alterações da fase de armazenamento são as mais frequentes em pacientes com doença de Parkinson ^(8, 102). Para estes, há fortes indícios da correlação dos sintomas com a severidade da DP ⁽¹⁰²⁾, também observada neste estudo por meio da caracterização dos pacientes, que revelou indivíduos com idade e tempo da doença mais avançados.

Além disso, a prevalência de pacientes homens idosos nos remete à necessidade de avaliar as comorbidades inerentes aos processo de envelhecimento que interferem no funcionamento do sistema urinário, como a hiperplasia prostática benigna, por exemplo ⁽¹⁰¹⁾, diagnóstico que foi mapeado, porém não incluído no processo de validação por não possuir relação comprovada com a DP ⁽¹⁰¹⁾.

Entretanto, vale discutir sobre a pouca precisão e objetividade do diagnóstico “Processo do Sistema Urinário Prejudicado” que esteve relacionado, principalmente, às evidências empíricas urgência miccional, noctúria, hesitação, aumento da frequência urinária, sensação de esvaziamento vesical incompleto, realização de manobra urinária.

Reconhece-se que cada um destes sintomas conduzirá o raciocínio clínico do enfermeiro para um mesmo foco investigativo, mas que poderá gerar também diferentes abordagens intervencionistas ⁽¹⁰³⁾. Portanto, enfatiza-se que o desenvolvimento futuro da terminologia considere a inserção dos termos “Urgência miccional”, “Noctúria”, “Manobra de Valsalva”, “Manobra de Credé”, fundamentados nestes conceitos.

Além disso, os resultados mostraram que os principais diagnósticos negativos estão também representados por diagnósticos positivos, estes porém, em menor representatividade. Isto mostra a padronização do raciocínio clínico empregado no processo de enfermagem no contexto da reabilitação de pacientes com DP.

E o fato da CIPE® possibilitar ao enfermeiro julgar os termos para a determinação diagnóstica baseada em conceitos relacionados a um problema (diagnóstico negativo/de risco) ou a uma habilidade (diagnóstico positivo/de melhora) ⁽⁴²⁾, se faz necessária em populações acometidas por enfermidades progressivas,

multissistêmicas e de caráter flutuante. Pois, viabiliza as ferramentas necessárias para delinear as características da população para o acompanhamento longitudinal de pacientes com doenças crônicas progressivas ⁽⁹⁾.

E em se tratando das as intervenções mapeadas e descritas neste estudo, destacam-se àquelas relacionadas à prática educativa, utilizada pelos enfermeiros como principal ferramenta para a promoção à saúde. E a maior prevalência de intervenções educativas voltadas para a categoria dos sintomas não motores gastrintestinais e geniturinários, comprovam mais uma vez a aplicação sistemática do processo de enfermagem.

Contudo, observa-se que o registro das intervenções podem estar subnotificados nos contextos das alterações do sono, da hipotensão ortostática e da qualidade de vida. Pois, observa-se baixa prevalência de intervenções relacionadas a estas alterações.

A literatura científica atual disponibiliza os critérios clínicos necessários para a elaboração/adaptação de protocolos de cuidados nestes contextos ^(7, 71, 72, 104) e, os resultados desta pesquisa viabilizarão o aprimoramento da equipe.

5.6 Dos Diagnósticos/Resultados e Intervenções relacionados aos Sintomas Motores

No que se refere aos sintomas motores, constata-se o mapeamento mais expressivo do diagnóstico “Hipoatividade” (diagnóstico negativo), que é seguidamente acompanhado pelo diagnóstico positivo categorizado como princípios da reabilitação “Capacidade para Executar Autocuidado Positiva”.

A CIPE[®] conceitua “Hipoatividade” como “Condição, Prejudicada - diminuição anormal da atividade física do corpo, lentidão, rigidez muscular, máscara facial, associadas a doenças neurológicas ou mentais” ⁽¹⁰⁰⁾. Entretanto, mesmo na presença destes sintomas motores clássicos da doença de Parkinson, a funcionalidade dos pacientes é percebida pelo diagnóstico positivo mais mapeado na categoria princípios da reabilitação. Pois, equitativamente, a CIPE[®] conceitua “Autocuidado” como: “Cuidar do que é preciso para se manter, assegurar a sobrevivência e lidar com necessidades básicas individuais e íntimas e atividades da vida diária” ⁽¹⁰⁰⁾.

Com base nisso, observa-se que os pacientes possuem a independência física preservada apesar do comprometimento motor causado pela doença, o que converge com os resultados da Escala de H&Y encontrados neste estudo.

Contudo, é importante analisar de forma pormenorizada o diagnóstico “Hipoatividade”, o qual foi validado com ressalvas pelo grupo de juízes. A busca pela definição deste termo nos dicionários “Michaelis” e “Caldas Aulete” não identificou resultado. Já no dicionário online “Priberam”⁽¹⁰⁵⁾ constata-se:

hi·po·a·ti·vi·da·de |át| (*hipoativo + idade*), *substantivo feminino*. 1. Atividade reduzida. 2. [Medicina] Estado de atividade reduzida de um órgão (ex: *hipoatividade pancreática*). 3. [Medicina] Síndrome que se caracteriza sobretudo por memória fraca, pouca interação social, níveis baixos de atividade motora e reações lentas a estímulos.

Já o termo “Hipocinesia”, aventado pela pesquisadora, foi definido nos dicionários Michaelis⁽¹⁰⁶⁾, Caldas Aulete⁽¹⁰⁷⁾ e Priberam⁽¹⁰⁵⁾ como:

hi.po.ci.ne.si.a *sf* (*hipo*²+*gr kinesis+ia*¹) *Med.* Diminuição de atividade funcional, nos organismos vivos; Neur. Redução anormal das funções ou atividades motoras; Movimento retardado ou deficiente.

Da mesma forma que nas definições dos dicionários, nos estudos científicos o termo “Hipocinesia” está relacionado ao predomínio de sintomas motores decorrentes de lesões neurológicas^(78, 108). Diferente do termo “Hipoatividade”, que relaciona-se predominantemente à sintomas cognitivos ou à aspectos de funcionalidade de um órgão específico^(109, 110). Dado comprovado pela própria CIPE® que define o termo “Catatonia” como⁽¹⁰⁰⁾:

Hipoatividade: Distúrbio motor evidente, manifestado comumente por imobilidade, com extrema rigidez muscular ou atividade impulsiva excessiva, associado a perturbações mentais tais como esquizofrenia.

À vista disso, tanto no que se refere ao conceito quanto à definição, pode-se dizer que “Hipocinesia” seria o termo mais indicado ao conceito dos sintomas motores da doença de Parkinson.

E em se tratando das intervenções, constata-se prevalência das intervenções “Encaminhar para Equipe Interprofissional” e “Encaminhar para Fisioterapia”, que denotam o importante papel interprofissional desempenhado por enfermeiros que

baseiam-se nas melhores evidências para identificar sintomas e colaborar com a equipe discutindo-os e encaminhando-os para avaliação.

Atuando como a ponte de ligação com os demais integrantes do time profissional, os enfermeiros colaboram com o cuidado de forma integral ⁽³⁵⁾.

Para tanto, no processo da sistematização da assistência de enfermagem com a implantação da linguagem padronizada, é de extrema relevância o envolvimento dos demais componentes da equipe que deverão conhecer a linguagem proferida pelos enfermeiros.

Pois, sabe-se que o processo comunicacional é composto pelo emissor da mensagem, que a transmite por meios de códigos, os quais serão decodificados pelo receptor, com base em sua realidade terminológica. Neste caso, se cada componente utilizar uma linguagem padronizada diferente, a possibilidade de existir ruídos comunicacionais é elevada. Isto resultará em incompreensão ou má interpretação da mensagem, além de propiciar que esta seja, simplesmente, ignorada ⁽⁴³⁾.

Tomaremos como exemplo o termo relacionado ao um sintoma não motor, presente na CID “N31 Disfunções neuromusculares da bexiga não classificados em outra parte”, que na CIF é descrita como “Bexiga Neurogênica” e está contida em b620 “Funções Miccionais” e que na CIPE[®] nos remete ao termo 10001359 “Processo do Sistema Urinário Prejudicado”.

Neste caso, o risco de haver ruído comunicacional com prejuízo à compreensão da mensagem é potencializado pela variação terminológica.

Se levarmos em consideração que somos todos parte de uma equipe multidisciplinar, e que temos um papel importante na comunicação com os demais profissionais, em prol da qualidade da assistência, temos o compromisso de assegurar a compreensão de todos a respeito do que dizemos, definimos e redigimos nos documentos do paciente.

Esta reflexão pode ser extrapolada se imaginarmos o paciente, que ao ler o seu prontuário identificaria três diferentes formas de descrever a respeito de um único problema.

Pensar sobre o conceito filosófico do cuidado complexo, sob a prisma do paradigma da complexidade ⁽¹¹¹⁾ pode nos fazer ampliar os horizontes a respeito do que hoje pensamos ser importante no contexto de saúde.

5.7 Dos Diagnósticos/Resultados e Intervenções relacionados aos Princípios da Reabilitação

Em relação aos diagnósticos/resultados categorizados como “Princípios da reabilitação” é possível analisar mais uma vez a coerência do raciocínio clínico aplicado ao processo de enfermagem. Pois, a maioria dos termos negativos também foi representada por termos positivos. Isto mostra que os enfermeiros avaliam e re-avaliam cada paciente de forma sistematizada e fundamentada em alicerces científicos.

No que se refere às intervenções, a porcentagem elevada de ações nas categorias terapêutico/medicamentoso e envolvimento para reabilitação demonstram as características profissionais nesta área do cuidado. Observa-se que estas características englobam conhecimentos a respeito da fisiopatologia e do tratamento da doença, além do contexto de vida do paciente/família ^(6, 61, 79).

Isto está representado pelos diagnósticos/resultados “Capacidade para executar autocuidado Positiva/Déficit de autocuidado”, “Rotina Adequada/Inadequada”, “Segurança no domicílio Eficaz/Prejudicada”, “Falta de conhecimento sobre a doença e sobre o regime medicamentoso”, dentre outros.

Isto também reforça as condutas de promoção da saúde. Esta, é considerada uma estratégia de mudança nos modelos tecnoassistenciais, que vem sendo utilizada ao longo de décadas como uma alternativa para a melhoria da qualidade de saúde e de vida da população e da compreensão do processo saúde-doença como produção social ⁽¹¹²⁾.

No cenário da reabilitação neurológica, as ações de promoção à saúde estão direcionadas para o favorecimento da recuperação, e sobretudo, para a adaptação às limitações impostas pela deficiência, de forma individual e contextualizada. Estas ações estão prioritariamente pautadas nos aspectos funcionais, motores, psicossociais e espirituais ⁽¹¹²⁾.

Assim, é necessário que o enfermeiro estabeleça vínculo com o paciente/família e lhe garanta o fornecimento de orientações focadas no processo saúde X doença, promovendo os recursos necessários para a facilitação e a implementação dessa aprendizagem. Nessa relação coparticipava, prima-se pela autonomia do indivíduo, pela afirmação dos princípios de cidadania e democracia, com vistas à melhoria do estado de saúde, corroborando os princípios da reabilitação neurológica ⁽¹¹²⁾.

Desta forma, “Entrar em acordo para Adesão”, como a intervenção mais descrita nos prontuários, demonstra o quão envolvidos encontram-se os enfermeiros no universo da reabilitação no cenário deste estudo.

Outro ponto importante a ser analisado foi o quão à vontade os enfermeiros validadores demonstraram estar nesta categoria, uma vez que, a média do índice de concordância foi a segunda mais alta. Isto está diretamente relacionado ao fato de que 100% dos juízes são especialistas nesta área do cuidado.

5.8 Dos Diagnósticos/Resultados e Intervenções não validados pelos juízes

Em se tratando dos diagnósticos/resultados não validados pelo grupo de juízes, é possível analisar dois pontos principais: 1- a necessidade da evolução da terminologia com a inclusão de termos que representem a prática profissional e, 2- as nuances do processo cognitivo para a escolha dos termos.

Para o primeiro, sugere-se a inclusão na CIPE® do termo “Diário miccional”, que pode ser definido como um instrumento de mensuração da frequência urinária diurna e noturna, da perda urinária e do residual pós-miccional, e pode ainda ser relacionado à ingestão de líquidos em um determinado período de tempo ⁽¹¹³⁾.

A sugestão de inserção deste termo na CIPE® já foi realizada em estudo desenvolvido por uma enfermeira da Unidade Sarah de Belo Horizonte, em sua dissertação de mestrado em 2012 ⁽⁴⁶⁾. Contudo, constata-se na versão mais recente da CIPE®, a de 2015, que o termo ainda não foi inserido.

Para o segundo, os comentários e sugestões dos juízes demonstram a preferência para a escolha de termos diretivos aos contextos das ações de enfermagem, o que explica a sugestão de inserção dos termos “Urgência miccional”, “Noctúria”, “Manobra de Valsalva”, “Manobra de Credé”.

Em suma, o emprego das linguagens de especialidade são uma realidade necessária para a qualidade do cuidado. Pois, fundamenta cientificamente os fenômenos, diminui os ruídos comunicacionais, possibilita a decodificação computacional e dissemina o conhecimento a níveis mundiais. Porém, pensar de forma a integrar todos os profissionais da equipe para o conhecimento comum a respeito da denominação dos termos pode ser um trabalho ainda mais desafiador.

O desenvolvimento de subconjuntos terminológicos consolida o raciocínio clínico do enfermeiro nas áreas especializadas do cuidado, viabiliza a construção e/ou o aprimoramento de protocolos clínicos que sustentam ações para a sistematização da assistência e facilita o processo de implantação da terminologia na prática clínica.

Declara-se, todavia, que as principais limitações desta pesquisa estiveram relacionadas ao volume de termos mapeados e à complexidade classificatória destes. Isto resultou em um extenuante processo analítico dos juízes que participaram da fase de validação dos termos.

Com isso, recomenda-se que os estudos futuros, que apresentarem grande volume de termos, considerem desenvolver o processo de validação de forma fracionada, presencial e em grupo, a fim de suscitar a discussão entre os validadores e de homogeneizar o processo analítico com base em parâmetros metodológicos pré-definidos.

CAPÍTULO VI – CONCLUSÕES

A criação do Subconjunto Terminológico da CIPE® para pacientes com doença de Parkinson em reabilitação é oriunda de um estudo pioneiro, desenvolvido por meio do mapeamento das evidências empíricas descritas em 352 prontuários, que apresentavam no mínimo, seis registros de consultas realizadas por enfermeiros.

A identificação dos Diagnósticos/Resultados e das Intervenções de Enfermagem CIPE® foi pautada na classificação dos sintomas motores, não motores e nos princípios da reabilitação, sendo todos os termos avaliados por meio da expertise de juízes, a fim de garantir a acurácia do método.

Os resultados apontam a prevalência de homens, com idade entre 59 a 78 anos, com tempo de evolução da doença entre 1 a 9 anos, no estágio 2 da Escala de H&Y e a maioria com a forma Mista da doença de Parkinson.

Da análise das evidências empíricas referentes aos diagnósticos/resultados, presentes nas 2.123 evoluções de enfermagem, emergiram 3.825 conceitos primitivos, que resultaram em 155 conceitos pré coordenados de acordo com a CIPE®. Destes, 113 estavam diretamente relacionados à doença de Parkinson, majoritariamente classificados como síndromes. Os sintomas não motores foram os mais mapeados, prevalecendo o diagnóstico/resultado síndrome “Processo do Sistema Urinário Prejudicado”.

Na categoria dos sintomas motores, o diagnóstico/resultado síndrome “Hipoatividade” foi o mais prevalente. Entretanto, após exaustivas discussões, opina-se que o termo que melhor se adequa à definição da CIPE® é “Hipocinesia”.

Os diagnósticos/resultados relacionados aos princípios da reabilitação, foram minoritários, sendo a síndrome “Capacidade para Executar Autocuidado Positiva” a mais prevalente.

Em se tratando das Intervenções de Enfermagem, emergiram 3.695 conceitos primitivos que, após o cruzamento com a CIPE® resultaram em 66 intervenções pré coordenadas. Destas, 56 estavam relacionadas à doença de Parkinson e aos princípios da reabilitação.

As intervenções mais mapeadas foram: “Entrar em acordo para Adesão”, “Orientar sobre Ingestão de Líquidos ao Paciente” e “Orientar como lidar com a Medicação”.

E com base na análise dos resultados desta pesquisa, sugere-se a inclusão na CIPE® dos termos “Urgência miccional”, “Noctúria”, “Manobra de Valsalva”, “Manobra de Credé” e “Diário Miccional”, além da revisão do termo “Hipoatividade”.

Por fim, é notório o raciocínio clínico utilizado pelos enfermeiros que, no contexto da reabilitação neurológica, fundamentaram-se no processo de enfermagem para a definição acurada dos diagnósticos/resultados que, por sua vez, determinaram as intervenções específicas. A análise dos registros nos prontuários eletrônicos revelou o alto nível de especialidade dos enfermeiros no contexto da reabilitação na doença de Parkinson, o seu comprometimento com o paciente/família, a capacidade de atuar em equipe interdisciplinar e a cientificidade dos dados gerados pela prática clínica.

Tais resultados, portanto, subsidiarão o desenvolvimento de protocolos clínicos de enfermagem para o cuidado de pacientes com doença de Parkinson, o aprimoramento da terminologia CIPE® para atender os contextos especializados, e sobretudo, a implantação da linguagem padronizada nos cenários onde ocorre a reabilitação de pacientes com doença de Parkinson.

8. Referências

- 1.Olanow CW, Schapira AHV. Therapeutic prospects for Parkinson disease. *Annals of Neurology*. 2013;74(3):337-47.
- 2.Saúde M. Blog da Saúde - Doença de Parkinson Rio de Janeiro, Brasil DATASUS; 2014 [updated 17 de janeiro de 2015]. 23 de Outubro de 2014:[Available from: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/570-destaques/34589-doenca-de-parkinson>.
- 3.Berg D, Postuma RB, Bloem B, Chan P, Dubois B, Gasser T, et al. Time to redefine PD? Introductory statement of the MDS Task Force on the definition of Parkinson's disease. *Mov Disord*. 2014;29(4):454-62.
- 4.Erro R, Picillo M, Vitale C, Amboni M, Moccia M, Longo K, et al. Non-motor symptoms in early Parkinson's disease: a 2-year follow-up study on previously untreated patients. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2012;84(1):14-7.
- 5.Haahr A, Kirkevold M, Hall EOC, Ostergaard K. Living with advanced Parkinson's disease: a constant struggle with unpredictability. *JAN*. 2011;67(2):408-17.
- 6.Cotton P, Heisters D. How to care for people with Parkinson's disease. *Nurs Times*. 2012;108(16):12-3.
- 7.Viscomi P JJ. Development of clinical practice guidelines or patient management of blood pressure in stability in multiple system atrophy, Parkinson's disease, and other neurological disorders. *Can J Neurosci Nurs*. 2010;32(2):6-19.
- 8.Campos DbM, Tosin MHdS, Blanco L, Santana RF, Oliveira BGRBd. Nursing diagnoses for urinary disorders in patients with Parkinson's disease. *Acta Paul Enferm*. 2015;28(2):190-5.
- 9.Tosin MH, Campos DM, Blanco L, Santana RF, Oliveira BG. Mapping Nursing language terms of Parkinson's disease. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(3):409-16.
- 10.Gonçalves LHT, Alvarez AM, Arruda MC. Pacientes portadores da doença de Parkinson: significado de suas vivências. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(1):62-8.
- 11.Penedo RM, Spiri WC. Meaning of the Systematization of Nursing Care for nurse managers. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2014;27(1):86-92.
- 12.Hermida PMV, Araújo IEnM. Sistematização da Assistência de Enfermagem-subsídios para implantação. *Rev Bras Enferm*. set-out 2006;59(5):675-9.
- 13.Diniz IA, Cavalcante RB, Otoni A, Mata LRF. Percepção dos enfermeiros gestores da atenção primária sobre o processo de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2015;68(2):206-13.
- 14.República P. Lei nº 7.498, de 25.06.86 publicada no DOU de 26.06.86. Palácio do Planalto; 1986.

15. Enfermagem CF. Resolução COFEN 358 de 2009: COFEN; 2009 [cited 2014 07 de junho]. Available from: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html.
16. Huitzi-Egilegor JX, Elorza-Puyadena MI, Urkia-Etxabe JM, Esnaola-Herrero MV, Asurabarrena-Iraola C. Retrospective study of the implementation of the nursing process in a health area. *Rev Latino-Am Enferm*. Sept-Oct 2013;21(5):1-6.
17. Coenen A, Kim TY. Development of terminology subsets using ICNP. *Int J Med Inform*. 2010;79(7):530-8.
18. Kim TY, Hardiker N, Coenen A. Inter-terminology mapping of nursing problems. *J Biom Inform*. 2014;49:213-20.
19. Nogueira LGF, Nóbrega MML. Construction and validation of nursing diagnoses for individuals with diabetes in specialized care. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(1):54-60.
20. Clares JWB, Freitas MC, Guedes MVC, Nobrega MML. Construção de subconjuntos terminológicos: contribuições a prática clínica do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(4):965-70.
21. Fahn S, Jankovic J, Hallett M. Principles and practice of movement disorders. 2nd ed. New York: Elsevier; 2011. 1-555 p.
22. Goetz CG. The history of Parkinson's disease: early clinical descriptions and neurological therapies. *Cold Spring Harb Perspect Med*. 2011;1(1):a008862.
23. Parkinson J. An essay on the shaking palsy. Printed by Whittingham and Rowland for Sherwood, Neely, and Jones. 1817.
24. Donaldson IM. James Parkinson's essay on the shaking palsy. *J R Coll Physicians Edinb*. 2015;45(1):84-6.
25. Schulz-Schaeffer W. Is Cell Death Primary or Secondary in the Pathophysiology of Idiopathic Parkinson's Disease? *Biomolecules*. 2015;5(3):1467-79.
26. Hawkes CH, Tredici KD, Braak H. A timeline for Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord*. 2010;16(2):79-84.
27. Braak H, Tredici KD, Rüb U, Vos RA, Steur ENJ, Braak E. Staging of brain pathology related to sporadic Parkinson's disease. *Neurobiol Aging*. 2003;24(2):197-211.
28. Nalls MA, McLean CY, Rick J, Eberly S, Hutten SJ, Gwinn K, et al. Diagnosis of Parkinson's disease on the basis of clinical and genetic classification: a population-based modelling study. *Lancet Neurol*. 2015.
29. Morais MB, Fracasso BdM, Busnello FM, Mancopes R, Rabito EI. Doença de Parkinson em idosos- ingestão alimentar e estado nutricional. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2013;16(3):503-11.

30. Marinho MS, Chaves PM, Tarabal TO. Dupla-tarefa na doença de Parkinson- uma revisão sistemática de ensaios clínicos aleatorizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2014;17(1):191-9.
31. Behari M, Bhattacharyya KB, Borgohain R, Das SK, Ghosh B, Kishore A, et al. Parkinson's disease. *Ann Indian Acad Neurol.* 2011;14(Suppl 1):S2-6.
32. Connolly BS, Lang AE. Pharmacological treatment of Parkinson disease: a review. *JAMA.* 2014;311(16):1670-83.
33. Young-Mason J. The fine art of caring: people with Parkinson disease and their care partners. *Clin Nurse Spec.* 2015 Mar-Apr;29(2):121-2.
34. Pierce LL, Larsen PD. The rehabilitation nursing foundation celebrates 20+ years of funded research. *Rehabil Nurs.* 2010;35(4):135-60.
35. Vaughn S, Mauk KL, Jacelon CS, Larsen PD, Rye J, Wintersgill W, et al. The Competency Model for Professional Rehabilitation Nursing. *Rehabil Nurs.* 2015;0:1-12.
36. Lessmann JC, Conto FD, Ramos G, Borenstein MrS, Meirelles BHS. Atuação da enfermagem no autocuidado e reabilitação de pacientes que sofreram Acidente Vascular Encefálico. *Rev Bras Enferm.* 2011 jan-fev;64(1):198-202.
37. Andrade LT, Araújo EG, Andrade KRP, Soares DMA, Chianca TCM. Papel da enfermagem na reabilitação física. *Rev Bras Enferm.* 2010 nov-dez;63(6):1056-60.
38. Hellqvist C, Bertero C. Support supplied by Parkinson's disease specialist nurses to Parkinson's disease patients and their spouses. *Appl Nurs Res.* 2015;28(2):86-91.
39. Salgado PO, Chianca TCM. Identificação e mapeamento dos diagnósticos e ações de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Latino-Am Enferm.* 2011;19(4):1-8.
40. Udina MEJ. A nursing interface terminology: Evaluation of face validity. *Open Journal of Nursing.* 2012;02(03):196-203.
41. Conrad D, Hanson PA, Hasenau SM, Stocker-Schneider J. Identifying the barriers to use of standardized nursing language in the electronic health record by the ambulatory care nurse practitioner. *J Am Acad Nurse Pract.* 2012;24(7):443-51.
42. Kim TY, Coenen A. Toward harmonising WHO International Classifications: a nursing perspective. *Inform Health Soc Care.* 2011;36(1):35-49.
43. Galvão MCB. Uso de linguagens de especialidade na prática profissional. *Classificação Internacional para Prática da Enfermagem - CIPE®: aplicação à realidade brasileira.* Porto Alegre: Artmed; 2015. p. 3-23.
44. MML(Org.) N. Diagnósticos, resultados e intervenções de Enfermagem para clientes hospitalizados nas unidades clínicas do HULW/UFPB utilizando a CIPE®. João Pessoa: Ideia; 2011.

- 45.Furtado LG, Medeiros ACT, Nóbrega MML. Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE®) e o desenvolvimento de subconjuntos terminológicos. In: Nóbrega MML(Org) Diagnósticos, resultados e intervenções de Enfermagem para clientes hospitalizados nas unidades clínicas do HULW/UFPB utilizando a CIPE®. João Pessoa: Ideia; 2011. p. 35-58.
- 46.Souza DRP, Andrade LT, Napoleão AA, Garcia TR, Chianca TCM. Terms of international classification for Nursing Practice in motor and physical rehabilitation. Rev Esc Enferm USP. 2015;49(2):0209-15.
- 47.Tosin MH, Mecone CA, Oliveira BG. International Classification for Nursing Practice - ICNP(R): application to the Brazilian reality. Rev Bras Enferm. 2015;68(4):730-1.
- 48.18104:2003(E) IIF. ISO 18104 2003 Health informatics — Integration of a reference terminology model for nursing. Geneva: ISO copyright office; 2003.
- 49.Garcia TR, Bartz CC, Coenen A. CIPE®: uma linguagem padronizada para a prática profissional. Porto Alegre: Artmed; 2015. 340 p.
- 50.Enfermeiros CI. CIPE® versão 2: Classificação Internacional para a prática de Enfermagem: versão 2.0. São Paulo: Algor Editora; 2011.
- 51.Nonino FOL, Napoleão AA, Carvalho EIC, Filho JFP. A utilização do mapeamento cruzado na pesquisa de enfermagem: uma revisão da literatura. Rev Bras Enferm. 2008;61(6):872-7.
- 52.Reabilitação RSdHd. Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação <http://www.sarah.br>2015 [cited 2015 11 de outubro].
- 53.Andrade LT, Araújo EG, Andrade KRP, Souza DRP, Garcia TR, Chianca TCM. Disreflexia autonômica e intervenções de enfermagem para pacientes com lesão medular Rev Esc Enferm USP. 2013;47(1):93-100.
- 54.Hulley SB, Cummings SR, Brownwe WS, Grady DG, Newman TB. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. 3ed ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
- 55.Hoehn MM, Yahr MD. Parkinsonism: onset, progression and mortality. Neurology. 1967;17:427-42.
- 56.Luzia MF, Almeida MA, Lucena AF. Mapeamento de cuidados de enfermagem para pacientes com risco de quedas na NIC. Rev Esc Enferm USP. 2014;48(4):632-9.
- 57.Luciano TS, Nóbrega MMLd, Saparolli ECL, Barros ALBL. Mapeamento cruzado de diagnósticos de enfermagem em puericultura utilizando a Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem. Revi Esc Enferm USP. 2014;48(2):250-6.
- 58.Alexandre NMC, Coluci MZO. Content validity in the development and adaptation processes of measurement instruments. Cienc Saúde Colet. 2011;16(7):3061-8.

- 59.Melo RP, Moreira RP, Fontenele FC, Aguiar ASC, Joventino ES, Carvalho EC. Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. *Rev Rene*. 2011;12(2):424-31.
- 60.Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. [Internet]. Ministério da Saúde. 2012 [cited 22/03/2014]. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
- 61.Beaudet L, Ducharme F. Living with moderate-stage Parkinson disease: intervention needs and preferences of elderly couples. *J Neurosci Nurs*. 2013;45(2):88-95.
- 62.Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DbGo. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saúde Pública*. fev 2011;27(2):389-94.
- 63.Chen W, Xu ZM, Wang G, Chen SD. Non-motor symptoms of Parkinson's disease in China: a review of the literature. *Parkinsonism Relat Disord*. 2012;18(5):446-52.
- 64.Bernal-Pacheco O, Limotai N, Go CL, Fernandez HH. Nonmotor manifestations in Parkinson disease. *Neurologist*. 2012;18(1):1-16.
- 65.Kurtis MM, Rodriguez-Blazquez C, Martinez-Martin P, Group E. Relationship between sleep disorders and other non-motor symptoms in Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord*. 2013;19(12):1152-5.
- 66.Poewe W. Non-motor symptoms in Parkinson's disease. *European Journal of Neurology*. 2008;15(Suppl. 1):14–20.
- 67.Zis P, Martinez-Martin P, Sauerbier A, Rizos A, Sharma JC, Worth PF, et al. Non-motor symptoms burden in treated and untreated early Parkinson's disease patients: argument for non-motor subtypes. *Eur J Neurol*. 2015;22(8):1145-50.
- 68.Postuma RB, Berg D, Stern M, Poewe W, Olanow CW, Oertel W, et al. MDS clinical diagnostic criteria for Parkinson's disease. *Mov Disord*. 2015;30(12):1591-601.
- 69.Guo X, Song W, Chen K, Chen X, Zheng Z, Cao B, et al. Disease duration-related differences in non-motor symptoms: a study of 616 Chinese Parkinson's disease patients. *J Neurol Sci*. 2013;330(1-2):32-7.
- 70.Leroi I, Ahearn DJ, Andrews M, McDonald KR, Byrne EJ, Burns A. Behavioural disorders, disability and quality of life in Parkinson's disease. *Age Ageing*. 2011;40(5):614-21.
- 71.Lawrence BJ, Gasson N, Kane R, Bucks RS, Loftus AM. Activities of daily living, depression, and quality of life in Parkinson's disease. *PLoS One*. 2014;9(7):e102294.
- 72.Maass A, Reichmann H. Sleep and non-motor symptoms in Parkinson's disease. *J Neural Transm*. 2013;120(4):565-9.

73. Scullin MK, Sollinger AB, Land J, Wood-Siverio C, Zanders L, Lee R, et al. Sleep and impulsivity in Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord*. 2013;19(11):991-4.
74. Jankovic J. Parkinson's disease: clinical features and diagnosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2008;79(4):368-76.
75. Organization WH. Relatório mundial sobre a deficiência tradução Lexicus Serviços Lingüísticos: São Paulo: World Health Organization; 2011. p. 334.
76. Queirós PJP. Reflections for a nursing epistemology. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2014;23(3):776-81.
77. Chaves ECL CE, Rossi LA. Validação de diagnósticos de enfermagem: tipos, modelos e componentes validados. *Rev Eletr Enferm*. 2008;10(2):513-20.
78. Letanneux A, Danna J, Velay JL, Viallet F, Pinto S. From micrographia to Parkinson's disease dysgraphia. *Mov Disord*. 2014;29(12):1467-75.
79. Gopalakrishna A, Alexander SA. Understanding Parkinson Disease: A Complex and Multifaceted Illness. *J Neurosci Nurs*. 2015;47(6):320-6.
80. Ricciardi L, Bologna M, Morgante F, Ricciardi D, Morabito B, Volpe D, et al. Reduced facial expressiveness in Parkinson's disease: A pure motor disorder? *J Neurol Scienc*. 2015.
81. New AB, Robin DA, Parkinson AL, Eickhoff CR, Reetz K, Hoffstaedter F, et al. The intrinsic resting state voice network in Parkinson's disease. *Hum Brain Mapp*. 2015;36(5):1951-62.
82. Kwan LC, Whitehill TL. Perception of speech by individuals with Parkinson's disease: a review. *Parkinsons Dis*. 2011;2011:389767.
83. Ramig LO, Fox C, Sapir S. Speech treatment for Parkinson's disease. *Expert Rev Neurotherapeutics* 2008;8(2):299–311.
84. Uchiyama T, Sakakibara R, Yamamoto T, Ito T, Yamaguchi C, Awa Y, et al. Urinary dysfunction in early and untreated Parkinson's disease. *J Neurol, Neurosurg & Psych*. 2011;82(12):1382-6.
85. Xue Peng WT, Zong Huantao and Zhang Yong. Urodynamic analysis and treatment of male Parkinson's disease. *Chin Med J*. 2014;127(5).
86. Hou J-GG, Lai EC. Non-motor symptoms of Parkinson's disease. *Intern J Gerontol*. 2007;1(2):53.
87. Jost WH. Gastrointestinal dysfunction in Parkinson's Disease. *J Neurol Sci*. 2010;289(1-2):69-73.
88. Sung H-Y, Park J-W, Kim J-S. The Frequency and Severity of Gastrointestinal Symptoms in Patients with Early Parkinson's Disease. *Mov Disord*. 2014;7(1):7-12.

- 89.Zlotnik Y, Balash Y, Korczyn AD, Giladi N, Gurevich T. Disorders of the oral cavity in Parkinson's disease and parkinsonian syndromes. *Parkinsons Dis.* 2015;2015:379482.
- 90.Berganzo K, Díez-Arrola B, Tijero B, Somme J, Lezcano E, Llorens V, et al. Nocturnal hypertension and dysautonomia in patients with Parkinson's disease: are they related? *J Neurol.* July 2013;260(7):1752-6.
- 91.Isaacson SH, Skettini J. Neurogenic orthostatic hypotension in Parkinson's disease: evaluation, management, and emerging role of droxidopa. *Vasc Health Risk Manag.* 2014;10:169-76.
- 92.Mazza A, Ravenni R, Antonini A, Casiglia E, Rubello D, Pauletto P. Arterial hypertension, a tricky side of Parkinson's disease: physiopathology and therapeutic features. *Neurol Sci.* May 2013;34(5):621-7.
- 93.Postuma RB, Adler CH, Dugger BN, Hentz JG, Shill HA, Driver-Dunckley E, et al. REM sleep behavior disorder and neuropathology in Parkinson's disease. *Mov Disord.* 2015.
- 94.Boeve BF. Idiopathic REM sleep behaviour disorder in the development of Parkinson's disease. *Lancet Neurology.* 2013;12(5):469-82.
- 95.Robert G, Le Jeune F, Lozachmeur C, Drapier S, Dondaine T, Peron J, et al. Apathy in patients with Parkinson disease without dementia or depression: a PET study. *Neurology.* 2012;79(11):1155-60.
- 96.Munhoz RP, Moro A, Silveira-Moriyama L, Teive HA. Non-motor signs in Parkinson's disease: a review. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria.* 2015;73(5):454-62.
- 97.Martinez-Martin P, Rodriguez-Blazquez C, Forjaz MJ, Frades-Payo B, Agüera-Ortiz L, Weintraub D, et al. Neuropsychiatric symptoms and caregiver's burden in Parkinson's disease. *Parkinsonism & Related Disorders.* 2015;21(6):629-34.
- 98.Berardelli A, Conte A, Fabbrini G, Bologna M, Latorre A, Rocchi L, et al. Pathophysiology of pain and fatigue in Parkinson's disease. *Parkinsons Related Disord.* 2012;18:S226-S28.
- 99.Jablonski S. Syndrome - a changing concept. *BullMed LibrAssoc.* October 1992;80(4):323-7.
- 100.Garcia TR. Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem - CIPE®: aplicação à realidade brasileira. Porto Alegre: Artmed; 2015. 340 p.
- 101.Sakakibara R, Panicker J, Finazzi-Agro E, Iacovelli V, Bruschini H, Parkinson's Disease Subcommittee TNPCiTICS. A guideline for the management of bladder dysfunction in Parkinson's disease and other gait disorders. *Neurourol Urodyn.* 2015.
- 102.Ragab MM, Mohammed ES. Idiopathic Parkinson's disease patients at the urologic clinic. *Neurourology and Urodynamics.* 2011:n/a-n/a.

103. Robinson JP, Bradway CW, Bunting-Perry L, Avi-Itzhak T, Mangino M, Chittams J, et al. Lower Urinary Tract Symptoms in Men With Parkinson Disease. *J Neurosc Nurs*. 2013;45(6):382-92.
104. Videnovic A, Golombek D. Circadian and sleep disorders in Parkinson's disease. *Exp Neurol*. 2013;243:45-56.
105. Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. <https://www.priberam.pt/DLPO/hipocinesia> Priberam Informática, S.A; 2008-2013.
106. Michaelis dicionário de português online. <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=hipocinesia1998-2009> Michaelis.
107. Dicionário Caldas Aulete. <http://www.aulete.com.br/hipocinesia>: Lexikon Editora Digital 2015. Caldas Aulete.
108. Ling H, Massey LA, Lees AJ, Brown P, Day BL. Hypokinesia without decrement distinguishes progressive supranuclear palsy from Parkinson's disease. *Brain Injury*. 2012;135:1141-53.
109. Lundervold AJ, Posserud M-B, Ullebø A-K, Sørensen L, Gillberg C. Teacher reports of hypoactivity symptoms reflect slow cognitive processing speed in primary school children. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2011;20:121-6
110. Morein-Zamir S, Jones PS, Bullmore ET, Robbins TW, Ersche KD. Prefrontal Hypoactivity Associated with Impaired Inhibition in Stimulant-Dependent Individuals but Evidence for Hyperactivation in their Unaffected Siblings. *Neuropsychopharmacology*. 2013;38:1945-53.
111. Silva ALcd, Ciampone MHT. Um olhar paradigmático sobre a Assistência de Enfermagem - um caminhar para o Enfermagem - um cuidado complexo. *Rev Esc Enferm USP*. 2003;37(4):13-23.
112. Silva KnLd, Sena RRnd, Grillo MJC, Horta NldCs, Prado PMC. Nursing education and the challenges for health promotion. *Rev Bras Enferm*. 2009 jan-fev;62(1):86-91.
113. Fitz FF, Costa TF, Yamamoto DM, Resende APM, Stüpp L, Sartori MGF, et al. Impacto do treinamento dos músculos do assoalho pélvico na qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária. *Rev Assoc Med Bras*. 2012 Apr [cited 2015 Dec 16] 58(2):155-9.

9. Apêndices

Apêndice A: Instrumentos para execução das etapas metodológicas

Instrumento 1:

Nº	Ano	Idade	Prontuário	H&Y	Tempo de evolução da doença	Tipo de DP	Sexo	Diagnóstico/Resultado registrado em prontuários	Termos destacados	Intervenções registradas em prontuário	Termos destacados

Instrumento 2:

Nº	Diagnóstico/Resultado registrado em prontuários	Termos destacados	Diagnóstico/Resultado CIPE®	Conceito de CIPE®	Intervenções registradas em prontuário	Termos destacados	Intervenções CIPE®	Conceitos de CIPE®

Apêndice B: Caderno de Validação

Universidade Federal Fluminense
Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa
Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial

Subconjunto Terminológico da Classificação Internacional para Prática da Enfermagem para pacientes com doença de Parkinson em reabilitação

Autora: Michelle Hyczy de Siqueira Tosin
Orientadora: Beatriz Guitton Renaud Baptista de Oliveira
Linha de Pesquisa: O cuidado de Enfermagem para os grupos humanos

Setembro de 2015

Sumário

Carta convite ao enfermeiro juiz	8
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	9
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	10
Categorização do enfermeiro juiz	11
Instruções para os enfermeiros juizes	12
Diagnósticos/Resultados e Intervenções de Enfermagem relacionados aos Sintomas Não	
Motores da doença de Parkinson	13
Diagnóstico CIPE®: “Processo do Sistema Urinário Prejudicado”	15
Intervenções CIPE® para o diagnóstico “Processo do Sistema Urinário Prejudicado”	15
1. “Orientar o Paciente sobre o Processo do Sistema Urinário”	15
2. “Avaliar Condição Geniturinária”	15
3. “Medir Débito de Líquidos”	15
4. “Medir Ingestão de Líquidos”	16
5. “Gerenciar Micção”	16
6. “Obter Dados sobre Retenção Urinária usando Ultrassom”	16
7. “Orientar sobre Ingestão de Líquidos ao Paciente”	16
8. “Encaminhar para Serviço Comunitário”	16
9. “Instruir Paciente para Micção Controlada”	17
10. “Orientar Autocateterismo”	17
11. “Orientar sobre Uso de Dispositivo de Apoio”	17
Diagnóstico CIPE®: “Risco de Infecção de Urina ”	17
Intervenções CIPE® para o diagnóstico “Risco de Infecção de Urina”	17
1. “Orientar o Paciente sobre Processo do Sistema Urinário”	17
2. “Avaliar Condição Geniturinária”	18
3. “Orientar sobre Ingestão de Líquidos ao Paciente”	18
4. “Orientar Autocateterismo”	18
Diagnóstico CIPE®: “Infecção de Trato Urinário”	18
Intervenções CIPE® para o diagnóstico “Infecção de Trato Urinário”	19
1. “Coletar Amostra de Urina”	19
2. “Orientar o Paciente sobre Processo do Sistema Urinário”	19
3. “Avaliar Condição Geniturinária”	19
4. “Cateterizar Bexiga para Coletar Amostra de Urina”	19
5. “Orientar sobre Ingestão de Líquidos ao Paciente”	19
6. “Orientar sobre Manipulação de Medicação”	20

Diagnóstico CIPE®: “Processo do Sistema Urinário Eficaz”	20
Diagnóstico CIPE®: “Funcionamento Sexual Eficaz”	20
Diagnóstico CIPE®: “Impotência Sexual”	20
Intervenções CIPE® para o diagnóstico “Impotência Sexual”	21
1. “Encaminhar para Equipe Interprofissional”	21
2. “Obter Dados sobre Qualidade de Vida”	21
3. “Orientar sobre Doença ao Paciente”	21
Diagnóstico CIPE®: “Processo do Sistema Gastrointestinal Prejudicado”	21
Intervenções CIPE® para o diagnóstico “Processo do Sistema Gastrointestinal Prejudicado”	22
1. “Obter Dados sobre Condição Intestinal”	22
2. “Orientar sobre Ingestão de Líquidos ao Paciente e em Grupo”	22
3. “Orientar sobre Padrão de Ingestão de Alimentos ao Paciente e em Grupo”	22
4. “Orientar ao Paciente e em Grupo sobre Processo Gastrointestinal”	22
5. “Encaminhar para Equipe Interprofissional”	23
6. “Prescrever Medicação”	23
7. “Coletar Amostra de Fezes”	23
Diagnóstico CIPE®: “Condição Nutricional Prejudicada”	23
Intervenções CIPE® para o diagnóstico “Condição Nutricional Prejudicada”	23
1. “Orientar sobre Ingestão de Líquidos ao Paciente”	23
2. “Orientar sobre Padrão de Ingestão de Alimentos ao Paciente”	24
3. “Encaminhar para Equipe Interprofissional”	24
Diagnóstico CIPE®: “Condição Gastrointestinal Eficaz”	24
Diagnóstico CIPE®: “Ingestão Nutricional Positiva”	24
Diagnóstico CIPE®: “Hidratação Adequada”	25
Diagnóstico CIPE®: “Apetite Positivo”	25
Diagnóstico CIPE®: “Edema Periférico”	25
Intervenções CIPE® para o diagnóstico “Edema Periférico”	26
1. “Orientar sobre a Doença ao Paciente”	26
2. “Orientar sobre Manejo de Sintomas”	26
3. “Orientar sobre Medicação ao Paciente”	26
4. “Orientar sobre Uso de Dispositivo de Apoio”	26
Diagnóstico CIPE®: “Hipotensão”	26
Intervenções CIPE® para o diagnóstico “Hipotensão”	27
1. “Orientar sobre Medicação ao Paciente”	27
2. “Orientar sobre Padrão de Ingestão de Alimentos ao Paciente”	27
3. “Encaminhar para Equipe Interprofissional”	27
4. “Orientar sobre Manejo de Sintomas”	27

5. “Orientar Família sobre Prevenção de Quedas”	27
6. “Orientar sobre Doença ao Paciente”	28
7. “Orientar Medir a Pressão Sanguínea”	28
8. “Orientar sobre Técnica de Transferência”	28
9. “Medir Pressão Sanguínea”	28
Diagnóstico CIPE®: “Edema Periférico Ausente”	28
Diagnóstico CIPE®: “Percepção Sensorial Alterada”	29
Intervenções CIPE® para o diagnóstico “Percepção Sensorial Alterada”	29
1. “Orientar sobre Doença”	29
2. “Orientar sobre Manejo de Sintomas”	29
3. “Encaminhar para Equipe Interprofissional”	29
Diagnóstico CIPE®: “Dor Ausente”	30
Diagnóstico CIPE®: “Sono Prejudicado”	30
Intervenções CIPE® para o diagnóstico “Sono Prejudicado”	30
1. “Orientar sobre Padrão de Sono”	30
2. “Encaminhar para Equipe Interprofissional”	30
3. “Orientar sobre Manejo dos Sintomas”	31
Diagnóstico CIPE®: “Sono Adequado”	31
Diagnóstico CIPE®: “Equilíbrio de Humor Prejudicado”	31
Intervenções CIPE® para o diagnóstico “Equilíbrio de Humor Prejudicado”	31
1. “Obter Dados sobre Humor”	31
3. “Encorajar Afirmações Positivas”	32
4. “Encaminhar para Equipe Interprofissional”	32
Diagnóstico CIPE®: “Cognição Prejudicada”	32
Intervenções CIPE® para o diagnóstico “Cognição Prejudicada”	32
1. “Orientar sobre Doença ao Paciente”	32
2. “Orientar Apoio Familiar”	33
3. “Encaminhar para Equipe Interprofissional”	33
Diagnóstico CIPE®: “Equilíbrio de Humor”	33
Diagnóstico CIPE®: “Cognição Eficaz”	33
agnósticos/Resultados e Intervenções de Enfermagem relacionados aos Sintomas Motores da	
ença de Parkinson	34
Diagnóstico CIPE®: “Hipoatividade”	35
Intervenções CIPE® para o diagnóstico “Hipoatividade”	35
1. “Orientar Adaptação para Comunicação”	35
2. “Orientar sobre Técnica de Transferência”	35

3. “Encaminhar para Equipe Interprofissional”	35
Diagnóstico CIPE®: “Deambulação Prejudicada”	36
Intervenções CIPE® para o diagnóstico “Deambulação Prejudicada”	36
1. “Encaminhar para Equipe Interprofissional”	36
2. “Encaminhar para Fisioterapia”	36
Diagnóstico CIPE®: “Risco de Queda”	37
Diagnóstico CIPE®: “Risco de Lesão por Queda”	37
Intervenções CIPE® para os diagnósticos “Risco de Queda” e “Risco de Lesão por Queda”	37
1. “Orientar o Paciente sobre Autocuidado”	37
2. “Encaminhar para Fisioterapia”	37
Diagnóstico CIPE®: “Queda Ausente”	38
Diagnóstico CIPE®: “Tremor”	38
Intervenções CIPE® para o diagnóstico “Tremor”	38
1. “Encaminhar para Equipe Interprofissional”	38
2. “Orientar sobre Doença ao Paciente”	38
3. “Orientar o Paciente sobre Autocuidado”	39
Diagnóstico CIPE®: “Deambulação Eficaz”	39
Diagnóstico CIPE®: “Capacidade para Comunicar-se pela Fala Eficaz”	39
Diagnóstico CIPE®: “Atividade Psicomotora Eficaz”	39
Diagnóstico CIPE®: “Capacidade para Transferência Eficaz”	40
Diagnóstico CIPE®: “Mobilidade no Leito Positiva”	40
Diagnósticos/Resultados e Intervenções de Enfermagem relacionados aos princípios da	
Enfermagem em Reabilitação Neurológica	41
Diagnóstico CIPE®: “Capacidade para Executar Autocuidado Positiva”	42
Diagnóstico CIPE®: “Déficit de Autocuidado”	42
Intervenções CIPE® para o diagnóstico “Déficit de Autocuidado”	42
1. “Orientar o Paciente sobre Autocuidado”	42
2. “Orientar o Paciente a Aplicar Dispositivos para o Autocuidado”	42
3. “Orientar sobre Dispositivo para Alimentação”	43
Diagnóstico CIPE®: “Rotina Adequada”	43
Diagnóstico CIPE®: “Socialização Prejudicada”	43
Intervenções CIPE® para o diagnóstico “Socialização Prejudicada”	43
1. “Promover Socialização”	43
Diagnóstico CIPE®: “Rotina Inadequada”	44
Intervenções CIPE® para o diagnóstico “Rotina Inadequada”	44
1. “Orientar Adaptação para Rotina”	44

Diagnóstico CIPE®: “Capacidade para Manejar (Controlar) o Regime Medicamentoso Prejudicada”	44
Intervenções CIPE® para o diagnóstico “Capacidade para Manejar (Controlar) o Regime Medicamentoso Prejudicada”	45
1. “Entrar em acordo para Adesão”	45
2. “Orientar como lidar com Medicação”	45
3. “Orientar sobre Medicação ao Paciente”	45
4. “Orientar sobre Medicação em Grupo”	45
Diagnóstico CIPE®: “Qualidade de Vida Prejudicada”	45
Intervenções CIPE® para o diagnóstico “Qualidade de Vida Prejudicada”	46
1. “Orientar sobre Comportamento de Busca de Saúde”	46
2. “Obter Dados sobre Qualidade de Vida”	46
Diagnóstico CIPE®: “Socialização Eficaz”	46
Diagnóstico CIPE®: “Capacidade para Manejar (Controlar) o Regime Medicamentoso”	46
Diagnóstico CIPE®: “Qualidade de Vida”	47
Diagnóstico CIPE®: “Déficit de Suprimento de Medicação”	47
Intervenções CIPE® para o diagnóstico “Déficit de Suprimento de Medicação”	47
1. “Instruir o Paciente para Contatar a Instituição de Atenção à Saúde”	47
Diagnóstico CIPE®: “Segurança do Domicílio Eficaz”	47
Diagnóstico CIPE®: “Segurança do Domicílio Prejudicada”	48
Intervenções CIPE® para o diagnóstico “Segurança do Domicílio Prejudicada”	48
1. “Orientar sobre Segurança Domiciliar ao Paciente”	48
Diagnóstico CIPE®: “Resposta à Medicação Eficaz”	48
Diagnóstico CIPE®: “Resposta a Medicação Negativa”	48
Intervenções CIPE® para o diagnóstico “Resposta a Medicação Negativa”	49
1. “Obter Dados sobre Risco de Resposta Negativa”	49
2. “Entrar em acordo para Adesão”	49
Diagnóstico CIPE®: “Falta de Conhecimento sobre o Regime Medicamentoso”	49
Intervenções CIPE® para o diagnóstico “Falta de Conhecimento sobre o Regime Medicamentoso”	49
1. “Encaminhar para Grupo para Orientar sobre Regime Terapêutico”	49
2. “Orientar sobre Regime Terapêutico em Grupo”	50
3. “Entrar em acordo para Adesão”	50
Diagnóstico CIPE®: “Falta de Conhecimento sobre a Doença”	50
Intervenções CIPE® para o diagnóstico “Falta de Conhecimento sobre a Doença”	50
1. “Orientar sobre Doença ao Paciente”	50
2. “Encaminhar o Paciente e Família para Grupo para Orientar sobre Doença e Orientar sobre Reabilitação”	51

3. “Orientar sobre Doença e Orientar sobre Reabilitação em Grupo”	51
4. “Orientar sobre Doença e Orientar sobre Reabilitação ao Paciente”	51
Diagnóstico CIPE®: “Adesão a Regime de Reabilitação”	51
Diagnóstico CIPE®: “Estresse do Cuidador”	51
Intervenções CIPE® para o diagnóstico “Estresse do Cuidador”	52
1. “Orientar a Família para Contratar Cuidador”	52
2. “Orientar Apoio Familiar”	52
3. “Facilitar Capacidade da Família para Participar no Plano de Cuidado”	52
Referências.....	53

Carta convite ao enfermeiro juiz

Prezado (a),

Estamos desenvolvendo o projeto de pesquisa intitulado “**Subconjunto Terminológico da Classificação Internacional para Prática de Enfermagem para pacientes com doença de Parkinson em reabilitação**”. A finalidade desse estudo é: 1) Identificar as principais evidências empíricas de Diagnósticos, Resultados e de Intervenções de Enfermagem descritas em prontuários de pacientes com doença de Parkinson atendidos na unidade Rio de Janeiro da Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação; 2) Realizar o mapeamento cruzado das principais evidências empíricas de Diagnósticos/Resultados e de Intervenções de Enfermagem na reabilitação de pacientes com doença de Parkinson, de acordo com a linguagem CIPE® versão 2013; 3) Validar os Diagnósticos, Resultados e as Intervenções de Enfermagem, de acordo com a linguagem CIPE® versão 2013, junto a enfermeiros juizes; 4) construir um subconjunto terminológico da CIPE® para pacientes com doença de Parkinson em reabilitação.

Assim, vimos por meio desta convidá-lo (a) a participar da pesquisa.

Preliminarmente está sendo encaminhado a você o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual contém informações adicionais do projeto além de lhe solicitar concordância em colaborar com o estudo. Ao concordar, você deverá seguir as instruções de preenchimento contidas no formulário em anexo.

Desde já agradecemos sua valiosa participação!

Michelle Hyczy de Siqueira Tosin

Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal Fluminense
Rede Sarah Hospitais de Reabilitação.
Estrada dos Bandeirantes, nº6853, apto 404. Curicica.
Rio de Janeiro-RJ. CEP: 22.780-085
E-mail: michellehyczy@gmail.com
Fone: (21) 98842-0262

Beatriz Guitton Renaud Baptista de Oliveira

Pós- Doutora em Enfermagem, Professor Titular da Universidade Federal Fluminense.
Rio de Janeiro-RJ, Brasil. E-mail: beatrizguitton@globo.com

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(Via do Participante)

A pesquisa intitulada “**Subconjunto Terminológico da Classificação Internacional para Prática de Enfermagem para pacientes com doença de Parkinson em reabilitação**” está sendo desenvolvida pela enfermeira Michelle Hyczy de Siqueira Tosin, discente do Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial, da Universidade Federal Fluminense, em Niterói – EEAC/UFF, sob a orientação da Professora Beatriz Guitton Renaud Baptista.

O objetivo deste estudo é construir um subconjunto terminológico da CIPE® para pacientes com doença de Parkinson em reabilitação. Busca-se, portanto, contribuir para a construção de nomenclaturas que integrem o conhecimento científico e prático da profissão. E desta forma, favorecer o registro sistemático das ações de enfermagem, permitindo assim, a mensuração e avaliação da prática profissional.

Sendo assim, solicitamos a sua participação na pesquisa para responder o instrumento para mensurar sua concordância ou discordância com as declarações propostas. Solicitamos sua autorização para publicação dos dados deste estudo em eventos da área de saúde ou revistas científicas, mantendo seu nome em sigilo. Salientamos que sua participação é voluntária e sem custos e que poderá desistir a qualquer momento da pesquisa sem qualquer prejuízo. A pesquisadora está à disposição para maiores esclarecimentos sempre que julgue necessário.

Diante do exposto, eu _____
declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2015.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura da pesquisadora

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(Via da Pesquisadora)

A pesquisa intitulada “**Subconjunto Terminológico da Classificação Internacional para Prática de Enfermagem para pacientes com doença de Parkinson em reabilitação**” está sendo desenvolvida pela enfermeira Michelle Hyczy de Siqueira Tosin, discente do Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial, da Universidade Federal Fluminense, em Niterói – EEAC/UFF, sob a orientação da Professora Beatriz Guitton Renaud Baptista.

O objetivo deste estudo é construir um subconjunto terminológico da CIPE® para pacientes com doença de Parkinson em reabilitação. Busca-se, portanto, contribuir para a construção de nomenclaturas que integrem o conhecimento científico e prático da profissão. E desta forma, favorecer o registro sistemático das ações de enfermagem, permitindo assim, a mensuração e avaliação da prática profissional.

Sendo assim, solicitamos a sua participação na pesquisa para responder o instrumento para mensurar sua concordância ou discordância com as declarações propostas. Solicitamos sua autorização para publicação dos dados deste estudo em eventos da área de saúde ou revistas científicas, mantendo seu nome em sigilo. Salientamos que sua participação é voluntária e sem custos e que poderá desistir a qualquer momento da pesquisa sem qualquer prejuízo. A pesquisadora está à disposição para maiores esclarecimentos sempre que julgue necessário.

Diante do exposto, eu _____
declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2015.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura da pesquisadora

Categorização do enfermeiro juiz**Código:** _____

- 1.! Nome: _____ Idade: _____ Sexo: ()M ()F
 2.! Email: _____ Telefone: _____
 3.! Tempo de formação profissional em anos: _____
 4.! Titulação: () Especialista () Mestre () Doutor () Pós-doutor
 5.! Tempo de experiência (em anos): _____
 Acadêmica: _____ Pesquisa: _____ Reabilitação física motora: _____ Doença de Parkinson: _____
 6.! Já trabalhou ou conhece a Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE®)?
 () Sim () Não

Para as questões 7,8,9 e 10 você pode assinalar mais de uma alternativa

- 7-! Desenvolveu ou está desenvolvendo, como autor (a) ou orientador (a), estudo na temática
 “Terminologias de Enfermagem” na forma de:
 () Monografia de Graduação () Monografia de especialização
 () Dissertação () Tese
 () Artigos Científicos () Outros () Não
 Se sim, quais terminologias? _____
- 8-! Desenvolveu ou está desenvolvendo, como autor (a) ou orientador (a), estudo na temática
 “Diagnósticos, Resultados e/ou Intervenções de Enfermagem em pacientes com doença da
 Parkinson” na forma de:
 () Monografia de Graduação () Monografia de especialização
 () Dissertação () Tese
 () Artigos Científicos () Outros () Não
- 9-! Desenvolveu ou está desenvolvendo, como autor (a) ou orientador (a), estudo na temática
 “Reabilitação físico motora” na forma de:
 () Monografia de Graduação () Monografia de especialização
 () Dissertação () Tese
 () Artigos Científicos () Outros () Não
- 10-! Nos últimos 12 meses, onde exerceu suas atividades profissionais?
 () Hospital/Centro de Reabilitação () Unidade Básica de Saúde
 () Instituição de Ensino () Outro _____
- 11-! Utiliza/utilizou Diagnósticos, Resultados ou Intervenções de Enfermagem em sua prática
 profissional com a adoção de um sistema de classificação?
 () Não () Sim. Por quanto tempo? _____ anos
- 12-! Presta/prestou assistência de enfermagem à pacientes com doença de Parkinson?
 () Sim () Não

Instruções para os enfermeiros juízes

Foram coletadas evidências empíricas de Diagnósticos/Resultados e de Intervenções em registros de enfermagem, contidos em 352 prontuários de pacientes com doença de Parkinson que participaram do programa de reabilitação, de março/2009 a maio/2014, em um centro de reabilitação neurológica, na cidade do Rio de Janeiro-RJ. A seguir, por meio do “Mapeamento Cruzado”, estas evidências foram comparadas com o sistema de classificação de enfermagem CIPE® versão 2013 e classificadas de acordo com os sintomas não motores e motores da doença de Parkinson, e os princípios da reabilitação.

1. Diagnósticos e Resultados de Enfermagem

São denominações feitas pelo enfermeiro à uma tomada de decisão (julgamento clínico) sobre um fenômeno que é foco de sua intervenção. Para compor afirmativas de Diagnósticos e Resultados deve-se utilizar um termo do Eixo Foco e um do Eixo Julgamento e, ainda, incluir termos adicionais, se necessário, dos outros eixos. Nota-se que os mesmos eixos são utilizados para a construção dos diagnósticos e dos resultados, e o que determina a diferença entre os mesmos é a avaliação do enfermeiro sobre se é uma decisão a respeito do estado do cliente, problemas e/ou necessidades (Diagnóstico) ou se é a resposta após a implementação das intervenções (Resultado).

2. Intervenções de Enfermagem

São as ações realizadas em resposta a um diagnóstico e que originará um resultado. Para compô-las, recomenda-se incluir um termo do Eixo Ação e, pelo menos, um termo Alvo (pode ser de qualquer um dos eixos, exceto do Eixo Julgamento) e, se necessário, incluir termos adicionais do Eixo Ação ou de outro qualquer.

3. Mapeamento cruzado

É um procedimento para comparar dados que aparentemente apresentam semelhança no intuito de identificar similaridade e validar o objeto de estudo em diferentes contextos.

4. Validação dos Diagnósticos/Resultados e das Intervenções de Enfermagem

As evidências empíricas identificadas nos registros serão avaliadas por juízes, para verificar a pertinência da comparação com as afirmativas propostas pela CIPE®, com base em suas definições.

5. Critérios de validação:

A análise do grau de concordância entre o pesquisador e os juízes e entre os juízes será por meio do Índice de Validade de Conteúdo. Para estabelecer-lo, serão atribuídos escores para as respostas:

(1) Nada (2) Pouco (3) De alguma forma (4) Muito (5) Excelente

Os valores acima serão utilizados na avaliação dos seguintes critérios:

- **Adequação:** o conteúdo mostra-se próprio, conveniente e ajustado aos diagnósticos e intervenções de enfermagem propostos no trabalho;
- **Pertinência:** o conteúdo é adequado e apropriado no que se refere à proposta do trabalho relativo e pertencente aos diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem apresentados;
- **Clareza:** o conteúdo é inteligível, com expressões simples e inequívocas, expressando unicamente uma ideia, sem dúvida;
- **Precisão:** expressa com fidedignidade e confiabilidade o conteúdo em avaliação, indicando-o com exatidão e de forma categórica;
- **Objetividade:** prático, direto; expressa de forma objetiva o conteúdo avaliado.

Seção I

Diagnósticos/Resultados e Intervenções de Enfermagem relacionados aos Sintomas Não Motores da doença de Parkinson

Os sintomas não motores na doença de Parkinson são classificados em disautonômicos, sensoriais, do sono e neuro comportamental ^(1, 2). A figura 1 detalha a sub-classificação dos sintomas não motores na doença de Parkinson.

Figura 1. Classificação dos sintomas não motores da doença de Parkinson.

Diagnóstico CIPE®: “Processo do Sistema Urinário Prejudicado”

Definição CIPE®: Processo Corporal - Passagem e excreção de urina por meio da micção, frequentemente 4 a 6 vezes ao dia, com uma quantidade média de urina excretada, em condições dietéticas normais, de aproximadamente 1.000 a 2.000 ml nas 24 horas.

Diagnósticos CIPE® associados: “Incontinência Urinária de Urgência”, “Incontinência Urinária”, “Incontinência Urinária por Estresse”, “Enurese”.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Noctúria”, “Urgência miccional”, “Hesitação”, “Alteração do Jato Urinário”, “Sensação de esvaziamento vesical incompleto”, “Aumento/Diminuição da frequência urinária”, “Realização de Manobra para Urinar”, “Urgência Miccional”, “Incontinência de urgência”, “Incontinência urinária”, “Perdas aos esforços”, “Enurese”, “Perda de urina enquanto dorme”.

Definição na literatura: A disfunção urinária na doença de Parkinson, como um sintoma autonômico, é caracterizada por sintomas do trato urinário inferior (STUI). Possui mecanismo fisiopatológico complexo, e é classificada em sintomas de armazenamento e de esvaziamento. Os STUI relacionados à fase de armazenamento são os mais prevalentes nos pacientes com DP e caracterizam-se por sintomas como noctúria, urgência miccional, incontinência e aumento da frequência urinária. Em contrapartida, os classificados como da fase de esvaziamento manifestam-se por meio dos sintomas hesitação, alteração do jato urinário e retenção ⁽³⁻⁵⁾.

Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Intervenções CIPE® para o diagnóstico “Processo do Sistema Urinário Prejudicado”**1. “Orientar o Paciente sobre o Processo do Sistema Urinário”**

Definição CIPE®: Orientar.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Orientar sobre a fisiologia da micção”, “Orientei sobre o funcionamento vesical”.

Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

2. “Avaliar Condição Geniturinária”

Definição CIPE®: Avaliar.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Avaliar queixa vesical”, “Avaliar funcionamento vesical”, “Avaliar micção”.

Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

3. “Medir Débito de Líquidos”

Definição CIPE®: Medir (ou Verificar).

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Realizar/Solicitar diário miccional domiciliar/institucional”.

Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						

Definição dos Critérios: 1) Nada 2) Pouco 3) De Alguma Forma 4) Muito 5) Excelente

Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						
4. “Medir Ingestão de Líquidos”						
Definição CIPE@: Medir (ou Verificar).						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Realizar/Solicitar diário miccional domiciliar/institucional”.						
CrITÉRIOS	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						
5. “Gerenciar Micção”						
Definição CIPE@: Gerenciar.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Realizar/Solicitar diário miccional institucional”.						
CrITÉRIOS	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						
6. “Obter Dados sobre Retenção Urinária usando Ultrassom”						
Definição CIPE@: Obter Dados.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Realizar/Solicitar diário miccional institucional”.						
CrITÉRIOS	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						
7. “Orientar sobre Ingestão de Líquidos ao Paciente”						
Definição CIPE@: Orientar.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Orientar aumentar a ingestão de líquidos”, “Orientar a ingestão de líquidos de forma fracionada nas 24h”.						
CrITÉRIOS	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						
8. “Encaminhar para Serviço Comunitário”						
Definição CIPE@: Encaminhar.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Encaminhar para avaliação com Ginecologista/Urologista /Nefrologista”.						
CrITÉRIOS	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						

Definição dos Critérios: 1) Nada 2) Pouco 3) De Alguma Forma 4) Muito 5) Excelente

Objetividade						
9. “Instruir Paciente para Micção Controlada”						
Definição CIPE®: Instruir.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Orientar micção/diurese programada”.						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						
10. “Orientar Autocateterismo”						
Definição CIPE®: Orientar.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Treinar cateterismo vesical intermitente sob a técnica limpa”.						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						
11. “Orientar sobre Uso de Dispositivo de Apoio”						
Definição CIPE®: Orientar.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Orientar uso de fralda /patinho /coletor de urina / elevação de assento sanitário”.						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Diagnóstico CIPE®: “Risco de Infecção de Urina ”						
Definição CIPE®: Infecção, Substância Corporal						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Histórico de Infecção de trato urinário de repetição”.						
Definição na literatura: Uma das complicações da bexiga neurogênica é a infecção de trato urinário. Na doença de Parkinson pode estar presente em até 30% dos pacientes com esta alteração ⁽⁶⁻⁸⁾ .						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Intervenções CIPE® para o diagnóstico “Risco de Infecção de Urina”						
1. “Orientar o Paciente sobre Processo do Sistema Urinário”						
Definição CIPE®: Orientar.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Orientar sobre risco de infecção em pacientes com bexiga neurogênica”, “Orientar diferença entre colonização e infecção em bexiga neurogênica”, “Orientar sobre mudança do padrão urinário na doença de Parkinson”.						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários

Definição dos Critérios: 1) Nada 2) Pouco 3) De Alguma Forma 4) Muito 5) Excelente

Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						
2. “Avaliar Condição Geniturinária”						
Definição CIPE®: Avaliar.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Avaliar queixa vesical”, “Avaliar funcionamento vesical”, “Avaliar micção”.						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						
3. “Orientar sobre Ingestão de Líquidos ao Paciente”						
Definição CIPE®: Orientar.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Orientar aumentar a ingestão de líquidos”, “Orientar a ingestão de líquidos de forma fracionada nas 24h”.						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						
4. “Orientar Autocaterismo”						
Definição CIPE®: Orientar.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Treinar cateterismo vesical intermitente sob a técnica limpa”.						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						
Diagnóstico CIPE®: “Infecção de Trato Urinário”						
Definição CIPE®: Infecção; Processo Patológico: Invasão do corpo por microrganismos patogênicos que se reproduzem e multiplicam, originando doenças por lesão celular local, secreção de toxina ou reação antígeno-anticorpo.						
Diagnósticos CIPE® associados: “Urina Prejudicada”						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Turbidez da urina com presença de secreção purulenta”.						
Definição na literatura: A infecção do trato urinário é definida como a infiltração microbiana do trato urinário estéril. É uma das mais comuns de infecções bacterianas mundo. Podem ser classificadas em infecções da uretra (uretrite), da bexiga (cistite), dos ureteres (ureterites), e dos rins (pielonefrite) ^(9, 10) .						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						

Definição dos Critérios: 1) Nada 2) Pouco 3) De Alguma Forma 4) Muito 5) Excelente

Objetividade						
--------------	--	--	--	--	--	--

Intervenções CIPE® para o diagnóstico “Infecção de Trato Urinário”						
1. “Coletar Amostra de Urina”						
Definição CIPE®: Obter: trazer alguma coisa junto, agrupar.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Colher amostra de urina para análise”.						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						
2. “Orientar o Paciente sobre Processo do Sistema Urinário”						
Definição CIPE®: Orientar.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Orientar sobre risco de infecção em pacientes com bexiga neurogênica”, “Orientar diferença entre colonização e infecção em bexiga neurogênica”, “Orientar sobre mudança do padrão urinário na doença de Parkinson”.						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						
3. “Avaliar Condição Geniturinária”						
Definição CIPE®: Avaliar.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Avaliar queixa vesical”, “Avaliar funcionamento vesical”, “Avaliar micção”.						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						
4. “Cateterizar Bexiga para Coletar Amostra de Urina”						
Definição CIPE®: Inserir: Colocar um cateter no corpo para introduzir ou remover fluidos.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Realizar cateterismo vesical com técnica asséptica para coleta de amostra de urina”.						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						
5. “Orientar sobre Ingestão de Líquidos ao Paciente”						
Definição CIPE®: Orientar.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Orientar aumentar a ingestão de líquidos”, “Orientar a ingestão de líquidos de forma fracionada nas 24h”.						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						

Definição dos Critérios: 1) Nada 2) Pouco 3) De Alguma Forma 4) Muito 5) Excelente

Precisão						
Objetividade						
6. “Orientar sobre Manipulação de Medicação”						
Definição CIPE®: Orientar.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Orientar uso correto do antibiótico”.						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Diagnóstico CIPE®: “Processo do Sistema Urinário Eficaz”						
Definição CIPE®: Processo Corporal: Passagem e excreção de urina por meio da micção, frequentemente 4 a 6 vezes ao dia, com uma quantidade média de urina excretada, em condições dietéticas normais, de aproximadamente 1.000 a 2.000 ml nas 24 horas.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Nega queixas em relação ao padrão urinário”, “Dos sintomas urinários, o paciente encontra-se bastante satisfeito, relatando melhora do padrão de urge incontinência”.						
Definição na literatura: A micção normal ocorre por meio de reflexos autonômicos provenientes das áreas corticais e sub corticais do cérebro, medulares e de raízes nervosas. Este processo é mediado por neurotransmissores inibitórios e excitatórios que conferem harmonia ao sistema (3).						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Diagnóstico CIPE®: “Funcionamento Sexual Eficaz”						
Definição CIPE®: Processo Sexual; Processo do Sistema Reprodutivo: Habilidade para participar em relação sexual e, nos homens, para ejacular.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Nega alteração do padrão sexual”.						
Definição na literatura: O comportamento sexual é controlado por ações hormonais e neuroquímicas no cérebro. Já a sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, socioeconômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais. Constitui um aspecto fundamental do ser humano, envolvendo as identidades de gênero, sexo, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução ⁽¹⁾ .						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Diagnóstico CIPE®: “Impotência Sexual”						
Definição CIPE®: Processo do Sistema Reprodutivo, Prejudicado: Inabilidade para conseguir ereção do pênis ou, menos comumente, para ejacular tendo alcançado a ereção, associado a fatores psicológicos ou fisiológicos tais como idade, fadiga, saúde precária, uso de drogas e doenças.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “dificuldade para ereção, informando presença de libido, porém com dificuldade durante o ato sexual”, “disfunção erétil”.						
Definição na literatura: A disfunção sexual na doença de Parkinson é caracterizada por disfunção erétil e						

Definição dos Critérios: 1) Nada 2) Pouco 3) De Alguma Forma 4) Muito 5) Excelente

hiperssexualidade. Na maioria das vezes está relacionada aos efeitos colaterais dos fármacos anti parkinsonianos ⁽²⁾ .						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Intervenções CIPE® para o diagnóstico “Impotência Sexual”						
1. “Encaminhar para Equipe Interprofissional”.						
Definição CIPE®: Encaminhar; Grupo.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Encaminhado para avaliação do Urologista”, “Encaminhar para avaliação médica”.						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						
2. “Obter Dados sobre Qualidade de Vida”						
Definição CIPE®: Obter Dados.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Avaliar impacto na qualidade de vida frente as queixas sexuais”.						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						
3. “Orientar sobre Doença ao Paciente”						
Definição CIPE®: Orientar.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Orientar sobre as alterações sexuais na doença de Parkinson”.						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Diagnóstico CIPE®: “Processo do Sistema Gastrointestinal Prejudicado”						
Definição CIPE®: Processo do Sistema Gastrointestinal, Prejudicado; Processo Corporal.						
Diagnósticos CIPE® associados: “Constipação Percebida”, “Constipação”, Deglutição Prejudicada”, Incontinência Intestinal”, Salivação Anormal”, “Náusea”.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Frequência Evacuatória a cada 3 dias ou mais”, “Ressecamento das Fezes”, “Esforço evacuatório”, Sensação de obstrução anorretal”, “Sangramento/dor ao evacuar”, “Uso de laxante”, “Engasgos frequentes”, “Engasgos com líquidos/sólidos”, “Hipersalivação”, “Sialorréia”, “Queixa de náuseas”.						
Definição na literatura: Quase todas as anormalidades na função do sistema gastrointestinal são identificadas na doença de Parkinson. Dentre elas, destacam-se a perda de peso, a sialorréia, a disfagia, o						

Definição dos Critérios: 1) Nada 2) Pouco 3) De Alguma Forma 4) Muito 5) Excelente

déficit no esvaziamento gástrico, a diminuição da frequência e dificuldade de defecar ⁽²⁾ . Náuseas e vômitos podem ocorrer também devido aos efeitos colaterais dos fármacos antiparkinsonianos ⁽¹²⁾ .						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Intervenções CIPE® para o diagnóstico “Processo do Sistema Gastrointestinal Prejudicado”						
1. “Obter Dados sobre Condição Intestinal”.						
Definição CIPE®: Obter Dados.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Avaliar queixa intestinal”.						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						
2. “Orientar sobre Ingestão de Líquidos ao Paciente e em Grupo”.						
Definição CIPE®: Orientar.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Orientar sobre a importância de ingerir 2 litros de líquido ao dia”, “Orientar a ingestão de 8 copos de 200ml de líquido ao dia”.						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						
3. “Orientar sobre Padrão de Ingestão de Alimentos ao Paciente e em Grupo”.						
Definição CIPE®: Orientar.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Orientar o consumo de alimentos de característica laxante em detrimento dos constipantes”, “Orientar adequação alimentar com acréscimo de alimentos laxantes”.						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						
4. “Orientar ao Paciente e em Grupo sobre Processo Gastrointestinal”.						
Definição CIPE®: Orientar.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Orientar paciente/família sobre a fisiologia do sistema gastrointestinal”.						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Definição dos Critérios: 1) Nada 2) Pouco 3) De Alguma Forma 4) Muito 5) Excelente

5. “Encaminhar para Equipe Interprofissional”.						
Definição CIPE®: Encaminhar; Grupo.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Encaminhar para avaliação com gastroenterologista/ médico/ nutricionista”.						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						
6. “Prescrever Medicação”.						
Definição CIPE®: Prescrever.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Orientar uso de supositório de glicerina”.						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						
7. “Coletar Amostra de Fezes”.						
Definição CIPE®: Obter: Trazer alguma coisa junto, agrupar.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Coletar amostra de fezes”.						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Diagnóstico CIPE®: “Condição Nutricional Prejudicada”						
Definição CIPE®: Condição Nutricional; Condição: Peso e massa corporal em relação à ingestão nutricional e de nutrientes específicos, estimados de acordo com a altura, estrutura corporal e idade.						
Diagnósticos CIPE® associados: “Ingestão de Líquidos Insuficiente”, “Peso Corporal Alterado”, “Apetite Prejudicado”.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “nega consumo diário de frutas e verduras”, “Apresenta uma ingesta pobre em fibras”, “Apresenta baixa ingestão de líquidos”, “Queixa-se de déficit de apetite”, “Apresenta perda ponderal”.						
Definição na literatura: O consumo diário de até 25g de fibras e 1,5 a 2litros de líquido são recomendações internacionalmente preconizadas ⁽¹³⁾ . Problemas relacionados ao funcionamento do sistema gastrointestinal pode levar a complicações como déficit do apetite e perda de peso ⁽²⁾ .						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Intervenções CIPE® para o diagnóstico “Condição Nutricional Prejudicada”						
1. “Orientar sobre Ingestão de Líquidos ao Paciente”.						
Definição CIPE®: Orientar.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Orientar sobre a importância de ingerir 2 litros de						

Definição dos Critérios: 1) Nada 2) Pouco 3) De Alguma Forma 4) Muito 5) Excelente

líquido ao dia”, “Orientar a ingestão de 8 copos de 200ml de líquido ao dia”.						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						
2. “Orientar sobre Padrão de Ingestão de Alimentos ao Paciente”.						
Definição CIPE®: Orientar.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Orientar substituir as sopas de legumes, pois possuem baixo teor calórico”, “Orientar oferta de alimentos de forma fracionada ao longo do dia”.						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						
3. “Encaminhar para Equipe Interprofissional”.						
Definição CIPE®: Encaminhar; Grupo.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Encaminhar para avaliação com Nutricionista”.						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Diagnóstico CIPE®: “Condição Gastrointestinal Eficaz”						
Definição CIPE®: Condição Gastrointestinal.						
Diagnósticos CIPE® associados: “Constipação Percebida Melhorada”, “Deglutição Eficaz”.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Percebe melhora do padrão intestinal”, “Nega queixas do sistema gastrointestinal”, “Nega dificuldade para a deglutição”.						
Definição na literatura: A função gastrointestinal se dá por meio da condução de informações do nervo vago ao esôfago e estômago. A inervação simpática, emitida através dos gânglios paravertebrais, são responsáveis pela motilidade dos intestinos delgado e grosso. Esses mecanismos permitem a funcionalidade de todo trato gastrointestinal, como: deglutição, digestão, esvaziamento gástrico, evacuação ⁽¹⁴⁾ .						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Diagnóstico CIPE®: “Ingestão Nutricional Positiva”						
Definição CIPE®: Nutrição; Condição Nutricional: Quantidade e qualidade de nutrientes ou alimentos ingeridos.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Faz uso de dieta laxante regularmente”, “alimentação bastante rigorosa, rica em fibras”, “Mantém uma dieta rica em frutas, legumes e verduras”.						
Definição na literatura: O consumo diário de até 25g de fibras e 1,5 a 2litros de líquido são recomendações internacionalmente preconizadas ⁽¹³⁾ .						

Definição dos Critérios: 1) Nada 2) Pouco 3) De Alguma Forma 4) Muito 5) Excelente

Critérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Diagnóstico CIPE®: “Hidratação Adequada”

Definição CIPE®: Hidratação Adequada.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Ingestão hídrica em torno de 2L/dia”, “Ingere cerca de 8 copos de 200ml de líquidos por dia”.

Definição na literatura: O consumo diário de 1,5 a 2litros de líquido são recomendações internacionalmente preconizadas ⁽¹³⁾.

Critérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Diagnóstico CIPE®: “Apetite Positivo”

Definição CIPE®: Apetite; Condição: Sensação de desejo para satisfazer necessidades corporais por nutrientes ou por determinados tipos de alimentos.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Apetite preservado”.

Definição na literatura: O comportamento alimentar possui fisiopatologia complexa, relacionada a interação/metabolização de hormônios e neurotransmissores ⁽¹⁵⁾.

Critérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Diagnóstico CIPE®: “Edema Periférico”

Definição CIPE®: Edema Periférico; Retenção Hídrica: Condição de acúmulo excessivo de líquidos corporais em espaços tissulares, retenção de líquidos corporais, inchaço do tecido periférico das extremidades inferiores na posição vertical, inchaço do tecido renal na posição supina; o edema central acompanhado por respiração curta, alterações no padrão respiratório ou ruídos respiratórios anormais.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Apresenta edema de membros inferiores”.

Definição na literatura: O edema de membros inferiores é reconhecidamente um possível efeito colateral de medicamentos antiparkinsonianos, em especial do Pramipexol ⁽¹²⁾. São dois os mecanismos primários para ocorrência do edema: 1- o movimento do fluido a partir do compartimento vascular para o compartimento intersticial, como um resultado da dinâmica alterada, e 2- retenção de sódio e água pelos rins ⁽¹⁶⁾. Os mecanismos relacionados à formação de edema em pacientes em uso de agonistas dopaminérgicos ainda são desconhecidos ⁽¹⁷⁾.

Critérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Definição dos Critérios: 1) Nada 2) Pouco 3) De Alguma Forma 4) Muito 5) Excelente

Intervenções CIPE® para o diagnóstico “Edema Periférico”						
1. “Orientar sobre a Doença ao Paciente”.						
Definição CIPE®: Orientar.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Orientar sobre linfaedema”.						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						
2. “Orientar sobre Manejo de Sintomas”.						
Definição CIPE®: Orientar.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Orientar elevar membros inferiores”.						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						
3. “Orientar sobre Medicação ao Paciente”.						
Definição CIPE®: Orientar.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Orientar sobre efeito colateral da medicação antiparkinsoniana”.						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						
4. “Orientar sobre Uso de Dispositivo de Apoio”.						
Definição CIPE®: Orientar.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Orientar uso de meia elástica/compressiva”.						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						
Diagnóstico CIPE®: “Hipotensão”						
Definição CIPE®: Processo de Sistema Circulatório, Prejudicado: Fluxo de sangue através dos vasos com pressão menor que a normal.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Refere episódios de mal estar e tontura com pressão arterial abaixo de 100/80mmHg”, “Episódios de hipotensão arterial”.						
Definição na literatura: A Hipotensão ortostática neurogênica é conceituada como uma falha do sistema nervoso autônomo para regular a pressão arterial em resposta à mudanças posturais devido a uma inadequada liberação de noradrenalina. É comum na doença de Parkinson com prevalência variando ao longo do curso da doença (entre 40% a 60%), sendo sintomática em cerca de metade dos casos ⁽¹⁸⁾ .						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						

Definição dos Critérios: 1) Nada 2) Pouco 3) De Alguma Forma 4) Muito 5) Excelente

Clareza						
Precisão						
Objetividade						
6. “Orientar sobre Doença ao Paciente”.						
Definição CIPE®: Orientar.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Orientar sobre a fisiopatologia da hipotensão postural na doença de Parkinson”.						
Critérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						
7. “Orientar Medir a Pressão Sanguínea”.						
Definição CIPE®: Orientar.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Orientar realização de diário de pressão”.						
Critérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						
8. “Orientar sobre Técnica de Transferência”.						
Definição CIPE®: Orientar.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Orientar evitar mudanças bruscas de posicionamento”.						
Critérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						
9. “Medir Pressão Sanguínea”.						
Definição CIPE®: Medir (ou Verificar).						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Aferir a pressão arterial”, “Realizar teste para hipotensão postural”.						
Critérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Diagnóstico CIPE®: “Edema Periférico Ausente”**Definição CIPE®:** Edema Periférico, Ausente.**Evidências empíricas descritas nos prontuários:** “Sem edemas nos membros inferiores”, “Melhora do edema nos membros inferiores”.**Definição na literatura:** São dois os mecanismos primários para ocorrência do edema: 1- o movimento do fluido a partir do compartimento vascular para o compartimento intersticial, como um resultado da dinâmica alterada, e 2- retenção de sódio e água pelos rins ⁽¹⁶⁾. Os mecanismos relacionados à formação de edema em pacientes em uso de agonistas dopaminérgicos ainda são desconhecidos ⁽¹⁷⁾.*Definição dos Critérios: 1) Nada 2) Pouco 3) De Alguma Forma 4) Muito 5) Excelente*

Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Intervenções CIPE® para o diagnóstico “Hipotensão”

1. “Orientar sobre Medicação ao Paciente”.

Definição CIPE®: Orientar.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Orientar sobre possíveis efeitos colaterais de medicações antiparkinsonianas que predispõe a hipotensão”.

Critérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

2. “Orientar sobre Padrão de Ingestão de Alimentos ao Paciente”.

Definição CIPE®: Orientar.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Orientar diminuir consumo de carboidratos”, “Orientar consumo de alimentos de maneira fracionada ao longo do dia”.

Critérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

3. “Encaminhar para Equipe Interprofissional”.

Definição CIPE®: Encaminhar; Grupo.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Encaminhar para avaliação médica/cardiologista”.

Critérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

4. “Orientar sobre Manejo de Sintomas”.

Definição CIPE®: Orientar.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Orientar evitar banhos quentes/ manobra de valsalva/ esforço excessivo.”

Critérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

5. “Orientar Família sobre Prevenção de Quedas”.

Definição CIPE®: Orientar.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Orientar família sobre o risco de quedas em pacientes com hipotensão postural”.

Critérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						

Definição dos Critérios: 1) Nada 2) Pouco 3) De Alguma Forma 4) Muito 5) Excelente

Critérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Diagnóstico CIPE®: “Percepção Sensorial Alterada”

Definição CIPE®: Precepção Prejudicada; Processo do Sistema Nervoso: Registro mental consciente de um estímulo sensorial; conscientização de objetos ou outros dados por meio dos sentidos.

Diagnósticos CIPE® associados: “Dor”, “Tontura”, “Fraqueza”, “Fadiga”.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Dor em coluna lombar/cervical/membros inferiores”, “Tonteira esporádica”, “Vertigem”, “Fraqueza nos braços/pernas”, “Cansaço constante”.

Definição na literatura: A dor pode estar presente em até 76% dos pacientes com doença de Parkinson e relaciona-se a mecanismos centrais e periféricos (sistema musculoesquelético) ^(2, 19, 20). A fadiga é um sintoma inespecífico comum a várias doenças do sistema nervoso central. Os sinais e sintomas de fadiga incluem astenia, debilidade, deterioração física geral, letargia e cansaço. Embora previamente negligenciado na doença de Parkinson, a fadiga agora é aceita como um dos sintomas mais comuns nesta doença com prevalência entre 33% e 58% ⁽²¹⁾.

Critérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Intervenções CIPE® para o diagnóstico “Percepção Sensorial Alterada”

1. “Orientar sobre Doença”

Definição CIPE®: Orientar.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Orientar sobre a alteração sensorial em pacientes com doença de Parkinson”.

Critérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

2. “Orientar sobre Manejo de Sintomas”

Definição CIPE®: Orientar.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Orientar medidas de conforto frente a dor neuropática”, “Orientar evitar esforço excessivo em momento OFF para evitar fadiga extrema”.

Critérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

3. “Encaminhar para Equipe Interprofissional”

Definição CIPE®: Encaminhar; Grupo.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Encaminhar para avaliação médica/ com neurologista”.

Definição dos Critérios: 1) Nada 2) Pouco 3) De Alguma Forma 4) Muito 5) Excelente

Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Diagnóstico CIPE®: “Dor Ausente”

Definição CIPE®: Dor Ausente.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Nega queixas álgicas”, “Refere melhora da dor”.

Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Diagnóstico CIPE®: “Sono Prejudicado”

Definição CIPE®: Sono, Prejudicado; Processo Corporal: Diminuição recorrente da atividade corporal, marcada por redução da consciência, não estar desperto, acompanhada por desatenção, com metabolismo diminuído, postura imóvel, atividade física diminuída e sensibilidade diminuída a estímulos externos, mas prontamente reversível.

Diagnósticos CIPE® associados: “Pesadelo”, “Sonolência”.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Microdespertares Noturno”, “Sonilóquios”, “Sonhos vívidos”, “Pesadelos”, “Dificuldade para Indução do Sono”.

Definição na literatura: A dopamina desempenha um papel complexo no ciclo sono-vigília e por isso, esse distúrbio é comum na doença de Parkinson. São caracterizados por dificuldade em adormecer (insônia inicial) e por permanecer dormindo (insônia terminal). Outras complicações podem ainda estar relacionadas a outros sintomas motores e não motores da doença de Parkinson, além de efeitos colaterais de medicamentos ⁽²²⁾.

Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Intervenções CIPE® para o diagnóstico “Sono Prejudicado”

1. “Orientar sobre Padrão de Sono”.

Definição CIPE®: Orientar.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Orientar sobre alteração do padrão do sono em pacientes com doença de Parkinson”.

Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

2. “Encaminhar para Equipe Interprofissional”.

Definição CIPE®: Encaminhar; Grupo.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Encaminhar para avaliação com médico/ neurologista”.

Definição dos Critérios: 1) Nada 2) Pouco 3) De Alguma Forma 4) Muito 5) Excelente

Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						
3. “Orientar sobre Manejo dos Sintomas”.						
Definição CIPE®: Orientar.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Orientar medidas de higiene do sono”, “Orientar medidas de conforto da cama”.						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Diagnóstico CIPE®: “Sono Adequado”						
Definição CIPE®: Sono, Adequado.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Nega alteração do Sono”, “Nega insônia/hipersonolência diurna/pesadelos/sonhos vívidos”.						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Diagnóstico CIPE®: “Equilíbrio de Humor Prejudicado”						
Definição CIPE®: Equilíbrio de Humor.						
Diagnósticos CIPE® associados: “Ansiedade”, “Tristeza Crônica”, “Depressão”, “Enfrentamento Prejudicado”, “Adaptação Prejudicada”.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Transtorno do humor”, “Desmotivação”, “Sente-se triste”, “Choro constante”, “Dificuldade de enfrentar os problemas”, “Dificuldade para mudança de hábitos de vida”, “Ansiosa”.						
Definição na literatura: Os transtornos de humor na doença de Parkinson apresentam variabilidade sintomatológica diversa e frequência variável. São classificados em depressão/apatia, ansiedade que podem levar ao déficit de enfrentamento dos problemas. Sofrem forte influência dos demais sintomas motores e não motores da doença e impactam negativamente na qualidade de vida dos pacientes/famíliares ^(2, 23) .						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Intervenções CIPE® para o diagnóstico “Equilíbrio de Humor Prejudicado”						
1. “Obter Dados sobre Humor”.						
Definição CIPE®: Obter Dados.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Avaliar o humor”, “Avaliar humor depressivo”.						

Definição dos Critérios: 1) Nada 2) Pouco 3) De Alguma Forma 4) Muito 5) Excelente

Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						
3. “Encorajar Afirmações Positivas”.						
Definição CIPE®: Encorajar.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Ressaltar as potencialidades existentes”, “Ressaltar sua capacidade funcional mesmo diante das dificuldades”.						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						
4. “Encaminhar para Equipe Interprofissional”.						
Definição CIPE®: Encaminhar; Grupo.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Encaminhar para avaliação com médico/ psicólogo”.						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Diagnóstico CIPE®: “Cognição Prejudicada”						
Definição CIPE®: Cognição; Processo Psicológico: Processo intelectual envolvendo todos os aspectos da percepção, pensamento, raciocínio e memória.						
Diagnósticos CIPE® associados: “Memória Prejudicada”, “Alucinação”, “Agitação”, “Delírio”, “Desorientação”, “Comportamento Prejudicado”, “Medo”, “Baixa Iniciativa”, “Compulsão”.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Esquecimento de fatos recentes”, “Alucinação visual/auditiva”, “Compulsão por limpeza”, “Medo de sair de casa”, “Agitação noturna”, “Quadro delirante”, “Sem iniciativa para as atividades de vida diária”, “Desorientação no tempo/no espaço”, “Alterações Comportamentais”.						
Definição na literatura: Os transtornos cognitivos e a demência na doença de Parkinson podem estar presentes em até 30% dos pacientes. Os transtornos psicóticos, caracterizados por delírios e alucinações, são complicações que podem ser explicadas pela associação entre o processo neurodegenerativo potencializado por efeitos colaterais dos medicamentos antiparkinsonianos ⁽²⁾ .						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Intervenções CIPE® para o diagnóstico “Cognição Prejudicada”						
1. “Orientar sobre Doença ao Paciente”.						
Definição CIPE®: Orientar.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Orientar sobre as alterações cognitivas em pacientes com doença de Parkinson”.						

Definição dos Critérios: 1) Nada 2) Pouco 3) De Alguma Forma 4) Muito 5) Excelente

Critérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						
2. “Orientar Apoio Familiar”.						
Definição CIPE®: Orientar.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Orientar supervisão da família para o gerenciamento das atividades cotidianas”.						
Critérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						
3. “Encaminhar para Equipe Interprofissional”.						
Definição CIPE®: Encaminhar; Grupo.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Encaminhar para avaliação com médico/ psicóloga”.						
Critérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Diagnóstico CIPE®: “Equilíbrio de Humor”						
Definição CIPE®: Equilíbrio de humor.						
Diagnósticos CIPE® associados: “Humor Melhorado”, “Enfrentamento Eficaz”, “Depressão Melhorada”.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Melhora do humor/ do enfrentamento”, “Melhorou dos sintomas depressivos”.						
Critérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Diagnóstico CIPE®: “Cognição Eficaz”						
Definição CIPE®: Cognição, Positiva.						
Diagnósticos CIPE® associados: “Memória Eficaz”, “Comportamento Positivo”, “Alucinação Ausente”, “Agitação Melhorada”, “Delírio Ausente”.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Lembra-se de fatos recentes e retrógrados”, “Nega alucinações/delírio”, “Está melhor da agitação”, “Nega alterações de comportamento”.						
Critérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Definição dos Critérios: 1) Nada 2) Pouco 3) De Alguma Forma 4) Muito 5) Excelente

Seção II

Diagnósticos/Resultados e Intervenções de Enfermagem relacionados aos Sintomas Motores da doença de Parkinson

Os sintomas motores da doença de Parkinson são todos aqueles decorrentes dos sinais cardinais da doença: tremor de repouso, rigidez muscular, bradicinesia (lentidão dos movimentos), instabilidade postural. Além disso, deverão ser consideradas as complicações decorrentes dos sintomas motores, como: flutuação dos movimentos, discinesias de pico/final de dose, fenômenos ON/OFF, dystonia, blefaroespasma, deformidade estriatal. A figura 2 ilustra a sub-divisão desses sintomas:

Figura 2. Classificação dos sintomas motores da doença de Parkinson.

Diagnóstico CIPE®: “Hipoatividade”

Definição CIPE®: Condição, Prejudicada: Diminuição anormal da atividade física do corpo, lentidão, rigidez muscular, máscara facial associada a doenças neurológicas ou mentais.

Diagnósticos CIPE® associados: “Capacidade para comunicar-se pela Fala Prejudicada”, “Atividade Psicomotora Prejudicada”, “Capacidade para Transferência Prejudicada”, “Mobilidade Prejudicada”, “Disartria”, “Mobilidade na Cama Prejudicada”.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Encontra-se mais lento”, “Rigidez/Bradicinesia”, “Hipofofia/Disartrofofia”, “Micrografia”, “Necessita de assistência para transferências”, “Dificuldade de virar-se na cama”, “Comprometimento motor significativo”.

Definição na literatura: A rigidez e a bradicinesia na doença de Parkinson afetam diretamente a funcionalidade do paciente. A hipofofia/disartria, a micrografia e as dificuldades para executar os movimentos são sintomas frequentemente vivenciados por esta população ⁽¹⁾.

Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Intervenções CIPE® para o diagnóstico “Hipoatividade”**1. “Orientar Adaptação para Comunicação”.**

Definição CIPE®: Orientar.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Orientar estratégias para fala/ comunicação verbal”.

Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

2. “Orientar sobre Técnica de Transferência”.

Definição CIPE®: Orientar.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Orientar as estratégias para mudança de posicionamento/ para transferências”.

Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

3. “Encaminhar para Equipe Interprofissional”.

Definição CIPE®: Encaminhar; Grupo.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Encaminhar para grupo de Percepção Corporal e Voz/ médico/ grupo de grafismo/ grupo de marcha”.

Definição dos Critérios: 1) Nada 2) Pouco 3) De Alguma Forma 4) Muito 5) Excelente

Critérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Diagnóstico CIPE®: “Deambulação Prejudicada”

Definição CIPE®: Capacidade para deambular; Mobilização: Mover, por si próprio, o corpo de um lugar para outro pelo movimento das pernas; aptidão para suportar o peso do corpo e andar com passos eficazes dentro dos níveis de velocidade, desde lento e moderado a passos rápidos; subir e descer escadas, subir e descer rampas.

Diagnósticos CIPE® associados: “Mobilidade em Cadeira de Rodas”.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Alteração do padrão da marcha com períodos de freezing”, “Dificuldade para deambulação”, “Em uso de cadeira de rodas”.

Definição na literatura: A perturbação da marcha é uma das principais características da doença de Parkinson e está relacionada à mecanismos complexos, que envolvem funções cognitivas e motoras, em áreas específicas do cérebro, afetando circuitos automáticos e conscientes da marcha⁽²⁴⁾.

Critérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Intervenções CIPE® para o diagnóstico “Deambulação Prejudicada”

1. “Encaminhar para Equipe Interprofissional”.

Definição CIPE®: Encaminhar; Grupo.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Encaminhar para avaliação médica”.

Critérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

2. “Encaminhar para Fisioterapia”.

Definição CIPE®: Encaminhar.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Solicitar avaliação da equipe da fisioterapia”.

Critérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Definição dos Critérios: 1) Nada 2) Pouco 3) De Alguma Forma 4) Muito 5) Excelente

Diagnóstico CIPE®: “Risco de Queda”

Definição CIPE®: Queda; Execução: Descida repentina do corpo de um nível alto para um mais baixo, devido a desequilíbrio, desmaio ou incapacidade para sustentar o peso do corpo e permanecer ereto.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Histórico de quedas”, “Apresenta Instabilidade Postural importante”.

Definição na literatura: A instabilidade postural é um dos principais fatores relacionados à queda na doença de Parkinson. 70% dos pacientes caem pelo menos uma vez ao ano ⁽²⁵⁾.

Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Diagnóstico CIPE®: “Risco de Lesão por Queda”

Definição CIPE®: Lesão por Queda; Lesão.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Histórico de fratura de fêmur/úmero/punho/costelas/nariz após queda”, “Escoriação após queda”.

Definição na literatura: As lesões traumáticas relacionadas a quedas na doença de Parkinson são comumente relacionadas ao aumento das hospitalizações ^(6, 8).

Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Intervenções CIPE® para os diagnósticos “Risco de Queda” e “Risco de Lesão por Queda”**1. “Orientar o Paciente sobre Autocuidado”.**

Definição CIPE®: Orientar.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Orientar sentar-se para vestir membros inferiores/banho/ preparo dos alimentos”.

Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

2. “Encaminhar para Fisioterapia”.

Definição CIPE®: Encaminhar.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Encaminhar para avaliação do fisioterapeuta”.

Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						

Definição dos Critérios: 1) Nada 2) Pouco 3) De Alguma Forma 4) Muito 5) Excelente

Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Diagnóstico CIPE®: “Queda Ausente”

Definição CIPE®: Queda, Ausente.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Nega quedas”.

Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Diagnóstico CIPE®: “Tremor”

Definição CIPE®: Processo do Sistema Musculoesquelético, Prejudicado: Tremulação rítmica não intencional, tremor, alternância involuntária da contração e relaxamento muscular pela oposição de grupos de músculos esqueléticos, associado a aumento de tremor durante movimentos intencionais, ocorrendo em pessoas idosas, em algumas famílias e associadas a predisposição genética para doenças neurodegenerativas.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Tremor”, “Movimento tremulante”.

Definição na literatura: O tremor de repouso ocorre em até 75% dos pacientes com doença de Parkinson. É caracterizado por movimentos de 4-6 Hertz, e pode ocorrer nas mãos, lábios, mandíbula e pescoço ⁽²⁶⁾.

Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Intervenções CIPE® para o diagnóstico “Tremor”
1. “Encaminhar para Equipe Interprofissional”.

Definição CIPE®: Encaminhar; Grupo.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Encaminhar para avaliação médica/ do neurologista”.

Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

2. “Orientar sobre Doença ao Paciente”.

Definição CIPE®: Orientar.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Orientar sobre o tremor de repouso em pacientes com doença de Parkinson”.

Definição dos Critérios: 1) Nada 2) Pouco 3) De Alguma Forma 4) Muito 5) Excelente

Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

3. “Orientar o Paciente sobre Autocuidado”.

Definição CIPE®: Orientar.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Orientar sobre as estratégias compensatórias do tremor para o autocuidado”.

Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Diagnóstico CIPE®: “Deambulação Eficaz”

Definição CIPE®: Capacidade para Deambular.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Marcha sem alteração”, “Nega alteração da Marcha”.

Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Diagnóstico CIPE®: “Capacidade para Comunicar-se pela Fala Eficaz”

Definição CIPE®: Capacidade para Comunicar-se, Eficaz.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Nega hipofonia”, “Nega alteração da fala”.

Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Diagnóstico CIPE®: “Atividade Psicomotora Eficaz”

Definição CIPE®: Processo do Sistema Nervoso: Ordenação do movimento em atividades mentais conscientes, modo voluntário de mover e mobilizar o aparato corporal, requerendo algum grau de coordenação neuromuscular.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Nega alteração/dificuldade para a escrita”.

Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						

Definição dos Critérios: 1) Nada 2) Pouco 3) De Alguma Forma 4) Muito 5) Excelente

Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Diagnóstico CIPE®: “Capacidade para Transferência Eficaz”

Definição CIPE®: Capacidade para Transferência; Capacidade: Aptidão para mover-se ou mudar o corpo de um local para outro.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Sem dificuldade para as transferências”, “Independente para as transferências”.

Critérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Diagnóstico CIPE®: “Mobilidade no Leito Positiva”

Definição CIPE®: Mobilidade no Leito; Capacidade para Mobilizar-se.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Independente para mudança de decúbito no leito”, “Nega dificuldade em virar-se na cama”.

Critérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Definição dos Critérios: 1) Nada 2) Pouco 3) De Alguma Forma 4) Muito 5) Excelente

Seção III

Diagnósticos/Resultados e Intervenções de Enfermagem relacionados aos princípios da Enfermagem em Reabilitação Neurológica

"Reabilitação de pessoas com deficiência é um processo destinado a permitir-lhes alcançar e manter seus níveis funcionais físicos, sensoriais, intelectuais, psicológicos e sociais ótimos.

A reabilitação proporciona às pessoas com deficiência as ferramentas que elas precisam para alcançar a independência e a auto-determinação."

World Health Organization

Diagnóstico CIPE®: “Capacidade para Executar Autocuidado Positiva”						
Definição CIPE®: Capacidade para Executar Autocuidado, Positiva.						
Diagnósticos CIPE® associados: “Capacidade para Autocuidado com Aparência Externa Eficaz”, “Capacidade para Banho Eficaz”, “Capacidade para Vestir-se Eficaz”, “Capacidade para Auto-higienização Eficaz”.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Independente para todas as atividades de vida diária”, “Independente para o banho/aprontar-se/toalete/alimentação”.						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Diagnóstico CIPE®: “Déficit de Autocuidado”						
Definição CIPE®: Capacidade para Executar o Autocuidado.						
Diagnósticos CIPE® associados: “Capacidade para Colocação de Roupas Prejudicada”, “Capacidade para Autoalimentação Prejudicada”, “Capacidade para Banho Prejudicada”, “Capacidade para Autocuidado com Aparência Externa Prejudicada”, “Capacidade para Auto-Higienização Prejudicada”.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Dependente para as atividades de vida diária”, “Dependente para o banho/aprontar-se/toalete/alimentação”.						
Definição na literatura: Os sintomas motores e não motores da doença de Parkinson promovem limitações funcionais dos pacientes. Assim, o desempenho em atividades cotidianos fica comprometido e, muitas vezes, os expõe à riscos ⁽²⁷⁻²⁹⁾ .						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Intervenções CIPE® para o diagnóstico “Déficit de Autocuidado”						
1. “Orientar o Paciente sobre Autocuidado”.						
Definição CIPE®: Orientar.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Orientar sobre as medidas de segurança e independência para realização do autocuidado”.						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						
2. “Orientar o Paciente a Aplicar Dispositivos para o Autocuidado”.						
Definição CIPE®: Orientar.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Orientar uso de cadeira plástica para o banho sentado/ escova elétrica para higiene oral/ barbeador elétrico/ roupas com elásticos/ calçados adequados”.						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						

Definição dos Critérios: 1) Nada 2) Pouco 3) De Alguma Forma 4) Muito 5) Excelente

Clareza						
Precisão						
Objetividade						
3. “Orientar sobre Dispositivo para Alimentação”.						
Definição CIPE®: Orientar.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Orientar uso de talher com cabo engrossado/ tábua de preparo de alimentos adaptada/ lâmina de pizza/ descascador de legumes/ cafeteira elétrica”.						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Diagnóstico CIPE®: “Rotina Adequada”						
Definição CIPE®: Conjunto de Processos: Percurso detalhado de ação que é seguido regularmente; um quadro de procedimentos ou atividades usuais, que não variam, ou um conjunto habitual de ações.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Possui rotina estruturada”, “Participa ativamente da rotina familiar”, “Rotina enriquecida também com atividades de lazer”.						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Diagnóstico CIPE®: “Socialização Prejudicada”						
Definição CIPE®: Capacidade de Socializar-se.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Restrito ao ambiente doméstico/domicílio o que dificulta a socialização”, “Isolamento Social”.						
Definição na literatura: Diversos são os fatores que contribuem para o isolamento social dos pacientes com doença de Parkinson. Os sintomas motores e não motores exercem influência sobre esse aspecto, porém a mudança na organização familiar e as limitações financeiras são fatores que contribuem significativamente para esse fato ^(30, 31) .						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Intervenções CIPE® para o diagnóstico “Socialização Prejudicada”						
1. “Promover Socialização”.						
Definição CIPE®: Auxiliar: Ajudar a começar ou a avançar alguma coisa para alguém.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Realizada socialização de pacientes e familiares”						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						

Definição dos Critérios: 1) Nada 2) Pouco 3) De Alguma Forma 4) Muito 5) Excelente

Objetividade						
--------------	--	--	--	--	--	--

Diagnóstico CIPE®: “Rotina Inadequada”

Definição CIPE®: Conjunto de Processos: Percurso detalhado de ação que é seguido regularmente; um quadro de procedimentos ou atividades usuais, que não variam, ou um conjunto habitual de ações.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Rotina empobrecida”, “Rotina baseada em assistir televisão”, “Pouco participa das atividades da rotina”.

Definição na literatura: As dificuldades relacionadas ao desempenho motor aliadas à prejuízos cognitivos ou de humor contribuem para o empobrecimento da rotina em pacientes com doença de Parkinson. A apatia é definida como uma falta de sentimento, emoção, interesse, preocupação ou motivação e, esses sintomas contribuem significativamente na estruturação da rotina desses pacientes ^(32, 33).

Critérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Intervenções CIPE® para o diagnóstico “Rotina Inadequada”

1. “Orientar Adaptação para Rotina”.

Definição CIPE®: Orientar.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Orientar a importância da estruturação/ enriquecimento da rotina”, “Elaborar agenda com planejamento do cotidiano”.

Critérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Diagnóstico CIPE®: “Capacidade para Manejar (Controlar) o Regime Medicamentoso Prejudicada”

Definição CIPE®: Capacidade para Manejar (Controlar) o Regime.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Dificuldade em compreender o uso dos medicamentos”, “Dificuldade em organizar os medicamentos”, “Medicamentos administrados pelos familiares”.

Definição na literatura: São classificados como fatores intencionais a descrença e/ou conhecimento equivocado a respeito da terapia medicamentosa, e como fatores não intencionais os déficits cognitivos e outros fatores sócioeconômicos que repercutem diretamente na adesão à terapia medicamentosa na doença de Parkinson ^(34, 35).

Critérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Definição dos Critérios: 1) Nada 2) Pouco 3) De Alguma Forma 4) Muito 5) Excelente

Intervenções CIPE® para o diagnóstico “Capacidade para Manejar (Controlar) o Regime Medicamentoso Prejudicada”						
1. “Entrar em acordo para Adesão”.						
Definição CIPE®: Entrar em Acordo.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Ressaltar a importância do uso correto do medicamento para o controle dos sintomas”						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						
2. “Orientar como lidar com Medicação”.						
Definição CIPE®: Orientar.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Elaborar tabela de medicamentos”, “Orientar uso da levodopa longe das refeições”, “Orientar uso da levodopa com sucos cítricos”.						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						
3. “Orientar sobre Medicação ao Paciente”.						
Definição CIPE®: Orientar.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Orientar o paciente sobre a indicação dos diversos medicamentos antiparkinsonianos e seus possíveis efeitos colaterais”						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						
4. “Orientar sobre Medicação em Grupo”.						
Definição CIPE®: Orientar.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Orientar os pacientes sobre a indicação dos diversos medicamentos antiparkinsonianos e seus possíveis efeitos colaterais”						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						
Diagnóstico CIPE®: “Qualidade de Vida Prejudicada”						
Definição CIPE®: Qualidade de Vida.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Impacto negativo na qualidade de vida”, “Queixa-se de mudança na qualidade de vida”.						
Definição na literatura: As mudanças na estrutura familiar e as limitações impostas pela doença de Parkinson contribuem significativamente para mudanças na qualidade de vida desta população ^(30, 31) .						

Definição dos Critérios: 1) Nada 2) Pouco 3) De Alguma Forma 4) Muito 5) Excelente

Critérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Intervenções CIPE® para o diagnóstico “Qualidade de Vida Prejudicada”						
1. “Orientar sobre Comportamento de Busca de Saúde”.						
Definição CIPE®: Orientar.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Orientar buscar atividades recreativas/ atividade física próximo de sua residência”, “Ressaltar a importância do acompanhamento clínico regular”.						
Critérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						
2. “Obter Dados sobre Qualidade de Vida”.						
Definição CIPE®: Obter Dados.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Avaliar o impacto na qualidade de vida frente as alterações motoras/ não motoras da doença de Parkinson”.						
Critérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Diagnóstico CIPE®: “Socialização Eficaz”						
Definição CIPE®: Capacidade para Socializar-se; Comportamento Interativo: Troca social mútua; participação em atividades sociais.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Nega isolamento Social”, “Boa interação social”.						
Critérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Diagnóstico CIPE®: “Capacidade para Manejar (Controlar) o Regime Medicamentoso”						
Definição CIPE®: Capacidade para Manejar (Controlar) o Regime.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Independente para administração dos medicamentos”, “Ingerir os medicamentos nos horários e quantidades adequadas”, “Nega dificuldades para o gerenciamento dos medicamentos”.						
Critérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						

Definição dos Critérios: 1) Nada 2) Pouco 3) De Alguma Forma 4) Muito 5) Excelente

Precisão						
Objetividade						

Diagnóstico CIPE®: “Qualidade de Vida”

Definição CIPE®: Condição.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Nega repercussão negativa em sua qualidade de vida”, “Nega mudança em sua qualidade de vida”.

Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Diagnóstico CIPE®: “Déficit de Suprimento de Medicação”

Definição CIPE®: Suprimento de Medicação.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Refere não encontrar o medicamento nas farmácias”, “Queixa-se de falta de distribuição dos medicamentos pelo estado”, “Não possuía receita médica para aquisição dos medicamentos”.

Definição na literatura: Considerado um fator não intencional, o déficit no suprimento da medicação é um fator que tem sido descrito nos estudos relacionados à doença de Parkinson^(34, 36, 37).

Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Intervenções CIPE® para o diagnóstico “Déficit de Suprimento de Medicação”
1. “Instruir o Paciente para Contatar a Instituição de Atenção à Saúde”.

Definição CIPE®: Instruir.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Orientar aquisição dos medicamentos junto aos órgão governamentais/ programa de saúde”.

Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Diagnóstico CIPE®: “Segurança do Domicílio Eficaz”

Definição CIPE®: Segurança; Papel: Estar seguro, livre de perigo, risco ou lesão.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Não há barreiras arquitetônicas no domicílio”, “Realizou adaptações no domicílio”.

Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Definição dos Critérios: 1) Nada 2) Pouco 3) De Alguma Forma 4) Muito 5) Excelente

Diagnóstico CIPE®: “Segurança do Domicílio Prejudicada”						
Definição CIPE®: Segurança; Papel: Estar seguro, livre de perigo, risco ou lesão.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Há barreiras arquitetônicas no domicílio”, “Não realizou adaptações para as barreiras no domicílio”.						
Definição na literatura: O domicílio é onde se tem um sentido de pertencimento e de segurança. Porém, também pode ser um lugar perigoso para as pessoas com doença de Parkinson, pois muitas vezes ajustes no ambiente físico são necessários para manter o cuidado adequado e proporcionar um ambiente seguro. Esta relação é chamada o "ajuste pessoa-ambiente" ⁽³⁸⁾ .						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Intervenções CIPE® para o diagnóstico “Segurança do Domicílio Prejudicada”						
1. “Orientar sobre Segurança Domiciliar ao Paciente”.						
Definição CIPE®: Orientar.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Orientar evitar uso de tapetes na casa”, “Orientar uso de cadeira plástica para o banho sentada”, “Orientar instalação de barras de segurança no banheiro/corrimão na escada.”						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Diagnóstico CIPE®: “Resposta à Medicação Eficaz”						
Definição CIPE®: Resposta a Medicação; Resposta a Tratamento.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Houve melhora com o ajuste do medicamentos”, “Sente-se melhor e mais disposto após o ajuste do medicamento”, “Melhora da sialorréia/do freezing/do tremor/ das alucinações após o ajuste do medicamento”.						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Diagnóstico CIPE®: “Resposta a Medicação Negativa”						
Definição CIPE®: Resposta a Medicação; Resposta a Tratamento.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Piora do quadro geral com o uso da medicação”, “Não apresentou melhora com a medicação”, “O efeito da medicação está mais curto”, “Apresenta sintomas de falência de dose”, “Apresenta intolerância a doses maiores da levodopa”.						
Definição na literatura: Pacientes com doença de Parkinson têm problemas, necessidades únicas e especiais com uso das medicação. Este pode ser um desafio para os médicos e enfermeiros que cuidam destes pacientes. As consequências de aventuras terapêuticas equivocadas devido à falta de familiaridade da equipe são desafios a serem vencidos, pois a avaliação quanto a eficácia/prejuízo em relação à terapia						

Definição dos Critérios: 1) Nada 2) Pouco 3) De Alguma Forma 4) Muito 5) Excelente

medicamentosa influenciarão na qualidade de vida dessa população ^(12, 39) .						
Critérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Intervenções CIPE® para o diagnóstico “Resposta a Medicação Negativa”

1. “Obter Dados sobre Risco de Resposta Negativa”.

Definição CIPE®: Obter Dados.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Investigar histórico de efeitos colaterais/ adversos ao medicamento”.

Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

2. “Entrar em acordo para Adesão”.

Definição CIPE®: Entrar em Acordo.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Enfatizar a importância do paciente comunicar a equipe a presença de efeitos colaterais/ adversos”.

Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Diagnóstico CIPE®: “Falta de Conhecimento sobre o Regime Medicamentoso”

Definição CIPE®: Conhecimento sobre Regime Medicamentoso.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Desconhece o tratamento farmacológico”, “Ingere a levodopa junto com as refeições, pois desconhece a possibilidade de interação com proteína”.

Definição na literatura: Considerado um fator não intencional para a baixa aderência medicamentosa, o déficit de conhecimento sobre a terapia medicamentosa exerce influência direta na qualidade do tratamento proposto ^(34, 35).

Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Intervenções CIPE® para o diagnóstico “Falta de Conhecimento sobre o Regime Medicamentoso”

1. “Encaminhar para Grupo para Orientar sobre Regime Terapêutico”.

Definição CIPE®: Encaminhar.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Encaminhar para participação no Grupo de Orientação Farmacêutica”.

Definição dos Critérios: 1) Nada 2) Pouco 3) De Alguma Forma 4) Muito 5) Excelente

Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

2. “Orientar sobre Regime Terapêutico em Grupo”.

Definição CIPE®: Orientar.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Orientar sobre todos os aspectos relacionados aos medicamentos antiparkinsonianos”.

Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

3. “Entrar em acordo para Adesão”.

Definição CIPE®: Entrar em Acordo.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Enfatizar a importância do uso correto dos medicamentos”.

Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Diagnóstico CIPE®: “Falta de Conhecimento sobre a Doença”

Definição CIPE®: Conhecimento sobre Processo Patológico.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Desconhece a enfermidade/patologia/doença de Parkinson”.

Definição na literatura: A educação em saúde, como instrumento de empoderamento do paciente, é um recurso necessário para a tomada de decisão compartilhada. O fornecimento de informações ao paciente/familiar a respeito de sua condição, promove qualidade e humanização ao cuidado que, consequentemente, promoverá melhores resultados ^(40, 41).

Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Intervenções CIPE® para o diagnóstico “Falta de Conhecimento sobre a Doença”

1. “Orientar sobre Doença ao Paciente”.

Definição CIPE®: Orientar.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Orientar sobre a doença de Parkinson”.

Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						

Definição dos Critérios: 1) Nada 2) Pouco 3) De Alguma Forma 4) Muito 5) Excelente

Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						
2. “Encaminhar o Paciente e Família para Grupo para Orientar sobre Doença e Orientar sobre Reabilitação”.						
Definição CIPE®: Encaminhar.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Encaminhar o paciente e família para participação no grupo de orientação a patologia”.						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						
3. “Orientar sobre Doença e Orientar sobre Reabilitação em Grupo”.						
Definição CIPE®: Orientar.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Orientar em grupo sobre a doença de Parkinson e os princípios da reabilitação”.						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						
4. “Orientar sobre Doença e Orientar sobre Reabilitação ao Paciente”.						
Definição CIPE®: Orientar.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Orientar individualmente sobre a doença de Parkinson e os princípios da reabilitação”.						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						
Diagnóstico CIPE®: “Adesão a Regime de Reabilitação”						
Definição CIPE®: Adesão a Regime de Reabilitação.						
Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Aderiu/tem implementado as orientações realizadas durante a participação no programa de reabilitação”.						
Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						
Diagnóstico CIPE®: “Estresse do Cuidador”						
Definição CIPE®: Estresse do Cuidador; Condição, Prejudicada: Sentimento de estar tenso e ansioso, de tal modo a estar incapaz de funcionar apropriadamente, tanto física como mentalmente; sentimento de						

Definição dos Critérios: 1) Nada 2) Pouco 3) De Alguma Forma 4) Muito 5) Excelente

desconforto, associado a experiências desagradáveis, a dor e a sentimento de estar física e mentalmente cansado; distúrbio no estado físico e mental de um indivíduo.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Esposa sobrecarregada”, “Há sinais de sobrecarga da filha”.

Definição na literatura: A organização da estrutura familiar, os prejuízos funcionais diretos relacionados aos sintomas motores e não motores da doença de Parkinson e a dependência funcional do paciente são fatores preditivos para a sobrecarga do cuidador ^(42, 43).

Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Intervenções CIPE® para o diagnóstico “Estresse do Cuidador”

1. “Orientar a Família para Contratar Cuidador”.

Definição CIPE®: Orientar.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Refletir com a família a possibilidade de divisão dos cuidados com uma pessoa contratada”.

Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

2. “Orientar Apoio Familiar”.

Definição CIPE®: Orientar.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Orientar a estruturação familiar para possibilitar a divisão dos cuidados”.

Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

3. “Facilitar Capacidade da Família para Participar no Plano de Cuidado”.

Definição CIPE®: Facilitar.

Evidências empíricas descritas nos prontuários: “Orientar medidas de cuidado”, Orientar o familiar em como prestar o cuidado ao paciente”.

Crítérios	1	2	3	4	5	Sugestões/Comentários
Adequação						
Pertinência						
Clareza						
Precisão						
Objetividade						

Definição dos Critérios: 1) Nada 2) Pouco 3) De Alguma Forma 4) Muito 5) Excelente

Referências

1. Fahn S, Jankovic J, Hallett M. Principles and practice of movement disorders. 2nd ed ed. New York: Elsevier; 2011. 1-555 p.
2. Chen W, Xu ZM, Wang G, Chen SD. Non-motor symptoms of Parkinson's disease in China: a review of the literature. *Parkinsonism Relat Disord.* 2012;18(5):446-52.
3. Sakakibara R, Tateno F, Kishi M, Tsuyuzaki Y, Uchiyama T, Yamamoto T. Pathophysiology of bladder dysfunction in Parkinson's disease. *Neurobiology of Disease.* 2012;46(3):565-71.
4. Robinson JP, Bradway CW, Bunting-Perry L, Avi-Itzhak T, Mangino M, Chittams J, et al. Lower Urinary Tract Symptoms in Men With Parkinson Disease. *Journal of Neuroscience Nursing.* 2013;45(6):382-92.
5. Sakakibara R, Panicker J, Finazzi-Agro E, Iacovelli V, Bruschini H, Parkinson's Disease Subcommittee TNPCiTICS. A guideline for the management of bladder dysfunction in Parkinson's disease and other gait disorders. *Neurourol Urodyn.* 2015.
6. Gerlach OH, Winogrodzka A, Weber WE. Clinical problems in the hospitalized Parkinson's disease patient: systematic review. *Mov Disord.* 2011;26(2):197-208.
7. Patel DP, Elliott SP, Stoffel JT, Brant WO, Hotaling JM, Myers JB. Patient reported outcomes measures in neurogenic bladder and bowel: A systematic review of the current literature. *Neurourology and Urodynamics.* 2015:n/a-n/a.
8. Braga M, Pederzoli M, Antonini A, Beretta F, Crespi V. Reasons for hospitalization in Parkinson's disease: a case-control study. *Parkinsonism Relat Disord.* 2014;20(5):488-92; discussion
9. Barber AE, Norton JP, Spivak AM, Mulvey MA. Urinary tract infections: current and emerging management strategies. *Clin Infect Dis.* 2013;57(5):719-24.
10. Foxman B. Urinary tract infection syndromes: occurrence, recurrence, bacteriology, risk factors, and disease burden. *Infect Dis Clin North Am.* 2014;28(1):1-13.
11. Pfaus JG, Kippin TE, Coria-Avila GA, Gelez H, Afonso VM, Ismail N, et al. Who, what, where, when (and maybe even why)? How the experience of sexual reward connects sexual desire, preference, and performance. *Arch Sex Behav.* 2012;41(1):31-62.
12. Connolly BS, Lang AE. Pharmacological treatment of Parkinson disease: a review. *JAMA.* 2014;311(16):1670-83.
13. Guidelines WGOG. Constipation: a global perspective. November 2010.
14. Jost WH. Gastrointestinal dysfunction in Parkinson's Disease. *J Neurol Sci.* 2010;289(1-2):69-73.
15. Williams KW, Elmquist JK. From neuroanatomy to behavior: central integration of peripheral signals regulating feeding behavior. *Nat Neurosci.* 2012;15(10):1350-5.
16. Simon EB. Leg Edema Assessment and Management. *Med Surg.* 2014;23(1):1.
17. Lockett K, DeBacker D, Cauthon KA. The link between non-ergot-derived dopamine agonists and heart failure: how strong is it? *The Consultant Pharmacist.* 2015;30(3):136-40.
18. Isaacson SH, Skettini J. Neurogenic orthostatic hypotension in Parkinson's disease: evaluation, management, and emerging role of droxidopa. *Vasc Health Risk Manag.* 2014;10:169-76.
19. Valkovic P, Minar M, Singliarova H, Harsany J, Hanakova M, Martinkova J, et al. Pain in Parkinson s Disease: A Cross-Sectional Study of Its Prevalence, Types, and Relationship to Depression and Quality of Life. *PLoS One.* 2015;10(8):e0136541.
20. Berardelli A, Conte A, Fabbrini G, Bologna M, Latorre A, Rocchi L, et al. Pathophysiology of pain and fatigue in Parkinson's disease. *Parkinsonism & Related Disorders.* 2012;18:S226-S8.
21. Stocchi F, Abbruzzese G, Ceravolo R, Cortelli P, D'Amelio M, De Pandis MF, et al. Prevalence of fatigue in Parkinson disease and its clinical correlates. *Neurology.* 2014;83(3):215-20.

22. Maass A, Reichmann H. Sleep and non-motor symptoms in Parkinson's disease. *Journal of Neural Transmission*. 2013;120(4):565-9.
23. Guo X, Song W, Chen K, Chen X, Zheng Z, Cao B, et al. Disease duration-related differences in non-motor symptoms: a study of 616 Chinese Parkinson's disease patients. *J Neurol Sci*. 2013;330(1-2):32-7.
24. Ebersbach G, Moreau C, Gandor F, Defebvre L, Devos D. Clinical syndromes: Parkinsonian gait. *Mov Disord*. 2013;28(11):1552-9.
25. Duncan RP, Leddy AL, Cavanaugh JT, Dibble LE, Ellis TD, Ford MP, et al. Accuracy of fall prediction in Parkinson disease: six-month and 12-month prospective analyses. *Parkinsons Dis*. 2012;2012:237673.
26. Behari M, Bhattacharyya KB, Borgohain R, Das SK, Ghosh B, Kishore A, et al. Parkinson's disease. *Ann Indian Acad Neurol*. 2011;14(Suppl 1):S2-6.
27. Tan DM, McGinley JL, Danoudis ME, Iansek R, Morris ME. Freezing of gait and activity limitations in people with Parkinson's disease. *Arch Phys Med Rehabil*. 2011;92(7):1159-65.
28. Haahr A, Kirkevold M, Hall EOC, Ostergaard K. Living with advanced Parkinson's disease: a constant struggle with unpredictability. *JAN*. 2011;67(2):408-17.
29. Beaudet L, Ducharme F. Living with moderate-stage Parkinson disease: intervention needs and preferences of elderly couples. *J Neurosci Nurs*. 2013;45(2):88-95.
30. Gonçalves LHT, Alvarez AM, Arruda MC. Pacientes portadores da doença de Parkinson: significado de suas vivências. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(1):62-8.
31. Martinez-Martin P, Jeukens-Visser M, Lyons KE, Rodriguez-Blazquez C, Selai C, Siderowf A, et al. Health-related quality-of-life scales in Parkinson's disease: critique and recommendations. *Mov Disord*. 2011;26(13):2371-80.
32. Leroi I, Ahearn DJ, Andrews M, McDonald KR, Byrne EJ, Burns A. Behavioural disorders, disability and quality of life in Parkinson's disease. *Age Ageing*. 2011;40(5):614-21.
33. Robert G, Le Jeune F, Lozachmeur C, Drapier S, Dondaine T, Peron J, et al. Apathy in patients with Parkinson disease without dementia or depression: a PET study. *Neurology*. 2012;79(11):1155-60.
34. Fleisher JE, Stern MB. Medication Nonadherence in Parkinson's Disease. *Current Neurology and Neuroscience Reports*. 2013;13(10).
35. Wheeler KJ, Roberts ME, Neiheisel MB. Medication adherence part two: Predictors of nonadherence and adherence. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*. 2014;26(4):225-32.
36. Shin JY, Habermann B, Pretzer-Aboff I. Challenges and strategies of medication adherence in Parkinson's disease: A qualitative study. *Geriatr Nurs*. 2015;36(3):192-6.
37. Brown MT, Bussell JK. Medication Adherence: WHO Cares? *Mayo Clinic Proceedings*. 2011;86(4):304-14.
38. Bhidayasiri R, Jitkriksadikul O, Boonrod N, Sringean J, Calne SM, Hattori N, et al. What is the evidence to support home environmental adaptation in Parkinson's disease? A call for multidisciplinary interventions. *Parkinsonism & Related Disorders*. 2015.
39. Ahlskog JE. Parkinson disease treatment in hospitals and nursing facilities: avoiding pitfalls. *Mayo Clin Proc*. 2014;89(7):997-1003.
40. Assis MM, Nascimento MA, Pereira MJ, Cerqueira EM. Comprehensive health care: dilemmas and challenges in nursing. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(2):333-8.
41. Barros LFF, Gondim DSM. Integralidade na Assistência em Saúde- desafios e impasses. *Revista Científica da FMC*. 2014;9(2).
42. Hellqvist C, Bertero C. Support supplied by Parkinson's disease specialist nurses to Parkinson's disease patients and their spouses. *Appl Nurs Res*. 2015;28(2):86-91.
43. Young-Mason J. The fine art of caring: people with Parkinson disease and their care partners. *Clin Nurse Spec*. 2015 Mar-Apr;29(2):121-2.

Apêndice C: Solicitação de dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido

SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Michelle Hyczy de Siqueira Tosin, pesquisadora responsável pelo projeto **“SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO CIPE® PARA PACIENTES COM DOENÇA DE PARKINSON EM REABILITAÇÃO”**, solicito perante este Comitê de Ética em Pesquisa a dispensa da utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para realização deste projeto tendo em vista os seguintes argumentos:

- 1.Trata-se de um estudo retrospectivo que utilizará somente dados secundários obtidos a partir da revisão de prontuários com as informações referentes aos pacientes.
- 2.Em muitos dos casos, os pacientes já vieram a óbito.
- 3.Em muitos dos casos torna-se difícil a localização de familiares, pois os mesmos não frequentam regularmente o centro de reabilitação.
- 4.Os pacientes foram atendidos há muito tempo e o endereço e telefone podem já não ser mais os mesmos.

Nestes termos, me comprometo a cumprir todas as diretrizes e normas reguladoras descritas na Resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012 e Resolução nº 251 de 05 de agosto de 1997, referentes às informações obtidas com Projeto.

Rio de Janeiro, Março de 2014.

Assinatura do Responsável pelo Projeto

Apêndice D: Distribuição dos Diagnósticos/Resultados de Enfermagem mapeados de acordo com CIPE®

N	Código	Eixo	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem de acordo com a CIPE®	n	% (352)
1	10001359	DC	Processo do Sistema Urinário Prejudicado	274	77,8
2	10001392	DC	Constipação Percebida	143	40,6
3	10009466	F	Hipoatividade	138	39,2
4	10026811	DC	Incontinência de Urgência	121	34,4
5	10000735	DC	Comportamento de Busca de Saúde	115	32,7
6	10038521	DC	Risco de Lesão por Queda	101	28,7
7	10015122	DC	Risco de Queda	101	28,7
8	10025714	DC	Capacidade para Executar Autocuidado Positiva	85	24,1
9	10000567	DC	Constipação	81	23,0
10	10025087	DC	Atividade Psicomotora Prejudicada	81	23,0
11	10025039 10012938	F J	Capacidade para Comunicar-se pela Fala Prejudicada	80	22,7
12	10027226	DC	Sono Prejudicado	77	21,9
13	10009394	F	Hipertensão	77	21,9
14	10008015	F	Ingestão de Líquidos Insuficiente	75	21,3
15	10001033	DC	Deglutição Prejudicada	65	18,5
16	10017384	F	Rotina Positiva	64	18,2
17	10024930	DC	Sono Adequado	57	16,2
18	10028295	DC	Deglutição Eficaz	53	15,1
19	10028615	DC	Processo do Sistema Urinário Eficaz	51	14,5
20	10001046	DC	Deambulação Prejudicada	50	14,2
21	10023130	DC	Dor	48	13,6
22	10037572	DC	Ingestão Nutricional Positiva	46	13,1
23	10033732	DC	Condição Gastrointestinal, Eficaz	46	13,1
24	10034683	F	Queda Ausente	46	13,1
25	10001005	DC	Capacidade para Transferência Prejudicada	44	12,5
26	10022846	DC	Tremor	43	12,2
27	10023410	DC	Déficit de Autocuidado	41	11,6
28	10028224	DC	Capacidade para Banho Eficaz	38	10,8
29	10027578	DC	Capacidade para Colocação de Roupas Prejudicada	38	10,8
30	10001022	DC	Socialização Prejudicada	38	10,8

31	10028269	DC	Capacidade para Arrumar-se Eficaz	37	10,5
32	10023937	DC	Déficit de Suprimento de Medicação	37	10,5
33	10001219	DC	Mobilidade Prejudicada	36	10,2
34	10012606	F	Processo do Sistema Circulatório Prejudicado	35	9,9
35	10023358	DC	Processo do Sistema Regulatório, Prejudicado	34	9,7
36	10028435	DC	Memória Eficaz	33	9,4
37	10012773	DC	Processo do Sistema Muscoloesquelético, Prejudicado	33	9,4
38	10025115	DC	Hidratação Adequada	31	8,8
39	10001203	DC	Memória Prejudicada	31	8,8
40	10000166 10012938	F J	Capacidade para para Alimentar-se, por si próprio Prejudicada	30	8,5
41	10017384	F	Rotina Negativa	30	8,5
42	10022635	DC	Capacidade para Manejar (Controlar) o Regime Medicamentoso, Prejudicada	29	8,2
43	10031397 10014956	F J	Segurança do Domicílio Eficaz	29	8,2
44	10028333	DC	Deambulação Eficaz	27	7,7
45	10035792	DC	Equilíbrio de Humor	26	7,4
46	10022544	DC	Capacidade Auditiva, Prejudicada	26	7,4
47	10000477	DC	Ansiedade	25	7,1
48	10031397 10012938	F J	Segurança do Domicílio Prejudicada	25	7,1
49	10022321	DC	Cognição Prejudicada	24	6,8
50	10028670	DC	Resposta a Medicação Eficaz	24	6,8
51	10000551	DC	Tristeza Crônica	24	6,8
52	10022043	DC	Comportamento de Atividade Física, Prejudicado	23	6,5
53	10025746	DC	Condição Nutricional, Prejudicada	23	6,5
54	10033381	DC	Resposta a Medicação, Negativa	23	6,5
55	10035785 10012938	F J	Equilíbrio de Humor Prejudicado	23	6,5
56	10028211	DC	Capacidade para Vestir-se Eficaz	22	6,3
57	10018304	F	Disartria	21	6,0
58	10028490	DC	Função Renal Eficaz	21	6,0
59	10040643 10012938	F J	Qualidade de Vida Prejudicada	21	6,0
60	10015840 10011116	L J	Próstata Grande	21	6,0
61	10000197 10014956	F J	Capacidade para Higiênização, por si próprio (após evacuar e urinar) Eficaz	19	5,4
62	10021994	DC	Falta de Conhecimentos sobre Doença	18	5,1

63	10000956	DC	Capacidade para Banho Prejudicada	18	5,1
64	10028367	DC	Cognição Eficaz	18	5,1
65	10022500	DC	Alucinação	17	4,8
66	10029272	DC	Capacidade para Manejar (Controlar) o Regime Medicamentoso	17	4,8
67	10022920	DC	Comportamento de Busca de Saúde Prejudicado	17	4,8
68	10021941	DC	Falta de Conhecimento sobre o Regime Medicamentoso	17	4,8
69	10028282	DC	Socialização Eficaz	17	4,8
70	10025686	DC	Incontinência Urinária	16	4,5
71	10015133 10020478	DC L	Risco de Infecção de Urina	16	4,5
72	10022402	DC	Depressão	16	4,5
73	10025039 10014956	F J	Capacidade para Comunicar-se pela Fala Eficaz	14	4,0
74	10029632	DC	Capacidade para para Arrumar-se, Prejudicada	13	3,7
75	10001120	DC	Enfrentamento Prejudicado	13	3,7
76	10001067	DC	Mobilidade na Cama Prejudicada	13	3,7
77	10022748	DC	Capacidade para Enxergar Prejudicada	12	3,4
78	10027891	DC	Constipação Percebida, Melhorada	12	3,4
79	10021068	F	Mobilidade em Cadeira de Rodas	12	3,4
80	10027290	DC	Peso, Prejudicado	11	3,1
81	10027647	DC	Pressão Arterial, Eficaz	11	3,1
82	10023468 10014956	F J	Capacidade para Ver Eficaz	11	3,1
83	10020478	F	Urina Positiva	10	2,8
84	10022931	DC	Processo do Sistema Gastrointestinal, Prejudicado	10	2,8
85	10033671	DC	Adesão a Regime de Reabilitação	9	2,6
86	10025705	DC	Agitação	9	2,6
87	10028269	DC	Capacidade para para Arrumar-se, Eficaz	9	2,6
88	10027482	DC	Edema Periférico	9	2,6
89	10009534	F	Hipotensão	9	2,6
90	10022954	DC	Pressão Arterial, Alterada	9	2,6
91	10027300	DC	Sobrepeso	9	2,6
92	10029915	DC	Infecção do Trato Urinário	9	2,6
93	10026797	DC	Incontinência Urinária por Estresse (de Esforço)	9	2,6
94	10005560 10014132	F C	Morte do Paciente	9	2,6
95	10029147	DC	Abuso de Tabaco (ou de Fumo), Ausente	9	2,6

96	10028765	DC	Abuso de Álcool (ou Alcoolismo), Ausente	8	2,3
97	10029873	DC	Ingestão de Líquidos Prejudicada	8	2,3
98	10006160	F	Tontura	8	2,3
99	10016008 10014956	F J	Atividade Psicomotora Eficaz	7	2,0
100	10000695	DC	Fadiga	7	2,0
101	10036241 10026692	F J	Humor Melhorado	7	2,0
102	10027718	DC	Incontinência Intestinal	7	2,0
103	10001290	DC	Integridade da Pele Prejudicada	7	2,0
104	10020478 10012938	F J	Urina Prejudicada	6	1,7
105	10028322	DC	Capacidade para Transferência Eficaz	6	1,7
106	10014816	F	Comportamento , Positivo	6	1,7
107	10022378	DC	Enfrentamento Eficaz	6	1,7
108	10027773	DC	Estresse do Cuidador	6	1,7
109	10002455 10012938	F J	Apetite Prejudicado	5	1,4
110	10022091	DC	Delírio	5	1,4
111	10001235	DC	Desorientação	5	1,4
112	10023169	DC	Função Renal, Prejudicada	5	1,4
113	10009886	F	Impotência Sexual	5	1,4
114	10039968	DC	Pesadelo	5	1,4
115	10012794	DC	Processo Neurovascular Prejudicado	5	1,4
116	10012993	F	Processo Vascular, Prejudicado	5	1,4
117	10025798	DC	Úlcera por Pressão	5	1,4
118	10040141	DC	Sonolência	4	1,1
119	10000197 10012938	F J	Capacidade para Higienização, por si próprio (após evacuar e urinar) Prejudicada	4	1,1
120	10012545	F	Comportamento, Prejudicado	4	1,1
121	10031299 10012938	F J	Condição Financeira Prejudicada	4	1,1
122	10000630	DC	Diarréia	4	1,1
123	10000703	DC	Medo	4	1,1
124	10000859	DC	Náusea	4	1,1
125	10012891	DC	Processo do Sistema Respiratório, Prejudicado	4	1,1
126	10040875	DC	Qualidade de Vida	4	1,1
127	10029763	DC	Convulsão	4	1,1
128	10000757	DC	Hipertermia	4	1,1

129	10022027	DC	Adaptação Prejudicada	3	0,9
130	10022571	DC	Baixa Iniciativa	3	0,9
131	10027901	DC	Depressão Melhorada	3	0,9
132	10007985	F	Flatulência	3	0,9
133	10028194	DC	Funcionamento Sexual Eficaz	3	0,9
134	10007738	F	Medo de Queda	3	0,9
	10007512	F			
135	10029240	DC	Mobilidade no Leito Positiva	3	0,9
136	10017460	F	Salivação Anormal	3	0,9
	10013269	J			
137	10022247	DC	Abuso de Tabaco (ou de Fumo)	2	0,6
138	10008635	F	Alucinação Ausente	2	0,6
139	10040333	F	Apetite Positivo	2	0,6
140	10005334	F	Compulsão	2	0,6
141	10029008	DC	Dor Ausente	2	0,6
142	10026824	F	Enurese	2	0,6
143	10030088	DC	Ferida Traumática	2	0,6
144	10022880	DC	Fraqueza	2	0,6
145	10023032	DC	Infecção Unha	2	0,6
	10012392	L			
146	10001242	DC	Percepção Sensorial, Alterada	2	0,6
147	10022425	DC	Abuso de Drogas	2	0,6
148	10041093	DC	Processo do Sistema Imunológico Prejudicado	2	0,6
149	10025297	DC	Exposição a Contaminação	2	0,6
150	10023032	DC	Infecção de Pele	2	0,6
	10018239	L			
151	10028517	DC	Integridade da Pele Melhorada	2	0,6
152	10026709	DC	Perfusão Tissular Periférica, Prejudicada	2	0,6
153	10027843	DC	Agitação Melhorada (ou Diminuída)	1	0,3
154	10005692	F	Delírio Ausente	1	0,3
155	10029020	DC	Edema Periférico Ausente	1	0,3
Total				3825	-

Apêndice E: Distribuição das Intervenções de Enfermagem mapeadas de acordo com CIPE®

N	Código	Eixo	Intervenções de Enfermagem CIPE®	n	%(352)
1	10024349	IC	Entrar em acordo para Adesão	443	125,9
2	10032939 10014132	IC C	Orientar sobre Ingestão de Líquidos ao Paciente	236	67,0
3	10040712	IC	Orientar como Lidar com Medicação	194	55,1
4	10032918 10008544	IC C	Orientar Sobre Padrão de Ingestão de Alimentos em Grupo	189	53,7
5	10024116 10014132	IC C	Orientar Sobre Doença Paciente	187	53,1
6	10019502 10008544 10008366	A C F	Orientar em Grupo sobre Processo do Sistema Gastrointestinal	177	50,3
7	10019470 10008544	IC C	Orientar Sobre Medicação em Grupo	177	50,3
8	10032939 10008544	IC C	Orientar sobre Ingestão de Líquidos Grupo	177	50,3
9	10019502 10014132 10019470 10008366	A C IC F	Orientar Paciente sobre Processo do Sistema Gastrointestinal	177	50,3
10	10019470	IC	Orientar Sobre Medicação ao Paciente	177	50,3
11	10032918 10014132	IC C	Orientar Sobre Padrão de Ingestão de Alimentos Paciente	177	50,3
12	10016576 10039400	A M	Encaminhar para Equipe Interprofissional	129	36,6
13	10039250	IC	Medir (ou Verificar) Débito de Líquidos	111	31,5
14	10039245	IC	Medir (ou Verificar) Ingestão de Líquidos	111	31,5
15	10035238	IC	Gerenciar Micção	111	31,5
16	10030656	IC	Obter Dados sobre Retenção Urinária usando Ultrassom	102	29,0
17	10019502 10014132 10020445	A C F	Orientar Paciente sobre Processo do Sistema Urinário	92	26,1
18	10032960 10014132	IC C	Orientar sobre Segurança do Domicílio ao Paciente	64	18,2
19	10019502 10014132 10017661	A C F	Orientar o Paciente sobre Autocuidado	64	18,2
20	10019502 10014132 10002472 10017661	A C IC F	Orientar Paciente a Aplicar Dispositivos de Segurança para o Autocuidado	49	13,9
21	10015523	IC	Prescrever Medicação	40	11,4

22	10016576	A	Encaminhar Paciente e Família para Grupo para Orientar Sobre Doença e Orientar Sobre Reabilitação	38	10,8
	10014132	C			
	10007554	C			
	10008544	C			
	10024116	IC			
	10033017	IC			
23	10016576	A	Encaminhar para Grupo para Orientar sobre Controle Diabetes e Hipertensão	34	9,7
	10008544	C			
	10019502	A			
	10005135	F			
	10005876	F			
	10009394	F			
24	10016576	A	Encaminhar para Grupo para Orientar Sobre Regime Terapêutico	33	9,4
	10008544	C			
	10024625	IC			
25	10038385	IC	Encaminhar para Serviço Comunitário	33	9,4
26	10024116	IC	Orientar Sobre Doença e Orientar Sobre Reabilitação em Grupo	31	8,8
	10033017	IC			
	10008544	C			
27	10024019	IC	Encaminhar para Fisioterapia	30	8,5
28	10024625	IC	Orientar Sobre Regime Terapêutico em Grupo	30	8,5
	10008544	C			
29	10038741	IC	Agendar Consulta Subsequente	21	6,0
30	10034011	IC	Avaliar a Condição Geniturinária	18	5,1
31	10004588	IC	Coletar Amostra de Urina	18	5,1
	10020478	F			
32	10038725	IC	Orientar sobre Manejo (Controle) de Sintomas	18	5,1
33	10001804	IC	Administrar Medicação e Solução	17	4,8
34	10030884	IC	Cateterizar Bexiga para Coletar Amostra de Urina	14	4,0
	10004588	IC			
	10020478	F			
35	10040269	IC	Orientar a Família Sobre Prevenção de Queda	14	4,0
36	10024116	IC	Orientar Sobre Doença e Orientar Sobre Reabilitação o Paciente	14	4,0
	10033017	IC			
	10014132	C			
37	10015801	A	Promover Socialização	14	4,0
	10018391	F			
38	10019502	A	Orientar em Grupo sobre Controle Diabetes e Hipertensão	13	3,7
	10008544	C			
	10005135	F			
	10005876	F			
	10009394	F			
39	10010382	IC	Instruir Paciente para Micção Controlada	9	2,6
	10020450	F			
	10005142	A			
40	10019502	A	Orientar a Família para Obter Cuidador	9	2,6
	10007554	C			
	10013572	A			
		C			
41	10032956	IC	Orientar sobre Comportamento de Busca de Saúde	9	2,6

42	10010382 10005038 10008730	IC A L	Instruir Paciente a Contatar a Instituição de Atenção à Saúde	7	2,0
43	10010526 10003970	A M	Interromper Plano de Cuidado	7	2,0
44	10019502 10031996	A IC	Orientar Medir da Pressão Arterial	7	2,0
45	10019502 10007803	A M	Orientar sobre Dispositivo para Alimentação	7	2,0
46	10033135	IC	Orientar Autocateterismo	7	2,0
47	10040909	IC	Orientar sobre Uso de Dispositivo de Apoio	7	2,0
48	10006966	IC	Assegurar Continuidade de Cuidado	5	1,4
49	10038566	IC	Obter Dados sobre Risco de Resposta Negativa à Medicação	5	1,4
50	10019502 10023680	A F	Orientar Apoio Familiar	5	1,4
51	10016576 10007554 10008544 10033017	A C C IC	Encaminhar a Família para Grupo para Orientar Sobre Reabilitação	4	1,1
52	10040658	IC	Obter Dados sobre Qualidade de Vida	4	1,1
53	10024377	IC	Encorajar Afirmações Positivas	3	0,9
54	10007499 10035894	A F	Facilitar Capacidade da Família para Participar no Plano de Cuidado	3	0,9
55	10038938	IC	Obter Dados sobre Humor	3	0,9
56	10019502 10001741 10017384	A F F	Orientar Adaptação para a Rotina	3	0,9
57	10034961	IC	Orientar sobre Cuidados com a Ferida	3	0,9
58	10040380	IC	Orientar sobre Sono	3	0,9
59	10036861	IC	Orientar sobre Prevenção de Úlcera por Pressão	2	0,6
60	10041489	IC	Orientar sobre Técnica de Transferência	2	0,6
61	10004588 10007764	IC F	Coletar Amostra de Fezes	2	0,6
62	10032420	IC	Cuidar de Úlcera por Pressão	1	0,3
63	10031996	IC	Medir da Pressão Arterial	1	0,3
64	10036475	IC	Obter Dados sobre Condição Intestinal	1	0,3
65	10024279	IC	Obter Dados sobre Resposta à Orientação	1	0,3
66	10019502 10001741 10004705	A F F	Orientar Adaptação para a Comunicação	1	0,3
Total				3.695	-

10. Anexos

ANEXO 1

Classificação por Estágios da Doença de Parkinson de Hoehn e Yahr

- 0 - Sem sinais de doença.
- 1 - Doença exclusivamente unilateral.
- 1,5 - Acometimento unilateral e axial.
- 2 - Acometimento bilateral sem alteração do equilíbrio.
- 2,5 - Acometimento bilateral leve com recuperação na prova de retropulsão ("teste do empurrão").
- 3 - Acometimento bilateral leve a moderado, certa instabilidade postural, mas fisicamente independente.
- 4 - Incapacidade grave; ainda capaz de caminhar ou de permanecer em pé sem ajuda.
- 5 - Permanece em cadeira de rodas ou acamado, se não tiver ajuda.

Hohen MM, Yahr MD. Parkinsonism: onset, progression and mortality. Neurology 1967; 17: 427-42.

ANEXO2

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM PACIENTES COM DOENÇA DE PARKINSON: ESTUDO DE MAPEAMENTO CRUZADO

Pesquisador: MICHELLE HYCZY DE SIQUEIRA TOSIN

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 32625314.8.0000.0022

Instituição Proponente: Associação das Pioneiras Sociais-DF / Rede Sarah

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 778.072

Data da Relatoria: 11/09/2014

Apresentação do Projeto:

O estudo "Diagnósticos e intervenções de enfermagem em pacientes com doença de Parkinson: Estudo de mapeamento cruzado.", será desenvolvido de abril de 2014 a junho de 2015 no Centro Internacional de Neuroreabilitação e Neurociência - Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, na cidade do Rio de Janeiro. A doença de Parkinson é uma desordem neurodegenerativa caracterizada pela associação de alterações motoras, autonômicas e mentais. Assim, num universo composto por pacientes com doença de Parkinson que realizaram o programa de reabilitação, o estudo será realizado em três etapas (extração dos diagnósticos e intervenções de enfermagem, eliminação das repetições e mapeamento dos títulos de diagnósticos e das intervenções). Realizar-se-á a validação dos títulos diagnósticos e das ações de Enfermagem por pesquisadores de um núcleo de estudos e pesquisas sobre a temática, levando em consideração a experiência prática (mínima de quatro anos) e a experiência com atividades acadêmica e de pesquisa. O estudo tem como objetivo principal criar um banco de termos validados na linguagem CIPE Versão 2.0 de diagnósticos e de intervenções de Enfermagem. A metodologia será descritiva, retrospectiva, de abordagem quantitativa, utilizando os princípios do mapeamento cruzado, método que permite a comparação da linguagem padronizada com a linguagem do cotidiano dos

Endereço: SMHS Quadra 501 Conjunto A

Bairro: SMHS

CEP: 70.335-901

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3319-1494

Fax: (61)3319-1261

E-mail: comiteeticapesquisa@sarah.br

Continuação do Parecer: 778.072

serviços ou ainda com outros sistemas de classificação. Será utilizado dados descritos em prontuário eletrônico, nas última cinco evoluções de enfermagem de 167 prontuários dos 1266 pacientes atendidos entre março de 2009 a abril de

2013 com diagnóstico de Doença de Parkinson. Serão levantados os termos não padronizados de diagnósticos e de intervenções de Enfermagem, mapeados de acordo com a linguagem CIPE Versão 2.0. Os dados provenientes do Mapeamento Cruzado serão apresentados sob a forma de gráficos, tabelas e quadros. O banco de termos validados será apresentado em forma de livro, tamanho A4 e encadernado em espiral. A autora considera que a comparação entre os termos não padronizados e uma linguagem padronizada de Enfermagem, através da definição dos fenômenos e das ações, pode contribuir para a melhoria dos resultados do cuidado prestado nos diversos cenários de atuação deste profissional, sobretudo na reabilitação de pacientes com doença de Parkinson.

Objetivo da Pesquisa:

Criar um banco de termos validados na linguagem CIPE Versão 2.0 de diagnósticos e de intervenções de enfermagem sob o contexto da reabilitação do paciente com doença de Parkinson.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Estudo Isento de riscos.

Benefícios: Os pacientes com Doença de Parkinson cursam com sintomas motores e não motores que podem levar a interferência na qualidade de vida. A utilização da linguagem padronizada e uniformizada de enfermagem otimiza a assistência e facilita a troca de informações entre os estudiosos do assunto, subsidia na prestação de cuidado baseado em evidências, bem como abre portas para a realização de estudos multicêntricos que contribuirão para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados a estes pacientes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante pela padronização e uniformização da terminologia na assistência de Enfermagem ao paciente com Doença de Parkinson.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Para análise dos prontuários dos pacientes: solicitado dispensa do TCLE - Para os especialistas: Apresenta o TCLE

Recomendações:

Sem recomendações adicionais. Foram atendidas todas as recomendações elencadas no parecer anterior.

Endereço: SMHS Quadra 501 Conjunto A		CEP: 70.335-901
Bairro: SMHS		
UF: DF	Município: BRASILIA	
Telefone: (61)3319-1494	Fax: (61)3319-1261	E-mail: comiteeticapesquisa@sarah.br

Continuação do Parecer: 778.072

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado após reavaliação das pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado após resolução das pendências.

BRASILIA, 03 de Setembro de 2014

Assinado por:
Mauren Alexandra Sampaio
(Coordenador)

Endereço: SMHS Quadra 501 Conjunto A
Bairro: SMHS
UF: DF
Telefone: (61)3319-1494
Município: BRASILIA
Fax: (61)3319-1261
CEP: 70.335-901
E-mail: comiteeticapesquisa@sarah.br

ANEXO 3

Michelle Tosin <michellehyczy@gmail.com>

Diagnósticos de Síndrome

1 mensagem

NANDA International, Inc. <info@nanda.org>
 Responder a: "NANDA International, Inc." <info@nanda.org>
 Para: michellehyczy@gmail.com

16 de julho de 2015 12:01

Declaração de Posição: A estrutura e o desenvolvimento dos
 Diagnósticos de Síndrome

Veja no seu navegador de internet.

Email from NANDA International

Caro(a) Michelle:

Na sequência de uma série de perguntas e certa confusão sobre a definição dos diagnósticos de síndrome da NANDA International, o Comitê de Desenvolvimento Diagnóstico (Diagnosis Development Committee, DDC) desenvolveu a seguinte declaração de posição, que foi aprovada pela Diretoria em 15 de junho de 2015.

A estrutura e o desenvolvimento dos Diagnósticos de Síndrome

A NANDA International acredita que uma síndrome, no contexto do conhecimento de enfermagem, é um julgamento clínico a respeito de um conjunto específico de diagnósticos de enfermagem que ocorrem simultaneamente e são melhor tratados em conjunto e por meio de intervenções de enfermagem semelhantes. Um exemplo seria o diagnóstico da NANDA International Síndrome da Dor Crônica.

Um diagnóstico de enfermagem de síndrome deve incluir como características definidoras no mínimo dois diagnósticos relevantes aprovados pela NANDA International. Um exemplo seria o diagnóstico da NANDA International Síndrome pós-trauma, que inclui como características definidoras vários diagnósticos de enfermagem da NANDA International, incluindo Ansiedade, Medo, Luto e Desesperança. Síndrome pós-trauma, no entanto, tem várias outras características definidoras que não são diagnósticos de enfermagem da NANDA International, sem os quais a síndrome não seria completa.

Não há número máximo de características definidoras e aquelas que não são diagnósticos de enfermagem da NANDA International podem ser retiradas de qualquer outra fonte baseada em evidências.

Próximos passos:

1. O DDC trabalhará agora para colocar os diagnósticos de Síndrome existentes em conformidade com a nova definição.
2. Solicita-se às pessoas que submetem e àquelas que pensam em submeter novos diagnósticos que atentem a essa definição e utilizem-na em seu trabalho.

3. Solicita-se aos professores e docentes que adaptem seus materiais de ensino e aprendizagem para refletir essa alteração.
4. A presente declaração de posição se tornará declaração de posição 3 na próxima edição do livro.
5. A versão oficial também pode ser encontrada na seção de declaração de posição do DDC no site da NANDA International

Todas as perguntas devem ser dirigidas ao ddc@nanda.org

Professor Dickon Weir-Hughes, FNI
Chair, Diagnosis Development & Taxonomy
NANDA INTERNATIONAL, INC.

Informações ►

Informações ►

Informações ►

Informações ►

Website

Junte-se à NANDA-I

Facebook

Twitter

YouTube

Copyright © 2015 NANDA International, Inc., All rights reserved.

Você está recebendo este e-mail porque você é um membro da NANDA-I ou que se registou no nosso site.

Nosso endereço de mailing é:

NANDA International, Inc. PO Box 157 Kaukauna, WI 54130-0157 USA

[Cancelar a Assinatura](#) [Atualizar minhas Preferências de Assinatura](#)